



# BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN  
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Heft 2

München, Februar 1957

12. Jahrgang



v. l. n. r.: Dekan Prof. D. Dr. Koeberle, Ministerpräsident von Baden-Württemberg Dr. G. Müller, Frau Neuffer, Prof. Dr. Neuffer, Bundesinnenminister Dr. G. Schröder

## Feier des 65. Geburtstages von Prof. Dr. Neuffer

Der langjährige Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Prof. Dr. Hans Neuffer, war am 19. Januar 1957 in Stuttgart anlässlich seines 65. Geburtstages Gegenstand hoher Ehrungen. Über 300 prominente Gäste aus dem In- und Ausland hatten sich eingefunden, um durch ihre Anwesenheit dem Wirken eines Mannes Dank zu zollen, der im Jahre 1949 in Hannover an die Spitze der deutschen Ärzteschaft berufen worden war, nachdem er nach dem Zusammenbruch und der Zerstörung der deutschen Heimat vorerst in Nordwürttemberg die Initiative zum Aufbau der zerschlagenen ärztlichen Standesorganisation ergriffen hatte. Die Feierstunde wurde in würdiger Weise von einer ausgezeichneten Wiedergabe zweier Sätze aus dem Klavierkonzert d-Moll von Johann Sebastian Bach umrahmt. Vizepräsident Dr. Weise würdigte namens der Bundesärztekammer den Lebensweg des Jubilars. Selbst Präsident einer Landesärztekammer, sprach er im Namen der anderen Landesärztekammern, die alle durch ihre Präsidenten vertreten waren, über die vielfältige, zielbewußte Tätigkeit von Prof. Neuffer, der oft genug gegen Widerstände aller Art die Interessen der deutschen Ärzteschaft mit Erfolg zu verteidigen wußte.

Den Höhepunkt der Veranstaltung bildete die Überreichung des vom Bundespräsidenten verliehenen Großen Verdienstkreuzes des Bundesverdienstordens mit Stern durch Bundesinnenminister Dr. Gerhard Schröder. Dieser gedachte der beispielgebenden Tätigkeit von Prof. Neuffer im In- und Ausland, insbesondere auch seines Wirkens als Missionsarzt in China.

Der Dekan der Evangelisch-Theologischen Fakultät der Universität Tübingen, Prof. D. Dr. Koeberle, überbrachte das Diplom mit der Ernennung zum Ehrendoktor dieser Fakultät in Anerkennung der Verdienste um eine vorbildliche ärztliche Haltung in christlich-abendländischem Sinne.

Die Wünsche des Weltärztebundes überbrachte Dr. Leuch, Zürich.

Der Oberbürgermeister der Stadt Stuttgart, Dr. Klett, sprach Dank für die Stadt und das Deutsche Rote Kreuz. Ihm schloß sich der 1. Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Ludwig Sievers, an sowie der Vorsitzende des Bundesverbandes der Freien Berufe, Rechtsanwalt Dr. Max Horn (Düsseldorf), Dr. Daxel für die Verbände der Krankenkassen.

Der Vorsitzende des Verbandes der angestellten Ärzte Deutschlands (Marburger Bund), Dr. Berensmann, überreichte die Urkunde über die Ernennung zum Ehrenmitglied des Verbandes, und Dr. Roos, der Vorsitzende des Verbandes der niedergelassenen Nichtkassenärzte Deutschlands, sprach auch seinerseits Dank für das besondere Verständnis von Prof. Neuffer gegenüber der beruflichen Eingliederung der ärztlichen Kriegsgeneration aus.

Gerührt dankte Prof. Dr. Neuffer für die zahlreichen Ehrungen, in denen er nicht seine Person, sondern die ganze deutsche Ärzteschaft geehrt wissen wollte.

Aus dem Staatlichen Gesundheitsamt München-Land (Leiter OMR Dr. Pucher)

## Erfahrungen mit dem Bayerischen Verwahrungsgesetz

Von Medizinalrat Dr. Walter Baehmann

Die Frage der Zwangseinweisung psychisch kranker Personen in geschlossene Anstalten bewegt seit langem die Gemüter von Fachleuten und, mehr noch, von Laien. Auch die Tages- und illustrierte Presse hat sich eingehend damit befaßt, freilich fast immer in einer Weise, die auf den Kenner der Materie abstoßend oder mindestens befremdend wirken muß. Es soll hier auf diese Dinge nicht näher eingegangen werden, sie kommen als Auswüchse der Pressefreiheit nun einmal vor, und es wäre falsch, ihre Bedeutung zu überschätzen. Eine sehr klar gefaßte allgemeine Darstellung des Problems hat Rauch, Heidelberg, gegeben („Der Öffentliche Gesundheitsdienst“, 17. Jahrgang, H. 7). Nach dem Bonner Grundgesetz muß bei der Einweisung eines Geisteskranken gegen seinen Willen in eine geschlossene Anstalt der Richter mitwirken. Auch das „Gesetz über das gerichtliche Verfahren bei Freiheitsentziehungen“ vom 29. 6. 1956 (BGBl. Nr. 32/1956) geht von diesem Rechtsgrundsatz aus. Daß dabei dem Richter Aufgaben gestellt werden, die er auf Grund seiner Ausbildung nicht verantwortlich lösen kann — auch dann nicht, wenn er eine Vorlesung über forensische Psychiatrie gehört oder ein Lehrbuch der Psychiatrie studiert hat — nämlich die Beurteilung psychisch Kranker nicht nur hinsichtlich der Diagnose, sondern insbesondere auch hinsichtlich der Selbst- und Gemeingefährlichkeit, ist den gesetzgebenden Körperschaften offenbar nicht aufgefallen. Er muß sich deshalb in so gut wie jedem Falle eines oder mehrerer Sachverständigen bedienen, kann aber die Verantwortung nicht auf diese verlagern, weil er ja unabhängig und nicht an ihre Gutachten gebunden ist. Eine Situation also, um die ihn niemand beneiden wird. Man kann unter diesem Aspekt nur allzu gut verstehen, daß die betreffenden Gesetze lediglich die juristischen Gesichtspunkte berücksichtigen, rein medizinische Belange aber völlig außer acht lassen. Darüber wird weiter unten noch zu sprechen sein. Da die einschlägige Gesetzgebung in den Aufgabenbereich der Länder fällt, gibt es in jedem Bundesland gesonderte Bestimmungen. Die Gesamtlage ist deshalb völlig unübersichtlich.

