

BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Heft 9

München, September 1956

11. Jahrgang

Gefährdung der Privatkrankenanstalten

Ein weiterer Schritt auf dem Weg zur Sozialisierung der Ärzteschaft

Von Dr. Heinz Breidenbach

Die Sozialisierung der Ärzteschaft scheint auf kaltem Weg immer weiter fortzuschreiten. Es ist die Frage, ob die Mehrheit der Standesangehörigen aus einem freien Beruf mit allen seinen Nöten und Sorgen nach der gesicherten Position eines mehr oder weniger beamteten Arztes strebt. Gewisse Gruppen der Ärzteschaft streben zweifellos dieses Ziel an. Die Mehrheit aber erwehrt sich verzweifelt im Hinblick auf die Überlieferung unseres Standes. Wie ich auf dem Bayerischen Ärztetag in Ansbach auszuführen die Ehre hatte, sind es in erster Linie die kleineren und mittleren Belegkrankenhäuser und die Ärzten gehörenden Privatkrankenanstalten, die ein starkes Bollwerk gegen alle Sozialisierungsbestrebungen darstellen. Kommt diese Art Anstalten durch die allgemeine politische Situation zum Erliegen, so ist die Sozialisierung der Ärzteschaft nicht mehr aufzuhalten. Es fragt sich dann, weshalb noch frei-praktizierende Fachärzte überhaupt als Kassenärzte tätig sein sollen. Speziell die operierenden Fächer sind ohne Zutritt zu Krankenstationen nicht mehr in der Lage, ihre Facharztstätigkeit wirksam auszuüben. Weitgehendst trifft dies auch für die Internisten zu. Der Facharzt wird dann nur mehr ein reiner Schmuck auf dem Arztschild sein.

Die Verhandlungen mit den Krankenkassen haben seit 1948 sich immer schwieriger gestaltet, und es scheint, daß Zugeständnisse, die für uns lebenswichtig sind, von zentraler Stelle her abgelehnt werden, weil man auf dem Weg der Sozialisierung weiterschreiten will. Da ich persönlich von vielen Kollegen angesprochen worden bin, wie die Dinge sich beim Abschluß des Münchener Privatklinikvertrages für die Ersatzkassen in München 1952 wirklich gestaltet haben, so scheint mir jetzt die Zeit gekommen, das Gesamtproblem des Münchener Heilanstaltsbesitzertrages und seine Entwicklung von Anfang an aufzuzeigen und dies auch im Hinblick auf die Entwicklung der Bundesrahmenverträge der KV., der Gebührenordnung und der Gesetzgebung im Bund und in den Ländern. Diese Darstellung soll zeigen, wie die Ärzteschaft fortwährend an Terrain verloren hat, und soll die Gesamtärzteschaft aufrütteln, um weitere Verluste zu vermeiden. Die Ärzteschaft hat für sich stets in Anspruch genommen, daß einzelne Ärzte berechtigt sein sollen und müssen, Privatkrankenanstalten zu gründen, zu halten und zu besitzen, und obwohl eine Reihe von Anstalten durch die Ungunst der Verhältnisse, insbesondere in den letzten Jahren, ihre Pforten schließen mußte, ist der Anspruch der Ärzteschaft in Westdeutschland unbestritten. In der Ostzone, in der die Sozialisierung weit klarer vorwärtsgetrieben wird, sind beinahe alle Privatkrankenanstalten und ebenso viele karitative Häuser dem Staat bereits zum Opfer gefallen. Es ist dies deshalb bedauerlich, weil die Krankenanstalt im ärztlichen Besitz nicht nur dem Arzt und einigen belegenden Kollegen die Möglichkeit gibt, nach seiner individuellen Auffassung vom Arztum und Ethik zu leben, seine Forschung und seine Behandlungsmethoden in der von ihm selbst gewünschten Weise auszuüben. Darüber hinaus existiert in dieser rein ärztlichen Anstalt nur das Problem Arzt und Patient; politische, weltanschauliche und sonstige Gesichtspunkte treten vollkommen in den Hintergrund. Dies hat sich in

den Zeiten des Dritten Reiches besonders dadurch bewiesen, daß politisch Verfolgte ihr Asyl in erster Linie in unseren Häusern gefunden haben, wenn ihnen sonst die Tore verschlossen waren, sei es aus Menschenfurcht, sei es deshalb, weil der angestellte Arzt, auch wenn er die Stellung eines Chefarztes hatte, nicht genügend Verfügungsrecht besaß, um seine persönliche Meinung bei der Verwaltung durchzusetzen.

Der Münchener Heilanstaltsbesitzervertrag kam zustande, als die Bestrebungen der Ärzteschaft, dem gegenseitigen Ausspielen der Ärzte untereinander von seiten der Krankenkassen durch Gründung des „Vereins für freie Arztwahl“ zu begegnen, eingeleitet waren. Der damalige Vorsitzende des Münchener Vereins für freie Arztwahl, Herr Dr. Gilmer, hat wohl im gesamten Reichsgebiet den gerechtesten, vernünftigsten und weitsichtigsten Vertrag für Privatkliniken mit den Kassenverbänden abgeschlossen. Die Bezahlung der ärztlichen Leistung sollte über den Verein für freie Arztwahl erfolgen, und nur noch die reinen Leistungen des Krankenhauses sollten zwischen Krankenkasse und Privatklinik direkt abgerechnet werden. Dabei war die klare Grundkonzeption die Aufgliederung des Pflegesatzes in einen Satz für Pflege und Verpflegung, in Operationsaalgebühren und in Ersatz von Medikamenten und Heilmitteln durch direkte Rezeptierung über eine Kassenapotheke; für die Heizperiode war ein eigener Heizungszuschlag während der sechs Wintermonate vorgesehen. Die Höhe des Verpflegssatzes wurde einmalig festgelegt und sollte sich jeweils automatisch steigern, um den gleichen Betrag, den die AOK in München den städtischen Anstalten als Zuschlag zu billigen würde. Über Erhöhung der Operationsaalgebühren und des Heizungszuschlages sollte bei Preissteigerung von Fall zu Fall verhandelt werden. Im Vertrag war eine gemischte Kommission aus Kassenvertretern und Heilanstaltsbesitzern vorgesehen, mit einem unparteilichen Vorsitzenden für alle evtl. Auslegungsschwierigkeiten des Vertrages. Bei den ärztlichen Leistungen sollten alle Leistungen der Preugo bezahlt werden. Eine Einschränkung war nur insofern möglich, als statt für Krankenbesuche der Inhaber und Belegärzte nur die Beratungsgebühr innerhalb der Klinik vorgesehen war. Klinikbesitzer sollten, wenn sie im Hause wohnten, auch bei Assistenz und Narkose sowie bei Operationen neben den anfallenden Preugoziffern nicht die Besuchsgebühr, sondern nur die Beratungsgebühr in Ansatz bringen dürfen. Ausgenommen waren Operationen bei Nacht, wo auch dem Klinikbesitzer das Recht der Liquidation des Nachtbesuches zugestanden war.

Für die Ersatzkassen konnte beim Münchener Heilanstaltsbesitzervertrag auch von Dr. Gilmer, obwohl dies angestrebt war, nicht die völlig gleiche Regelung erzielt werden, weil die Ersatzkassen auf Grund der höheren Sätze der allgemeinen Deutschen Gebührenordnung für Operationen usw. ein gewisses Entgegenkommen bei den Visiten für sich erbaten und sie die Operationsaalbenutzungsgebühr wegen der Bestimmungen der allgemeinen Deutschen Gebührenordnung, in denen mit den höheren Operationssätzen auch der Materialaufwand eingeschlossen sein sollte, nicht anerkennen wollten. Hier

ist einmal deutlich zu machen, daß die Preugo die einzige amtliche Tarifordnung ist, die für alle Partner gesetzlich zwingende Kraft hat. Der Verein für freie Arztwahl und der Hartmannbund arbeiteten, da die Preugo in den zwanziger Jahren mindestens für Privatpatienten bereits veraltet war und zu niedrig lag (sie ist die Armentaxe des ehemaligen Königreichs Preußen), eine neue Gebührenordnung aus, die „Adgo“. Die Ersatzkassen wollten ihren Mitgliedern, denen sie durch Propaganda immer schon gesagt hatten, daß sie bei ihnen günstiger versichert seien, durch Gewährung der Adgosätze an die Ärzteschaft eine bessere Stellung dem Arzt gegenüber sichern, als dies bei den RVO.-Kassen der Fall war. Der Wunsch, die Adgo-Sätze zu vergüten, ging einzig von den Ersatzkassen aus. Die sogenannte blaue oder private Adgo war den Ersatzkassen doch zu hoch, und so forderten sie gewisse Abschläge, gewisse Ansätze sollten nicht berechnungsfähig sein usw. Daraus entstand die Ersatzkassen-Adgo, die z. B. seit 1928 eine Vergütung der intramuskulären und subkutanen Spritzen und viele andere Dinge für nicht mehr ansatzfähig erklärte. Auf Grund dieses Übereinkommens, nämlich der Ersatzkassen-Adgo, wurde im Münchener Heilanstaltsbesitzervertrag den Ersatzkassen eine Reihe von Zugeständnissen gemacht. Die wichtigsten waren, wie bei der Ortskrankenkasse, daß die Visiten in der Klinik nicht als Besuchsgebühren, sondern nur als Beratungsgebühren berechnet werden sollten, ferner daß neben einer Sonderleistung auch die Beratung nicht in Ansatz gebracht werden durfte. Ausgenommen von dieser Regelung blieben nur Assistenz und Narkose. Dort durften die Belegärzte die Besuchsgebühren berechnen, nicht aber die Klinikbesitzer, die in diesem Fall nur Anspruch auf Vergütung einer Beratung haben sollten. Später wurde die Anzahl der Beratungen während der stationären Zeit beschränkt auf die ersten drei Tage des Klinikaufenthaltes. Von da ab sollte sie nur noch jeden zweiten Tag in Ansatz gebracht werden dürfen. Außerdem wurde festgelegt, daß im Quartal nicht mehr als zehn Visiten bezahlt werden sollten. Alle anderen Leistungen sollten nach der Ersatzkassen-Adgo, soweit sie ansatzfähig waren, bezahlt werden; und so ist dies auch jahrelang geschehen.

Beim RVO.-Vertrag traten gewaltige Änderungen ein, als durch die Brüning'sche Notverordnung vom 8. 12. 1931 die ärztlichen Leistungen vollpauschaliert wurden. Die Pauschale sah vor, daß der Arzt eine Fallpauschale bekommen sollte und nur noch die großen Sonderleistungen über 10 DM Preugo über die KV., die inzwischen ins Leben getreten war, abrechnen durfte. Seit dem 1. 1. 1938 trat auch bei den Ersatzkassen auf Grund eines diktatorischen Befehls von oben Pauschalvergütung ein, es durften nur noch Leistungen über 15 DM Adgo über die KV. abgerechnet werden. Die Ärzteschaft war, da inzwischen die Diktatur eingetreten war, nicht in der Lage, dagegen zu opponieren, zum Teil nahm sie diese Einschränkung ihres freien Liquidationsrechtes auch deswegen in Kauf, weil dafür eine Reihe auf Zulassung wartender Jungärzte durch Herabsetzung der Patientenquote von den Kassen geschluckt werden sollte, womit man diesen Ärzten endlich die Existenzgrundlage geben konnte und die Unzufriedenheit etwas abdämmte.

In der Vorwährungszeit 1931—1948 hat sich in diesem Verhältnis nicht viel geändert, und erst nach der Währungsreform haben die ärztlichen Organisationen begonnen, die Verträge auf einen besseren Stand zu bringen. Man durfte, nachdem man jahrelang nur dem ärztlichen Ethos gehorcht und seinen Dienst am kranken Menschen getan hatte ohne ein nennenswertes Entgelt, nun wohl hoffen, daß die Kassen in gerechter und loyaler Weise den Wünschen der Ärzteschaft ihr Ohr leihen würden, und zwar in Anerkennung der gewaltigen Verdienste und des tragenden Idealismus, den gerade die Kassenärzteschaft in Kriegs- und Nachkriegszeit bewiesen hatte. Andererseits erklärten damals die Kassenverbände, daß sie durch die Verluste, die sich durch die Währung in ihrem Vermögen ergeben hätten, zur Zeit selbst nicht hierzu in der Lage wären und baten, Mindestforderungen zu stellen, gaben aber der Hoffnung Raum, daß bei Erholung ihrer Finanzlage auch den Ärzten geholfen werden sollte. Es muß hier anerkannt werden, daß in den schweren Jahren nach der Währungsreform die meisten Kassenverbände, um nicht zu sagen alle, sich redlich bemüht

haben, offenkundig gerechte Forderungen zu erfüllen. Die damalige Haltung der Krankenkassen ist inzwischen — wodurch dies bedingt ist, entzieht sich meiner Kenntnis — nicht mehr die heutige. Als im Jahre 1951 die Ersatzkassen den Münchener Heilanstaltsbesitzervertrag kündigten, wurde erklärt, daß sie zu dieser Maßnahme gezwungen seien, weil einmal in München Anstalten vorhanden seien, die nicht mehr dem Typ der Privatkrankenanstalt entsprächen, sondern vielmehr Chefarztkliniken darstellten. Dies war insbesondere auf das Krankenhaus des III. Ordens, des Roten Kreuzes und der Barmherzigen Brüder gemünzt. Es wurde erklärt, daß in diesen Häusern der vollpauschalierte Satz der öffentlichen Krankenhäuser weit eher angemessen sei. Inwieweit diese Haltung der Ersatzkassen ausgelöst war durch Ratschläge aus der praktizierenden Ärzteschaft, die mit scheelen Augen die Ambulanz dieser Krankenhäuser betrachteten, entzieht sich meiner Kenntnis. Sicher ist, daß die KV., wie dies schon vorher Herr Kollege Landauer eingesehen hatte, begriff, daß eine Spaltung in karitative und private Krankenanstalten, die von den Ersatzkassen betrieben wurde, sich zum Schluß gegen die gesamte Ärzteschaft richten würde. Die KV. München, insbesondere Herr Dr. Balzer, gab deshalb die von den Kliniken gewünschte Hilfestellung in jeder Weise. Bei den Verhandlungen erklärten die Vertreter der Ersatzkassen jedoch, daß die sogenannte Anl. 4 des alten Vertrages zwischen der KV. Deutschland und dem Verband der Angestelltenkrankenkassen (VdAK.) bei Neuabschluß dieses Vertrages am 1. 1. 1950 durch die KV.-Bund weggefallen sei. In § 9 Abs. 2 dieses Ersatzkassenvertrages erscheint zum ersten Male als Vergütungsgrundlage die Preugo.

Auf Grund dieser vertraglich festgenagelten Bestimmungen seien sie, die Ersatzkassen, nicht in der Lage und auch nicht gewillt, für stationäre Leistungen an Belegerärzte die Adgo weiterhin zu bezahlen. Es war, wie so oft in der Ärzteschaft bei Vertragsabschlüssen, niemandem aufgefallen, daß die Anl. 4 unter den Tisch gefallen war, und dies war der Grund, weil die KV.-Bund ohne Kenntnis der einzelnen Verträge, Verträge abgeschlossen hatte, ohne die davon betroffenen Kollegen, die darüber Bescheid gewußt hätten, auch nur zu Rate zu ziehen. Man sollte glauben, daß solche Pannen gar nicht eintreten könnten. Es gibt jedoch bei unseren Vertragsverhandlungen sowohl um die Gebührenordnung wie auch um Klinikverträge viele Parallelen zu diesem Ereignis. Am 1. 4. 1934 hatte der damalige Reichsärztesführer Dr. Wagner, ohne einen Münchener Privatheilanstaltsbesitzer zu fragen, ja ohne unser Wissen, den Privatheilanstaltsbesitzervertrag mit den RVO.-Kassen eigenmächtig neu abgeschlossen, und da er von diesen Dingen keine Ahnung hatte, war es ihm entgangen, daß in dem von ihm unterschriebenen neuen Vertrag der Heizzuschlag für die Wintermonate unter den Tisch gefallen war. Die Klinikbesitzer, die diese Verträge lasen, versuchten gegen diesen schweren Fehler zu remonstrieren, mit dem Effekt, daß ihnen die geographische Nähe von Dachau ins Gedächtnis gerufen wurde. Den Heizzuschlag, den Herr Dr. Wagner eigenmächtig verschert hatte, haben die Münchener Kliniken nie wieder zurückerobert können. Ich führe diese Parallele deshalb an, weil bei den Verhandlungen mit den Ersatzkassen im Jahre 1952 die Adgo für Belegerärzte zu Fall kam, obwohl sie mindestens seit 1926 in München und auch in einigen anderen Orten Wohnheitsrecht war und bereits damals bei ständig steigendem Lebenshaltungsindex alle anderen Berufsgruppen Honorarzuschläge forderten und auch erhielten, einzig den Kassenärzten ein schwerer Einbruch in ihr Honorar zugemutet werden konnte. Die auf beiden Seiten mit äußerster Hartnäckigkeit geführten Verhandlungen, bei denen die Ersatzkassen stets behaupteten, im ganzen Bundesgebiet seien bereits alle Verträge auf Preugo umgestellt und nur in München würden noch Adgo-Sätze bezahlt, führten schließlich unter gewissen Zugeständnissen von Seiten der Ersatzkassen zu Preugo-Verträgen für die Belegerärzte. Es ist mir persönlich sehr verargt worden, daß ich nicht bereit war, auch für Klinikbesitzer auf die Adgo zu verzichten. M. E. war die Ersatzkassen-Adgo in dem Augenblick, in dem sie für stationäre Fälle nicht mehr zur Anwendung kommen sollte, eine reine Spiegelfechterei, da sie zu 90% aus großen Sonderleistungen besteht, für die Ansätze gemacht sind, die meistens

zur Zeit der Entstehung der Ersatzkassen-Adgo durchaus imponierend waren. Wenn alle diese Ansätze, die nur in Krankenhäusern gemacht werden können, aus der Ersatzkassen-Adgo gelöscht werden, so bleiben nicht mehr viel Positionen übrig, und diese Positionen liegen dann wohl noch kaum nennenswert höher als die Positionen der Preugo. Eine eigene Ersatzkassen-Adgo würde sich damit erübrigen. Für die internistischen Privatkliniken sind mit Ausnahme der Visitgebühren, Röntgenleistungen und Bluttransfusionen überhaupt keinerlei Ansätze der Adgo mehr berechnungsfähig, und zwar seit den neuen Vereinbarungen der KV.-Bund im September 1953. Wie ist das hier bei Belegerärzten und Preugo?

Es wurde mir vorgeworfen, ich hätte die Interessen der Belegerärzte nicht gefördert, um den Privatklinikervertrag unter Dach und Fach zu bringen. Dies entspricht in keiner Weise den Tatsachen, denn von allen in der Verhandlung beteiligten Herren habe ich die schwerste Klinge gegen die Vertragspartner geführt, jedoch konnten die Herren des VdAK mir vorhalten, daß ich in keiner Weise berechtigt sei, für die Belegerärzte überhaupt zu verhandeln, das sei ausschließlich Angelegenheit der KV., und die KVB bzw. die Bezirksstelle München Stadt und Land sei gebunden durch den Bundesrahmenvertrag, der die Anl. 4 nicht mehr erneuert habe. Diese Anl. 4 stand schon im Ersatzkassenvertrag vom 1. 1. 1930 als Anlage 6, ebenso im Vertrag vom 1. 1. 1932 und 1. 4. 1934 als Anl. 4.

Auch in dem bis zum Neuabschluß des KV.-Bund gültigen Ersatzkassenvertrages vom 1. 1. 1938 gilt die Anl. 4 als Bezahlungsregelung in der Zeit von 1938 bis 1946. Sie kam jedoch nicht zum Tragen wegen des diktatorischen Interims. Damals schlugen in der Münchener Ärzteschaft wilde Wogen der Empörung hoch, und man bestellte einen Belegerausschuß, welcher der Bundes-KV, die Wiedereinführung der Anl. 4 abringen sollte. Am Schluß haben sich VdAK und Bundes-KV geeinigt, trotz des Belegerausschusses und trotz Einspruch der KVB, die Ersatzkassen-Adgo für Belegerärzte haben wir nicht zurückgewonnen. Inzwischen hat aber die KV gewisse Forderungen der Ersatzkassen stets stillschweigend anerkannt, deren Berechtigung bestenfalls aus der Anwendung der Ersatzkassen-Adgo herzuleiten war. Die Ersatzkassen wollen die ihnen zubilligten Rechte, die ihnen nur zugestanden wurden wegen der Bezahlung der gegenüber den Preugosätzen wesentlich höheren Adgosätzen von 1928, nunmehr auch in den Preugoverträgen angewandt sehen. Dies würde bedeuten, daß ein weiterer Einbruch in die Honorare erfolgt. In der Adgo darf bei Operationen Überzeit vom Operateur nicht in Ansatz gebracht werden, in der Preugo ist das Gegenteil der Fall. Bei Preugoverträgen ist auch nicht einzusehen, warum die Visitgebühr, wenn sie entgegenkommenderweise gegen den schwächsten Partner, die AOK., nicht als Besuchsgebühr, sondern nur als Beratungsgebühr in Ansatz gebracht wird, nicht an jedem Tag verrechnet werden soll. Heute ist den RVO.-Kassen die Bezahlung der Visitgebühr auf Grund des Abkommens mit der KV zwar gleichgültig, da diese Gebühren aus dem allgemeinen Topf genommen werden. Nach Abschluß der Verträge 1924 mußten aber die RVO.-Kassen nach Einzelleistungen bezahlen.

Es ist auch nicht einzusehen, warum ein Belegarzt, wenn er zur Assistenz oder Narkose zugezogen wird, auch wenn er dauernder Belegarzt in einer Klinik ist, nicht die Besuchsgebühr in Rechnung stellen darf, sofern er zu diesem Zweck in die Klinik gehen muß. Ich stehe auf dem Standpunkt, daß alle diese Vergünstigungen den Ersatzkassen nur gewährt wurden, weil sie ihrerseits die für sie geschaffene Adgo zur Zahlungsgrundlage anerkannt haben. Ich stehe aber andererseits auch auf dem Standpunkt, daß niemand das Recht hat, die staatliche Gebührenordnung zu interpretieren oder zu unterschreiten, da die Gebührenordnung wohl einer Tarifordnung gleichzusetzen ist und damit gesetzliche Kraft hat. Wenn man von dem Grundsatz ausgeht, daß Assistenz oder Narkose, wie dies immer üblich war, 20% der Operationsgebühren erreichen sollen, so ist auch dies nur möglich bei Berechnung der Besuchs (für den Klinikbesitzer Beratungsgebühr) neben der Leistung und Berechnung der Überzeit. Da bei Berechnung der Überzeit einstmals gewisse Überforderungen gestellt wurden, hat, wie ich von meinem Vater weiß, der Verein für freie Arztwahl in den

20er Jahren für die Festsetzung der Überzeit Richtlinien aufgestellt, die bei der Preugo für Operateure, Assistenten und Narkotiseure, bei der Adgo nur für Assistenten und Narkotiseure Geltung haben sollten. Da der An- und Abmarschweg, ebenso wie die mit der Desinfektion der Hände verbrauchte Zeit mit in Ansatz gebracht werden mußte, war damals entschieden worden, daß $\frac{1}{2}$ Überstunde in jedem Fall gerechtfertigt sei, auch bei kleinsten Eingriffen. Bei Blinddarm und einfachen Brüchen sollten 2 halbe Überstunden, bei Gallie und Laparotomie 3, bei Kropf, Magen und Darm 4 halbe Überstunden anerkannt werden. Ich bin der Meinung, daß, obwohl schriftliche Unterlagen dieser damaligen Vereinbarung nicht mehr vorhanden sind, diese Vereinbarung vernünftig und zweckmäßig war und weiterhin geltendes Recht darstellen sollte. Aus den alten Abrechnungslisten meines Vaters und aus meinen eigenen geht hervor, daß diese Praxis stets eingehalten wurde, bis in neuester Zeit versucht wurde, auch hier Einbrüche in unser Honorar zu erzielen. Die damalige Regelung galt natürlich nur für München. Mein Vorschlag wäre, sie in den Honorarverteilungsmaßstab einzubauen, da sie gerecht ist.

Wenn man an die Entwicklung der Medizin denkt, so muß man gerechterweise zugeben, daß es einem Arzt unmöglich ist, eine so hochwertige Leistung wie eine Assistenz oder Narkose bei einer Operation um Beträge zwischen 5 DM und 10 DM einschließlich Zeitverlust zu tätigen. Aus dieser Minderbezahlung heraus resultiert, daß einweisende praktische Ärzte nicht mehr daran interessiert sind, bei großen und schwierigen Operationen Assistenz und Narkose auszuführen, obwohl das medizinische Interesse des Falles ihre Anwesenheit für sie selbst sehr erwünscht machen würde. Da der Praktiker den Zeitverlust sowie die geringe Bezahlung nicht auf sich nehmen kann, beginnt die ärztliche Zusammenarbeit zwischen dem praktischen Arzt und der ärztlichen Privatklinik, die einstmals in München so fruchtbar war, dahinzuschwinden.