Die Bedeutung der Zwangseinweisung geht aus folgenden Zahlen hervor: Im Jahre 1955 gingen im Nervenkrankenhaus des Bezirks Oberbayern in Haar b. München, dem größten der Bundesrepublik, zu: 738 männliche und 947 weibliche, insgesamt also 1685 Patienten. Davon wurden nach dem Verwahrungsgesetz eingewiesen 278 (= 37,6%) der Männer und 200 (= 21,0%) der Frauen, von allen Einweisungen demnach 478 (= 28,4%).

In Bayern gilt das „Gesetz über die Verwahrung geisteskranker, geistesschwacher, rauschgift- oder alkoholsüchtiger Personen“ (Verwahrungsgesetz) vom 30. 4. 1952 (GVBl. Nr. 14/1952). Die den Arzt besonders interessierenden Abschnitte dieses Gesetzes seien im folgenden wiedergegeben:

**Art. 1:** Geisteskranke, geistesschwache, rauschgift- oder alkoholsüchtige Personen, die gemeingefährlich oder selbstgefährlich sind, können in einer Heil- und Pflegeanstalt, einer Nervenklinte, einer Entziehungsanstalt oder sonst in geeigneter Weise verwahrt werden, wenn dies aus Gründen der öffentlichen Sicherheit oder Ordnung erforderlich ist.

**Art. 2:** (1) Die Verwahrung wird auf Antrag der Kreisverwaltungsbehörde vom Amtsgericht angeordnet.

**Art. 3:** Die Kreisverwaltungsbehörde hat ihren Antrag unter Beifügung eines Gutachtens des Gesundheitsamtes zu begründen. Das Gutachten muß vorbehaltlich der Bestimmung in Art. 5 Abs. 3 Satz 3 auf einer höchstens 14 Tage zurückliegenden persönlichen Untersuchung eines Arztes des Gesundheitsamtes beruhen.

**Art. 5:** (1) Ist aus Gründen der öffentlichen Sicherheit oder Ordnung die sofortige Unterbringung einer in Art. 1 genannten Person zwingend notwendig, so kann die Polizei, soweit nicht die Voraussetzungen für die Beantragung

einer Maßnahme nach § 126a StPO vorliegen, diese Person in eine Heil- und Pflegeanstalt, eine Nervenklinte oder ein sonstiges Krankenhaus einliefern.

(2) Der Leiter der Anstalt oder sein bevollmächtigter Vertreter hat die sofortige Untersuchung der eingelieferten Person zu veranlassen. Ergibt die Untersuchung, daß Gemeingefährlichkeit oder Selbstgefährlichkeit nicht vorliegt, so darf die eingelieferte Person gegen ihren Willen in der Anstalt nicht festgehalten werden. Läßt sich auf Grund der Untersuchung Gemeingefährlichkeit oder Selbstgefährlichkeit der eingelieferten Person nicht ausschließen, so ist unverzüglich, spätestens aber bis zum Ende des Tages nach dem Ergreifen, das für den Ort der Anstalt zuständige Amtsgericht zu verständigen. Das Gericht hat sofort eine Anordnung nach Art. 4 Abs. 6 zu treffen oder die Entlassung zu verfügen. Bis zur Entscheidung des Gerichts kann die eingelieferte Person auch gegen ihren Willen festgehalten werden.

(3) Hat das Gericht die vorläufige Unterbringung angeordnet, so hat es die Akten an das nach Art. 2 Abs. 2 zuständige Gericht unter gleichzeitiger Verständigung der nach Art. 2 Abs. 2 zuständigen Kreisverwaltungsbehörde abzugeben. Das nach Art. 2 Abs. 2 zuständige Gericht hat vor der Beschlussfassung über die Verwahrung die Kreisverwaltungsbehörde zu hören, die ein Gutachten des Gesundheitsamtes nach Art. 3 Satz 2 einzuholen hat. Das Gutachten des Gesundheitsamtes kann in diesen Fällen auf dem Untersuchungsbefund eines Arztes der Anstalt beruhen, in der die eingelieferte Person sich befindet.

**Art. 8:** (1) Ist die Verwahrung angeordnet worden, so hat das Gericht bei einer Verwahrung in einer Entziehungsanstalt jeweils nach Ablauf von 6 Monaten, in den übrigen Fällen jeweils nach Ablauf von 2 Jahren zu prüfen, ob die Voraussetzungen hierfür noch vorliegen.

**Art. 10:** (2) Die Kosten des Verfahrens sind, wenn die Verwahrung oder vorläufige Unterbringung angeordnet wird, von der verwahrten oder vorläufig untergebrachten Person, andernfalls vom Staat zu tragen.

**Art. 11:** Über die Fortdauer der Verwahrung von Personen, die beim Inkrafttreten dieses Gesetzes in einer Heil- und Pflegeanstalt, einer Nervenklinte, einer Entziehungsanstalt oder in sonstiger Weise verwahrt sind und deren weitere Verwahrung nach Art. 1 dieses Gesetzes geboten erscheint, ist unverzüglich eine gerichtliche Entscheidung herbeizuführen. Bis zum Erlaß dieser Entscheidung ist die weitere Verwahrung zulässig.

Der immer wieder vorkommende Begriff der Selbst- oder Gemeingefährlichkeit wird in der „Bekanntmachung zur Ausführung des Verwahrungsgesetzes“ vom 18. 9. 1952 (GVBl. Nr. 26/1952) folgendermaßen definiert:

(1) Vorbehaltlich gerichtlicher Entscheidungen sind als gemeingefährlich solche geisteskranken, geistesschwachen, rauschgift- oder alkoholsüchtigen Personen zu betrachten, die durch ihr Verhalten Leib und Leben, sei es auch nur eines einzelnen Menschen, oder fremde Sachwerte bedrohen oder andere Güter der öffentlichen Ordnung, wie die allgemeine Sittlichkeit, erheblich gefährden. Dabei muß es sich in jedem Fall um eine ernsthafte Gefahr für die betreffenden Güter handeln.

(2) Als selbstgefährlich im Sinne des Gesetzes werden Personen anzusehen sein, aus deren geistiger Abnormität oder Süchtigkeit sich eine ernsthafte Gefahr für sie oder ihr Eigentum ergibt. Selbstgefährlich ist z. B. eine Person, die einen Selbstmordversuch unternimmt.

(3) Sind Gemeingefährlichkeit oder Selbstgefährlichkeit gegeben, so wird die öffentliche Sicherheit und Ordnung eine Verwahrung in der Regel nur dann nicht erfordern, wenn Störungen in anderer Weise, z. B. durch Bewachung durch Familienangehörige, zuverlässig und ausreichend verhindert werden.

Vor Inkrafttreten des Verwahrungsgesetzes (VG) erfolgte die Einweisung nach Art. 80/II des Bayerischen Polizeistrafgesetzbuches, das ab 1. 1. 1957 durch das Gesetz über das Landesstrafrecht vom 17. 11. 1956 (GVBl. S. 261) völlig außer Kraft gesetzt ist. Da dieser Art. 80/II PStrGB in den späteren Ausführungen eine Rolle spielt, sei auch er im Wortlaut wiedergegeben:

(2) Hat eine solche Person einen Angriff gegen Personen oder fremdes Eigentum verübt oder die öffentliche Sicherheit verletzt und ist wegen Unzurechnungsfähigkeit des Beschuldigten entweder ein Strafverfahren gar nicht eingeleitet worden oder ein das Strafverfahren einstellendes Erkenntnis erfolgt, oder ist die Gemeingefährlichkeit einer solchen Person in sonstiger Weise festgestellt, so ist die Polizeibehörde (in diesem Falle das Landratsamt oder bei kreisfreien Städten der Oberbürgermeister d. Ref.) berechtigt, auf Grund bezirksärztlichen Gutachtens deren Unterbringung in einer Irrenanstalt oder deren sonstige genügende Verwahrung anzuordnen.

Zu den im VG immer wieder vorkommenden Bezeichnungen „geisteskrank“ und „geistesschwach“ ist zu sagen, daß es sich hier nicht um medizinische, sondern, ebenso wie in § 6 BGB, um juristische Begriffe handelt.

Es sind nun seit dem Inkrafttreten des VG über 4 1/2 Jahre vergangen, und es ist an der Zeit, zu untersuchen, ob sich das Gesetz bewährt hat. Am Staatlichen Gesundheitsamt (GA) München-Land, in dessen Amtsbezirk das Nervenkrankenhaus Haar des Bezirks Oberbayern liegt, hatten wir reichlich Gelegenheit, Erfahrungen zu sammeln. Den nachfolgenden Betrachtungen liegen insgesamt 223 amtsärztliche Gutachten zugrunde. Diese wurden in den Rechnungsjahren (1. 4.—31. 3. des darauffolgenden Jahres) 1952, 1953, 1954, 1955 und 1956 (hier nur bis zum 31. 12. 1956) im Vollzug der Art. 5/III, 8/I und 11 VG erstellt. Amtsärztliche Untersuchungen nach Art. 2 und 3, also zum Zwecke der Einleitung eines Verfahrens, sind in die Statistik nicht aufgenommen, da sie kein klares Bild der tatsächlichen Verhältnisse liefern können.

Es sei am Rande erwähnt, daß es nicht recht verständlich ist, warum das Gutachten des GA, das nach Art. 5/III verlangt ist, auf dem Untersuchungsbefund eines Anstaltsarztes beruhen kann. Nach allgemeiner Rechtsauffassung kann ein amtsärztliches Gutachten über den Gesundheitszustand eines Menschen nur auf Grund persönlicher Untersuchung erstellt werden. Warum wird hier

eine Ausnahme gemacht? Wenn schon eine Stellungnahme des GA verlangt wird, dann müßte sie auch auf eigener Anschauung beruhen, sonst könnte man sich ja, was an sich ohne weiteres berechtigt wäre, mit dem anstaltsärztlichen Gutachten zufrieden geben. Es hat sich in der Praxis gezeigt, daß manche Landratsämter auf einer persönlichen Untersuchung durch einen Arzt des GA bestehen, andere sich mit einer Äußerung auf Aktengrundlage begnügen. — Zuständig für die amtsärztliche Untersuchung ist in diesem Falle dann auf dem Wege der Amtshilfe das für den Sitz des Krankenhauses zuständige GA, in unserem Falle also das Staatliche GA München-Land. (Lediglich das Städtische GA München untersucht in Haar die aus dem Stadtgebiet kommenden Patienten selbst.) Im ersten Jahr nach Inkrafttreten des VG wurden allerdings auch diese durch unser Amt untersucht, daher die verhältnismäßig große Zahl von Gutachten in den Rechnungsjahren 1952 und 1953.

Von den begutachteten 223 Personen waren 125 Männer. Unter den Untersuchten befanden sich 40, die beim Inkrafttreten des VG bereits auf Grund Art. 80/II PStrGB in der Anstalt waren. Sie mußten gemäß Art. 11 VG nachuntersucht werden. Bei 37 von diesen 40 Patienten war die Weiterverwahrung unbedingt nötig, 1 Patientin hätte auf Grund des psychischen Befundes an sich entlassen werden können, war aber so siech, daß sie außerhalb der Anstalt nicht existieren konnte. Bei 2 Personen konnte der Versuch einer Entlassung befürwortet werden unter dem Vorbehalt einer vorausgegangenen Entmündigung und wenn die häuslichen Verhältnisse die Aufnahme des Kranken in den Familienverband erlaubten. Ob es allerdings gelingt, Patienten, die jahrelang in der Anstalt waren, wieder in die Familie einzugliedern, ist, von ganz seltenen Ausnahmen abgesehen, mehr als fraglich. Es konnte also nicht in einem Falle die sofortige Entlassung befürwortet werden, ein Zeichen dafür, daß seinerzeit mit dem Art. 80/II durchaus befriedigend gearbeitet werden konnte.

Interessant ist die Verteilung der einzelnen Krankheitsbilder, die zur Einweisung geführt haben, nach Alter und Geschlecht (Tab. 1) und nach der prozentualen Häufigkeit (Tab. 2).