Die Stellung der Belegerärzte an den Privatkrankenanstalten fängt auch an, immer schwieriger zu werden, da die Bezahlung, bei den RVO.-Kassen quotiert, nicht einmal den Stand des Jahres 1928 für die Einzeloperation erreicht, die Unkosten aber sich auch für den operierenden Belegarzt vervielfacht haben, da seit Jahren die Klinikbesitzer gezwungen sind, Defizite des reinen Klinikbetriebes aus ihrem ärztlichen Honorar zu bezahlen, wozu sie bei zunehmenden Unkosten bald nicht mehr in der Lage sind, Forderungen auch an die Belegerärzte erhoben werden sollen. Der Verband der privaten Krankenanstalten in München, soweit er dem Heilanstaltsbesitzervertrag angeschlossen ist, hat seinerzeit beschlossen, daß das ärztlich erarbeitete Honorar der Belegerärzte diesen ausschließlich zustehen sollte und daß dies auch das Ziel der Privatklinikbesitzer sei und bleiben muß. Die Klinikverpflegung sowie die Medikamente und Op.-Benutzung usw. (Selbstkosten) müssen von der Krankenkasse getragen werden. Es ist beschämend, daß man es wagt, wie dies selbst durch Krankenkassendirektoren geschehen ist, mit Gegenargumenten zu arbeiten, daß nämlich der Klinikbesitzer ärztliche Honorare zur Abdeckung des aus der Verpflegung und Unterkunft entstehenden Defizits in die Klinik stecken müsse, was auch gerecht sei, da er dieses ärztliche Honorar ja in der Klinik erarbeitet habe, und im übrigen sei es auch gerechtfertigt, weil er dadurch weniger Steuern an das Finanzamt zu zahlen habe. Keinem anderen Berufsstand wird man solche Argumente anzubieten wagen. Die Herren Belegärzte müssen in verschiedenen Kliniken bereits hohe Sätze für Bettengeld oder in sonstiger Form, zum Teil sogar gewisse Prozentsätze ihres Honorars bei Privat- und Kassenpatienten abführen. Dies ist m. E. ein unbilliger Zustand. Deshalb rufe ich den Verantwortlichen der KV, ein dringendes „Videant Consules“! zu; ich rufe es auch den Klinikbesitzern zu. Wenn die Belegärzte zur Deckung der Defizite herangezogen werden, erkennen wir Klinikbesitzer an, daß eine volle Kostendeckung nicht mehr Sache der Krankenkasse, sondern unseres ärztlichen Honorars ist. Dieses Anerkenntnis führt unweigerlich zum Erliegen unserer Anstalten, spätestens in dem Augenblick, in welchem der Klinikbesitzer seine Augen schließt. Die hohen Honorarzuschüsse, die die besitzenden Ärzte zur Aufrechterhaltung ihres Betriebes geben müssen, können

niemals auf Belegärzte oder auf angestellte Ärzte im Falle des Hinscheidens eines Besitzers abgewälzt werden, weil so hohe Prozentsätze für diese Ärzte untragbar, ihre ärztliche Tätigkeit aber in unseren Häusern zum Erliegen bringen würde.

Da die Forderungen der Schwestern und Angestellten, der Familienausgleichskasse, der Berufsgenossenschaft, der Finanzämter und nicht zuletzt der Patienten immer höher werden, und da gleichzeitig die Einstellung der Parteien und teilweise die der Ministerialbürokratie in der Tatsache des Weiterbestehens steuerzahlender Privatkliniken und nicht aus Steuergeldern subventionierter karitativer Anstalten einen steten Vorwurf erblicken, so müssen unsere Anstalten zum Erliegen kommen, wenn nicht die gesamte Ärzteschaft und insbesondere die KV. uns in unserem Existenzkampf geschossen zur Seite steht.

Sollten aber die ärztlichen Privatkliniken erlöschen, so werden alle Kreise der Ärzteschaft schwersten Schaden erleiden und in ihrer freien Berufsausübung erheblich eingeschränkt werden. Ein gewaltiger Schritt zur Sozialisierung wird getan sein. Diese Gefahr sollte insbesondere auch den Ersatzkassen, die meines Wissens in der Ostzone verboten sind, zu denken geben.

Seit langer Zeit strebe ich als Landesvorsitzender in Bayern den Abschluß von Privatklinikverträgen für alle privaten und karitativen Krankenanstalten, nach dem einstigen klaren Gilmerschen Vertrag, auf Landesbasis an. Auch die übrigen evtl. sogar kommunalen Belegkrankenhäuser sollten diesen Vertragsmodus zugebilligt bekommen, damit der Belegarztcharakter erhalten bleiben kann. Dies liegt im Interesse des Patienten, wie auch des Arztes. Das Argument der Krankenkassenvertreter, das Kartellgesetz verbiete es, auf Landesbasis mit meinem Verband Verträge zu schließen, weil ausgerechnet wir, der Verband, ein Kartell seien, während die Landesverbände der Krankenkassen und selbst der straff zentralisierte VdAK. angeblich kein Kartell darstellen, sind Argumente „ad usum delphini“.

Dieser Wunsch nach einem bayerischen Landesvertrag ist schon immer eines meiner Hauptanliegen gewesen und ich erbitte dafür die unabdingbare Unterstützung aller ärztlichen Organisationen.

An dieser Stelle möchte ich den Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer, Herrn Dr. Sewering, ganz besonders um seine Unterstützung bitten und stehe nicht an, anzuerkennen, daß durch die Berufung des Belegarztausschusses bei der Landesärztekammer und den in Arbeit befindlichen Belegarztvertrag die ersten Schritte auf diesem Weg getan sind.

Ich bin der Meinung, daß Herr Kollege Sewering sich jetzt durch die von ihm angebahnte Entwicklung ein erhebliches Verdienst erworben hat. Ich hoffe, daß die KV. in Bayern, insbesondere Herr Kollege Völlinger, uns ihre Unterstützung leihen wird, zumal sie aus alter Tradition heraus für die Privatklinikverträge gegenüber den Kassenverbänden federführend gewesen ist. Gestatten Sie mir zu bemerken, daß die Ersatzkassen die seinerzeitige Einführung der Ersatzkassen-Adgo aus Konkurrenzgründen gewünscht haben, und daß wir ein besonderes Verständnis bei den kleineren Krankenkassen gefunden haben, die sich in der Zeit vor dem III. Reich nicht mit hochpolitischen Dingen, sondern mit der Zufriedenheit ihrer Mitglieder befaßt haben. Die Ersatzkassen waren neben den Betriebskrankenkassen damals unsere besten Partner, deren oberster Grundsatz die größtmögliche Zufriedenstellung ihrer Mitglieder war.

Die Innungskrankenkassen haben immer verständnisvoll unseren Forderungen ihr Ohr gelehnt. Verschärft wurde die Lage erst, seit es einen Verband der Krankenkassen gibt, von dem offenbar die einzelnen kleinen Kassen tyrannisiert werden.

Verschärft wurde die Lage jedoch auch durch die Bundespflegesatzverordnung, die im wesentlichen zum Schutze der Krankenanstalt gedacht war, sich aber für uns ungünstig ausgewirkt hat. Die Krankenkassen erklärten, niemand könne von Gesetzes wegen in ihre Budgethoheit eingreifen, und haben sich sofort nach Erlass dieser Verordnung zu großen Dachverbänden zusammengeschlossen. Diese Dachverbände sind nur darum bemüht, ihr politisches Prestige zu halten und meist gar nicht gewillt, sachliche Forderungen der Krankenhausesseite sachlich zu dis-

kutieren. Die Pflegesätze haben sich somit auf die politische Ebene gezogen, was für den Staat und insbesondere für den Patienten eine gefährliche Situation heraufbeschwört. Die Bundespflegesatzverordnung gibt dem Staat das Recht, die Selbstkosten auch für die Privatklinik festzulegen; aber der Staat hat nicht die Möglichkeit, die Krankenkasse an einer Kündigung des Vertrages mit der betreffenden Krankenanstalt zu hindern, wenn diese Krankenkasse diese Selbstkosten nicht bezahlen will. Damit ist die gesamte Pflegesatzverordnung für uns uninteressant. Gewiß werden die Krankenkassen den starken Verband der Privatkrankenanstalten in München nicht aus der Versorgung der Kassenpatienten ausschalten können. Die einzelne Klinik auf dem Land jedoch ist schutzlos. Ich stehe deshalb auf dem Standpunkt, daß der Schutz aller unserer Anstalten nur zu erreichen ist durch die bedingungslose Unterstützung der ärztlichen Organisationen, vor allem der KV. und der Landesärztekammer und durch gerecht ausgewogene klare Verträge, mit sauber getrennten Unkostenposten.

Im Münchener Privattheilanstaltsbesitzervertrag mit den RVO.-Kassen ist festgelegt, daß ein Patient zur Zahlung von Zusatzhonorar verpflichtet ist, wenn er die 2. Klasse einer unserem Vertrag angeschlossenen Anstalt in Anspruch nimmt. Dies stand auch in den alten Verträgen mit den Ersatzkrankenkassen und war in München immer üblich. Gegen diese Vertragsbestimmung wird und wurde seit einiger Zeit von seiten der KV. Sturm gelaufen, da man der Meinung ist, daß eine gleichzeitige Verrechnung über die KV. und Stellung einer Zusatzrechnung an den Privatpatienten verboten ist. Man stützt sich dabei auf einen früheren Erlass der KVD., Dr. Grote aus dem Jahre 1935, den ich nicht anerkenne. Es wurde mir auch von kassenärztlicher Seite entgegengehalten, daß nicht einzusehen sei, warum die in Kliniken behandelnden Ärzte eine Möglichkeit haben sollten, Patienten, die auf Grund ihrer Vermögenslage nicht in Krankenkassen gehörten, zur Aufzahlung zu zwingen, während dies den freipraktizierenden Ärzten unmöglich sei. Dies ist auf Grund der Bestimmungen über die Mitgliedschaft in den RVO.-Kassen und der ständigen Heraufsetzung der Einkommensgrenze ein tatsächliches Faktum geworden, gegen welches zu kämpfen jedoch andere Gremien befugt sind. Rechtlich — gesehen bin ich jedoch der Meinung, daß die gesamten Krankenkassen Versicherungscharakter haben, wie dies auch in vielen höchst-richterlichen Entscheidungen ausgesprochen ist, und daß der Patient einen Anspruch auf Leistung, auch ärztlicher Behandlung, in einer Privatklinik von seiten seiner Krankenkasse hat auch dann, wenn er eine höhere als die III. Verpflegsklasse in Anspruch nimmt. Ich bin darüber hinaus der Meinung, daß der Patient nicht einmal verpflichtet ist, seiner Kasse mitzuteilen, in welche Klasse er sich aufnehmen läßt. Versicherung bleibt Versicherung. Ferner bin ich der Meinung, daß die Klinik und der Arzt auf Grund der ärztlichen Schweigepflicht nicht berechtigt ist, den Kassen überhaupt Auskunft zu erteilen, in welche Klasse sich der Patient aufnehmen läßt, zumal bei labileren und zarter konstituierten Patienten die Möglichkeit in Einzelzimmern oder kleineren 2-Bett-Zimmern schneller und besser zu genesen ohne Zweifel ein wichtiges Rechtsgut darstellt. Ich kann nicht ersehen, daß die Ärzteschaft der KV. irgend ein Recht hätte, dem Patienten deswegen die ihm zustehende Arztleistung vorzuenthalten, und ich muß die Auffassung vertreten, daß es das Wichtigste ist und bleibt, das Wohl des Kranken zu vertreten. Diesem Grundsatz kann sich auch die KV. nicht verschließen. Dennoch sollten solche Motive nicht zu einer Verärgerung innerhalb der Ärzteschaft führen und einen Kampf aller Gruppen gegeneinander auslösen. Ich bin der Meinung, daß die alte Praxis, die einen Arzt vor das ärztliche Berufsgericht zitierte, wenn er von einem Patienten in der 1. oder 2. Klasse keine Aufzahlung verlangt hatte, den ärztlichen Belangen weit besser entspricht. Noch immer existiert ja auch bei der KV. ein Vertragsformular, in dem ein Patient Aufzahlung bei der ambulanten Behandlung vertraglich mit seinem Arzt vereinbaren kann, wenn dieser bei ihm eine empfehlenswerte und wünschenswerte Kur durchführen will, die aber nicht kassenüblich und nicht sparsam, für seine Genesung nicht unbedingt erforderlich ist. Dieses Formular erscheint mir nach wie vor gut und richtig.

Bevor ich zum Schluß komme, möchte ich noch erwähnen, daß auch der Verband der AOK, in Bayern und insbesondere die AOK, München Stadt und Land in vergangenen Zeiten mit den Privatkliniken gut und großzügig zusammengearbeitet hat, und ich möchte mir wünschen, daß dieses gute Vertragsverhältnis, entstanden aus den klaren Gilmerschen Verträgen, in Zukunft in derselben Weise wieder aufleben möge und daß dieser größte Kostenträger, unser Hauptpartner, die Verdienste der gesamten bayerischen Kassen-Ärzeschaft und auch der Privatkliniken und deren finanziellen Opfer in der Vergangenheit wieder anerkennen und würdigen möge, damit um eines politischen Tages-Geschehens wegen unheilbare Schäden und Verärgerungen vermieden werden. Ich bin am Ende meiner Ausführungen und möchte nur nochmals alle ärztlichen Organisationen dringend ersuchen, bei der Erstellung einer neuen Gebührenordnung klar und logisch zu denken und dafür Sorge zu tragen, daß wichtige Leistungen in richtiger Weise entschädigt werden, und zu bedenken, daß die Mehrheit der freipraktizierenden Ärzte nicht interessiert ist an einem adreßbuchähnlichen Leistungskatalog, sondern daran, daß diejenigen Leistungen, von denen die freipraktizierenden Ärzte leben, so honoriert sind, daß unsere Zukunft gesichert ist.

Wie beim Praktiker Besuch, Untersuchung und Beratung die tragenden Grundleistungen sind, so beim freipraktizierenden Chirurgen Blinddarm, Bruch, Kropf und Galle und beim Gynäkologen Laparotomie, Kürette, Zange und

Kaiserschnitt; seltenere Herz-Operationen, Lungenflügel-Operationen und ähnliche Dinge werden entweder in großen Kliniken in Vollpauschalsätzen ausgeführt oder aber bei Privatpatienten ohnedies nicht nach Mindestsätzen honoriert. Der freipraktizierende Arzt wird solche Eingriffe gar nicht oder nur selten ausführen, auf keinen Fall spielen sie für seinen Lebensstandard eine Rolle. Narkose und Assistenz sollten unbedingt richtig in die Gebührenordnung aufgenommen werden, zumal wenn die Ärzteschaft jetzt einen Facharzt für Anästhesiologie eingeführt hat, da wir uns sonst fragen, wovon dieser Facharzt leben soll.

Ich bin vor allem der Meinung, daß alle künftigen Verträge und Gebührenordnungen genau überlegt sein müssen, da die Krankenkassen mit Abschluß von Verträgen nur sehr versierte Leute beauftragen. Auch die Ärzteschaft sollte endlich zu klaren Verträgen kommen und aus den vielen Pannen der Vergangenheit lernen. Insbesondere möchte ich wünschen, daß bei solchen Verträgen immer alle die Leute, die von den Dingen, um die es geht, betroffen werden, und die darin sachverständig sind vor Eintritt des Unglücks gehört werden sollten.

Der Ärztetag in Münster soll die Plattform sein, die unsere berechtigten Wünsche anhört und fordert, damit unserem Stand seine Freiheit erhalten bleibt.

Anschrift: München 23, Leopoldstraße 87.

Der Strahlenschutz im modernen Krankenhaus

Von H. Langendorff

(Schluß)

Wenn nun auch bei der zunehmenden Verwendung der Röntgenstrahlen in unseren Krankenhäusern und Heilstätten mit einem Ansteigen der Strahlenbelastung eines größeren Personenkreises und damit auch der akuten und subakuten Schäden gerechnet werden muß, so erscheint uns doch der hierdurch bedingte Anstieg der Strahlengefährdung gering gegenüber dem, der sich aus der zunehmenden Verwendung der künstlichen radioaktiven Stoffe im klinischen Bereich ergibt. Diese Gefahr ist um so größer, als der Umgang mit derartigen, teilweise sehr intensiv strahlenden Produkten, scheinbar sehr einfach ist und daher bei ihrer Anwendung, im Unterschied zu der der Röntgenstrahlen, offenbar keine besonderen technischen Kenntnisse und Voraussetzungen erforderlich sind. Abgeleitet wird diese Auffassung häufig aus der Einfachheit der bisher geübten Radiumtechnik, die im allgemeinen für den Arzt und das technische Hilfspersonal keine besonderen Schwierigkeiten bietet. Bei den hierbei verwendeten Radiumpräparaten ist bekanntlich die strahlende Substanz in ein nach außen hin gut verschlossenes Metallröhrchen eingefüllt. Die Gefahr einer Schädigung ist in der Hauptsache nur dann gegeben, wenn die Radiumpräparate mit den Händen berührt oder mit ungeeigneten Greifinstrumenten derart behandelt werden, daß ihre metallische Umhüllung schadhafte wird, so daß die radioaktive Substanz ins Freie gelangen kann. Die Folge davon ist dann gewöhnlich eine weitgehende radioaktive Verseuchung des Raumes, die sich nur sehr schwer wieder entfernen läßt. Bei Personen, die sich in einem derartigen Raum längere Zeit, d. h. Wochen und Monate lang aufhalten, kann es, auch wenn die verlorengegangene Menge an radioaktiver Substanz relativ klein war, zu gesundheitlichen Störungen kommen. Als ein ausgesprochener Unfall ist dabei anzusehen, wenn beim Schadhafwerden eines Radiumpräparates radioaktive Substanz in den Körper aufgenommen wird. Wie gering dabei die Mengen sind, die in einem solchen Falle schon zu einem Strahlenschaden führen können, geht daraus hervor, daß die zulässige Höchstmenge an Radium, die im menschlichen Organismus vorhanden sein darf, nur $\frac{1}{10000}$ Gramm beträgt.

Da beim radioaktiven Zerfall des Radiums sich ein radioaktives Gas, die sog. Radium-Emanation, bildet, das auf die dünne Wand des Metallröhrchens mit der Zeit einen recht erheblichen Druck ausübt, so besteht, besonders bei

älteren Radiumpräparaten, die Gefahr der Emanationsundichtigkeit. Um eine damit verbundene radioaktive Verseuchung auszuschalten, wird daher vom Fachnormenausschuß für Radiologie im Normblatt 6804 eine regelmäßige Kontrolle der Radiumpräparate und ihr Ausschluß bei auftretender Undichtigkeit empfohlen.

Bei der relativ geringen Zahl von Krankenanstalten, die bisher Radium zur Heilbehandlung verwendeten, war der Kreis der hierdurch gefährdeten Personen relativ gering. Dieser Tatsache entspricht auch die Zahl der in den letzten Jahren aufgetretenen Radiumschäden, obwohl diese prozentual höher liegt als die Zahl der Röntgensschäden. Immerhin kann gesagt werden, daß die Gefährdung durch radioaktive Substanzen bis vor wenigen Jahren nicht wesentlich über den Rahmen der allgemeinen Gefährdung der im Gesundheitsdienst beschäftigten Personen hinausging.

Dieser Tatbestand hat sich nun in neuerer Zeit durch die Einführung der Radio-Isotope in die ärztlichen Heilverfahren grundlegend geändert und zwar einmal deshalb, weil heute ganz allgemein das Bestreben besteht, die Radio-Isotope praktisch in jedem Krankenhaus und selbst sogar auch in der ärztlichen Praxis zu verwenden, zum anderen deshalb, weil es sich hier um ein Arbeiten mit offenem radioaktiven Material handelt, von dem wir bereits hörten, daß mit seinem Umgang große gesundheitliche Gefahren verbunden sein können, besonders dann, wenn keine ausreichenden Kenntnisse über den Umgang mit einem solchen Material vorliegen und die erforderlichen technischen Einrichtungen nicht gegeben sind.

Bei den Radio-Isotopen handelt es sich ausgangs um in der Natur vorkommende, inaktive chemische Elemente, die bei einer Behandlung im Uran-Reaktor durch Neutronenbeschuß für kürzere oder auch längere Zeit radioaktiv werden, d. h. Strahlung aussenden oder sich in ein anderes Element umwandeln, von dem Strahlung ausgesandt wird. Ein gutes Beispiel für den ersten Fall stellt das heute vielfach schon in der Medizin verwendete Radio-Cobalt dar, das durch Neutronenbeschuß aus dem natürlichen inaktiven Cobalt entsteht und nun eine sehr intensive und durchdringende γ -Strahlung aussendet. Nach etwa 5 Jahren hat ein derartiges Cobalt-Präparat so viel an Strahlung verloren, daß die von ihm gelieferte Strahlmenge nur noch halb so groß ist wie die unmittelbar

nach seiner Herstellung ausgesandte Strahlendosis. Im Unterschied hierzu ist dies beim natürlichen Radium erst nach rund 1600 Jahren der Fall, während die sog. Halbwertszeit der Radium-Emanation nur etwa 4 Tage beträgt. Ganz ähnliches gilt auch für andere im Uran-Reaktor hergestellte Radio-Isotope, von denen einige, wie z. B. der Radio-Kohlenstoff mit einer Halbwertszeit von rund 5500 Jahren außerordentlich langlebig, andere wie z. B. das radioaktive Indium mit einer Halbwertszeit von 72 Sekunden sehr kurzlebig sind.

Im Unterschied zum Radio-Cobalt, Radio-Caesium oder Radio-Thulium und einigen anderen Radio-Isotopen, die ähnlich wie das natürliche Radium praktisch nur in fester Form als Stäbchen, Perlen oder als Strahler einer Bestrahlungseinrichtung in der Medizin Verwendung finden, gelangen andere Radio-Isotope, wie z. B. der Radio-Phosphor, der Radio-Schwefel, das Radio-Jod oder Radio-Gold usw. nahezu ausschließlich in Form von wässrigen Lösungen zur Anwendung. Geliefert werden diese Radio-Isotope von den Reaktorwerken, eingeschlossen in Glasampullen, dazu meist in recht hohen Konzentrationen und müssen daher, je nach der Konzentration, die einem Kranken appliziert werden soll, im klinischen Laboratorium entsprechend verdünnt werden. Als Konzentrationseinheiten gelten dabei das Curie bzw. das Milli- und das Mikro-Curie, nach denen sich auch der Preis eines Radio-Isotops richtet, wenn man von der Art der Substanz absieht, die zugleich mit die Höhe des Kostenaufwandes bestimmt.

Da es sich bei den Radio-Isotopen einmal um offene radioaktive Strahler und zugleich auch häufig um sehr intensiv strahlende Substanzen handelt, müssen in jedem Falle besondere Vorkehrungen, sowohl bei ihrer Verarbeitung als auch bei ihrer Anwendung getroffen werden, wenn Strahlenschäden vermieden werden sollen. Eine wesentliche Gefahr ist dabei schon dadurch gegeben, daß durch unbeabsichtigtes Verspritzen eine Benetzung von Körperstellen, Kleidungsstücken, Laboratoriumsgerät und vielem anderen, eintritt. Abgesehen davon, daß durch eine solche Art der radioaktiven Verseuchung die Gefahr einer Inkorporierung von diesen, schon in geringster Menge schädlich wirkenden Stoffen gegeben ist, können damit zugleich auch noch Sachschäden verbunden sein, nämlich dann, wenn z. B. das radioaktive Material in die photographische Dunkelkammer eines Krankenhauses eindringt und hier nun auf das photographische Material einwirkt. Wie groß dabei die Empfindlichkeit eines solchen Materials ist, geht allein schon daraus hervor, daß offenbar durch eine im November 1955 über Antwerpen hinwegziehende radioaktive Wolke und dem damit verbundenen Niedergang von feinsten radioaktiven Partikeln, eine große Menge an Filmmaterial in einer Photofabrik vernichtet wurde.

Bei den großen Konzentrationen, in denen normalerweise die Radio-Isotope angeliefert werden, ist es natürlich unerlässlich, daß sowohl Behälter aus Material mit hohem Abschirmwert zu ihrer Aufbewahrung zur Verfügung stehen, als auch ein ausreichend abgeschirmter Aufbewahrungsraum vorhanden ist. Auf einen solchen Raum kann dann verzichtet werden, wenn ausschließlich Radio-Isotope zur Verwendung kommen, die keine sehr durchdringungsfähige β - oder γ -Strahlung aussenden.

Da die Strahlendichte bei einer Annäherung an eine radioaktive Strahlenquelle sehr stark zunimmt (nämlich umgekehrt proportional mit dem Quadrat des Abstandes), so läßt sich, außer durch entsprechend dicke Bleischichten, auch durch die Einhaltung eines möglichst großen Abstandes von der Strahlenquelle ein guter Strahlenschutz erreichen. Aus diesem Grunde werden auch die verschiedenen, im Isotopen-Laboratorium verwendeten Instrumente, insbesondere die Greifwerkzeuge, mit langen Stielen versehen, um eine zu starke Annäherung an die Strahlenquelle zu vermeiden. Ein weiterer und dazu noch sehr leicht erreichbarer Schutz vor einer unzulässigen Bestrahlung von außen besteht darin, daß das Arbeiten mit radioaktivem Material zeitlich auf ein Minimum beschränkt wird.

Wenn nun auch schon durch die Einwirkung der von dem radioaktiven Material ausgesandten, von außen her

auf den Organismus auftreffenden Strahlung eine nicht zu unterschätzende gesundheitliche Gefährdung gegeben ist, so ist diese noch um ein Vielfaches größer durch die Möglichkeit einer unbeabsichtigten Aufnahme von radioaktiver Substanz in den Körper. Die Zahl der Möglichkeiten hierfür sind in einem Isotopenlaboratorium nahezu unbegrenzt, da die Substanzen sowohl als Gase, Dämpfe oder Stäube inhaliert werden oder auch auf dem Wege über den Verdauungskanal, z. B. beim Pipettieren, beim Berühren des Mundes mit radioaktiv verunreinigten Fingern oder Gegenständen, mit Nahrungs- und Genußmitteln usw., in den Körper gelangen können. Darüber hinaus besteht auch noch die Möglichkeit, daß das radioaktive Material durch die unverletzte oder auch verletzte Haut Aufnahme im Organismus findet. Wie groß in solchen Fällen die Gefahr einer Schädigung ist, geht am besten daraus hervor, daß ganz allgemein die Toleranzkonzentrationen bei den Radio-Isotopen etwa 1 Million bis 1 Milliarde mal niedriger liegen als bei den bisher bekannt gewordenen schweren Giften. Während z. B. in der Atemluft noch $\frac{1}{10.000}$ Gramm Chlorgas zulässig ist, dürfen im Falle des Radio-Strontiums nur der millionste Teil eines millionstel Grammes vorhanden sein, wenn mit Sicherheit eine Schädigung durch Radio-Strontium ausgeschlossen werden soll.

Die Gefährlichkeit dieser Stoffe, die heute nun schon in größerem Maße Eingang in die ärztliche Praxis gefunden haben, ergibt sich vor allem daraus, daß ein großer Teil von ihnen sich in bestimmten Organen und Geweben des menschlichen Körpers ansammelt und hier nun durch seine Strahlung schädigend auf das umgebende Zellgewebe einwirkt. Als Speicherorgane und -gewebe kommen hauptsächlich die Schilddrüse, die Leber, die Niere und das Knochensystem in Betracht. Besonders gefährlich sind hierbei die Radio-Isotope, die, wie z. B. das Radio-Strontium oder das Plutonium, eine große Halbwertszeit besitzen und die nur langsam aus dem Körper ausgeschieden werden.

Radioaktives Material ist daher nur so zu handhaben und die Schutzmaßnahmen sind so zu treffen, daß kein radioaktives Material inkorporiert werden kann, und daß die Strahlenbelastung auch an der Körperoberfläche die von der internationalen Strahlenschutzkommission festgesetzte Toleranzdosis von 0,3 r/Woche nicht überschreitet.

Wenn diese Forderungen erfüllt werden sollen, dann müssen zahlreiche Maßnahmen getroffen werden, die bisher in einer Krankenanstalt kaum üblich waren und deren Erfüllung heute noch teilweise große Schwierigkeiten bereitet. So ist z. B. die Forderung, daß in allen den Räumen, in denen mit radioaktiven Stoffen gearbeitet wird oder solche angewendet werden, die Wände und der Fußboden nicht nur gut abwaschbar sein müssen und keine Fugen und Ritze aufweisen dürfen, sondern zugleich auch noch widerstandsfähig gegen Chemikalien sein müssen und sich eine eingetretene radioaktive Verschmutzung leicht beseitigen lassen muß, nur sehr schwer zu erfüllen und daher auch bisher noch nicht in idealer Weise gelöst. Ähnliches gilt auch für die Art der Bedienung der Wasser- und Gashähne, der Lichtschalter, der Türklinken und des Telefons, die alle nicht während der Arbeit mit radioaktivem Material mit den Händen berührt werden dürfen. Auch das Problem der Arbeitskleidung, des Tischbelages, der Raumventilation und vieles andere mehr ist ebenfalls durchaus noch nicht in der notwendig vollkommenen Weise gelöst.

Es dürfte in diesem Zusammenhange interessieren, wie wir in Freiburg, wo in den Universitätskliniken sowohl mit den verschiedensten Radio-Isotopen als auch mit größeren Substanzmengen gearbeitet wird, z. Z. verfahren bzw. welche Pläne wir zum Schutze des klinischen Personals wie aber auch der Patienten vorbereiten.

Da es sich hier um die Zusammenfassung einer Anzahl von Kliniken handelt, in denen Radio-Isotope in der verschiedensten Weise Anwendung finden, bedurfte es zunächst, schon aus rein wirtschaftlichen Gründen, einer Zusammenfassung der Bedürfnisse an radioaktivem Material durch eine Stelle. Seine Bestellung erfolgt daher

durch einen dafür verantwortlichen Arzt über die Klinik-apotheke. Es wird hierdurch weitgehend vermieden, daß es zu einer Ansammlung von größeren Restbeständen an Radio-Isotopen in den einzelnen Kliniken kommt, deren Aufbewahrung Schwierigkeiten bereiten würde, abgesehen davon, daß bei längerem Stehen ein Aktivitätsverlust eintritt, der die Wirtschaftlichkeit des Arbeitens mit derartigen Substanzen, besonders wenn diese, wie z. B. das Radio-Jod oder der Radio-Phosphor, relativ kurzlebig sind, stark beeinträchtigen würde.

Weiterhin verfügt jede Klinik über einen Strahlenschutzarzt, der den Eingang und die Verwendung der radioaktiven Stoffe überwacht und zugleich die für den Schutz des Personals und der Patienten notwendigen Anordnungen trifft. Hierzu gehört u. a. auch die gefahrlose Beseitigung der radioaktiven Abfälle und der radioaktive Stoffe enthaltenden Ausscheidungen. Gleichzeitig hat der Strahlenschutzarzt von Zeit zu Zeit das Hilfs- und Pflegepersonal über den Strahlenschutz und seine Durchführung zu informieren, soweit es mit radioaktivem Material in Berührung kommen kann oder Patienten pflegen muß, denen solches Material appliziert wurde.

Einen wesentlichen Punkt bei unseren Strahlenschutzmaßnahmen sehen wir in der laufenden Überwachung des Gesundheitszustandes unseres strahlengefährdeten Personals. Wir sind daher dabei, regelmäßige Gesundheitsuntersuchungen einzuführen, deren Ergebnis in einem für jeden einzelnen geführten Gesundheitsbuch eingetragen wird. In diesem wird zugleich auch die Strahlendosis vermerkt, die der Überwachte während seiner Tätigkeit in einem der Strahlenbetriebe, laut Aussage der Filmkontrolle, empfangen hat. Es werden daher von sämtlichen strahlengefährdeten Personen ständig Filmdosimeter während der Arbeitszeit getragen. Personen, die kurzfristig größeren Strahlenintensitäten ausgesetzt sind, erhalten dazu noch Taschendosimeter. Diese haben den Zweck, beim Überschreiten der maximal zulässigen Dosis den Abbruch der Arbeiten zu veranlassen oder einen Wechsel des Personals herbeizuführen.

Da eine Verschmutzung der Laboratoriumskleidung wie auch zum Teil der Krankenwäsche durch radioaktive Stoffe und Ausscheidungen praktisch unvermeidlich ist, wird dem Strahlenschutzarzt sowohl Arbeitskleidung als auch Wäsche in ausreichendem Maße zur Verfügung gestellt. In diesem Zusammenhänge dürfte es vielleicht interessieren, daß in den Isotopenlaboratorien ausschließlich Zellstoffhandtücher verwendet werden, die sich gut bewahrt haben. Chirurgische Gummihandschuhe und Kopfhäuben gehören zum regulären Bestand der Laboratoriumsausrüstung, wie nicht zuletzt auch eine für den speziellen Zweck ausgerüstete Laboratoriumsapotheke. Eine solche ist deshalb dringend erforderlich, weil schon bei kleineren Unglücksfällen, wie z. B. bei Verletzungen durch das Zerbrechen eines radioaktiven Glases oder bei Inhalation radioaktiven Staubes beim Herstellen von Trockenpräparaten, nur eine sofortige Hilfe den davon Betroffenen vor einem sehr schwerwiegenden Strahlenschaden bewahren kann. Enthalten sollte eine derartige Laboratoriumsapotheke neben der allgemein für erste Hilfe notwendigen Ausrüstung noch gewisse komplexbildende Stoffe wie z. B. Äthylendiaminotetraessigsäure, Nitrioloessigsäure u. a., ferner zur intravenösen Injektion geeignetes Calcium, Titanoxyd- und Siliconpaste zur Entseuchung äußerer Oberflächen, Methionin als Leberschutzpräparat. Außerdem müssen zusätzlich noch einige größere Spritzen, Spülschale, Augenbecher und in ausreichendem Maße saugfähiges Material in Form von Zellstoffservietten oder ähnlichem vorhanden sein.

Eine sehr wichtige Rolle beim Arbeiten mit radioaktiven Substanzen spielt die Reinigung der Arbeits- und Krankenräume sowie die Abfallbeseitigung. Eine täglich feuchte Säuberung dieser Räume ist unerlässlich. Die Abfälle werden zunächst in Abfalleimern mit Fußbedienung gesammelt und dann in einem eigens dafür erstellten Verbrennungsofen verascht. Die Asche selbst wird in kleineren, aus Beton hergestellten, wasserdichten Gruben untergebracht.

Für Geräte, Kleidung, Wäsche usw., die durch kurzlebige radioaktive Stoffe verseucht wurden, haben wir in

unserem Klinikschutzprogramm die Beschaffung dichtschließender Behälter zur Aufbewahrung vorgesehen. In diesen sollen die Gegenstände bis zum Abklingen der Hauptaktivität, d. h. für einen Zeitraum von etwa 10–20 Halbwertszeiten, verbleiben.

Um zu vermeiden, daß durch die Wäsche eine ganz allgemeine radioaktive Verseuchung der gesamten Krankenanstalt herbeigeführt wird, soll zukünftig die Wäsche der Isotopenlaboratorien und der damit in Zusammenhang stehenden Krankenräume gesondert behandelt werden. Diese Maßnahme macht eine besondere Kennzeichnung der Wäsche notwendig, die dadurch erfolgt, daß wir jedes Wäschestück in Anlehnung an eine Empfehlung der internationalen Strahlenschutzkommission mit dem Buchstaben „R“ versehen. Die gleiche Bezeichnung erhalten übrigens auch sämtliche mit radioaktiven Substanzen in Berührung kommenden Geräte, Instrumente, Glaswaren usw., soweit dies nur irgend möglich ist. Im anderen Falle werden die Gegenstände durch Anbringen einer roten Lackmarke gekennzeichnet, um zu verhindern, daß diese in andere Laboratorien und Krankenstationen gelangen und damit Radioaktivität in diese eingeschleppt wird. Der Buchstabe „R“ erscheint weiterhin auch als Stempelaufdruck auf den Krankenblättern und im Falle des Ablebens des Patienten auf dem Totenschein. Diese Maßnahme hat sich deshalb als notwendig erwiesen, weil mitunter bald nach dem Tod eines Kranken, dem eine größere Menge eines radioaktiven Isotopes verabreicht wurde, die Sektion durchgeführt wird. Allerdings kommen als den Pathologen gefährdende Radio-Isotope z. Z. nur das Radio-Gold und das Radio-Jod in Betracht, während die therapeutische Dosis von radioaktivem Phosphor zu klein ist, um zu einer Strahlengefährdung bei der Autopsie Anlaß zu geben. Immerhin erschien es uns angebracht, die Kennzeichnung der Papiere ganz allgemein durchzuführen.

Sowohl bei der Autopsie als auch in der Klinik kann es vorkommen, daß größere Mengen an radioaktiven Flüssigkeiten vernichtet werden müssen. Soweit eine ausreichende Verdünnung der ausgeschiedenen oder bei der Sektion abgeseugten Flüssigkeiten gewährleistet ist und nur eine schwache Radioaktivität vorliegt, können diese in das allgemeine Kanalsystem abgeleitet werden. Als oberer Grenzwert ist dabei eine Konzentration von 1 mc/l anzusehen. Soweit allerdings Radio-Jod und Radio-Phosphor in Frage kommen, die ja beide wichtige medizinische Radio-Isotope darstellen, soll so verfahren werden, daß im Falle des Radio-Jodes eine Verdünnung bis auf 0,5 mc/m³ garantiert ist, während beim Radio-Phosphor noch eine stärkere Verdünnung um mindestens den Faktor 3 angestrebt werden soll.

Auf Grund der hier aufgezeigten Gefahren erscheint es verständlich, daß von uns für das Arbeiten und die Anwendung von offenem radioaktivem Material Räume in ausreichender Zahl gefordert werden, die ausschließlich diesem Zweck zu dienen haben. Als eine Mindestzahl an Räumen werden heute vom Fachnormenausschuß das Vorhandensein eines Raumes zur Aufbewahrung der radioaktiven Stoffe und zum gleichzeitigen Abstellen radioaktiv verseuchter Geräte, ein Laboratoriumsraum, ein Meßraum, eine Kleiderablage, ein Duschraum, ein Spülraum, zwei Toiletten sowie die zur Behandlung und Pflege notwendigen Krankenräume gefordert. Bei diesen muß beachtet werden, daß keine gegenseitige Beeinflussung der Patienten durch die vom Kranken ausgehende radioaktive Strahlung stattfindet, wie auch Einrichtungen getroffen werden müssen, um das Pflegepersonal, die Besucher der Kranken usw. vor einer zu hohen Strahlenbelastung zu schützen.

Diese hier aufgeführten Maßnahmen sind unerlässlich, wenn mit Aktivitäten gearbeitet wird, deren Gesamtmenge, multipliziert mit der Halbwertszeit in Tagen, den Wert von 10 Millicurie-Tage überschreitet.

Aus diesen Ausführungen dürfte ohne weiteres hervorgehen, daß es unzumutbar ist, wenn jedes Krankenhaus in Zukunft mit radioaktiven Isotopen arbeiten wollte. Sowohl die diagnostische als auch die therapeutische Anwendung der Radio-Isotope sollte vielmehr auf größere

Krankenanstalten im Interesse unseres Personals als auch in dem unserer Kranken beschränkt bleiben. Aber selbst in diesem Rahmen erscheint eine Konzentration noch geboten, zumal es auf die Dauer nicht tragbar erscheint, einen großen Stab an Personal, das über die erforderlichen Spezialkenntnisse verfügt, zu unterhalten, als auch mehrmals die sehr kostspieligen und komplizierten technischen Einrichtungen zu schaffen. Wir vertreten daher die Auffassung, daß bei zunehmendem Umfang der in unseren Kliniken durchgeführten Behandlungen und Untersuchungen mit radioaktivem Material eines Tages die Errichtung einer Spezialklinik notwendig wird, falls auch

nur einigermaßen der Schutz der Ärzte und des Hilfs- und Pflegepersonals gewährleistet sein soll, bei gleichzeitiger Wirtschaftlichkeit des Betriebes. Zugleich darf nicht außer acht gelassen werden, daß auch unseren Patienten ein Schutz gewährt werden muß, damit sie nicht bei der fortschreitenden, ganz allgemeinen Technisierung des ärztlichen Betriebes in die Gefahr kommen, anstatt in unseren Krankenanstalten geheilt zu werden, eine Schädigung davontragen.

Anschrift: Prof. Dr. H. Langendorff, Freiburg i. Br., Hebelstraße 36. Radiolog. Institut d. Universität.

Gesundheitliche Gefahren unvernünftiger Freizeitverwertung

Eine Mahnung von Dr. med. Walther Koerting

Gesundheitsfürsorge, Krankheits- und Unfallverhütung sowie Krankheitsbekämpfung sind Aufgaben, die für die Ärzte, die Gesundheitsbehörden, die Sozialversicherungsträger, die privaten Versicherungsanstalten und alle sonstigen mit Gesundheitsaufgaben befaßten Stellen zwar nicht neu sind, aber durch die Änderung der Arbeitsbedingungen in den letzten Jahren, die veränderten Lebensanschauungen, die allgemeine Unrast, den immer mehr steigenden gesundheitsschädigenden Lärm eine über das frühere Ausmaß hinausgehende besondere und entscheidende Bedeutung erhalten haben. Mit Besorgnis werden die Auswirkungen der zunehmenden Zeitrekordsucht und des Arbeitstempos vor allem bei Herz- und Kreislaufkrankheiten beobachtet. Aber auch bei gewissen nervösen Störungen, auch bei Magen- und Darmkrankheiten sind die Ursachen die gleichen. Erschreckend ist die Häufung plötzlicher Todesfälle bei jugendlichen Personen. Die „Managerkrankheit“ ist schon lange keine Unternehmerkrankheit mehr. Symptome und Krankheitserscheinungen sind bei nicht wenigen Arbeitnehmern zu finden, die in Hast, sei es mit der überfüllten Bahn, Straßenbahn, dem Omnibus oder gar mit Moped und Motorrad, ihre Arbeitsstätte aufsuchen und abends übermüdet auf überfüllten Straßen, oft genug bedroht von der Disziplinlosigkeit anderer Verkehrsteilnehmer, dadurch in ständiger Nervenbelastung, heimwärtsfahren.

Am Wochenende, das der körperlichen und seelischen Entspannung dienen sollte, geht es — meist aus Geldgründen — nicht in einer verhältnismäßig geruhsamen Bahnfahrt, sondern auf dem eigenen Motorrad oder auf dem Soziussitz eines solchen, bestenfalls im Auto oder Autobus, wiederum unter Zeitdruck, in die Ferne, und zwar möglichst weit fort, damit Karten mit ausländischen Marken davon erzählen können, wie weit die Reise in eineinhalb oder zwei Tagen gegangen ist. Es ist natürlich, daß es dabei auf der Hin- und Rückreise an dauernder Spannung und Nervosität nicht mangelt. Schon das allein genügt oft, um die Arbeitswoche nicht erfrischt, sondern ermüdet beginnen zu lassen, und damit wird der Anfang eines neuen gleichartigen Kreislaufes gesetzt. Daß auf die Dauer bei einer derartigen Betastung des Organismus, dem noch mehr Zusätzliches zugemutet wird, Folgen nicht ausbleiben, ist klar. Alle derzeit im Vordergrund stehenden Bemühungen um eine zweckdienliche Gesundheitsvorsorge müssen unter diesen Umständen natürlich erfolglos bleiben.

Kommen aber zu der Wochenend-Hetzjagd noch mehr oder weniger schwierige Bergbesteigungen nach unzureichender Nachtruhe, wiederum unter Zeitdruck, und mehr unter dem Gesichtspunkt der Zahl der Gipfel und der erreichten Höhen als des Naturgenusses stehend, dann wird das Maß oft genug voll. Mancher Arzt mag sich in Unkenntnis dieser Tatsachen über die Ursache einer beginnenden oder festgestellten Krankheit im unklaren sein. Dabei sei gar nicht die Frage gestreift, wie sehr das körperliche Leistungsvermögen durch kaum überstandene Krankheiten, auch nach einer leichten Grippe oder Halsentzündung, eingeschränkt ist. Manche Bergfahrt wird mit der selbst empfundenen verminderten Leistungsfähigkeit aus falschem Ehrgeiz, oder um eine vereinbarte Gemeinschaftstour nicht absagen zu müssen, angetreten.

Die Ermüdung ist ein normaler physiologischer Vorgang. Die Übermüdung oder Überanstrengung ist es nicht und hat ihre folgemäßigen Begleiterscheinungen. Werden hier, um zu einer scheinbar normalen Leistung zu kommen, Reizmittel (Kaffee, Pervitin u. a.) angewandt, so bleiben die Folgen nicht aus, wenn vom Körper — zumindest in diesem Zustand — eigentlich nicht zumutbare Leistungen gefordert werden.

Aus einer Vielzahl von Fällen ist bekannt, daß bei Motorfahrern gerade die Übermüdung — genauso wie in Arbeitsbetrieben — die Ursache von Unglücksfällen ist. Man geht nicht fehl, wenn man auch bei einem Teil der Bergunfälle gleiches annimmt. Wenn schon erhebliche Bedenken gegen die unter solchen Umständen durchgeführten Bergfahrten angemeldet werden müssen, so muß man gegen Unternehmen besonderer Art ernststen Einspruch erheben. In diesen Tagen konnte man bei einem Münchener Sporthaus folgende Ankündigung lesen:

„H. B., der Leiter unserer Bergsportabteilung, führt unsere Hochtourengruppe auf den Ortler, 3900 m. DM 40.— einschließlich Führung.

Abfahrt: Samstag, den 14. Juli, 6 Uhr früh, von . . . mit eigenem Bus über Imst—Reschenscheideck nach Sulden am Ortler, 1900 m.

Ankunft: ca. 14 Uhr, anschließend Aufstieg zur Payer-Hütte, 3020 m, ca. 3—4 Stunden von Sulden.

Sonntag, 15. Juli: 6 Uhr früh Aufbruch von der Payer-Hütte und Anstieg zum Ortler, 3900 m, ca. 3—4 Stunden von der Payer-Hütte. Es handelt sich um einen Gletscheranstieg ohne nennenswerte Schwierigkeiten.

Abstieg vom Ortler entweder über den Hintergrat oder gleich wie am Anstieg zur Payer-Hütte zurück und nach Sulden. Abfahrt von Sulden ca. 15 Uhr und Rückkehr nach München gegen 23 Uhr.

Ausrüstung: Warme Bekleidung, festes Schuhwerk mit Profilgummisohlen oder festem Beschlag, genügend Sonnenschutz, Hüte oder sonstige Kopfbedeckung, gute Sonnen- oder Gletscherbrille (Neophan), Gletschercreme, Labiosan, Seilschlingen, 1 Karabiner, Steigeisen, Pickel und evtl. 30 m Seil. Alle Teilnehmer müssen höhenfest, trittsicher sein und ohne weiteres die angegebenen Zeiten bei einem Durchschnittstempo durchhalten können.

Nächtigung ist im Preise nicht inbegriffen.“

Der betreffende Führer, ein ruhmbedeckter Bergsteiger, und natürlich auch das Sporthaus haben damit eine Verantwortung übernommen, deren Grenzen nicht weit genug gesteckt werden können. Zur ermüdenden Autobusfahrt kommt anschließend am ersten Tag — bei sonnigem Wetter in der größten Hitze — der Aufstieg zur Payer-Hütte. Am nächsten Tag wird erst um 6 Uhr zum Ortler aufgebrochen. Die Zusicherung „ohne nennenswerte Schwierigkeiten“ gilt wohl, wie bei jeder Bergfahrt, nicht unter allen Umständen. Übrigens hat sich durch die fortgeschrittene Ausaperung auch am Ortler manches geändert. Am selben Tag wird noch der Abstieg nach Sulden und anschließend die Rückfahrt nach München (Ankunft gegen Mitternacht) angetreten. Das Hochgefühl, auf dem Ortler gewesen zu sein, ist gewiß erhebend. Ob es in diesem Eiltempo nicht gleich oder später mit Einbußen an Gesundheit erkauft wird, bleibe dahingestellt.

Gerade dieser Sonderfall sollte Anlaß zum Nachdenken geben, ob nicht der Teilnehmer an solchen Gemeinschaftstouren, verlockt durch das Ziel und den Namen des Führers, vorerst sich oder besser einen (womöglich sportärztlich erfahrenen) Arzt fragen sollte, ob er gesundheitlich einer solchen Tour überhaupt und besonders bei mangelndem Training und nach arbeitsreichen Tagen gewachsen ist. Er trägt die Verantwortung sich und seinen Angehörigen gegenüber.

In dem erwähnten Aushang ist weder von einer Altersgrenze noch von dem Gesundheitszustand der Tourenteilnehmer die Rede; daran wird auch sonst viel zu wenig gedacht. (Meine Sektion, die Sektion Prag, hatte immer wenigstens einen sporterfahrenen Arzt in ihrem Vorstand, dem es auch oblag, die Mitglieder freundschaftlich bei solchen Fragen zu beraten.)