Vergleicht man damit die Zahlen des Jahresberichtes 1955 des Nervenkrankenhauses Haar, so zeigt sich, daß am 31. 12. 1955 von 1210 männlichen 575, d. s. 47,5%, und von 1656 weiblichen Patienten 840, d. s. 50,1%, an Erkran-

Diagnose	Geburtsjahr																		Zusammen				
	— 1890		— 1900		— 1905		— 1910		— 1915		— 1920		— 1925		— 1930		— 1935					— 1940	
	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m + w
Schizophrenie		4	1	22	4	10	5	13	5	8	5	5	6	6	8	1	4	2	1		39	71	110
Man.-depr. Irresein			3	1	3	1						1									6	3	9
Epilepsie	1			2			1	1	1		1		1	1	2		1				8	4	12
Progressive Paralyse						1																1	1
Alkoholismus	3		8		8	1	11	1	2		6		1		3						42	2	44
Betäubungsmittelsucht			1	1	1		1						1		1						5	1	6
Psychopathie			2						2			1				1					4	2	6
Cerebralsklerose	3	1	3	2	1																7	3	10
Rückbildungspsychosen				4		1		1														6	6
Schwachsinn					1		1										2	1			4	1	5
Hirnatrophie			1				2														3		3
Postencephalitis					1																1		1
Reaktive Psychose									1	1											1	1	2
Unklare Diagnose			4				1						3								5	3	8
Zusammen	7	5	23	32	19	14	22	16	11	9	12	7	9	10	14	2	7	3	1		125	98	223

Tabelle 1: Sämtliche Fälle, aufgeschlüsselt nach Alter, Geschlecht und Diagnose (absolute Zahlen)

Diagnose	% aller Männer	% aller Frauen	% aller Untersuchten
Schizophrenie	31,2	72,3	49,4
Man.-depr. Irresein	4,8	3,1	4,0
Epilepsie	6,4	4,1	5,4
Progressive Paralyse	—	≈ 1,0	< 1,0
Alkoholismus	32,8	≈ 2,0	19,7
Betäubungsmittelsucht	4,0	≈ 1,0	2,7
Psychopathie	3,2	≈ 2,0	2,7
Cerebralklerose	5,8	3,1	4,5
Rückbildungspsychosen	—	6,1	2,7
Schwachsinn	3,2	≈ 1,0	2,2
Hirnatrophie	2,4	—	1,3
Postencephalitis -	< 1,0	—	< 1,0
Reaktive Psychose	< 1,0	≈ 1,0	< 1,0
Unklare Diagnose	4,0	3,1	3,6

Tabelle 2: Prozentuale Verteilung der Diagnosen

Auch die Beteiligung der an Alkoholismus leidenden Männer und der schizophrenen Frauen (Tab. 3) bedarf der Aufmerksamkeit.

Rechnungs- jahr der Unter- suchung	Männer		Frauen	
	insges.	davon Alko- holiker	insges.	davon Schizo- phrene
1952	25	9	35	25
1953	48	12	31	28
1954	15	6	12	5
1955	12	4	10	7
1956	25	11	10	8
(bis 31. 12.)				
Zusammen	125	42 (= 33,6%)	98	71 (= 72,5%)

Tabelle 3: Der Anteil der Alkoholiker unter den Männern und der Schizophrenen unter den Frauen

kungen des schizophrenen Formenkreises litten. Unter den 1210 männlichen Insassen waren aber nur 46, d. s. 3,8%, Alkoholiker. Es wird also deutlich, daß bei den Männern die Alkoholiker wegen ihrer Gewalttätigkeit hinsichtlich der Zwangseinweisung die überragende Rolle spielen, ihr Aufenthalt im Nervenkrankenhaus dagegen meist nur kurz ist. Es zeigt sich auch, daß zwar unter den Insassen des Krankenhauses die Frauen mit 57,6% in der Überzahl, unter den zwangsweise Eingewiesenen jedoch sowohl nach unseren Feststellungen (58,1% der Untersuchten) als auch nach denen des Nervenkrankenhauses (37,6% aller eingewiesenen Männer gegenüber 21,5% der Frauen) die Männer in der überwiegenden Mehrzahl sind, offenbar weil sie Infolge ihrer durchschnittlich größeren Körperkraft häufiger den Tatbestand der „Gemeingefährlichkeit“ erfüllen. (Der Direktion des Nervenkrankenhauses Haar des Bezirks Oberbayern danke ich an dieser Stelle bestens für die freundliche Erlaubnis, Zahlen aus Ihrem Jahresbericht 1955 in dieser Arbeit zu verwenden.)

Von besonderem Interesse ist der Einweisungsmodus (Tab. 4).

	Art. 5/I	Art. 2	Art. 80/II PStrGB	Unbekannt od. auf an- dere Weise
absolute Zahlen	144	8	40	31
% aller Un- tersuchten	64,5	3,6	18,0	13,9

Tabelle 4: Einweisungsmodus.

Es fällt dabei auf, daß die allermeisten Einweisungen durch die Polizei nach Art. 5/I VG erfolgen. Revidiert man die Werte in Tabelle 4 derart, daß man die 40 schon früher nach Art. 80/II eingewiesenen Patienten abzieht — so daß also nur die nach Inkrafttreten des VG Eingewiesenen bleiben, so erhöht sich die Zahl der Unterbringungen nach Art. 5/I auf 78,7%, während die nach Art. 2

Eingewiesenen nur 4,4% ausmachen. Der Rest gelangte auf andere Weise in die geschlossene Anstalt (durch die Eltern, den Vormund, nach § 126a StrPO, § 42 StrGB, Überweisung aus offenen Anstalten, um nur einige Möglichkeiten zu nennen) und wurde erst später dann nach dem VG behandelt, oder die Akten geben keinen Aufschluß. Man sieht also, in erster Linie erfolgt die Einweisung durch die Polizei; der mühsame Weg, den Art. 2 vorsieht, wird nur ganz selten beschritten. Er ist, da es sich meist um akute Krankheitszustände handelt, zu umständlich.

In einem unserer Fälle war der Antrag nach Art. 2 bereits gestellt; bevor er jedoch den Instanzenweg durchlaufen hatte, mußte der Kranke nach Art. 5/I eingewiesen werden, weil sich sein Erregungszustand ins Unerträgliche steigerte. Ein anderer unserer Patienten, ein Alkoholiker, ging unmittelbar im Anschluß an die amtsärztliche Untersuchung hin, betrank sich und beging einen Suicidversuch. Auch er wurde von der Polizei aufgegriffen und eingeliefert.

Man kann also ruhig sagen, daß der in Art. 2 vorgesehene Weg zu umständlich und deshalb der eigentlich nur als Ausnahme gedachte Modus des Art. 5/I zur Regel geworden ist. Genau umgekehrt also, als es sich der Gesetzgeber offenbar vorgestellt hatte. Das GA, das der Polizei keine verbindlichen Weisungen erteilen kann, wird in all diesen nach Art. 5/I bearbeiteten Fällen ausgeschaltet. Die Polizei entscheidet in eigener Verantwortlichkeit (in 2 mir bekannten Fällen außerhalb unseres Zuständigkeitsbereiches sogar gegen den ausdrücklichen Rat des beim Eintreffen der Polizei bei dem Patienten weilenden Psychiaters, der die Einweisung für notwendig hielt, während die Polizei sie rundweg ablehnte). Diese Tatsache stellt eine deutliche Verschlechterung der Situation gegenüber früheren Verhältnissen dar, weil nach Art. 80/II in jedem Falle ein amtsärztliches Gutachten nötig war, jeder Kranke also vor der Einweisung dem Arzt des GA vorgestellt werden mußte. Heute erfolgt die vorherige Untersuchung nur in den wenigen nach Art. 2 VG eingeleiteten Fällen. So können wir auch Kollegen, die uns anrufen und um Unterstützung bitten, immer nur darauf hinweisen, daß in akuten Fällen die Polizei eingreifen muß, während die ärztliche Behörde bei solchen Gelegenheiten einfach ausgeschaltet ist, ein für den Arzt kaum verständlicher Vorgang. So ist die Position des Arztes deutlich schwächer geworden. Der Art. 5/II ist nur ein sehr dürftiger Ersatz. Die Zusammenarbeit mit der Landpolizei in unserem Bezirk verläuft nach einigen anfänglichen Schwierigkeiten jetzt reibungslos, nur ganz selten kommt es zu Mißhelligkeiten.

Es erhebt sich aber die Frage, warum denn das Landratsamt eingeschaltet werden muß. Es entscheidet das Amtsgericht auf Grund eines Gutachtens des GA, dem Landratsamt obliegt es lediglich, die einschlägigen Anträge zu stellen, es ist also die Brücke zwischen GA und Gericht. Man kann ohne Übertreibung sagen, daß seine Einschaltung überflüssig ist und nur eine Komplizierung des Instanzenwegs darstellt. Warum überträgt man den Vollzug des VG, soweit er die innere Verwaltung angeht, nicht einfach den GÄ, die mit den Gerichten unmittelbar zusammenarbeiten? Das würde eine wesentliche Vereinfachung darstellen, ohne daß damit irgendeinem Mißbrauch des Gesetzes Vorschub geleistet oder ein Rechtsgrundsatz verletzt würde.

Über die Beurteilungen, die sich aus den amtsärztlichen Untersuchungen ergeben haben, unterrichtet Tabelle 5.

Rechnungs- jahr der Unter- suchung	Beurteilung			
	Weiter- verwah- rung nötig	Entlassung	Entlassung unter Vorbehalt	Aus den Akten nicht zu entnehmen
1952	45	13	2	—
1953	62	12	3	2
1954	10	16	—	1
1955	10	11	1	—
1956 (-31. 12.)	11	23	—	1
Zusammen	138 (= 61,9%)	75 (= 33,6%)	8 (= 2,7%)	4 (= 1,8%)

Tabelle 5: Ergebnis der amtsärztlichen Begutachtung.

Es stellte sich heraus, daß in den letzten 3 Jahren erheblich mehr Patienten entlassen werden konnten, als weiterverwahrt werden mußten. 1952 und 1953 wird das Ergebnis durch die Nachuntersuchung der schon jahrelang in der Anstalt Lebenden beeinträchtigt (meist schwere schizophrene Defektzustände aus der Zeit vor der Einführung der modernen Therapie). Ob das Verwahrungsgesetz unseren Gutachten in allen Fällen stattgegeben hat, läßt sich, soweit die Patienten außerhalb des Kreises München-Land beheimatet sind, allerdings nicht feststellen. Das ist vor allen Dingen fraglich in Fällen, wo im Gutachten die Entlassung von irgendwelchen Vorbehalten, also etwa Entmündigung, Sanierung des häuslichen Milieus, Verbesserung der Wohnungsverhältnisse, Besorgung eines Platzes im Altersheim, Abschluß der Therapie u. ä., abhängig gemacht wurde. Derartige ärztlich begründete Sonderfälle sieht das VG ja nicht vor. Wir sind mit zunehmender Erfahrung deshalb davon abgekommen, solche Vorbehalte in unsere Gutachten überhaupt aufzunehmen.

Bemerkenswert ist auch, daß das amtsärztliche Gutachten gelegentlich, wenn auch ganz selten, von der anstaltsärztlichen Stellungnahme hinsichtlich Diagnose und auch Beurteilung der Selbst- und Gemeingefährlichkeit abweicht.

Die Einweisung erfolgt grundsätzlich zunächst als sog. Unterbringung auf ein Vierteljahr zur Beobachtung, dann wird entschieden, ob eine endgültige Verwahrung verhängt werden muß. Wenn ja, wird der Kranke längstens alle 2 Jahre nachuntersucht und der Fall neu überprüft (Art. 8/I). Beurlaubungen endgültig verwahrter Personen sind möglich. Da das Verfahren seine Zeit braucht, stellen die Gerichte den GÄ bzw. den Landratsämtern für die nötige Begutachtung bzw. Antragstellung oft so kurze Termine, daß man sie aus rein fachlichen Gründen nicht einhalten kann. Nicht selten soll man sich schon 6 Wochen nach der Einweisung verbindlich äußern, ob der Patient nach Ablauf der Vierteljahresfrist entlassen werden kann. Das ist aber nach Stand der Dinge, besonders bei akuten behandlungsbedürftigen Psychosen, einfach unmöglich. Hier fordert der Jurist vom Arzt mehr, als dieser nach den Methoden seiner Wissenschaft zu leisten in der Lage ist. Auch dieser Gesichtspunkt spricht für eine Verkürzung des Instanzenweges, also eine Herausnahme der Landratsämter.