Man muß daran erinnern, daß Untersuchungen festgestellt haben, daß Menschen, welche schon durch den Beruf bis an die Grenze ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit beansprucht sind, durch zusätzliche, wenn auch anders geartete körperliche Betätigung noch mehr ge-

schädigt werden. Als richtunggebend für die Gesunderhaltung des ganzen Organismus wie aller seiner Organe hat sich folgender Grundsatz bewährt: Training kräftigt, Untätigkeit schwächt und Überlastung schadet (Hochrein).

Es ist das Vorrecht der Jugend, in die Höhe zu streben. Sie muß sich aber dabei immer bewußt sein, daß gerade in der heutigen, besondere Anforderungen an jeden Menschen stellenden Zeit dem menschlichen Können Grenzen gezogen sind, die der Mensch nicht ungestraft überschreiten kann.

Es ist im Interesse des einzelnen, aber auch der Gesamtheit gelegen — die letzten Endes die Lasten für ein menschliches Versagen zu tragen hat —, daß nicht bei einer der Ertüchtigung dienenden körperlichen Leistung das Gegenteil erzielt wird. Gerade die Gesundheit jener Menschen, die aus der Ebene in die Höhe streben und damit schon ihren Idealismus bekunden, bedarf besonderen Schutzes. Auch hier ist Gesundheitsvorsorge das Gebot der Stunde.

(Aus „Mitteilungen des Deutschen Alpenvereins“, Juli 1956.)

Das Krankenkassenwesen in Brasilien

Von Dr. Johann Schneider

Eines der Hauptthemen, über das in westdeutschen Ärztekreisen immer wieder diskutiert wird, ist das Verhältnis des Arztes zur Krankenkasse und zum Krankenkassenpatienten. Soweit ich mich an die Zeit erinnere, wo ich als praktischer Arzt in Westdeutschland arbeitete, und die Versammlungen des Ärztlichen Bezirksvereins besuchte, bildete dieses Thema den nie sich erschöpfenden Gegenstand von Streitfragen, Diskussionsreden, die dort neben anderen Standesproblemen mehr oder minder heftig ausgetragen wurden. Das ist verständlich, rührt doch dieses Problem an die Wurzeln der Vorstellung, die sich der Arzt von seinem Beruf als dem Prototyp eines freien Berufes macht. Es soll hier nicht untersucht werden, wieweit in dieser Auffassung Reminiszenzen einer früheren Gesellschaftsordnung mitwirken, die im Zuge der Industrialisierung mit der ihr folgenden Umschichtung des sozialen Gefüges verschwunden ist. Das im allgemeinen vorschwebende Bild vom Arzt sieht sein Ideal im persönlichen Kontakt von Mensch zu Mensch, wo sich kein Dritter dazwischenschiebt. Deswegen spricht man von der Entschädigung des Arztes als von einem Honorar, einem Ehrensold, nicht von einer Bezahlung wie für irgendeine käufliche Ware oder Dienstleistung. Die Tatsache eines von dritter Stelle beauftragten oder vertraglich verpflichteten Arztes, den zu beanspruchen der Patient ein Recht hat, ist der eigentlichen Auffassung vom Arztberuf fremd. Auch die Tatsache ist damit nicht vereinbar, daß der Arzt sich nicht weigern kann, einen bestimmten Patienten zu behandeln, soweit sich dieser an die Formalitäten und Statuten seiner Kasse hält. Und doch gibt es außerhalb des Rechtsbereiches so viele Imponderabilien, die eine ersprießliche Zusammenarbeit, auf die es ja bei einer ärztlichen Behandlung hinausgeht, unmöglich machen können. Wir werden sehen, daß die Freiheit des ärztlichen Handelns trotz Krankenkasse bei der brasilianischen Ärzteschaft bis jetzt noch weitgehend gewahrt ist als in Deutschland. Wie es den Anschein hat, geht die Sozialisierung des Arztberufes in den hochzivilisierten Ländern immer weiter. Immer geringer wird die Zahl der Ärzte, die ausschließlich von freier Praxis

leben können, ohne die Notwendigkeit, die Behandlung von Krankenkassenpatienten übernehmen zu müssen. So denkt mancher deutsche Arzt, ob es nicht doch irgendwo auf der Welt eine Möglichkeit noch gäbe, ganz unbehelligt von den Fragen des Krankenkassenwesens als freier Arzt wirken zu können. Auch die Überfüllung des Berufes läßt den Gedanken an eine Auswanderung auftauchen. Viele denken da an Südamerika. Geht es schließlich einem Arzt auszuwandern, zum Beispiel nach Brasilien, so ist er erstaunt, ein in der Konzeption hoch differenziertes Krankenkassenwesen vorzufinden, so daß er den Eindruck gewinnen könnte vom Regen in die Traufe gekommen zu sein. Natürlich ist die Organisation eine andere, ganz besonders aber die Handhabung, die oft ganz anders aussieht als auf dem Papier steht, wie überhaupt der Verkehr von Mensch zu Mensch in den lateinischen Staaten höchst individuell ist und nur schwer sich nach objektiven Vorschriften richtet. Nichts haßt der romanisch Denkende und Sprechende mehr als dies, was seine großen Vor- und Nachteile hat gegenüber der mehr kühlen germanischen Denkweise.

Zunächst wollen wir einen kurzen Überblick über die Geschichte und Organisation des Sozialversicherungswesens in Brasilien vorausschicken. Die Sozialgesetzgebung basiert auf dem Dekret Nr. 4682, das am 24. 1. 1923 von der Deputiertenkammer in Rio de Janeiro angenommen wurde. Es sah die Schaffung von Pensionskassen für die Angestellten und Arbeiter der Eisenbahngesellschaften vor. Im Laufe der Jahre wurden weitere Institute, wie man hier in Brasilien schlechthin sagt, für die Angehörigen der verschiedenen Berufszweige gegründet. Besonders unter der Regierung von Getúlio Vargas wurde die Entwicklung stark vorwärtsgetrieben. So gibt es heute nur noch zwei Berufsklassen, die von der Sozialversicherung ausgeschlossen sind, die allerdings numerisch sehr stark sind, die Hausangestellten und die Landarbeiter. Zur Zeit bestehen Bestrebungen, auch diese mit einzubeziehen. Die Schwierigkeiten, die dem entgegenstehen, werde ich später noch berühren. Gegenwärtig gibt es sieben Institute, die verbindlich sind für die Angehörigen

Cefadysbasin

Tropf. - Tabl. - Amp.



Periphere und coronare
Durchblutungsstörungen

CEFAK-KEMPTEN

der jeweiligen Berufs- und Arbeitsklassen im ganzen Staatenbund Brasilien (Estados Unidos do Brasil). Erfasst sind: Handelsmarine, Kaufleute und kaufmännisches Personal, Personal der Kaffeelagerhäuser, Hafenarbeiter und im motorisierten Transport und Verkehr beschäftigtes Personal, Bankangestellte, Industriearbeiter, Angestellte der Bundesbehörden (Zoll, Post, Steuer, die verschiedenen Ministerien usw.). Die Institute sind selbständig und autonom in ihren Funktionen auf Grund ihrer im Gesetz verankerten Stellung. Sie sind aber der Kontrolle des Staates unterstellt, und zwar dem Ministerium für Arbeit, Industrie und Handel. Diese Aufgabe obliegt zwei getrennten Organen, dem Departamento Nacional de Previdência Social (Nationalabteilung für Soziale Fürsorge) und dem Conselho Superior de Previdência Social (Oberster Rat für das soziale Fürsorgewesen). Das erstere hat die Aufgabe, die Verwaltung der Institute zu überprüfen und zu orientieren. Das letztere ist eine Art Gerichtshof für alle internen Streitfragen, die im Versicherungsbetrieb auftauchen können, sei es der Arbeitgeber oder der Versicherten. Jedes einzelne Institut unterhält einen Verwaltungsapparat, bestehend aus der Zentralverwaltung in Rio de Janeiro mit einer Reihe von verschiedenen Unterabteilungen und aus den Lokalorganen in den einzelnen Staaten. In jedem Staat steht an der Spitze ein sogenannter Delegat, dem in den größeren Städten Agenten unterstehen. Die Aufzählung weiterer Einzelheiten der Verwaltung ist von untergeordneter Bedeutung. Für das Einkommen der Institute sind gesetzlich vier Quellen vorgesehen. Arbeitgeber, Arbeitnehmer und die Bundesregierung in Rio de Janeiro zahlen je 7% von der Höhe des gezahlten Lohnes oder Gehaltes. Eine weitere Quelle sind die Zinsen aus Immobilien und Geldgeschäften, wozu die Institute befugt sind. Zum Beispiel übernehmen sie wie irgendeine Versicherungsgesellschaft auf rein kommerzieller Basis Unfallversicherungen ohne Zusammenhang mit ihrer eigentlichen Aufgabe als Sozialeinrichtung. Es ist nun ein eigenartiger Zustand im brasilianischen Sozialversicherungswesen, daß der Staat aus Mangel an Mitteln seinen gesetzlichen Verpflichtungen schon seit einiger Zeit nicht nachkommt, und dadurch die Finanzlage einiger der Institute eine sehr prekäre ist. Es kann dies neben anderen einer der Gründe sein für die Tendenz, die ganzen Institute aufzulösen und an ihre Stelle eine einzige Organisation zu setzen, die einem neu zu schaffenden Ministerium für Soziale Dienste unterstellt werden soll. Dadurch würde der Staat unter Umständen seiner Schulden ledig. Die bisher genannten Institute haben ihre Rechtsgrundlage in der Bundesverfassung in Rio de Janeiro und haben Geltung für das ganze Reich. Doch besitzen auch die einzelnen Staaten das Recht, ausschließlich für ihre eigenen Beamten und Angestellten ein besonderes Institut zu gründen, in dem auch die der einzelnen Munizipien (Kreise) und Stadtverwaltungen versichert sind. Nicht jeder Staat hat aber bis jetzt von diesem Recht Gebrauch gemacht, ebenso wie auch einzelne Munizipien in einem Staat, wo ein solches Institut schon besteht, noch nicht angeschlossen sind. Die Finanzkraft der jeweiligen Verwaltungseinheit gibt bei dieser Entscheidung den größten Ausschlag.

Welches sind nun die Leistungen der Institute im Interesse des Versicherten? Von vorneherein ist zu sagen, daß sie prinzipiell weiter gefaßt sind als die der deutschen Sozialversicherungen und alle möglichen Gebiete der sozialen Fürsorge umfassen. Sie sind im großen und ganzen bei den einzelnen Instituten die gleichen und variieren nur wenig. Ich zähle deshalb, um ungefähr eine Vorstellung von ihrem Umfang zu geben, die des Institutes der Handelsangestellten auf (Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Comerciantes). Es sind in der Hauptsache folgende: Unterstützung in Fällen von Krankheit, Beerdigung, Geburt; Versicherung gegen Invalidität, Tod, Alter; Gewährung von ärztlicher Behandlung, Medikamenten, zahnärztlicher Behandlung; Darlehen für den Bau und die Erweiterung von Elgenheimen, Vermietung von institutseigenen Wohnungen und Häusern zu geringem Preis, Bürgschaft dem Elgentümer gegenüber, wenn ein Versicherter ein nicht instituteliges Haus oder eine Wohnung mietet. Man sieht, daß also die Krankenversicherung im eigentlichen Sinn nur einen

untergeordneten Teil der Leistungen ausmacht. Ursprünglich war überhaupt nur ambulante Behandlung vorgesehen. Erst später wurde auch Krankenhausbehandlung eingeschlossen. Medikamente werden im allgemeinen, von einigen einfacheren Zubereitungen abgesehen, nur für die Krankenhausbehandlung gestellt, um Mißbrauch, der in der Ambulanz leichter möglich ist, zu unterbinden. Bestimmte Zuwendungen, besonders die in der Aufzählung an erster Stelle stehen, sind für das Institut obligatorisch, sobald der Sachverhalt gegeben ist. Diejenigen, die die Investierung von Kapital erfordern, sind fakultativ und von bestimmten Voraussetzungen von seiten des Instituts als auch des Versicherten abhängig. Welches die Bedingungen für die Gewährung der einzelnen Zuwendungen sind, ist hier weniger interessant. Was den sozialen Wohnungsbau betrifft, so besteht nach meiner persönlichen Wahrnehmung eine ganze Reihe von Siedlungen im Weichbild der Stadt Recife mit einem sehr mäßigen Hauszins, was bei dem Mieter sehr stark in die Waagschale fällt, verschlingt doch die Miete manchmal ein Drittel bis die Hälfte des Einkommens. Wer Glück hat, ein solches Haus beziehen zu können, ist gut daran. Doch für die Wohnungsnot im ganzen ist dies der bekannte Tropfen auf einen heißen Stein. Der Wohnungskomfort des größeren Teils der Bevölkerung ist ein sehr niedriger, was nur dank des warmen Klimas möglich ist.

Die Art und Weise, wie die Krankenversorgung in den Instituten gewährleistet ist, ist eine andere als in Deutschland. Grundsätzlich stellen die Institute alles, was zur Krankenbehandlung notwendig ist, zur Verfügung. Sie unterhalten große Ambulatorien, in denen jede Fachrichtung nebst zugehöriger Einrichtung vertreten ist. Den Ärzten stehen Krankenpfleger und Sprechstundenhilfen zur Verfügung, so daß sie mit Schreibarbeiten, Registrierung usw. wenig zu tun haben. Die stationäre Behandlung findet in institutseigenen Krankenhäusern statt. Wo die nötigen Mittel nicht vorhanden sind oder die örtliche Zahl der Mitglieder zu gering ist, mietet das Institut Krankenzimmer in den allgemeinen Krankenhäusern, die von der Krankenhausverwaltung nicht belegt werden dürfen, auch wenn sie Mangel an Betten hat und von den Instituten gemietet unbelegt sind. Es kann vorkommen, daß für bestimmte Fachrichtungen, deren Einrichtung oder Unterhaltung sich für ein Institut nicht lohnt, ein Vertrag mit einem Arzt abgeschlossen wird, zum Beispiel für Röntgentherapie oder Laboruntersuchungen. Diese Verträge werden aber nicht summarisch über die Standesorganisation eingegangen, sondern nur mit jedem einzelnen Arzt. Es ist also nicht so wie in Deutschland, wo die Krankenkassenmitglieder in den Privatsprechzimmern der Ärzte und in den allgemeinen und privaten Krankenhäusern genau wie Privatpatienten behandelt werden, und wo die Krankenkassen auf die bereits vorhandenen personellen und sachlichen Gegebenheiten zurückgreifen und zu einem begrenzten, durch summarische Verträge festgelegten Satz entschädigen. Mit dem Recht, sich umsonst behandeln zu lassen, fehlt für den Kassenpatienten das noch immer wirksamste Korrektiv, die Belastung des eigenen Geldbeutels. Arzt und Krankenhaus werden mehr beansprucht, auch wo es oft nicht notwendig wäre, und für die Krankenkassen wachsen damit die Ausgaben ins Immense. Deshalb sind in Deutschland die Ärzte von den Kassen als Bremsen eingeschaltet, indem sie es am Geldbeutel zu spüren bekommen, wenn berechtigter- oder unberechtigterweise die Auslagen für die Krankenbehandlung hochsteigen. Diese wirtschaftliche Funktion, die die Ärzte mitverschauen, hat zwar mit der eigentlichen ärztlichen Aufgabe nichts zu tun, ist aber sicherlich notwendig, und die getroffene Lösung ist wohl für die Kassen der einfachste Weg, solange sie nicht die Krankenbehandlung in eigene Regie, gleich aus welchem Grund, übernehmen. Der brasilianische Arzt würde sich nur schwer für solche Maßnahmen hergeben. Ein Hemmschuh gegen ungerechtfertigte Beanspruchung von Arzt und Krankenkasse ist die Tatsache, daß dem Institutspatienten nicht die Rechte eines Privatpatienten zugestanden werden. Für akute Fälle steht ihm, so wie jedem Nichtversicherten, der allgemeine Pronto Socorro (Erste Hilfe), eine staatliche Einrichtung, oder der SAMDU (Serviço de Assistência Domíliciar e de Urgência — Dienst für Hilfeleistung zu

Hause und in dringenden Fällen), eine von den Instituten gemeinsam getroffene Einrichtung, zur Verfügung. Für die Behandlung der übrigen Erkrankungen ist der Institutspatient an eine bestimmte Zeit und an einen bestimmten Ort, ans Ambulatorium seines Instituts, gebunden. Will er außerhalb dieser Gegebenheiten einen Arzt, sei es auch der für ihn zuständige Institutsarzt, beanspruchen, so kann er dies nur privat tun, d. h. gegen Erlegung des Honorars. Diese Art bringt ohne Zweifel häufig für den Versicherten Härten mit sich. Härten sind nicht immer zu vermeiden. Während in Deutschland die Tendenz besteht, diese auf die Ärzte abzuwälzen, werden sie hier den Versicherten aufgeladen. Von Schuld oder schlechtem Willen auf einer oder der anderen Seite zu sprechen, ist verkehrt. Fragen der Mentalität, der Geschichte, des allgemeinen Bildungsstandes usw. spielen eine große Rolle. Vom volkswirtschaftlichen Standpunkt her gesehen ist die Organisation der sozialen Krankenversorgung in Brasilien nicht so rationell wie in Deutschland, da die verwaltungsmäßigen und technischen Einrichtungen, die jedes Institut mit geringen Unterschieden in der gleichen Form trifft, parallel laufen. Der ärztliche Stand ist aber mehr gegen Ausbeutung geschützt, sowohl von seiten der Institute, als besonders der Patienten.

Wie ist nun das Verhältnis zwischen Arzt und Institut geregelt? Jedes Institut stellt sich seine Ärzte an. Der Arzt erhält sein Gehalt, das mit der Dienstzeit steigt, wie bei jedem anderen Angestellten. Die Anstellung erfolgt auf dem Weg über ein Prüfungsverfahren, und zwar in dem betreffenden medizinischen Fachgebiet. Sind z. B. eine oder mehrere Stellen frei, so schreibt das Institut eine Prüfung aus. Die bestqualifizierten Kandidaten werden dann angenommen. Die nächstfolgenden in der Qualifikation können dann vorgemerkt werden für den Fall, daß innerhalb einer bestimmten Frist wieder ein Arzt benötigt wird. Nach Ablauf der Frist kann eine neue Prüfung ausgeschrieben werden. Es kann aber auch sein, daß ein Arzt ohne Prüfung verpflichtet wird, wenn zu wenig Patienten für das betreffende Fachgebiet anfallen oder im Innern des Landes, wo sich der Unterhalt eines großen Ambulatoriums nicht lohnt. Ein solchermaßen verpflichteter Arzt kann aber ohne jede Beschwerdemöglichkeit wieder entlassen werden und ist auch nicht pensionsberechtigt, während ein einmal angestellter Arzt nur durch ein Gerichtsverfahren entlassen werden kann. Es ist gesetzlich verboten, daß ein Arzt gleichzeitig an mehreren Instituten angestellt ist. In Notfällen wenn zum Beispiel von einer Fachrichtung kein geeigneter Bewerber vorhanden ist, kann ein von einem anderen Institut bereits angestellter Arzt, so wie oben erwähnt, auf Kündigung verpflichtet werden. Das Recht der freien Praxisausübung ist in keinem Fall eingeschränkt. Der Institutsarzt ist verpflichtet, eine bestimmte Zeit, offiziell 4 Stunden täglich, außer Sonntag, im Ambulatorium des Instituts zu arbeiten. Sind Patienten über die bestimmte Zeit hinaus da, so werden sie vorgemerkt und müssen am nächsten Tag wieder kommen. Wie bereits erwähnt, kann der Arzt außerhalb seiner Dienstzeit nicht beansprucht werden, auch nicht zu Hausbesuchen. In den Institutskrankenhäusern ist ein Dienstplan festgelegt, nach dem die diensttuenden Ärzte für 24 Stunden aufgestellt sind. Operationen und stationäre Behandlung fallen außerhalb der Dienstzeit im Ambulatorium. Der Arzt kann die Zeit dafür nach seinem Ermessen und im Übereinkommen mit der Leitung der Operations- bzw. Krankenhausabteilung aussuchen. Aus der Art des Verhältnisses zwischen Arzt und Institut ergibt sich, daß Regreßansprüche an den Arzt nicht gestellt werden können. Für alle Schwierigkeiten, die sich zwischen Arzt und Patienten ergeben können, gibt der

Arzt nur einem sogenannten Superintendenten, der selbst Arzt ist und auf begrenzte Zeit als solcher fungiert, Rechenschaft, und niemals einer nichtärztlichen Stelle. Die Stelle eines Vertrauensarztes erübrigt sich. Während man in Deutschland bei Differenzen zwischen Krankenkassenpatienten und Arzt manchmal den Eindruck hat, daß gerne der Arzt verantwortlich gemacht und zur Rechenschaft gezogen wird, ist es in Brasilien für einen Institutspatienten sehr schwer, auf offiziellem Weg sich einem Arzt gegenüber durchzusetzen, wie überhaupt der Ärztestand in Brasilien ziemliches Prestige hat. Das hat zur Folge, daß ein Patient schwerlich einmal einem Arzt gegenüber einen anmaßenden Ton anschlägt.

Ebenso wie in Deutschland bestehen neben den Instituten Unfallversicherungen für die Arbeiter. Sie sind verpflichtend für die einzelnen Berufsklassen und auf mathematisch-versicherungstechnischen Grundsätzen aufgebaut. Versicherungsträger sind Banken oder ähnliche zugelassene Geldinstitute, Versicherungsgesellschaften oder, wie schon erwähnt, die sozialen Institute. Für die ärztliche Behandlung ist ein ähnlicher Apparat aufgezogen wie bei den Instituten, mit Ambulatorien, Krankenhäusern, Bettenmiete usw. Nur das Verhältnis der Ärzte zu den Versicherungen ist ein anderes insofern, als jene nicht angestellt, sondern nur vertraglich verpflichtet sind.

Es müssen noch einige Einrichtungen erwähnt werden, die Funktionen ausüben, die außerhalb des Bereiches der Institute liegen, in Deutschland aber zum Teil wenigstens von den Krankenkassen versehen werden. Die Unternehmer und Arbeitgeber in Handel und Industrie für sich allein haben freiwillig, ohne gesetzlichen Zwang, soziale Organisationen geschaffen, den *Serviço Social do Comércio* und den *Serviço Social da Indústria*. Die Angestellten dieser Organisationen werden von den Gewerkschaften ernannt. Sie üben auf den verschiedensten Gebieten soziale Tätigkeiten aus. Sie unterhalten, um nur einige wahllos aufzuzählen, Ferienkolonien, Kinos, Theater, Grundschulen (den deutschen Volksschulen entsprechend), technische und Berufsschulen, Ambulatorien für Erste Hilfe in Betrieben und Fabriken, Stellen für Schwangerenberatung, juristische Beratungsstellen usw. Häufig unterhalten auch große Betriebe für ihre Arbeiter und Angestellten auf eigene Rechnung ärztliche Ambulatorien mit zum Teil fachärztlicher Beratung und sogar Krankenhäuser.

Brasilien als tropischer Staat muß eine Reihe von Organisationen unterhalten, deren Aufgabe die Bekämpfung von Seuchen ist. Auf diesem Gebiet ist Hervorragendes geleistet worden. Allein die Ausrottung des Gelbfiebers in den Hafenstädten ist eine Kulturleistung ersten Ranges. Über diese Organisationen zu berichten wäre Gegenstand einer eigenen Abhandlung. Ich möchte hier nur noch ein Gebiet der staatlichen Gesundheitsfürsorge erwähnen, das in Deutschland in den Bereich der öffentlichen Fürsorge fällt, die ärztliche Versorgung der ärmeren Bevölkerungsschichten, die nicht versicherungspflichtig sind. Es ist gesetzlich festgelegt, daß die Länderregierungen in jedem Munizip ein sogenanntes *Centro de Saúde* oder einen *Posto Médico* einrichten. Aus Mangel an Mitteln ist das noch nicht in jedem durchgeführt. Doch sind die größeren fast alle damit versehen. Ein Arzt, der dafür vom Staat entschädigt wird, hält dort seine bestimmten Sprechstunden ab. Jeder Bedürftige hat das Recht, den Arzt zu konsultieren. Es ist keinerlei Ausweis oder Bedürftigennachweis notwendig. Am Anfang kann es schon vorkommen, daß der Arzt von Patienten ausgenützt wird, die auf Grund ihrer Vermögenslage verpflichtet wären, den Arzt in seiner Privatprechstunde aufzusuchen. Aber er lernt die Leute sehr

Gegen
Schulmüdigkeit
und Konzentrationsschwäche
von Kindern *Vitamin B¹²*

Per os als

Cytobion

Dragees · Tropfen

E. MERCK A. G. · DARMSTADT

schnell kennen, zumal ihm ja die Mentalität bekannt ist. In den Centros de Saúde gibt es sogar Beratungen von Fachärzten, mit Möglichkeit zu Laboruntersuchungen. An Medikamenten werden allerdings nur die wichtigsten, und diese in unzureichender Menge, verteilt. Häufig muß sich der Patient mit einem Rezept bescheiden. Im Falle der Notwendigkeit einer Operation oder stationären Behandlung erfolgt Einweisung in die Armenabteilung eines der vom Staat unterhaltenen Krankenhäuser. In den Universitätsstädten sind es meist die Universitätskliniken. Ferner gibt es eine Organisation zum Schutz von Mutter und Kind. Auf den dafür eingerichteten Postos werden unentgeltlich Schwangere und Mütter beraten, ferner wird an die ärmeren Kinder Milch verteilt.

Die wichtigsten Einrichtungen auf dem Gebiet der sozialen Krankenversorgung sind hiermit gestreift. Die Organisation ist eine vorzügliche, der hiesigen Mentalität angepaßt, und Kenner der Materie behaupten, daß die Sozialgesetzgebung in Brasilien eine der modernsten ist. Wie anfangs erwähnt, denkt man daran, auch den Rest der arbeitenden Bevölkerung zu erfassen. Dem stehen aber enorme Schwierigkeiten im Weg. Es würde den Rahmen des Themas sprengen, wollte man das Problem von allen Seiten beleuchten. Ich möchte mich deshalb nur auf einige Andeutungen beschränken. Die Sozialgesetzgebung im allgemeinen ist das Produkt einer industrialisierten und kommerzialisierten Wirtschaft. Die Versorgung mit den Notwendigkeiten des täglichen Lebens geht über das Geld. Ein großer Teil der ländlichen Bevölkerung Brasiliens aber lebt noch unter wirtschaftlichen Verhältnissen, die aus der Kolonialzeit mit ihrem Feudalsystem stammen. Die Lebensbedürfnisse sind wenig differenziert, die Arbeitslöhne sehr niedrig, die Arbeitsmethoden primitiv und die wirtschaftliche Existenz des Landarbeiters basiert zum großen Teil auf Naturalwirtschaft unter Umgehung der Geldwirtschaft. Die mit Geld entlohnte Beschäftigung ist sehr unregelmäßig. Die Beziehungen von Mensch zu Mensch spielen sich wie in einer erweiterten Familie ab. Bei Hausangestellten werden oft Kinder oder sonstige Familienangehörige derselben mit durchgehalten. Wird das Verhältnis zum Arbeitgeber auf eine rechtliche Basis gestellt, so wird sich niemand mehr zu einer Entschädigung über die gesetzlich

vorgeschriebene hinaus verstehen. Unbeständigkeit, besonders in der Stadt, und Unwissenheit verbieten eine bessere Bezahlung. Man ist deshalb auch gezwungen, eine größere Anzahl zu beschäftigen als die zu leistende Arbeit erfordert. So ist bei diesen beiden Berufsgruppen bis jetzt die Möglichkeit einer organisierten sozialen Fürsorge im modernen Sinn kaum gegeben. In den zum Teil hochindustrialisierten, wirtschaftskräftigen Südstaaten könnte man vielleicht eher daran denken. Man darf nicht vergessen, daß erst 1888 die Sklaverei aufgehoben wurde, und daß es heute noch Menschen gibt, die als Sklaven geboren sind. Sollen nun diese beiden Bevölkerungsgruppen in einer einigermaßen leistungsfähigen Sozialversicherung erfaßt werden, so muß, wie bei den übrigen Arbeitern und Angestellten, ein monatlicher Mindestlohn festgesetzt werden. Der tägliche, bereits festgesetzte nützt nicht viel, da die landwirtschaftlichen Arbeiter häufig unbeschäftigt sind. Einem erhöhten Arbeitslohn würde aber keine wirtschaftlich ins Gewicht fallende erhöhte Produktion gegenüberstehen. Ist schon bei den kommerzialisierten Bevölkerungsgruppen die immerhin beträchtliche Geldmenge, die für soziale Zwecke abgeführt wird, absolut ungenügend, um den gesetzlich vorgesehenen Anforderungen zu genügen, wieviel weniger wird das der Fall sein bei den Bevölkerungsgruppen, die fast noch außerhalb der kommerzialisierten Wirtschaft leben. Bei den Entfernungen und sonstigen Schwierigkeiten im Innern des Landes würde schon die Aufrechterhaltung des Verwaltungsapparates den größten Teil der aufgebrauchten Beiträge verschlingen. Alle vernünftigen Brasilianer sehen dies ein. Aber leider spielen bei der Debatte, so wie überall in der Welt, nicht nur wirtschaftliche und humanitäre, sondern auch parteipolitische und demagogische Gründe eine Rolle.

Einzelheiten aus dem Gebiet des Sozialversicherungswesens danke ich der Freundlichkeit der Herren Prof. Dr. Jorge Glasner, Professor für Orthopädie an der Faculdade de Ciências Médicas, Recife, und Dr. Alberico Glasner, Advokat und Syndikus beim Instituto de Aposentadoria e Pensoes dos Comerciantes (I.A.P.C.), Recife.

Anschrift: Dr. Johannes Schneider, Avenida Cruz Cabuga 344, Recife/Pernambuco, Brasilien. Früher Frensdorf bei Bamberg.

MITTEILUNGEN

Unfallverhütungswoche

Der Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, Zentralstelle für Unfallverhütung, veranstaltet in der Zeit vom 30. 9. bis 8. 10. 1956 eine Unfallverhütungswoche unter dem Leitwort

„Sicher arbeiten“

gemeinsam mit den übrigen Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und allen interessierten Behörden und Organisationen im Bereich der Bundesrepublik und West-Berlin. Die Unfallverhütungswoche soll erneut auf alle Betriebe und auf die Unfallgefährdeten einwirken, um sie zu unfallsicherem Arbeiten zu veranlassen. Die Durchführung erfolgt durch rund 300 Ortsausschüsse im Bundesgebiet. Presse, Rundfunk und Film haben sich in den Dienst der Sache gestellt. In zahlreichen Veranstaltungen und Versammlungen werden Vorträge über die verschie-

denen Möglichkeiten der Unfallverhütung abgehalten. Durch ein besonderes Preisausschreiben wird die Anfertigung von Bildmotiven angeregt, welche der Unfallverhütung dienen sollen.

Belästigung durch Düsenflugzeuge

Frau Dr. Dr. M. E. Lüders, die Alterspräsidentin des Deutschen Bundestages, hat an eine größere Zahl von Kurverwaltungen und Kurärzte ein Schreiben gerichtet, in dem sie zu einem gemeinsamen Vorgehen gegen die Belästigung insbesondere kranker Menschen durch Düsenflugzeuge aufruft. Wir geben das Schreiben nachstehend wieder:

Sehr geehrte Herren!

Sie würden mich zu Dank verpflichten, wenn Sie von dem nachstehenden Schreiben Kenntnis nähmen und mich



Vaporin

Im Zimmer
zu verdampfendes
Süuglings- u. Kleinkind-
Hustenspezifikum
Keuchhusten — Bronchitis

Ihre Stellungnahme zu dem Problem der Düsenjägerflüge nicht nur über dichtbesiedelten Ortschaften, sondern insbesondere über Heil- und Kurbädern wissen lassen.

Soviel mir bekannt geworden ist, führt der derzeitige Zustand — insbesondere die entgegen den bestehenden Vorschriften ständig durchgeführten Tiefflüge sowohl als Einzelflieger, wie auch in Verbänden — zu schweren Schäden für die zahlreichen Heilung und Erholung suchenden Menschen. Unter diesen ist die zunehmende Anzahl der Herz- und Kreislaufkranken sowie der Nervöserkranken und der durch Kriegsverletzungen oder durch Alter Bewegungsbehinderten besonders betroffen.

Neben den Kranken selber sind auch die Ärzte betroffen durch die Unterbrechung bzw. den Zwang zur Wiederholung der notwendigen diagnostischen Feststellungen. Die elektrokardiographischen Schallkurven werden durch den Lärm der Tiefflieger völlig verzerrt. Die Grundumsatzbestimmungen müssen oft abgebrochen werden, da die Patienten durch den Schrecken einen anormalen Sauerstoffverbrauch aufweisen, der für die Diagnose nicht mehr zu verwerten ist. Auskultation und Perkussion sind oft für zehn Minuten und mehr nicht möglich, wenn dröhnende Staffeln von sechs bis acht Flugzeugen hintereinander über die entsprechenden Gebäude jagen.

Ein geregelter Klinikbetrieb läßt sich dabei nicht durchführen, da solche Flüge oft mehrmals am Tage erfolgen.

Noch schlimmer liegen die Verhältnisse an Plätzen, die z. B. auf engem Inselraum einen Startplatz haben. Ihnen entstehen zusätzliche wirtschaftliche Schäden durch das Fernbleiben von Kurgästen.

Die Betrachtung der vorliegenden Verhältnisse und ihrer Begleiterscheinungen nur allein aus militärischen Gesichtspunkten scheint mir auf die Dauer nicht möglich, zumal man leider feststellen muß, daß verschiedentlich militärische Befehlshaber sich keineswegs immer um die bestehenden, zwar einschränkenden, aber schon an sich unzureichenden Bestimmungen kümmern, anstatt pflichtgemäß ihre Piloten zur genauesten Befolgung der Vorschriften sehr ernstlich anzuhalten.

Mit vorzüglicher Hochachtung

gez. Dr. Dr. M.-E. Lüders, MdB

Da die Ärzteschaft in hohem Maße an dem Erfolg einer derartigen Aktion interessiert ist, werden alle Kollegen, die Gelegenheit haben, gesundheitliche Störungen oder Belästigungen durch Düsenflugzeuge zu beobachten, gebeten, einen kurzen Bericht darüber mit genauen Angaben von Zeit, Ort und näheren Umständen, Intensität, Umfang und zeitlicher Dauer der Belästigung der Bayer. Landesärztekammer zuzuleiten.

Forschungsstation für Pollomyelitis

Auf dem Gelände der Medizinischen Universitätskliniken in München wurde eine Forschungsstation für Kinderlähmung fertiggestellt.

Der 13. Deutsche Zahnärztetag in München

Der Deutsche Zahnärztetag in München, der von über 4000 Teilnehmern, darunter 400 aus Mitteleutschland, besucht war, erörterte auch eine Reihe von Problemen, die auch die praktischen Ärzte und Fachärzte interessieren. In einer Pressekonferenz, die der Tagung voranging, wurde darauf hingewiesen, daß 90% der Bevölkerung an Zahnfäule leiden und daß 15% an Parodontose erkranken. Es erübrigt sich wohl, auf die Bedeutung dieser Tatsache auf die Entstehung von gewissen Krankheiten hinzuweisen. In unserer Zeit, die der Vorsorge und Verhütung ein besonderes Augenmerk schenkt, ist es bedeutsam, daß auch die Zahnärzte eine wesentliche Verminderung der Karies erhoffen, wenn die Zahnpflege bereits im Alter von drei Jahren einsetzt und durch eine gesetzlich zu regelnde Jugendzahnpflege nicht nur der Entwicklung der Karies vorgebeugt wird, sondern auch durch die Schulung in diesem Alter auch für die Zeit nach Verlassen der Schule die Zahnpflege für den einzelnen zur Selbstverständlichkeit wird. Die Soziale Krankenversicherung könnte große Beträge einsparen, wenn es den Versicherten zur Pflicht gemacht würde, etwa jedes halbe Jahr eine Überprüfung seiner Zähne durchführen zu lassen und nicht erst die Hilfe des Zahnarztes in Anspruch zu nehmen, wenn bereits Wurzelbehandlungen und Zahnfüllungen oder die Anfertigung von Prothesen usw. notwendig werden. Im Verlauf des Kongresses wurde die Forderung nach einer engen Zusammenarbeit mit der allgemeinen Medizin erhoben. Bei der Besprechung der Pathologie und Klinik der häufigsten Geschwülste im Mund- und Kieferbereich wurde darauf hingewiesen, daß der Zahnarzt frühzeitig bösartige Geschwülste (aber auch gewisse Allgemeinerkrankungen) erkennen kann, wodurch die rechtzeitige Heilung dieser Krebserkrankungen möglich wird.

Bei diesem Kongreß wurden auch wirtschaftliche Fragen besprochen. Ihre wichtigsten Ergebnisse sind den nachfolgenden Entschlüssen zu entnehmen:

1. Die in München am 22. 8. 1956 tagende außerordentliche Vertreterversammlung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung stellt mit Befremden fest, und erhebt schärfstens Protest dagegen, daß ein volles Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes über Kassenzahnärztliche im Gesetz vorgesehene Schiedsgerichtsordnung noch nicht erlassen ist.

Durch dieses Gesetz ist im Interesse einer reibungslosen Versorgung der Versicherten die Möglichkeit eines vertragslosen Zustandes zwischen den Krankenkassen und den Heilberufen ausgeschaltet worden. Das Äquivalent für eine solche einschneidende, die wirtschaftlichen Möglichkeiten der Heilberufe einengende Maßnahme besteht in den vom Gesetz vorgesehenen Schiedsämtern, denen die Aufgabe zukommt, bei wirtschaftlichen Auseinandersetzungen zwischen den Heilberufen und den Krankenkassen zu schlichten und bei Nicht-einigung die entsprechenden Regelungen zu treffen. Voraussetzung für die Bildung der Schiedsämter ist aber die Schiedsgerichtsordnung. Daß sie bisher vom Bundes-

Lederle

TETRACYCLIN-LEDERLE

ACHROMYCIN

Kapseln, SV-Kapseln, Dragées, Spersoids, Tropfen, Suspension, Salbe, Augensalbe,
Ampullen l. v., Ampullen l. m.

Das unübertroffene
Breitspektrum-Antibiotikum

minister für Arbeit nicht erlassen wurde, hat vielerorts bereits die untragbare Folge gehabt, daß nach Scheitern von Verhandlungen über die Änderung von Verträgen keine Möglichkeiten mehr bestehen, abgelaufene oder gekündigte Verträge den veränderten wirtschaftlichen Verhältnissen anzupassen und durch eine neue, verbindliche Regelung zu ersetzen. Durch diesen Zustand ist bereits eine erhebliche Disfunktion des Vertragswesens eingetreten, die sowohl dem Verhältnis der Zahnärzteschaft zu den Krankenkassen, wie aber auch einer geregelten Versorgung der Bevölkerung abträglich ist. Die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen sehen sich daher veranlaßt, das für diesen Notstand verantwortliche Bundesministerium für Arbeit auf die ernststen Folgen aufmerksam zu machen, die aus dieser Situation entstehen müssen. Sie fordern daher mit allem Nachdruck den sofortigen Erlass der gesetzlich festgelegten Schiedsgerichtsordnung.

2. Die außerordentliche Hauptversammlung des Bundesverbandes der Deutschen Zahnärzte stellt mit Bedauern fest, daß die am 3. 3. 1956 an das Bundesministerium des Innern geleitete Eingabe, die eine Erhöhung der Mindestsätze der geltenden Amtlichen Gebührenordnung für approbierte Zahnärzte (Preugo) um 70% (nach dem Stande vom 1. 1. 1953) zum Ziele hat, bisher noch keine positive Auswirkung zeigte. Im Hinblick auf die seit dem 1. 1. 1953 eingetretene Veränderung der wirtschaftlichen Verhältnisse, die nicht nur eine generelle Erhöhung des ganzen Lohnniveaus, sondern darüber hinaus auch eine gesetzliche Erhöhung aller Beamtgehälter brachte, stellt die Verzögerung einer Anpassung der Allgemeinen Gebührenordnung an das veränderte Lohn- und Preisgefüge eine untragbare und nicht zu verantwortende Belastung der Zahnärzteschaft dar. Der Bundesverband der Deutschen Zahnärzte erwartet daher von den zuständigen Instanzen, daß der auf Grund des § 13 (Preugo) zuständige Ausschuß nunmehr beschleunigt seine Arbeiten durchführt, die Grundlagen für den Erlass einer Erhöhung der AGO erarbeitet und daß das BMdI baldigst die notwendige Verordnung erläßt.

Eine große Ausstellung, die ein anschauliches Bild über das weite Betätigungsfeld des Zahnarztes gab, war ständig von unzähligen Besuchern umlagert.

Der Kongreß mit seinen vielseitigen Aufgaben und Ergebnissen bedeutet einen neuen Fortschritt. K-g

Arzneimittelgesetz

Nach Angaben von Fachleuten werden im Bundesgebiet derzeit etwa 70 000 Spezialitäten und über 30 000 Arzneimittel vertrieben. An der Herstellung ist eine große pharmazeutische Industrie von Weltgeltung beteiligt, es gibt aber auch die sog. „Waschküchenbetriebe“. Was bei der seriösen Industrie eine Selbstverständlichkeit ist, kann bei diesen „Betrieben“ nur durch Gesetz erzwungen werden. Es geht darum, die Bevölkerung zu schützen. Deshalb sieht ein vom Bundesinnenministerium erarbeiteter Entwurf für ein Arzneimittelgesetz eine schärfere Kontrolle der Arzneimittelherstellung und die Einführung einer Erlaubnispflicht mit Sachkundenachweis vor. Verlangt wird der Nachweis geeigneter Lager- und Herstellungsräume sowie eine laufende behördliche Kontrolle der Betriebe und Abgabestellen. In ein Spezialitätenregister sollen alle Arzneimittel eingetragen werden.

Die Krankenkassen begrüßen ein solches Arzneimittelgesetz. Sie sind im Interesse der Gesundheit ihrer Versicherten daran interessiert, daß nur einwandfreie Arzneimittel in den Verkehr gebracht werden, aus deren Aufmachung klar erkenntlich ist, wie sie zusammengesetzt sind und wie sie angewandt werden müssen. Die Eintragung in ein besonderes Register, das beim Bundesgesundheitsamt geführt werden müßte, der eine Prüfung vorausgehen hätte, würde sofort zu einer erheblichen Beschränkung der auf dem Markt angebotenen Arzneimittel führen. Es ist zu hoffen, daß das Gesetz nach den Parlamentsferien dem Bundestag zugeleitet werden kann, damit eine baldige Verabschiedung erfolgt. Alle an der Volksgesundheit interessierten Kreise stimmen darin überein, daß eine gesetzliche Regelung dieses Problems vordringlich ist. (G. P. K.)

Die Schweiz nimmt den Kampf gegen die Karies auf

Anfang März hat in Martigny die Delegiertenversammlung der schweizerischen Zahnärztesgesellschaft nach reiflicher Erörterung durch Vertreter der Praxis und Wissenschaft, wie Prof. Dr. A. J. Held, Genf und Prof. Dr. L. J. Baume, Genf, von der Fluorkommission der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften eine Empfehlung beschlossen. Sie faßt die modernsten Forschungsergebnisse für die praktische Durchführung zusammen. Folgende Gesichtspunkte werden herausgestellt:

1. Der Genuß von Süßigkeiten zwischen den Mahlzeiten ist zu vermeiden.
2. Gesteigerte Beachtung verdient die Kariesprophylaxe mit dem Vitamin D (Lebertran, reichlicher Milchgenuß).
3. Wichtige Maßnahmen sind die Sauberhaltung der Zähne und die rechtzeitige Behandlung der kleinsten Zahnschäden.
4. Während der ersten 16 Lebensjahre, einer Zeit, in der die Zahnkronen gebildet werden, erreicht man durch regelmäßige und dosierte Einnahme von Fluor im Trinkwasser oder als Tablette eine Senkung der Kariesanfälligkeit ohne Gesundheitsschädigung.
5. Salz- und Milchloridierung sind ebenfalls heranzuziehen, jedoch ist ihre Wirksamkeit nicht so weitgehend erprobt.
6. Diese öffentlichen Fluoridierungsmaßnahmen verdienen Förderung. Sie sollten unter zahnärztlich-medizinischer Kontrolle durchgeführt werden, um ihre relative Wirksamkeit festzustellen.
7. Man empfiehlt den Behörden, die Koordinierung der Fluoridierungsmaßnahmen sicherzustellen.

Versicherungsaufwendungen in der Schweiz

Die Einwohner der Schweiz haben für Versicherungszwecke im Jahre 1954 in Form von Prämien und Beiträgen den Betrag von 2,88 Milliarden Francs aufgewendet. Das entspricht ca. 13% des schweizerischen Volkseinkommens des Jahres 1954. Pro Haushalt wurden im Durchschnitt für Versicherungszwecke ca. 2100 Franken aufgewendet, wovon die Versicherten und Arbeitgeber 1900 Fres. trugen, ca. 200 Fres. wurden von der öffentlichen Hand aufgebracht.

Genußmittelverbrauch fast auf Vorkriegshöhe

Nach Mitteilung der Norddeutschen Bank AG. wurden im Jahre 1955 etwa 1,5 Mrd. DM für die Einfuhr von Kaffee, Tee, Kakao und Tabak ausgegeben; das waren mehr als 6% der gesamten Ausfuhrerlöse der Bundesrepublik. Es wurden 120 000 t Kaffee in die Bundesrepublik eingeführt; 2,4 kg je Kopf der Bevölkerung, was etwa dem Vorkriegsverbrauch entspricht. Die Preise für den Kaffee liegen allerdings bedeutend höher als vor dem Kriege. Auch Rohkakao (1954: 75 000 t, 1955: 73 000 t) kostet das Siebenfache des Preises von 1937. Ausländische Schokoladenwaren sind nicht mehr ganz so begehrt wie kurz nach dem Kriege: es kommt heute etwa ein Drittel der 1950 eingeführten Mengen auf den einheimischen Markt. Der Teeverbrauch ist etwas gestiegen, es wurden 1955 105 Gramm Tee von jedem Einwohner Westdeutschlands verbraucht. Insgesamt wurden 1955 44 Mrd. Stück Zigaretten in Westdeutschland versteuert; 869 Stück je Kopf der Bevölkerung gegenüber 700 vor dem Kriege.

AE/DMI

Die Dicken müssen eher sterben

Die amerikanische Lebensversicherungs-Gesellschaft Metropolitan Life Insurance Company hat ausgedehnte Untersuchungen über den Zusammenhang zwischen Körpergewicht und Lebenserwartung durchgeführt.

Wenn man die Todesrate der Normalgewichtigen mit 100% bezeichnet, so kommt man auf Grund dieser Analysen zu folgenden Ergebnissen:

15—34% Untergewicht bedingt eine Rate von	108%
5—14% Untergewicht bedingt eine Rate von	99%
5—14% Übergewicht bedingt eine Rate von	122%
15—24% Übergewicht bedingt eine Rate von	144%
über 25% Übergewicht bedingt eine Rate von	174%

Man kann also sagen, daß die Lebenserwartung umso geringer ist, je größer das Körpergewicht ist. DMI

Bayerische Beamtenversicherungsanstalt 1/2 Milliarde Bestand überschritten

Die Mitgliederversammlung der Bayerischen Beamtenversicherungsanstalt, Allgemeiner Lebensversicherungsverein a. G., München, verabschiedete am 14. 7. 1956 den Jahresabschluß 1955. Die stetige Aufwärtsentwicklung des seit 54 Jahren bestehenden Vereins, der im gesamten Bundesgebiet und in West-Berlin arbeitet sowie alle Bevölkerungskreise erfaßt, hat sich auch im Geschäftsjahr 1955 fortgesetzt. Der Neuzugang betrug (alles in Millionen DM) 97,9 (1954: 79,2), der Bestand erreichte eine Versicherungssumme von 502,1 (439,3) und die Beitragseinnahme konnte gegenüber dem Vorjahre von 19,1 auf 20,8 erhöht werden. Die festen Vermögensanlagen stiegen um 9,8 auf 89,4, während sich die Deckungsrückstellungen um 8,5 auf 76,7 erhöhten. Durch die Steigerung der Vermögenserträge von 3,9 auf 5,2 wurde eine durchschnittliche Verzinsung der festen Vermögensanlagen ohne Ausgleichsforderungen von 7,0% (6,4%) erreicht. Nach Zuweisung von 0,19 an die freien Rücklagen ergab sich ein Überschuß von 3,25 (2,83). Dieser Überschuß wurde satzungsgemäß zu 100% der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zugeführt, so daß zusammen mit den verzinslich angesammelten Gewinnanteilen 9,7 (8,5) für die Gewinnbeteiligung der Versicherten zur Verfügung stehen. Die bisherigen Gewinnanteilsätze der Versicherten von 10 bis 20% eines Jahresbeitrages konnten für einzelne Gewinnverbände um 1 bis 5% erhöht werden. Bis Ende Juni 1956 ist der Bestand an Versicherungssumme auf 557 angewachsen.