Doppeleinweisungen hatten wir während der Berichtszeit nur 4. Zweimal je einen schizophrenen Schub, einmal je einen manischen Erregungszustand und einen Erregungszustand bei Hirnatrophie.

Daß die Patienten gem. Art. 10/II, soweit sie dazu in der Lage sind, die anfallenden Kosten selbst tragen müssen, ist ohne Zweifel eine Ungerechtigkeit, da die Einweisung ja ausdrücklich im Interesse der öffentlichen Ordnung und Sicherheit, nicht aber im Interesse des Kranken erfolgt und es sich ja schließlich nicht um Verurteilte handelt. (Von den großen Schwierigkeiten, die Kosten dann beizutreiben, und den daraus sich ergebenden Komplikationen der Verwaltungsarbeit sei hier gar nicht gesprochen.)

Und damit nähern wir uns dem anfechtbarsten Punkt des Gesetzes: Die Patienten können nur verwahrt werden, „wenn dies aus Gründen der öffentlichen Sicherheit oder Ordnung erforderlich ist“. Daß es sich in so gut wie allen Fällen um bedauernswerte, schwerkranke Menschen handelt, wird kaum berücksichtigt. Die medizinischen Gesichtspunkte, die doch bei jeder Krankheit im Vordergrund stehen sollten, bleiben außer Betracht. Nicht das Wohl des Patienten ist richtunggebend für die Maßnahmen, sondern ausschließlich juristische Überlegungen. Die Fiktion einer unbeschränkten Willensfreiheit glaubt man auch bei Kranken respektieren zu müssen, die in Wirklichkeit ganz anders denken müssen als Geistesgesunde. Man kann nach dem VG also einen Geisteskranken nur dann einweisen, wenn er die öffentliche Ruhe und Ordnung stört oder Suicid begehen will, nicht aber zu einer Behandlung, deren Wert man ihm mangels Krankheitseinsicht nicht plausibel machen kann.

Auch hierzu ein Beispiel: Ein von mir untersuchtes junges Mädchen leidet an einer paranoiden Schizophrenie mit ausgesprochen sexuell gefärbten Beeinträchtigungs- und Beziehungsideen. Sie ist keineswegs selbst- oder gemeingefährlich, verhält sich vielmehr absolut ruhig. Eine früh-

zeitige Behandlung ist nach den Regeln der Psychiatrie dringend geboten, um der Weiterentwicklung der Krankheit vorzubeugen. Krankheitseinsicht besteht natürlich nicht. Das VG ist auf den Fall nicht anwendbar. Auch ein Antrag auf Entmündigung verspricht, ganz abgesehen von der langen Dauer des Verfahrens, kaum Erfolg, da die Kranke in Anbetracht des vorerst eng begrenzten Wahngebäudes durchaus in der Lage ist, ihre Angelegenheiten selbst zu besorgen.

Hier muß der Arzt also zuschauen und kann nichts tun, um das Mädchen vor dem drohenden fürchterlichen Verfall zu bewahren. So zeigt sich, daß in dem Bestreben, den Arzt daran zu hindern, „Unschuldige“ in die Anstalt zu bringen — was ein Arzt, der diese Bezeichnung zu Recht führt, ohnehin nicht tut, von den hinreichend vorhandenen strafrechtlichen Schranken, die ihm, selbst wenn er bösen Willens wäre, in einem Rechtsstaat gesetzt sind, ganz abgesehen — schwerwiegende Folgen entstanden sind: Während sonst, etwa bei Bewußtlosen — also ebenfalls der „freien Willensbestimmung“ Beraubten — das ärztliche Eingreifen nicht nur geduldet wird, sondern als Geschäftsführung ohne Auftrag rechtliche Anerkennung genießt, ja, die Unterlassung der ärztlichen Hilfeleistung in solch einem Fall sogar ausdrücklich unter Strafe gestellt ist (§ 330 c StrGB), hindert hier ein Gesetz den Arzt daran, bei Geisteskranken das nach den heutigen Erkenntnissen der Medizin einzig Richtige zu tun. Man kann eben alles übertreiben. Solche Fälle sind häufiger, als schlechthin angenommen wird. Auch bei der Entlassung aus der Zwangsassylierung kann auf ärztliche Belange wenig Rücksicht genommen werden. Das ist besonders schwerwiegend bei den Alkoholikern. Wenn nach Ablauf der Beobachtungsfrist Selbst- oder Gemeingefährlichkeit nicht mehr besteht, dann muß der Patient entlassen werden, es sei denn, er bliebe freiwillig oder wäre entmündigt. Das bedeutet bei den Alkoholikern so gut wie immer die nahe Gefahr eines Rückfalles, weil eine wirkliche Entziehung in so kurzer Zeit nicht möglich und eine Kontrolle des Kranken außerhalb der Anstalt, wie sie von den Gerichten zuweilen angeordnet wird, ganz einfach illusorisch ist. Der Patient wird also entlassen, nicht weil er geheilt ist, sondern nur deshalb, weil anzunehmen ist, daß er die Öffentlichkeit mutmaßlich, wenigstens vorübergehend, nicht belästigen wird — auch hier wieder eine für den Arzt unverständliche Einstellung.

Es zeigt sich also, daß das VG nicht die erhoffte Erleichterung, sondern eher eine Erschwerung des Umgangs mit Geisteskranken gebracht hat. Wenn die Einschaltung des Richters auch nach der gegenwärtigen Rechtsauffassung unerläßlich ist, so könnte man mindestens den Instanzenweg verkürzen und den rein ärztlichen Belangen mehr Raum geben. Warum klärt man solche Fälle nicht, wie Ehrhardt und Villinger (nach Rauch l. c.) vorgeschlagen haben, vor einem Gericht, das aus einem Berufsrichter und 2 Ärzten als Beisitzern besteht? Warum enthält man dem Arzt bei den Geisteskranken, soweit das Gesetz auf sie Anwendung findet, sein ureigenstes Recht, nämlich die unmittelbare und verantwortliche Sorge für den Patienten, vor? Warum stellt man nicht jeden mutmaßlich Geisteskranken vor seiner Einlieferung in das Nervenkrankenhaus einem entsprechend vorgebildeten Arzt oder dem GA, wo meist noch genaue Unterlagen über ihn vorhanden sind, vor? (Randalierende Alkoholiker könnten dabei ruhig erst einmal von der Polizei über Nacht stiftiert werden.) Man muß sich an den Gedanken gewöhnen, daß es Freiheitsentzug nicht nur als juristische, sondern auch als rein medizinische Maßnahme gibt, und dieser Tatsache in irgendeiner Form Rechnung tragen. Mißtrauen aber gegenüber dem Arzt ist ebensowenig angebracht wie gegenüber dem Juristen. Sollten sich, was Gott verhüten möge, jemals wieder rechtlose Zustände bei uns einstellen, so wird es, ebenso wie schon einmal geschehen, wieder gewissenlose Ärzte und Juristen geben, die sich bedingungslos in den Dienst einer schlechten Sache stellen und dann auf bestehende Gesetze sicherlich keine Rücksicht nehmen werden. Daß man jetzt aber den Arzt beargwöhnt, er könne gegenüber Geisteskranken willkürlich verfahren, ist unverstänglich und eine der Hypothesen, die das Ansehen des Arztes im allgemeinen und des Psychiaters im besonderen belasten.

**Zusammenfassung:** Unter Zugrundelegung von 223 einschlägigen Gutachten wurde über die bisherigen Erfahrungen mit dem Bayerischen Verwahrungsgesetz berichtet. Leider hat sich das Gesetz nicht gut bewährt. Es hat sich gezeigt, daß die überwiegende Zahl der Einweisungen durch die Polizei erfolgt, ohne daß der Kranke vorher einem Arzt vorgestellt worden wäre. Das kann nicht gutgeheißen werden, sondern bedarf einer Änderung. Darüber hinaus ist das Verfahren im allgemeinen zu umständlich und müßte, da es sich meist um akute Krank-

heitsbilder handelt, vereinfacht werden. Dringend erforderlich ist es auch, in der Gesetzgebung über den Umgang mit Geisteskranken dem Arzt endlich den ihm zukommenden Platz einzuräumen und anzuerkennen, daß der Verkehr mit Kranken aller Art primär seine Aufgabe ist und daß der Jurist in solchen Fällen auch einmal der Hilfe des Arztes sein muß, selbst wenn diese Betrachtungsweise ein Novum im Rechtsdenken darstellen sollte.

Anschrift des Verfassers: München 23, Tristanstr. 24/0.

## Gefährdung der Privatkrankenanstalten

Von Dr. Heinz Breidenbach

### II. Teil

Zu den Gefahrenmomenten für die Privatkrankenanstalten, über die ich in Nr. 9/1956 des BÄBL berichtet habe, kommt noch eine Reihe ganz anderer Probleme, die dringend einer zeitgemäßen Überprüfung bedürfen. Ich weise insbesondere auf die Frage der stationären Entbindungen hin. Man betrachtet die Geburt und die Schwangerschaft als ein physiologisches Geschehen und hat damit zweifellos recht. Der bisherige Standpunkt der Kassen aber, daß damit für eine normale Schwangerschaft und eine normale Geburt keine Leistungspflicht der Kassen bestehe, kann nicht mehr anerkannt werden zu einer Zeit, wo der Wert einer vorbeugenden Untersuchung allgemein anerkannt und als Teil der gesundheitlichen Betreuung in steigendem Maß gefordert wird! Diese Auffassung hat zu der grotesken Situation geführt, daß Ärzte öffentlich aufgefordert wurden, bei Untersuchungen auf Schwangerschaft in den Abrechnungslisten und auf den Krankenschein eine andere Diagnose zu schreiben! Es ist nicht nur das Recht einer werdenden Mutter, sich bei Eintritt des gewünschten Ereignisses untersuchen zu lassen, ob tatsächlich eine Schwangerschaft vorliegt, sondern auch ihre Pflicht, da krankhafte Zustände ebenfalls Amenorrhoe hervorrufen können. Jeder Arzt weiß, wie wichtig die dauernde Kontrolle einer Schwangeren im Hinblick auf das Leben von Mutter und Kind während der ganzen Dauer der Schwangerschaft ist. Es wäre die Aufgabe unserer gewählten Landesvertretungen, den Krankenkassen diese Notwendigkeit klar vor Augen zu führen. Damit ergibt sich selbstverständlich auch die Zahlungspflicht. Geburten in Anstalten werden von den Krankenkassen nur übernommen, wenn ein operativer Eingriff bei der Geburt notwendig wurde. Zu Zeiten des 3. Reiches waren allerdings auch mangelnde häusliche Pflege, mehrere bereits vorhandene Kinder, schlechte Wohnverhältnisse oder sonstige soziale Indikationen ein absoluter Einweisungsgrund. Die Krankenkassen hätten es nicht gewagt, bei einer solchen Begründung die Kostenübernahme zu verweigern. Meines Erachtens sind die Kassen an dieser Zahlungsart damals nicht zugrunde gegangen und würden auch heute absolut in der Lage sein, diese Forderung zu erfüllen. Wenn man bedenkt, daß ein Abgang, der sehr oft zurückzuführen ist auf strafrechtliche Tatbestände, das Vielfache einer normalen Klinikentbindung kostet, ohne weiteres übernommen wird, so grenzt diese Sachlage an Wahnsinn. Es wäre Aufgabe des Familienministers, sich hier einzusetzen. Sehr oft aber wird eine Entbindung in die Klinik eingewiesen, weil ein enges Becken oder sonstige bedrohliche Zustände, wie vorzeitiger Blasensprung und somit Gefahr für das Leben des Kindes, vorliegen. Es ist dann der ärztlichen Kunst zu verdanken, wenn ein operativer Eingriff nicht vorgenommen werden muß. Dennoch ist der die Geburt leitende Arzt in einem solchen Fall gezwungen, ständig die Geburt zu überwachen, da er ja die Verantwortung trägt. Gelingt es seiner ärztlichen Kunst, durch geschickte medikamentöse Steuerung oder Eingriffe unter DM 12.— Preugo, z. B. äußere Wendung, die Geburt ohne Operation zum Erfolg zu führen, so lehnen die Krankenkassen ihre Zahlungspflicht ab. Wo beginnt da die pathologische Geburt?