Unsere Kinder wachsen uns über den Kopf

Das stürmische Längenwachstum unserer jungen Generation ist noch nicht beendet. Nach neuen Untersuchungen von Prof. Dr. W. Hagen, Bonn, hat es in den fünf Jahren von 1948 bis 1952 bei entlassenen Volksschülern um rd. 5 cm zugenommen.

In einer Denkschrift von Prof. Diem, Köln, heißt es hierzu, daß die hochaufgeschossenen Jugendlichen schon nervöse Reizbarkeit und vor allem Schäden des Blutkreislaufs zeigen. Außerdem trete die Pubertät zwei bis drei Jahre früher auf. DMI

Lebensfähigkeit von Kindern älterer Eltern

Auf eine Anfrage, ob die Kinder älterer Männer und Frauen in geistiger und körperlicher Hinsicht in irgendeiner Weise gefährdet oder benachteiligt seien, wurde in der Zeitschrift „Medizinische Klinik“ von verschiedenen Vererbungsforschern erwidert, daß zwar das Alter für die Weitervererbung der Erbanlagen ohne Bedeutung ist; jedoch beginnen bei der Frau gegen Mitte des 4. Lebensjahrzehntes gewisse Veränderungen der Geschlechtsdrüsen.

Hierdurch kommt es, daß bei Kindern solcher Frauen in gehäuftem Umfang sich mongoloider Schwachsinn findet, der mit größter Wahrscheinlichkeit auf einer Schädigung des Eiplasmas beruht. — Auf körperlichem Gebiet weist

die Mißbildungsquote der Neugeborenen innerhalb der letzten 10 Jahre ebenfalls eine deutliche Abhängigkeit vom Gebäralter der Mütter auf: Bei Frauen zwischen 36 und 40 Jahren war sie etwa 1 1/2-mal, bei Frauen über 40 2 1/2-mal so hoch wie bei jüngeren Gebärenden. DMI

Gegendarstellung

Zu der in Nr. 4/56 S. 71 des Bayer. Ärzteblattes unter dem Titel „Warnung!“ erfolgten Mitteilung über die Firma M. Röhlein K.G., Klinikeinrichtungen, Technische Beratung der ärztlichen Praxis, Icking 20, veröffentlichen wir nachstehende Gegendarstellung der Fa. M. Röhlein K.G.

„Wir bestreiten mit Nachdruck, durch zumindest unseriöse Geschäftsgebarung mehreren Ärzten bereits finanziellen Schaden zugefügt zu haben.“

Wir haben seit Bestehen unserer Firma mehr als 1600 Verträge über Klinikbedarf, ärztliche Einrichtungen, allgemeinen Praxisbedarf und Finanzierung dieses Bedarfs abgeschlossen, die wertmäßig mehr als 6 420 000 DM ausmachen. Bei nicht 2% dieser Vertragsabschlüsse ist es zu Differenzen gekommen, die uns, bzw. unsere Vertragspartner veranlaßten, gerichtliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Das ist ein Prozentsatz, der den üblichen anteiligen Anfall gerichtlicher Auseinandersetzungen in gleich- oder ähnlich gelagerten Unternehmungen unterschreiten dürfte.

In keinem der anhängig gewesenen oder noch anhängigen gerichtlichen Verfahren ist von seiten des Gerichts eine „zumindest unseriöse“ Geschäftsgebarung festgestellt worden.

Im Rahmen dieser gesetzlich verankerten Gegendarstellung haben wir leider keine Möglichkeit, auf den Stand der Prozeßverfahren und ihren Ausgang im einzelnen des näheren einzugehen.“

Rentnerzahl wächst überall

Auf 1000 Erwerbsfähige (15—64 Jahre) kommen alte Leute (65 Jahre und älter):

Italien	1956 = 130	1971 = 155
Schweden	1956 = 165	1971 = 200
Schweiz	1956 = 155	1971 = 205
Frankreich	1956 = 180	1971 = 195
Bundesrepublik	1956 = 147	1971 = 204
Österreich	1956 = 170	1971 = 225
England	1956 = 175	1971 = 220
Dänemark	1956 = 150	1971 = 180

D.Z.A.

Unterbewertung geistiger Arbeit

Die viel zu niedrige Bezahlung von Hochschulassistenten, Assistenzärzten usw. kritisierte Bundeskanzler Dr. Adenauer vor Bonner Journalisten. Er äußerte die Sorge, daß die Bundesrepublik aus Mangel an wissenschaftlichen und technischen Nachwuchskräften in eine sehr schwierige Lage geraten könne. Die zur Zeit geübte Studienförderung sei unzureichend, und die Unterbewer-



KREWEL-WERKE
Eitorf b. Köln

MIGR'ANE-KRANIT

Cerebral-Antispasmodicum

tung geistiger Arbeit müßte endlich aufhören. Da zuverlässige und konkrete Unterlagen fehlten, sei vielen der Ernst der Problematik noch gar nicht klargeworden.
(Hochsch.-Dienst 15/56)

Neuer Weg zur Förderung der Wissenschaft durch die Wirtschaft

Die Mannesmann AG in Düsseldorf faßte den Beschluß, bis auf weiteres zwei Prozent des an die Aktionäre ausgeschütteten Dividendenbetrages dem Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft zur Förderung wissenschaftlicher Grundlagenforschung, der Geisteswissenschaften und des Nachwuchses zur Verfügung zu stellen.
(Hochsch.-Dienst 15/56)

Wieviel Arbeitstage gehen jährlich durch Unfall und Krankheit verloren?

Auf Grund von Erhebungen, die von der Abteilung „Medizinische Arbeitsforschung“ des Instituts für angewandte Anthropologie in Heidelberg vorgenommen wurden und die sich auf etwa 16 Millionen Beschäftigte im Bundesgebiet beziehen, geht jährlich folgende Anzahl von Arbeitstagen verloren:

Unfälle außerhalb des Betriebes	etwa 32 Mill. Arb.-Tage
Erkältungskrankheiten	„ 26 „
Krankheiten des „rheumatischen“ Formenkreises	„ 23 „
Krankheiten d. Kreislaufsystems	„ 22 „
Magen- und Darmkrankheiten	„ 18 „
Krankheiten des „lymphatischen“ Systems	„ 11 „
Arbeitsunfälle	„ 8 „
Furunkel und Abszesse	„ 8 „
Sonstige Krankheiten der Bewegungsorgane	„ 6 „
Krankheiten d. Geschlechtsorgane	„ 6 „
Lungentuberkulose	„ 5 „
Krankheiten der Gallenblase und Gallenwege	„ 4 „
Sonstige Krankheiten der Harnorgane	„ 4 „
Krankheiten des Nervensystems	„ 4 „
Krebs	„ 1 „

DMI

„Strahlende“ Justiz

In einem Verfahren gegen eine Firma, die „Abschirmgeräte“ gegen „krebsfördernde und gesundheitsschädliche Erdstrahlen“ herstellt, entschied das Oberlandesgericht Celle: „Wenn die Wissenschaft die Existenz der Erdstrahlen bisher auch noch nicht nachgewiesen hat, ist damit noch nicht ihre Nichtexistenz bewiesen. Es besteht also die Möglichkeit, daß diese Strahlen doch existieren, daher also auch die Möglichkeit, daß sie durch hierfür geeignete Apparate abgeschirmt werden können.“

Seit Mitte 1955 liegt dieses Urteil dem Bundesgerichtshof zur Revision vor. Eine grundsätzliche Entscheidung über diesen Komplex ist nach Mitteilung der Revisionsinstanz in absehbarer Zeit nicht zu erwarten.

Inzwischen werden die Zuberapparate ungestört weitervertrieben.
DMI

Ein ungewöhnliches Geschenk

Während der vergangenen dritten Tagung der Europäischen Arbeitsgemeinschaft für Fluorforschung und Kariesprophylaxe teilte Prof. Held (Genf) mit, daß ein großes Schweizer Industrieunternehmen zur Förderung der Kariesforschung 30 000 Schweizer Franken in Form von 30 kostbaren Armbanduhren zur Verfügung gestellt hat. Mit ihnen sollen während der nächsten zehn Jahreskongresse der Arbeitsgemeinschaft jeweils die drei besten Referate ausgezeichnet werden.
Z. P.

Hat der Arbeitnehmer bei Erkrankung eine ärztliche Bescheinigung beizubringen?

Auch bei längerer Erkrankung braucht der Arbeitnehmer nach dem Urteil des Landesarbeitsgerichts Bremen vom 28. 3. 1956 (Sa 10/56) lediglich eine Bescheinigung des Arztes seiner Wahl vorzulegen. Zu einer Unter-

suchung durch einen Vertrauensarzt des Arbeitgebers ist er im allgemeinen nicht verpflichtet, wie auch Angaben über die Ursachen der Krankheit nur bei wiederholten gleichartigen Erkrankungen erforderlich sind. Dagegen ist der Arbeitnehmer auf Verlangen des Arbeitgebers verpflichtet, sich durch den Vertrauensarzt der Krankenkasse, der er angehört, untersuchen zu lassen. (Dr. jur. Cordes)

Suchanzeige

Am 28. 3. 1945 war der Soldat Max Feichtner mit einer Kopf- und Rückenverletzung im Lazarett II Brunn-Bohanice und ist seitdem verschollen. Kollegen, die in dieser Zeit in diesem Lazarett tätig waren und sich an den Genannten erinnern können, werden um Nachricht an seine Mutter, Frau Tilde Feichtner, München 27, Engelschalkinger Str. 71/I, gebeten.

Beihilfen für mitteleuropäische Ärzte an wissenschaftlichen Tagungen

Das Bundesministerium für gesamtdeutsche Fragen gewährt Ärzten aus Mitteleuropa, die an wissenschaftlichen Tagungen, Fortbildungskursen oder Kongressen teilnehmen wollen, Tagegeld von DM 12.—, Übernachtungsgeld von DM 9.50 und die Reisekosten für die Rückfahrt. Voraussetzung dafür ist aber, daß der Veranstalter auch einen Teil der Kongresskosten trägt. Anträge für die Beihilfen müssen vom Veranstalter vor Beginn der Tagung an das Bundesministerium für gesamtdeutsche Fragen gestellt werden.

Anzeige- und Behandlungspflicht für Krebs in der Deutschen Demokratischen Republik

Der Ministerrat der Deutschen Demokratischen Republik führte die Anzeige- und Behandlungspflicht für Krebskranke ein und verpflichtete die Ärzte, jede Geschwulsterkrankung und jeden Verdacht der Gesundheitsbehörde zu melden. In der Bundesrepublik und in West-Berlin besteht keine solche Anordnung.

AUS DER FAKULTÄT

Prof. Dr. med. W. Bick en b a c h, Direktor der I. Univ.-Frauenklinik München, wurde für das Amtsjahr 1956/57 zum Dekan der Medizinischen Fakultät gewählt.

Der Priv.-Dozent Dr. med. Ferdinand May, Chefarzt am Urolog. Krankenhaus München, ist mit ME. Nr. V 58644 v. 1. 8. 1956 zum außerplanmäßigen Professor in der Med. Fakultät München ernannt worden.

Prof. Dr. med. B. Romeis, Direktor der Anatomischen Anstalt und des Instituts für Histologie und experimentelle Biologie der Universität M ü n c h e n, wurde emeritiert. Prof. Romeis wurde bis auf weiteres mit der kommissarischen Vertretung seines Lehrstuhls und der kommissarischen Leitung des Instituts beauftragt.

Dr. med. Wolfgang Sp a n n, wiss. Ass. am Inst. f. Gerichtl. und Versicherungsmedizin, wurde mit ME. V 57746 v. 31. 7. 1956 zum Priv.-Doz. für Gerichtl. u. Versicherungsmedizin in der Med. Fakultät München ernannt.

Der frühere apl. Professor an der Universität Mainz und jetzige Konservator am Physiologisch-chemischen Institut der Universität München, Dr. rer. nat. Friedrich Turba, wurde für das Fach der „Physiologische Chemie“ nach München umhabilitiert.

Dr. med. Rudolf Wetzstein, wiss. Ass. am Inst. f. Histologie und exp. Biologie der Anatom. Anstalt, wurde mit ME. Nr. V 56908 vom 28. 7. 1956 zum Priv.-Dozent für Anatomie in der Med. Fakultät München ernannt.

PERSONALIA

Prof. Dr. Norbert Henning, Vorstand der Med. Klinik Erlangen, ist von der Sociedad Argentina de Gastroenterologica die Ehrenmitgliedschaft verliehen worden.

Der Staatspräsident von Italien verlieh dem ordentlichen Professor für Dermatologie und Direktor der Dermatologischen Universitätsklinik München, Prorektor der Universität, Professor Dr. Alfred Marchionini, Grad und Insignien eines Kommandeurs des Verdienstordens der Italienischen Republik.

70. Geburtstag von Professor Dr. Max Lebsche

Am 11. September 1956 feiert Prof. Dr. Max Lebsche in seiner Privatklinik in München seinen 70. Geburtstag. Außer seinen Freunden und Mitarbeitern gedenken Bewunderer seiner chirurgisch-ärztlichen Kunst wie Verehrer seiner persönlichen Art und Überzeugung an diesem Tag des Mannes, der heute wie je seinen Lebensinhalt darin findet, Tag um Tag am Operationstisch und Krankenbett zu stehen, um Heilung zu vermitteln, wo sie nötig und soweit sie möglich ist.

Geboren am 11. 9. 1886 in Glonn, Bezirksamt Ebersberg, besuchte Max Lebsche das Wilhelmsgymnasium in München und machte dort im Jahre 1905 sein Abitur. Nach dem medizinischen Studium in München und Würzburg unterzog er sich 1910 dem Staatsexamen in München und erhielt am 23. 12. 1911 seine Approbation als Arzt. Von jeher hatte er sich der Chirurgie verschrieben. Seit 1911 war er auf diesem Gebiete tätig und hat es darin als Schüler und langjähriger Oberarzt Sauerbruchs zur Meisterschaft gebracht, die nicht nur von ehemaligen Mitarbeitern in aller Welt, sondern vor allem auch von Tausenden Wiederhergestellter und Geheilter dankbar bezeugt wird.

Vielleicht waren die Erlebnisse auf dem Hauptverbandplatz einer bayer. Reservedivision 1915 mitbestimmend für die besondere Fürsorge, die Prof. Lebsche im 2. Weltkrieg und bis auf den heutigen Tag zahlreichen Armamputierten, Ohnhändern und Verwundeten mit verstümmelten Gesichtern angedeihen ließ. Mehr als 1100 Einarmigen und Ohnhändern hat Prof. Lebsche durch Versorgung mit Muskelkanälen den verlorenen Arm durch ein willkürlich bewegbares Greiforgan ersetzen und damit neuen Lebensmut vermitteln können. In subtiler und geduldiger Kleinarbeit hat er vom Krieg zerrissenen Gesichtern wieder menschliche Züge verliehen und deren Träger der menschlichen Gesellschaft wieder zugeführt. Über 110 Gefäßverletzte mit Aneurysmen konnte er — ohne Todesfall — von ihrer Angst und Gefährdung befreien.

Auf den heute aktuellen Gebieten der Thoraxchirurgie hat Prof. Lebsche schon in den 20er Jahren zusammen mit Sauerbruch bahnbrechend gearbeitet; viele seiner wissenschaftlichen Arbeiten und Vorträge aus dieser Zeit befassen sich mit Aorten-, Bronchus- und Lungenchirurgie. Mit seiner Habilitationsschrift „Versuche über Ausschaltung und Ersatz der Aorta“ hat er bereits im Jahre 1925 weitschauend therapeutische Möglichkeiten aufgezeigt, die erst zehn Jahre später praktische Bedeutung erlangen sollten.

Zwei Jahre nach seiner Ernennung zum a.o. Professor, im Jahre 1928, wurde er Vorstand der chirurgischen Ab-

teilung an der Univ.-Poliklinik in München. Weitere zwei Jahre später, am 20. 3. 1930, eröffnete er die Privatklinik (Maria-Theresia-Klinik) am Bavariaring und war nun in rastloser Mühe um die Kranken, aber auch als Universitätslehrer an beiden Häusern tätig.

Seine persönliche Haltung und Überzeugung waren dem „NS-Kultusministerium“ 1936 Anlaß, Prof. Lebsche aus dem Staatsdienst zu entfernen. So blieb von da an die Tätigkeit an der Privatklinik, in der Patienten aller weltanschaulichen Lager sich hilfeschend und friedlich zusammenfanden: rassisch Verfolgte und Angehörige der „Herrenrasse“, Zimmer an Zimmer, alle vom gleichen Vertrauen in die kunstfertige Hand Prof. Lebsche's erfüllt. Gerade von den Verfolgern seiner weltanschaulichen Überzeugung war er der eben darin begründeten Zuverlässigkeit wegen aufgesucht und in Anspruch genommen.

Der 2. Weltkrieg sah Prof. Lebsche als Chefarzt der Chirurgischen Abteilung des Standortlazarettes München I und nach Zerstörung der Operationsräume dort, im Ausweichlazarett Schloß Fürstenried, dem späteren Caritas-Spital, an dem Prof. Lebsche auch nach Kriegsende noch bis 1. 4. 1951 Wunden des Krieges heilte und in selbstloser Tätigkeit die Abendstunden eines ohnehin ausgefüllten chirurgischen Tages unbemittelten Kranken schenkte.

Das Jahr 1946 hatte zwar seine politische Rehabilitation und die Ernennung zum Ordinarius für Chirurgie an der Universität München gebracht. Aber lange Jahre des Schweigens waren nicht spurlos vorübergegangen und hatten Prof. Lebsche wohl zu der Erkenntnis geführt, daß Schweigen beredter sein kann als Lehren. So blieb er weiterhin der rastlos für seine Kranken tätige Chirurg und Arzt, der beharrliche, verantwortungsbewußte und exakte, am stärksten durch die beispielhafte Tätigkeit unterweisende Lehrer seiner Schüler und Mitarbeiter im kleinsten Kreis, aus dem für Prof. Lebsche zum 70. Geburtstag der Wunsch aufklingt, er möge den Kranken, der Chirurgie und nicht zuletzt seinen Mitarbeitern noch lange und mit allen Kräften erhalten bleiben.

Dr. Anna Buchberger

KONGRESSE UND FORTBILDUNG

Hochschulkurs für spätheimgekehrte Ärzte

Der Fortbildungskurs der Akademie für Medizinische Fortbildung in Gießen vom 23. bis 27. Oktober soll diesmal im wesentlichen den Bedürfnissen der spätheimgekehrten Ärzte dienen. Der 1. Tag ist der Besprechung von Antibiotica, Tuberculostatica und Sulfonamiden gewidmet, der 2. Tag der Hormontherapie, der 3. Tag den Blut- und Kreislaufkrankheiten, der 4. Tag allgemeinen Themen.

Außer Spätheimkehrern können, wie immer, auch alle anderen Kollegen am Kurs teilnehmen.

... mehr als nur ein Hustensaft, und anders:

BUCKLEY'S MIXTUR

Kal. bicarb., Ammon. carb., Glycerin. Stannan D 4,
Extr. Capsici, Menthol, Campher, Ol. Pinl, Bals. Canad.
Extr. Carrag., Solvent., Conserv.

► Schnelle Erleichterung bei Erkrankungen der Luftwege und Atmungsorgane.

Besonderheiten von Buckley's Mixtur:

- Buckley's Mixtur enthält keine Ephedrin-Adrenalin-Abkömmlinge, die oft nicht vertragen werden.
- Buckley's Mixtur enthält u. a. alkalische Bestandteile, neutralisiert also eine vorhandene Übersäuerung des Magens.
- Buckley's Mixtur ist auch für Diabetiker geeignet, es enthält keinen Zucker.
- Buckley's Mixtur wird auch wirksam inhallert.

Lizenzherstellung und Vertrieb für Deutschland:

» APOPHARM « Apotheker Walter Stubbe K. G.

KOLN-Höhenberg, Fuldaer Str. 62

Für W. K. BUCKLEY LTD., Toronto (Canada)

Das Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung

veranstaltet in der Zeit vom 11. bis 14. Oktober 1956 im Auftrag der Bayerischen Landesärztekammer den 17. Fortbildungskurs für Ärzte in Regensburg

Leiter: Prof. Dr. Dietrich Jahn, Nürnberg

Donnerstag, 11. Oktober 1956

Festvortrag:

„Zur Idee des Menschen“

Prof. Dr. M. Horkheimer, Frankfurt am Main.

Freitag, 12. Oktober 1956

Allgemeine Therapie:

Berg, Hamburg	Grenzen und Möglichkeiten der allgemeinen Therapie
Holtz, Frankfurt/Main	Sympathicomimetische und sympathicoiytische Therapie
Schmidt-Voigt, Eppstein	Die Erkennung und Behandlung des vegetativ-orthostatischen Kreislaufsyndroms
Kohlrausch, Freudenstadt	Über die Bedeutung des Ausgleichsports
Delius, Bad Oeynhausen	Voraussetzungen, Verfahren und Ziele zeitgemäßer Balneotherapie
Mark, Rostock	Grundlagen und Anwendung der unspezifischen Reizkörpertherapie
Amelung, Königstein	Die Bedeutung der Klimatherapie für die Allgemeinbehandlung
Bürger, Leipzig	Die diätetischen Erfordernisse des Regenerationsstoffwechsels
Markees, Basel	Vitamine in der Allgemeinthherapie
Flügel, Erlangen	Beruhigungstherapie und Heilschlaf

Samstag, 13. Oktober 1956

Fettstoffwechsel:

Dabelow, Mainz	Die Anatomie des Fettgewebes
Decker, München	Fortschritte in der Erkenntnis des Intermediärstoffwechsels der Fette
Lehmann, Kiel	Erbfaktoren der Fettsucht
Gött, Bonn	Formen der kindlichen Fettsucht
Bahner, Heidelberg	Ursachen und Behandlung der Fettsucht des Erwachsenen

Wieland, München	Der Fettstoffwechsel bei Diabetes mellitus
Feyrter, Göttingen	Pathologische Anatomie der Lipoidosen
Schettler, Marburg	Erkrankungen durch Änderung des Lipoidstoffwechsels

Im Rahmen der Diskussionspricht:

Jahn, Nürnberg	Neue Gesichtspunkte in der hormonalen Fettsuchtstherapie
----------------	--

Sonntag, 14. Oktober 1956

Unspezifische Lungenerkrankungen

Uehlinger, Zürich	Das pathologisch-anatomische Bild von Entzündungen und Tumoren der Lunge
Bartels, Tübingen	Das Problem des Gasaustausches in der menschlichen Lunge
Hegglin, St. Gallen	Wandlungen im Krankheitsbild und in der Behandlung der Pneumonie
Brunner, Zürich	Indikationen für lungenchirurgische Eingriffe
Sylla, Cottbus	Das Krankheitsbild des Lungenemphysems unter Berücksichtigung von Vorbeugung und Behandlung
Wollheim, Würzburg	Lungenstauung und Lungeninfarkt
Adelberger, Hem	Lungenabszeß, Lungengangraen und Empyembehandlung
Essellier, Zürich	Das eosinophile Lungeninfiltrat
Mohr, Hamburg	Pneumomykosen

Jeweils anschließend Diskussion und Beantwortung der eingegangenen Fragen zum Thema des Tages.

Anfragen und Anmeldungen nimmt das Sekretariat der ärztlichen Fortbildungskurse — Regensburg, Altes Rathaus — entgegen. — Tel. 2 38 51.

KONGRESSKALENDER

INLAND

September 1956

- 18.—23. in Münster/Westf.: 59. Deutscher Arztetag.
- 19.—22. in Nürnberg: Tagung der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft. Auskunft: Dr. F. Becker, Chefarzt der Orthopädischen Klinik, Altdorf bei Nürnberg.
- 19.—22. in Berlin: Tagung der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie, der Deutschen Gesellschaft für Neurologie und der Deutschen EEG-Gesellschaft. Auskunft: Priv.-Dozent Dr. Penzholz, Berlin-Charlottenburg, Spandauer Damm 130, Krankenhaus Westend.
- 22.—23. in Bad Wildungen: Fortbildungs-Wochenende über „Urologie für den praktischen Arzt“. Auskunft: Krdirektor Bauer, Bad Wildungen, Hessisches Staatsbad.
- 22.—24. in Freudenstadt/Schwarzwald: 5. Arbeitstagung der ärztlichen Forschungs- u. Arbeitsgemeinschaft für Chiropraktik (F. A. C.). Auskunft: Kurverwaltung Freudenstadt/Schwarzw.
- 22.—26. in Freudenstadt im Schw.: VII. Psychotherapie-Seminar. Auskunft: Dr. med. Graf Wittgenstein, München 23, Königinstr. 101.
- 23.—26. in Hamburg: 99. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte. Auskunft: Prof. Dr. F. Mietzsch, Wuppertal-Elberfeld, Friedr.-Ebert-Str. 217.
- 27.—29. in Baden-Baden: Tuberkulosekongress des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose. Auskunft: Geschäftsstelle des Komitees in Hannover, Sallstr. 84.

- 29.—30. in Bad Nauheim: 22. Bad Nauheimer Arztförthbildungslehrgang im William-G.-Kerckhoff-Herzforschungsinstitut 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.

September/Oktober:

- 24.—5. in Schloßgut Neustrauchburg b. Isny/Allg.: Einführungslehrgang in manueller Wirbelsäulentherapie. Auskunft: Dr. K. Sell, Schloßgut Neustrauchburg b. Isny.
- 30.—4. in Berlin: 38. Kongress der Deutschen Röntgengesellschaft im Auditorium Maximum der Freien Universität Präsidium: Prof. Dr. Dr. Rajewsky. Auskunft: Prof. Dr. Oeser, Vorst. d. Strahleninstituts im Städt. Krankenhaus Westend der Universität Berlin-Charlottenburg 9, Spandauer Damm 130.

Oktober 1956

- 1.—3. in Marburg/Lahn: Tagung der Deutschen Gesellschaft für gerichtliche und soziale Medizin. Vorsitz und Auskunft: Prof. Dr. Förster, Institut für gerichtliche und soziale Medizin, Marburg/Lahn.
- 1.—3. in Erlangen (Universitäts-Hantklinik): 4. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung. Auskunft: Institut für Sexualforschung, Frankfurt a. M., Börsenstraße 14.
- 3.—7. in Aachen: Jahresversammlung der Deutschen Vereinigung für Geschichte der Medizin, Naturwissenschaft und Technik. Auskunft: Dr. G. Mann, Frankfurt a. M., Senckenbergische Bibliothek, Senckenberg-Anlage 27.

- 5.—15. in Freiburg/Brs.: Fortbildungskurse für Medizinische Psychologie und Psychologische Diagnostik (IV. Treysaer Fortbildungskursus). Auskunft: Sekretariat des medizinisch-psychologischen Fortbildungskurses, Institut für Psychologie und Charakterologie, Alta Universität, Freiburg/Brs., Bertoldstraße 17.
- 8.—9. in München: Herbsttagung des Deutschen Arbeitsringes für Lärmbekämpfung. Auskunft: Deutscher Arbeitsring für Lärmbekämpfung, Düsseldorf, Prinz-Georg-Straße 77/79.
- 11.—14. in Regensburg: Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung, 17. Fortbildungskurs für Ärzte. Leitung: Prof. Dr. D. Jahn, Nüruberg. Auskunft: Sekretariat der ärztlichen Fortbildungskurse, Regensburg, Altes Rathaus.
- 13.—14. in Garmisch-Partenkirchen: Herbsttagung 1956 der Bayer. Röntgenvereinigung. Auskunft: Dozent Dr. med. Fr. Ekert, München 8, Ismaninger Str. 22.
- 14.—18. in Bad Salzflen: 52. Deutscher Bädertag. Auskunft: Deutscher Bäderverband e. V., Bonn, Lotharstr. 19.
- 19.—22. in Stuttgart: Kongreß der Gemeinschaft „Arzt und Seelsorger“. Thema: Heilen statt strafen — zur Therapie und Prophylaxe jugendlicher Kriminalität. Auskunft: Dr. Dr. med. Wilhelm Bitter, Stuttgart W, Gustav-Siegle-Str. 43.
- 22.—29. in München: Einführungskurs in die wichtigsten Tropenkrankheiten. Auskunft: Prof. Dr. A. Herrlich, Institut für Infektions- und Tropenmedizin, München 9, Am Neudeck 1.
- 23.—27. in Gießen: Hochschulkurs für spätheimgekehrte Ärzte. Auskunft: Akademie für Medizinische Forschung und Fortbildung, Gießen, Klinikstraße 32 g.
- 26.—28. in Erlangen: Fortbildungskurs in Elektrokardiographie. Leitung: Prof. Dr. Korth. Auskunft: Sekretariat der Medizin. Poliklinik Erlangen, Ostl. Stadtmanerstr. 29.
- 27.—28. in Frankfurt a. M.: Tagung der Deutschen Gesellschaft für Anästhetische Chirurgie und Medizinische Kosmetik.
- 27.—28. in Mainz: Tagung der Südwestdeutschen Hals-, Nasen-, Ohrenärzte. Auskunft: Priv.-Dozent Dr. H. Naumann, Universitäts-Hals-Nasen-Ohrenklinik, Würzburg.
- 29.—31. in Frankfurt a. M.: 1. Kongreß der Deutschen Zentrale für Volksgesundheitspflege. Auskunft: Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege, Frankfurt a. M., Alte Rothofstr. 6.

November 1956

- 8.—10. in Gießen: Arbeitsagung für Augenärzte (Teilnehmerzahl begrenzt) Auskunft: Akademie für Medizinische Forschung und Fortbildung, Gießen, Klinikstraße 32 g.
- 16.—18. in Nüruberg: 7. Wissenschaftliche Arztetagung auf der Burg-Kaiserstallung. Auskunft: Prof. Dr. med. F. Meythaler, Nüruberg, Flurstr. 17.

November/Dezember:

- 26.—7. in Schloßgut Neustrauchburg b. Isny/Allg.: Einführungslehrgang in manueller Wirbelsäulentherapie. Auskunft: Dr. K. Sell, Schloßgut Neustrauchburg b. Isny.
- 29.—1. 12. in Gießen: Fortbildungskurs für praktische Ärzte „Neurologie und Psychiatrie für den praktischen Arzt“. Auskunft: Akademie für Medizinische Forschung und Fortbildung, Gießen, Klinikstraße 32 g.

Dezember:

- 10.—21. in Schloßgut Neustrauchburg b. Isny/Allg.: 1. Fortbildungslehrgang in manueller Wirbelsäulentherapie. Auskunft: Dr. K. Sell, Schloßgut Neustrauchburg b. Isny.

November 1956/Februar 1957

5. tt. 56—28. 2. 57 in München: Lehrgang für den öffentlichen Gesundheitsdienst. Auskunft: Bayer. Staatsministerium des Innern, München, Odensplatz 3.

AUSLAND

September 1956

- 19.—23. in Madrid: 4. Internationaler Kongreß für Innere Medizin. Auskunft: Drs. J. C. de Oya und J. Cimena, Hortaleza Nr. 90, Madrid.
- 20.—22. in Bologna: 4. Europäische Symposion über die Poliomyelitis. Auskunft: Generalsekretariat der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung, Düsseldorf, Rosenstraße 20.
- 20.—23. Internationale Ärztinnenvereinigung: Außerordentliche Generalversammlung auf dem Bürgenstock.
- 21.—28. in Madrid und Salamanca: 15. Internationaler Kongreß für Geschichte der Medizin. Auskunft: Prof. Dr. Luis S. Granjel, Instituto de Vilanova de Historia de la Medicina, Duque de Medinaceli, 4, Madrid.

Oktober 1956

- 12.—15. in Graz: Gemeinschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie und der Österreichischen Liga. Auskunft: Prof. Dr. Gotsch, Direktor der Medizinischen Univ.-Klinik Graz.
- 15.—20. Internationaler Fortbildungskurs in Pädiatrie im Kinderspital Zürich.

November 1956

- 10.—11. in Innsbruck: „Klinisches Wochenende“. Thema: Diagnostik von Herzkrankheiten. Auskunft: Sekretariat der Medizin. Universitäts-Klinik, Innsbruck.

AMTLICHES

Lehrgang für den öffentlichen Gesundheitsdienst

Vom Bayer. Staatsministerium des Innern wird in der Zeit vom 5. November 1956 bis 28. Februar 1957 in München ein Lehrgang für den öffentlichen Gesundheitsdienst abgehalten. Zu diesem Lehrgang können 30 Teilnehmer zugelassen werden. Die Teilnahme am Lehrgang wird als Voraussetzung für die Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst (Bekanntmachung des Bayer. Landespersonalamtes vom 21. 12. 1951 Dr. P 1110/46 — 6/51, Betreff: Lehrgang, Prüfung und laufende Beurteilung für die Anstellung als Arzt im öffentlichen Gesundheitsdienst — B.St.Anz. Nr. 1/1952 —) gefordert. Ärzte, die an dem Lehrgang teilnehmen wollen, haben ihr Gesuch bis spätestens 1. Oktober 1956 beim Bayer. Staatsministerium des Innern, München, Odensplatz 3, einzureichen.

Die Voraussetzungen zur Teilnahme an dem Lehrgang sind:

1. Medizinische Doktorwürde an einer Universität des Bundesgebietes oder vor dem 6. Mai 1945 an einer Universität des ehemaligen deutschen Reichsgebietes,



HELOPHARM KG
BERLIN

Helogastrid

Spasmolytisch wirkendes Antacidum,
Adsorbens und Ulcus-Therapeuticum

bei Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüren mit
ihren Begleit-Gastraduodenitiden und sonstigen
Schmerzzuständen bei Hyperacidität und Hyper-
sekretion

Pulver
Tabletten

2. ärztliche Tätigkeit von mindestens drei Jahren nach der Approbation als Arzt,
3. Tätigkeit von mindestens je drei Monaten als Arzt an einer Anstalt für Geisteskranke und an einem Gesundheitsamt.

Der Bewerbung sind folgende Unterlagen beizufügen:

1. Die Approbation als Arzt in Urschrift; für volksdeutsche Flüchtlinge gelten § 92 des Bundesvertriebenengesetzes bzw. die Bestimmungen der Bekanntmachung des Bayer. Staatsministeriums des Innern über die Anerkennung ausländischer Approbation vom 22. 12. 1947 (B.St.Anz. Nr. 1/1948),
2. das Doktordiplom der medizinischen Fakultät einer deutschen Universität in Urschrift oder amtlich beglaubigter Abschrift; für volksdeutsche Flüchtlinge gelten die Bestimmungen gemäß Entschl. des Bayer. Staatsministeriums für Unterricht und Kultus über Vollzug des Flüchtlingsgesetzes; hier Anerkennung ausländischer akademischer Grade vom 19. 10. 1948 (B.St.Anz. 44/1948).
3. Nachweis über die bisherige ärztliche Tätigkeit,
4. Ausweis über den Besitz der deutschen Staatsangehörigkeit,
5. Spruchkammerbescheid in amtlich beglaubigter Abschrift.

Die Lehrgangsgebühr beträgt 150 DM; sie ist nach Zulassung zum Lehrgang an die Staatsoberkasse München, Postscheckkonto Nr. 9430 Amt München einzuzahlen. Unterkunft kann nicht gestellt werden.

Die Teilnahme am Lehrgang und das etwaige Bestehen der Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst begründen keinen Rechtsanspruch an den bayer. Staat auf Anstellung.

Für die Meldung zur Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst gilt Abschnitt B der Bekanntmachung des Bayer. Landespersonalamtes vom 21. 12. 1951 Nr. P 1110/46 — 6/51, Betreff: Lehrgang, Prüfung und laufende Beurteilung für die Anstellung als Arzt im öffentlichen Gesundheitsdienst (B.St.Anz. Nr. 1/1952).

I. A. gez. Platz, Ministerialdirektor

Stellenausschreibung für den landgerichtsärztlichen Dienst

Beim Landgerichtsarzt München I ist eine Hilfsarztstelle (keine Beamtenstelle) neu zu besetzen. Bewerben können sich Ärzte, die die Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst abgelegt haben und in der Anwärterliste für den öffentlichen Gesundheitsdienst geführt werden. Erfahrungen in gerichtlicher Medizin und Psychiatrie sind erwünscht. Bewerbungsgesuche sind bei der für den Wohnort zuständigen Regierung einzureichen, für außerhalb Bayerns wohnhafte Bewerber beim Bayer. Staatsministerium des Innern. Die Gesuche müssen bis spätestens 1. 10. 1956 eingegangen sein. Die Anstellung erfolgt nach Vergütungsgruppe III TO A.

Tätigkeitsbereich der Masseur und der Krankengymnasten

Nach Beobachtung der Vollzugsbehörden wurden in verschiedenen Fällen Patienten, denen eine krankengymnastische Behandlung im Sinne des § 1 Abs. 2 des Krankengymnastengesetzes vom 30. 4. 1952 (GVBl. S. 165) ärztlich verordnet war, in der Behandlung von hierzu nichtberechtigten Personen angetroffen. Es erscheint daher veranlaßt, auf die verschiedenen Tätigkeitsbereiche der

Berufe der Krankengymnasten und der Masseur hinzuweisen.

Auf Grund des § 26 der 1. Ausführungsverordnung zum Gesetz über Masseur und medizinische Bademeister vom 27. 11. 1950 (GVBl. 1951 S. 21) können staatl. anerkannte Masseur an Kranken folgende Behandlungen auf ärztliche Verordnung vornehmen:

1. Massagen aller Art, auch mit der elektrischen Hand (einschließlich der zur Vorbereitung notwendigen einfachen Wärmebehandlungen);
2. drastische Wärmeanwendungen (nur auf schriftliche Verordnung und unter Kontrolle eines Arztes);
3. einfache manuelle Bewegungsübungen.

Zu den voraufgeführten Behandlungen sind auf Grund ihrer Ausbildung ebenso die Krankengymnasten berechtigt. Abgesehen davon fallen gemäß § 1 Abs. 2 des Krankengymnastengesetzes vom 30. 4. 1952 (a.a.O.) in das ausschließliche Gebiet der Krankengymnasten insbesondere:

- a) Die systematische Ausführung, das Ausführenlassen und die elektrische Auslösung von Körperbewegungen zu Heil- und Wiederherstellungszwecken,
- b) die Übungsbehandlung, die Lagekorrektur und die Funktionstherapie innerer Organe sowie
- c) die Gymnastik mit Schwangeren, Wöchnerinnen, Kleinkindern und Gemütskranken.

Die Ausübung dieser Verrichtungen bedarf der ärztlichen Anweisung. Die Überweisung zur Behandlung darf in derartigen Fällen nur an staatlich anerkannte Krankengymnasten erfolgen.

I. A.: gez. Dr. Schmelz, Ministerialrat

Kosten bei Röntgenuntersuchungen von Bewerbern zur Bundeswehr

Bei den Einstellungen zur Bundeswehr wurde bisher nur ein Durchleuchtungsbefund der Brustorgane von der Aufnahmebehörde verlangt; nunmehr wird eine Lungenaufnahme jedoch ohne vorherige Durchleuchtung gefordert.

Da verschiedentlich Meinungsverschiedenheiten darüber aufgetaucht sind, wie diese Lungenaufnahme zu verrechnen ist, wird nach Rücksprache mit dem leitenden Arzt der Annahmeorganisation bekanntgegeben, daß für diese Lungenaufnahme auf Film 35 × 35 DM 20.— berechnet werden können. In diesem Betrag ist die Gebühr für den Befundbericht eingeschlossen.

Der Betrag errechnet sich wie folgt:

Röntgenhonorar	DM. 6.—
Unkosten (Film 35 × 35)	8.25
40% Zuschlag	5.72

19.97 (aufgerundet auf DM 20.—)

Dr. Sewering, Präsident

RUNDSCHAU

Englands Krankenhäuser im Wohlfahrtsstaat. (Industriekurier, Dsd f., 9. 6. 56): Als man vor zwölf Jahren auf Grund des Beveridge-Plans in England zum Wohlfahrtsstaat übergang, wurde die Einschaltung des Staates damit begründet, daß u. a. die Krankenhäuser Großbritanniens nicht den modernen Anforderungen der klinischen Medizin entsprächen und die meisten Grafschaften und Städte nicht in der Lage seien, die erforderlichen Neubauten zu finanzieren. Jetzt hat der bekannte Chirurg der Liverpooleer Universität, Prof. Oldham, in einem Brief an die „Times“ festgestellt, daß



HELOPHARM
KG
BERLIN

Helo-acid

bei An- und Subacidität, nach Magenresektion, bact. Gastroenteritiden u. ä.

ohne Salzsäure — trotzdem

DRAGÉES

hohe kateptische und peptische Aktivität!

Helo-acid comp.

... bei gleichzeitiger Erkrankung des Verdauungssystems und Zuständen von Dysfermentie

Diathermie
auf chemischem Wege durch

Therment

- Salbe
- flüssig



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

Indikationen:

Rheumatazen
Neuralgien
Arthropathien
Pleuritis
Durchblutungsstörungen
Segmenttherapie

Zur Regeneration der Leberzellen

HEPA-TISSAN

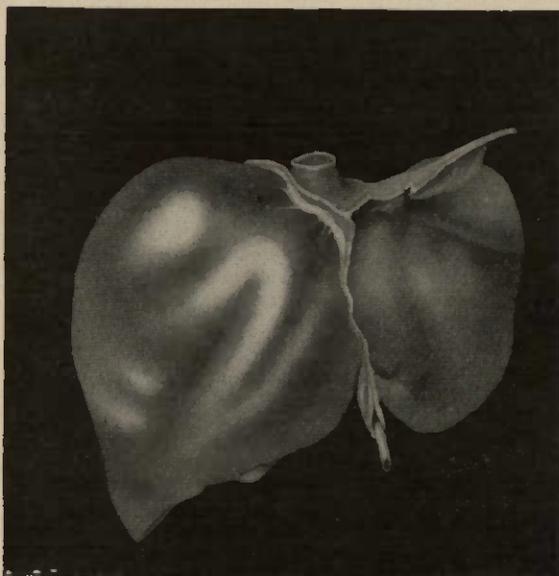
D
M
W

SIMPLEX

FORTE

SIRUP

FORTE MIT CHOLIN



ist ein Fermenthydrolysat aus Milcheiweiß,
Hefe und Leber mit allen essentiellen Aminosäuren
einschließlich Methionin in optimalem Verhältnis
Dextrase und Lävulase
alle Vitamine des B-Komplexes einschl. B 12
und Vitamin C

Indikationen: Therapie aller akuten und chronischen
Leberparenchymerkrankungen. Prophylaxe bei Kuren
mit leberschädigenden Medikamenten oder Arbeiten
mit Lebergiften. Kochsalzfrei!

Literatur und Ärztemuster stehen gern zur Verfügung.



DEUTSCHE MILCHWERKE ZWINGENBERG/BERGSTR.

AUSGLEICHENDES NERVINUM

METROTONIN

NERVÖSE ERREGUNGSZUSTÄNDE · DEPRESSIONEN

Temmler

Von den Apotheken wird diese Meinung jedoch nicht geteilt. Sie sind der Auffassung, daß die vorgesehenen Einschränkungen nicht ausreichen, um Betrügereien zu unterbinden. Es gebe Firmen, die angebliche „Lebenselixiere“ aus Pflanzen herstellten und sie durch Hausierer zu weit überhöhten Preisen an den Mann brächten. Gegen diesen „Arzneimittelschwindel“ biete auch die neue Vorschrift noch keinen Schutz. Man müsse daher erwarten, daß das angekündigte Arzneimittelgesetz mit seinen Bestimmungen über die Herstellung von Arzneien hier endgültig Abhilfe schaffe.

Aus gesundheitspolitischen Gründen wird ferner das bisher nur für Bruchbänder geltende Vertriebsverbot im Reisege- werbe auf medizinische Leibbinden, medizinische Bandagen, Brillen und Augengläser (mit Ausnahme von Schutzbrillen) ausgedehnt. Auch das Feilbleten und Aufsuchen von Bestel- lungen auf radioaktive Stoffe in jeder Verwendungsform und auf elektromedizinische Geräte wird untersagt.

Zu den für das Reisege- werbe verbotenen elektromedizinischen Geräten gehören Geräte zur Erzeugung ionisierender Strahlen, elektrischer Spannungen oder Kraftfelder und Ul- traschallerzeuger. Dagegen können Höhensonnen, Geräte mit unmittelbarer Wärmewirkung, wie Heizkissen, Heißluft- kästen und Rotlichtlampen, Niederfrequenzgeräte und Hör- geräte weiterhin im Reisege- werbe vertrieben werden.

Auch der Vertrieb von Giften und gifthaltigen Waren wird für das Reisege- werbe verboten. Zugelassen bleibt jedoch das Aufsuchen von Bestellungen auf Pflanzenschutzmittel, Schädlingsbekämpfungsmittel sowie auf Holzschutzmittel, für die nach baurechtlichen Vorschriften ein Prüfbescheid mit Prüf- zeichen erteilt worden ist.

Die Bundesregierung begründet diese Ausnahme damit, daß die Verkaufskräfte der auf diesem Fachgebiet tätigen Ver- sandfirmen ausreichend geschult seien, um die Käufer be- raten zu können.

(Auszug aus einer Meldung des „Schwäbischen Tagblatts“, Tübingen, 25. 5. 1956.)

Strahlen — die Gefahr der Zukunft. Die Tageszeitungen beschäftigen sich in zunehmendem Maße mit den Folgen von Atomstrahlungen. Die „Stuttgarter Nachrichten“ veröffent- lichten Mitte Juni eine Meldung aus Washington, in der es heißt:

„Zwei bedeutende wissenschaftliche Körperschaften — die amerikanische Akademie der Wissenschaften und der medi- zinische Forschungsrat der britischen Regierung — haben das Ergebnis langjähriger, unabhängig voneinander geführter Untersuchungen über die Gefahren der Atom- und Röntgen- strahlung bekanntgegeben. Beide Gremien kamen dabei über- einstimmend zu einem dreifachen Ergebnis:

1. Die Explosionen von Atom- und Wasserstoffspren- gekörpern haben der Menschheit als Ganzes bisher keinen erkennbaren Schaden zugefügt, jedoch ist für die Zukunft Vorsicht geboten.

2. Ob und in welchem Ausmaß bereits erbschädigende Wir- kungen hervorgerufen worden sind, ließ sich allerdings nicht feststellen.

3. Den größten Mengen schädlicher Strahlung ist die Menschheit gegenwärtig nicht durch Atom- und Wasserstoff- waffen, sondern durch das Röntgen ausgesetzt. Eine Be- schränkung der Verwendung von Röntgenapparaten auf die wirklich unerläßlichen Fälle sei anzuraten. . .“

(Auszug aus einer Meldung der „Stuttgarter Nachrichten“, 14. 6. 56.)

Geburtenüberschuß in der Bundesrepublik. Nach einem Rückgang in den Jahren 1951 bis 1953 erreichte der Geburten- überschuß der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1954 mit mehr als 264 000 Personen den seit 1950 (279 000) höchsten Stand. Die Geburtenüberschußziffer (Geburtenüberschuß auf 1000 Einwohner) betrug nach Mitteilung des Bundesminis- terium des Innern, Gesundheitsabteilung, 5,3. Sie übertraf damit die Ziffer von 1953 (4,5), lag aber im Gegensatz zu den

absoluten Zahlen nicht höher als die ebenfalls 5,3 betragen- den Werte in den Jahren 1951 und 1952. Die Zunahme des Geburtenüberschusses geht zu fast gleichen Teilen auf eine größere Zahl von Lebendgeborenen und auf eine Abnahme der Sterbefälle zurück. — Der Bevölkerungszuwachs im Laufe des Jahres 1954 betrug 485 400 oder 1,0%.
DMI

BUCHBESPRECHUNGEN

Zur Frage und zur Kritik der Wundbehandlung im Kriege, Erfahrungen mit der Bier'schen Glüheisenbehandlung.
Von Dr. med. habil. E. Poeck. Akadem. Verlag Dr. Peter Belej, München 13. 80 S., brosch., DM 7.80.

Die kriegerischen Handlungen nach dem 2. Weltkriege in Indonesien, Israel, Korea, Indochina und Marokko haben ge- zeigt, daß Kriegschirurgie immer wieder bis auf den heutigen Tag ausgeführt werden muß. Es bleibt darum nach den Worten des Verfassers Pflicht der Chirurgie, rückschauend Erfahrungen über Erfolge und Fehler zusammenzutragen und vorausschauend neue Lehren aufzustellen, damit die Menschen in allen Ländern die beste kriegschirurgische Be- handlung in der Zukunft erhalten, wann immer Kriegs- chirurgie oder auch die mit ihr verwandte Katastrophen- chirurgie ausgeführt werden müssen usw. (siehe Vorwort).

Poeck hat es in bemerkenswerter Weise verstanden, die Kriegschirurgie als wirkliches Erlebnis in absolut un- schöniger Art zu schildern und auf die ungeschminkten Realitäten echter Feld- und Front-Chirurgie hinzuweisen. Besondere Beachtung verdient die Schilderung eines pausen- losen Operations-Einsatzes von 12 Stunden im Sinne einer anschaulichen Betriebslehre. Alte fronterfahrene Chirurgen und Chirurgenhelfer aus dem 2. Weltkriege werden sich durch das Büchlein sehr angesprochen fühlen. Da es einen vor- trefflichen Einblick in die wahre Front-Chirurgie vermittelt, wird jeder junge Arzt viel daraus lernen. Besonders der Chirurgen-Nachwuchs wird dieser fachkundlichen Ausführungen des Bier-Schülers nicht entraten können, weil die Zahl der alten Kriegs-Chirurgen, die ihre Erfahrungen nutz- bringend hätten weitergeben können, immer mehr schwindet. Es bleibt das Verdienst Poecks, als erster nach 1945 auf die Bedeutung der Kriegschirurgie hingewiesen und die Not- wendigkeit der Erörterung kriegschirurgischer Probleme an- geregt zu haben.

Die Glüheisenbehandlung, die der geniale große Chirurg August Bier für die septische Chirurgie empfohlen hat (wzu auch die Kriegschirurgie gehört), ist eingehend im Tierver- such begründet und praktisch mit erstaunlichem Erfolg, be- sonders bei Gasbrand, angewandt worden. Urteile bedeutender Chirurgen über die Bier'sche Glüheisenbehandlung und ein aufschlußreicher Schriftwechsel des Verfassers mit der Heeres-Sanitäts-Inspektion, wobei sich Poeck als ein unbeug- samer und unerschrockener Verfechter für die Bier'sche Idee eingesetzt hat, beschließen das Buch. Es kann wärmstens der Gesamtärzteschaft empfohlen werden.

Auch das neu erstehende Heer wird der Veröffentlichung Poecks die verdiente Beachtung schenken müssen, zumal mit der Bemerkung des Verfassers „an army is as effective as its medical service“ die überragende Bedeutung der Ärztes- chaft wirksam unterstrichen ist.

Dr. Sondermann

Durchblutungsfibel. Praktische Hinweise für die Erkennung peripherer Durchblutungsstörungen der Gliedmaßen. Her- ausgeber A. Klinge, München, Wissenschaftliche Abtel- lung, 1956, 48 Seiten, karton.

Für die peripheren Gefäßstörungen, die an Zahl in den letzten Jahrzehnten entschieden zugenommen haben, gibt die kleine Broschüre ausgezeichnete diagnostische Hinweise. Unter- stützt durch zahlreiches Bildmaterial, teils als Makrofoto- graphien, teils als angiographische Bilder oder Oszillogramme, werden diagnostische Methoden für die Symptomatologie von 22 verschiedenen Formen der Gefäßstörungen übersicht- lich behandelt. Auch die Technik der Untersuchung wird

Bei **RHEUMA** → **Thermulsion**  **MEISSNER & CO.**
Chem. pharm. Präp.
Bayr. Gmain

kurz und klar geschildert. Besonders für den Praktiker in der Sprechstunde kann das Büchlein ein wertvolles Hilfsmittel für eine rasche Diagnosestellung werden bei einem Leiden, bei dem die Frühdiagnose besonders wichtig für eine aussichtsreiche Therapie ist. Wa.

Bundesversorgungstarife — Kommentar. Engel-Verlag, Dr. jur. Kurt Engel, Berlin SW 61. Karton, DM 3.—.

In der Annahme, daß die Bezahler des Gesamtwerkes „Die Kassenarztgebühren“ für Spezialsachbearbeiter lediglich einzelne Abschnitte benötigen, erscheint jetzt auch dieser Sonderdruck des Abschnittes VI mit hierauf abgestelltem Stichwörterverzeichnis. Damit wird eine gediegene Darstellung — übersichtlich und klar — der Praxis von einem wirklichen Kenner dieses Gebietes übergeben. Die Erläuterungen, die sich auf eine reiche Literatur stützen und aus der Praxis resultieren, werden dem Suchenden eine rasche Antwort geben. Der Sonderdruck wurde von der Praxis gewünscht, und es ist zu hoffen, daß er nun den Sachbearbeitern ein unentbehrlicher Ratgeber wird.

Taschenbuch des Gesundheitswesens. Herausgegeben von Dr. med. habil. Wilhelm Ackermann, Wuppertal und Dr. Albert Oeckl, Bonn, — 512 Seiten Dünndruck — Taschenformat DIN A 6 — flexibler Ganzleinenband. Preis DM 12.—. Festland Verlag GmbH., Bonn, Post-schließfach 649.

„Für jeden, der irgendwann und irgendwo mit dem Gesundheitswesen von Mensch und Tier zu tun hat...“ — so leitet der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Neuffer, diese erste systematische Gesamtübersicht über den Aufbau der Human-, Zahn- und Veterinärmedizin sowie über das Gesundheitswesen von der Bundesebene bis zu den Gesundheitsämtern ein. Die Vielzahl der Behörden, Organisationen und Institutionen des Bundes, der Länder, der Regierungspräsidenten, der Kreise und Städte wird in drei Kapiteln rückenlos ausgebreitet. Auf 80 Seiten wird ein klarer Überblick über die Organisationen der rund 300 000 Heil- und Pflegepersonen im Bundesgebiet gegeben, mit einer sehr detaillierten Aufzählung der Berufsverbände der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker, aber auch der Hebammen, des Krankenpflegepersonals, der Heilpraktiker, Assistentinnen, Masseure, Fürsorgerinnen, Kindergärtnerinnen und sonstigen Berufsverbände.

Die Krankenanstalten, Heil- und Erholungsstätten sind ebenso übersichtlich behandelt wie die Heilbäder und Kurorte und ihre Heilanzeigen. Je ein besonderes Kapitel ist der Fürsorge und Wohlfahrt, der immer mehr Bedeutung gewinnenden Gesundheitsvorsorge und der Sozialversicherung mit ihren zahlreichen Verästelungen gewidmet.

Besonders ausführlich sind die Wissenschaft und Ausbildung dargestellt, wobei Hochschulen, Akademien und sonstige Ausbildungsstätten durch die in der üblichen Form aufgeführten Institute, Kliniken und wissenschaftlichen Gesellschaften ergänzt werden.

Die internationalen Institutionen und Organisationen auf den wichtigsten Gebieten vervollständigen die Gesamtübersicht.

Überraschend sind die einmalige Zusammenstellung von Orden, Preisen und Stiftungen für Medizinalpersonen und ihre Träger und die vor den Kapiteln eingefügten Kurzstatistiken, die für jedes Gebiet wertvolles Zahlenmaterial bringen. Als sehr angenehm für die praktische Arbeit empfindet man ferner die Zusammenfassungen über medizinische Zeitschriften und Pressedienste, Museen und Sammlungen, Bibliotheken und Archive sowie die mit dem Gesundheitswesen verbundene Wirtschaft.

Praktisch ist schließlich der Kongreßkalender 1956/57 für deutsche, europäische und internationale Tagungen und Fort-

bildungskurse, unterteilt nach alphabetischem Sachstichwort und als Terminplan.

Diese rund 5000 verschiedenartigen Einrichtungen und 7300 maßgeblichen Persönlichkeiten des Gesundheitswesens sind über je ein sorgfältig aufgebautes Personen- und Sachregister leicht aufzufinden. Letzteres ermöglicht auch einen erstaunlichen Querschnittüberblick über alle Sachgebiete. Fast in allen Fällen konnten die genauen Namen und Vornamen der Leiter und der Geschäftsführer und die Anschriften und Telefonnummern angegeben werden.

Insgesamt ist auf kleinstem Raum eines wirklichen Taschenbuches ein größtmöglicher Inhalt mit bemerkenswerter Sachkunde und Sachlichkeit zusammengestellt. Es wird allen Vertretern der Gesundheitsbehörden, der Organisationen, der Wissenschaft, der Krankenhäuser und Heilbäder, der Vorsorge, Fürsorge und der Versicherungen, kurz, allen Persönlichkeiten des Gesundheitswesens ein wertvoller und bald unentbehrlicher Begleiter sein!

Die Kassenarztgebühren. Von Wleglow/Roth. 5. Auflage, 5. Lieferung. Engel-Verlag, Dr. jur. Kurt Engel, Berlin SW 61. 330 S., DM 26.—.

Diese Ersatz- und Ergänzungslieferung — von der Praxis schon dringend gefordert — bringt alle Abschnitte des Werkes wieder auf den neuesten Stand. Bei der Bearbeitung wurde insbesondere den vielen aus der Praxis gekommenen Anregungen für die Auslegungen Rechnung getragen. Folgende Gruppen des Werkes erfuhren umfangreiche neue Erläuterungen:

I. Ärzte, II. Zahnärzte und Dentisten, III. Beziehungen der Krankenkassen zu den Krankenhäusern, IV. die Prengo, V. Tarif für Röntgenleistungen, VII. Tarif für die Gebühren der Medizinaluntersuchungsanstalten, VIII. Beziehungen zu Apotheken, Optikern und Heilmittel-Lieferanten, XI. Blutspendewesen.

Besonders hervorzuheben sind die neuen Kommentierungen im Abschnitt „Prengo“ und „Tarif für Röntgenleistungen“. Die Ersatzblätter dieser Gebiete umfassen allein schon 70 Seiten der Lieferung. Aber auch andere Teile weisen erhebliche Verbesserungen auf. Wie früher wurden nicht nur die neuen Vereinbarungen über Honorarerhöhungen für Ärzte, Zahnärzte und Dentisten (Länderregelungen usw.) bei den einzelnen Abschnitten für Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen eingegliedert, sondern es ist auch das neue Schrifttum jeweils bei den einzelnen Vorschriften und Vereinbarungen aufgeführt.

Der Abschnitt „Berufsgenossenschaften“ ist ebenfalls um mehrere Teile erweitert worden (z. B. Abkommen über die zahnärztliche Versorgung der Unfallverletzten, Masseure-Abkommen usw.), der Abschnitt „Bundesversorgungstarife“ wurde vollständig erneuert.

Praktische Diätetik, von Dr. R. W. Martin, Dozent, Dr. med. habil., Chefarzt des „Hessen-Sanatoriums“, Bad Nauheim. Heft 3 der „Sonderdrucke der Nachrichten der LVA Hessen“.

Die Broschüre enthält in gedrängter Übersicht alles Wissenswerte über Diätfragen. In der Einleitung wird mitgeteilt, daß es sich um eine kurzgefaßte Darstellung von Vorträgen handelt, welche in einem Lehrgang über Diät und Sonderkost im Februar 1955 in Bad Sooden-Allendorf für Wirtschaftsleiterinnen, Küchenleiterinnen und Diätassistentinnen gehalten worden sind. — Diese wertvolle, auch mit Nahrungstabellen versehene Veröffentlichung kann dem praktizierenden Arzt als Kompendium dienen.

Im Schlußkapitel werden praktische Vorschläge für Ernährungshygiene im Sanatorium gemacht.

TABLETTEN

AMPULLEN

SUPpositorien



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

TOXIMER

Antineuralgicum

Analgeticum

Antirheumaticum

Die Schrift kann gegen Zahlung eines Beitrages zu den Selbstkosten in Höhe von 2.50 DM bei der Pressestelle der Landesversicherungsanstalt Hessen in Frankfurt a. M., Gartenstraße 140, angefordert werden. Zahlung erbeten auf Postscheckkonto 198 15 Frankfurt a. M., mit dem Zusatz: „Für Sonderdrucke“.

Naturheilverfahren. Einführung und Fortbildung, Bd. IV. Von Dr. Hans Haferkamp. Hippokrates-Verlag G.m.b.H., Stuttgart 1. 192 S., 2 Bildtafeln, engl. brosch. DM 15.80.

Das vorliegende Buch enthält die Vorträge, die auf dem von Haferkamp abgehaltenen 4. Kurs über Naturverfahren gehalten wurden. Die Themen sind besonders für den Praktiker recht interessant und lehrreich und werden jeweils von verschiedenen Autoren nach verschiedenen Gesichtspunkten behandelt. Mehrere Vorträge sind der Theorie des Naturheilverfahrens gewidmet; Ekzem, Psoriasis, Managerkrankheit werden vom naturheilerischen, homöopathischen und psychotherapeutischen aus beleuchtet, ebenso organische und funktionelle Herzerkrankungen, Ernährung und moderne Diätfragen, Multiple Sklerose, Ulcus ventriculi und Gastritis, Ulcus cruris und Varizen, Schlafstörungen. Auch Vertreter der Segment- und Neuraltherapie und der Akupunktur usw. kommen zu Wort. Ohne allzuviel Theorie wird man mitten in die praktische Therapie eingeführt und wird mit gutem Gewinn das Buch aus der Hand legen.

Besonders nützlich erscheint uns die Erweiterung des therapeutischen Gesichtskreises durch die Ausführungen über Methoden, an die der Arzt in seiner Ausbildung nicht herangekommen ist, die ihm aber draußen in der Praxis täglich begegnen und die zunehmend an Beachtung gewinnen.

Weiß der geplagte und überfragte Praktiker auch in diesen Dingen Bescheid, wird er mit freudiger Überlegenheit dem sinnlosen, gedankenlosen und allmählich langweilig wirkenden Medikamentenhunger seiner Schützlinge erfrischende Überlegungen erzieherisch entgegensetzen können.

Dr. Hermann Dingfelder

Rassenfrage — heute, herausgegeben vom Deutschen Koordinierungsrat, Frankfurt a. M. und von der Gesellschaft für christlich-jüdische Zusammenarbeit München. Süddeutscher Verlag München, 1955. 93 Seiten, Preis DM 3.80.

Die Schrift ist der Niederachlag einer Reihe von Vorträgen, die 1952 und 1953 in Ettal und München von Fachwissenschaftlern vor Pädagogen gehalten wurden. Sie sollten den Lehrern für ihre Arbeit in der Schule eine grundlegende Orientierung über Rassefragen geben, mit überkommenen Vorurteilen über den in den letzten Jahrzehnten weitgehend verzerrten Rassebegriff anfräumen und damit der Verständigungsbereitschaft zwischen den Angehörigen verschiedener Rassen, religiöser Bekenntnisse und überhaupt verschiedener Gesellschaftsgruppen dienen. Das Problem der Rasse wurde vom biologischen, psychologischen, anthropologischen, literarischen, ethischen Gesichtspunkt aus von den jeweiligen Fachvertretern wie Wenzl-München, Mainx-Wien, Saller-München usw. beleuchtet. Wer sich von all diesen Seiten her über das Rasseproblem unterrichten will, findet hier eine gute Anleitung.

Pius Müller-Bamberg

Bellagenhinweis

Dieser Ausgabe liegen Prospekte folgender Firmen bei:

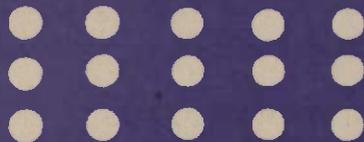
- Klinge GmbH., München 25,
 - „ATMOS“ Fritzsing & Co. GmbH., Viernheim,
 - Medice Chem.-pharm. Präparate GmbH., Iserlohn,
 - Dr. Rudolf Reiß, Chem. Werke, Berlin-West,
 - UPHA Chem.-pharm. Präparate GmbH., Hamburg 20,
 - Dr. August Wolff, Bielefeld,
 - Alfred Zwintscher KG., Schliersee.
- Ferner ist einer Teilanlage ein Prospekt der Firma Heinrich Mack Nachfolger, Illertissen/Bay.

„Bayerisches Ärzteblatt.“ Herausgeber: Bayer. Landesärztekammer. Schriftleitung: Mü. 23, Königinstr. 85/III, Tel. 36 11 21—23, Schriftleiter Dr. W. Wack, München. Die Zeitschrift erscheint monatl. im Richard Pflaum Verlag, München 2, Lazarettstraße 2—6, Telefon 6 31 21—23, 6 25 34, 6 00 81. Verlagsgeschäftsstelle: Nürnberg: Breite Gasse 25/27, Telefon 2 51 33. — Bezugspreis für Nichtmitglieder der Bayer. Ärztekammer DM 2.40 vierteljährlich, zuzügl. Zustellgebühr. Postscheckkonto München 139 00, Richard Pflaum Verlag (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Anzeigenverwaltung: Carl Gabler, München 1, Theatinerstraße 8, Telefon-Sammel-Nummer 2 86 56. Fernschreiber 092/3662. Telegrammadresse: Gablerpress. Für den Anzeigenteil verantw.: Ernst W. Scharshinger, München. Druck: Richard Pflaum Verlag, München.



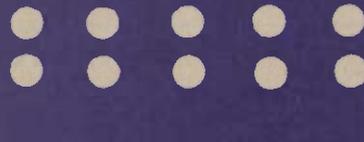
**Bei Störungen
im vegetativen
Gleichgewicht
und funktionellen
vegetativen Krisen**

MO	DI	MI	DO	FR
1	2	3	4	5



} 15

SA	SO	MO	DI	MI
6	7	8	9	10



} 10

=

25



Das Reinalkaloid-Präparat
für die wirtschaftliche Verordnung
in der neuen O P zu 25 Dragées
für eine zehntägige Behandlungsdauer

DR. SCHWARZ **sanol** PRÄPARATE

Jod-Vel

3% u. 6%
percutane Jod-Anwendung
(Ungl. Lugol.)

3% DM 1,10 o. U. »NEOS«-DONNER KG., BERLIN SO 36 6% DM 1,20 o. U.

Stellenangebote

Am Kreiskrankenhaus Viechtach/Niederbayern ist sofort die Stelle eines

Assistenzarztes

zu besetzen. Vergütung erfolgt nach Verg.Gr. III TO A zuzügl. Wohnungsgeldzuschuß und evtl. Kinderzuschläge. Außerdem zusätzliche Einnahmen aus Hilfeleistungen für den Chefarzt. Bewerbungen sind zu richten an das Landratsamt Viechtach. Dem Bewerbungsschreiben sind beizugeben:

- 1 handgeschriebener Lebenslauf,
 - 1 Lichtbild,
 - 1 begl. Abschrift der Bestallung als Arzt bzw. Bescheinigung des Prüfungsausschusses über die bestandene Prüfung,
 - 1 begl. Bescheinigung über die Ableistg. der Medizinalassistentenzeit.
- Außerdem wird ein Medizinalassistent gesucht (spätere Übernahme als Assistenzarzt möglich). Vergütung DM 360.—.
Das Kreiskrankenhaus Viechtach ist als Ausbildungs Krankenhaus für Medizinalassistenten zugelassen.

Am Kreiskrankenhaus Wörth/Donau (80 Betten) ist baldmöglichst die Stelle eines

Assistenzarztes

zu besetzen. Vergütung nach TO A III. Chirurg. und geburtshilfl. Ausbildung erwünscht, jedoch nicht Bedingg. Gesuche mit Lebenslauf, Zeugnissen und Lichtbild wollen umgehend an den Chefarzt des Kreiskrankenhauses Wörth/Donau eingereicht werden.

An der Heil- und Pflegeanstalt Schloß Werneck des Bezirks Unterfranken ist eine

planmäßige Assistentenstelle

möglichst ab sofort zu besetzen. Bewerber sollen tunlichst Kenntn. in Neurologie und Psychiatrie besitzen. Vergütung nach TO A III. Bewerbungen mit Unterlagen sind zu richten an die Anstaltsleitung.

Am Kreiskrankenhaus Mainburg ist ab sofort die Stelle eines

Assistenzarztes

zu besetzen. Chirurgisch-gynäkologische Vorbildung erwünscht. Bezahlung nach TO A III. Ausbildungszeit zum Facharzt für Chirurgie wird angerechnet. Weiterhin wird ein

Medizinal-Assistent

gesucht. Bezahlung nach freier Vereinbarung. (Unterhaltszuschuß von monatlich bis zu 180.— DM.) Bewerbungen wollen mit den üblichen Unterlagen alsbald an das Landratsamt Mainburg/Ndb. eingereicht werden.

Für das neuerbaute Kreiskrankenhaus in Naila/Ofr. (120 Betten) werden zum 1. Dezember 1956 gesucht:

- a) 1 Facharzt für innere Krankheiten als leitender Arzt der inneren Abteilung. Bezahlung erfolgt nach TO A II. Liquidationsrecht bei Selbstzahlern.
- b) 1 Assistent für die chirurgische Abteilung und
- c) 1 Assistent für die innere Abteilung. Bezahlung nach TO A III.
- d) 1 med.-techn. Assistentin. Bezahlung nach Tarif.
- e) 1 Pfleger, möglichst mit staatlicher Prüfung als Bademeister. Bezahlung nach Tarif.

Bewerbungen sind mit den üblichen Unterlagen bis 30. 9. 56 beim Landratsamt Naila — Landkreisverwaltung — einzureichen.

Im Kreiskrankenhaus Illertissen/Schwaben (fachärztlich geleitete chirurgische und interne Abteilung) ist für sofort die Stelle eines
Pflichtassistenten und eines Medizinalassistenten
zu besetzen. Vergütung nach Vereinbarung. Bewerbungen mit Lichtbild an die Kreiskrankenhausverwaltung Illertissen/Schwaben.

Stellengesuche

Röntgenassistentin

m. Staatsexamen (Arzttocht.), sucht Stelle bis zum 15. 9. oder 1. 10. in München. Gute Kenntnisse in Steno und Maschineschreiben. Angebote unt. FMZ 7257 an Anzeigen-Fackler, München 1, Weinstraße 4

Röntgenassistentin, frei. Zuschr. unter M. J. 7741 über CARL GABLER, WERBEGESELLSCHAFT MBH., München 2, Karlsplatz 13.

Arztwitwe übernimmt

Kassenabrechnungen

und sonst. schriftl. Arbeiten. Off. unter M. Y. 61400 über CARL GABLER, WERBEGESELLSCHAFT MBH., München 2, Karlsplatz 13.

Praxistausch

Praktiker in München möchte mit Kollegen in Oberbayern tauschen, alle Kassen. Zuschr. unt. 27/539 bel. CARL GABLER, WERBEGESELLSCHAFT MBH., München 2, Karlsplatz 13.

HYOSCAL · HYOSCAL · HYOSCAL · HYOSCAL · HYOSCAL · HYOSCAL

Nervöser Reizmagen



Ulcus ventriculi et duodeni Gastritis

Arztemuster und Literatur durch:
HOHN KG Hyoscal-Vertrieb Starnberg/See

HYOSCAL · HYOSCAL · HYOSCAL · HYOSCAL · HYOSCAL · HYOSCAL

Med.-techn. Assistentin, Arztenst., Abitur, Staatsexamen 1954, sucht Stellung ab 1. Oktober oder spät. in klin.-chem. Labor, Histologie, Bakteriologie, in München, nächster Umgebung oder evtl. Oberbayern. Zuschr. unter 27/354 bef. CARL GABLER, WERBEGESELLSCHAFT MBH., München 2, Karlsplatz 13.

Hantflächärztin, 41 J., sucht

Danervertretung

oder Praxisübernahme. Angeb. unt. 27/324 üb. CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH., München 2, Karlsplatz 13

Sprechstundenhilfe (Anfängerin)

mit Laborkenntnissen, Steno und Schreibmaschine, sucht Stelle bei freier Station zum 1. 10. Angebote erbeten unter MS 61385 über CARL GABLER, WERBEGESELLSCHAFT MBH., München 2, Karlsplatz 13.

Ass.-Ärztin, 29 Jahre, ledig, sucht für 1. Oktober zwecks Fachausbildung Stelle an Kinderklinik (Bay. bevorzugt). Bisher 3jähr. Ausbildung an allgem. Krankenhaus, 1/2-jähr. Vorbildung an der Univ.-Kinderklinik Zürich und Wien. Angeb. unt. 27/284 bef. CARL GABLER, WERBEGESELLSCHAFT MBH., München 2, Karlsplatz 13

An zulassungsberechtigten Kollegen gute Allgemeinpraxis mit Wohng., gegen Vergütung, in der nördl. Oberpfalz abzugeben. Zuschr. unt. 27/535 bef. CARL GABLER, WERBEGESELLSCHAFT MBH., München 2, Karlsplatz 13

Jahrbuch der Wiederherstellungs- Chirurgie

Unter Mitarbeit von vielen bedeutenden Fachautoren herausgegeben von M. Lange

Band II, 1954, IV, 244 Seiten
Leinen DM 36.—

CARL GABLER GMBH
Fachbuchhandlung
München, Kaufingerstraße 10

Verschiedenes

Praxisräume

bisher Arztpraxis, 3 schöne Räume, abgeschlossen, mit Separateingang, zentrale Lage in oberbayer. Stadt (12 000 E.) mit Oberschule, für DM 100.— monatl. zu vermieten. Zuschr. erb. u. 27/508 über CARL GABLER, WERBEGESELLSCHAFT MBH., München 2, Karlsplatz 13.

OXYMORS

Klinisch erprobt
Unübertroffen in der Wirkung! · Unschädlich, gut verträglich!
RICHTER & CIE. G. m. b. H. ELTVILLE

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

bei Oxymuriasis