Sicherlich kann ein freipraktizierender Arzt in vielen Fällen aus Zeitmangel die Verantwortung für ein solches

Geschehen außerhalb der Klinik nicht tragen. Die Klinik hat keinerlei rechtliche Handhabe, einer solchen Geburt die Aufnahme zu verweigern, selbst wenn keinerlei Komplikationen vorliegen. Wenn eine Frau mit Wehen an der Klinikpforte um Aufnahme ersucht, ist die Möglichkeit, die Kreißende abzuweisen, schon aus rein strafrechtlichen Gründen nicht gegeben. Es ist mir unverständlich, weshalb in solch einem Fall die Klinik sehr oft dadurch bestraft wird, daß ihre Unkostensätze auf Verlustkonto verbucht werden müssen. Eine Sicherung gegenüber dem Patienten wird schon deshalb nicht tragend, weil die Ablehnung der Übernahmeerklärung sehr oft nach Wochen erst in die Hände der Klinikleitung gelangt und oft vom ärztlichen Standpunkt aus völlig unbegreiflich ist. Hier ist es der Initiative des ärztlichen Leiters und seiner Energie allein überlassen, evtl. dennoch Kostendeckung durch die Krankenkasse zu erreichen. Es wurde z. B. in meinem Hause die Übernahme der Kosten durch die Allgemeine Ortskrankenkasse München-Stadt in einem Fall abgelehnt, in dem der behandelnde Arzt wegen Queralage eingewiesen hatte, die Patientin aber nach äußerer Wendung dennoch normal entbinden konnte. Ich glaube nicht, daß eine derartige Ablehnung in irgendeiner Weise berechtigt ist.

Da die Klinikverträge stationäre geburtshilfliche Aufnahme nicht enthalten, müssen die kassenangehörigen Patienten eine Geburtspauschale zahlen, die für Privat 3. Klasse höher liegt als die Sätze, die die Kassen bei Übernahme bezahlen würden. Wird diese private 3.-Klassen-Pauschale in Rechnung gesetzt und die Kasse entschließt sich nach Wochen oder Monaten, sei es durch Überzeugung durch die Argumente des Klinikleiters, sei es, weil man dem Mitglied wegen dessen privater Energie in der Verfechtung seiner Ansprüche entgegenkommen will, die Kosten dennoch zu übernehmen, so sind die Kassen immer der Meinung, daß die Patienten eine Überzahlung der Kassensätze zurückvergütet bekommen müßten. Ich kann mich dieser Auffassung nicht anschließen. Wenn die Krankenkassen sich für Geburten in einem vertraglosen Zustand mit uns befinden, habe ich doch keinerlei Einflußmöglichkeit auf Übernahme der Kosten und auch keinerlei Sicherheit, daß diese Kosten wirklich, sei es vom Patienten, sei es von seiner Kasse, an die Klinik bezahlt werden. Die Ersatzkassen sind darüber hinaus der Meinung, daß die im allgemeinen Vertrag festgelegten Operationsaalbenutzungsgebühren für Geburten nicht in Frage kämen. Private 3.-Klassen-Patienten müssen selbstverständlich Kreißaalbenutzungsgebühr bezahlen. Die Operationsaalbenutzung bei blutigen Geburten, Kaiserschnitt, wird manchmal von den Ersatzkassen übernommen, jedoch hängen diese Übernahmen von der Willkür der betreffenden Kassenbeamten ab. Aus all diesen Gründen haben die Kassen meines Erachtens keinerlei Anspruch auf die für Vertragsleistungen vereinbarten Sätze, wenn es sich um Übernahme von Geburtskosten handelt, über die ein Vertrag nicht besteht. Dies ist allerdings auf die Dauer kein Zustand.

Hinzuweisen ist auf die allmählich krisenhafte Lage der nichtstationären Geburtshilfe. Wie mir von der Vorsitzenden des Münchener Hebammenvereins mitgeteilt wurde, waren vor dem 1. Weltkrieg in München ca. 600 freiberufliche Hebammen niedergelassen. Heute praktizieren

im Stadtgebiet noch 27 Hebammen, von denen ein sehr hoher Prozentsatz über 60, ja sogar über 70 Jahre alt ist. Das hängt zusammen mit der außerordentlichen Minderbezahlung dieses so wichtigen Berufsstandes. Erst in jüngster Zeit wurde eine Erhöhung der Hebammengebühr auf dem Lande erneut von höchster Bundesstelle abgelehnt mit der Begründung, die Landkrankenkassen könnten eine höhere Summe nicht auswerfen, ohne in finanzielle Schwierigkeiten zu geraten.

Wenn mir auch die Zustände im Land Bayern nicht genau bekannt sind, so ersehe ich dennoch aus diesen Ereignissen, daß auf dem Land die in München angezeigte Entwicklung ebenfalls droht. Die Sätze für die Leitung einer Geburt einschl. von 10 Wochenbettbesuchen sind zur Zeit in München DM 52.—. Sie waren vor dem 1. Krieg — relata referro — ca. 40 Mark. Setzt man die Geldentwertung ein, so müßte mindestens die dreifache, evtl. die vierfache Summe von damals heute als gerechter Lohn gefordert werden. Ich frage mich, ob diese Entwicklung, die für München aufgezeigt wurde und die dazu geführt hat, daß auch in den letzten Jahren eine Reihe von jungen Hebammen in zweckfremde Berufe, z. B. Trambahnschaffnerinnen, übergewechselt ist, verantwortlichen Stellen nicht bekannt ist. Insbesondere wundere ich mich in diesem Zusammenhang über die Untätigkeit der Ministerialbeamten. Hier droht ein gefährlicher Notstand, der aber offenbar den verantwortlichen Stellen völlig gleichgültig ist. Im Zusammenhang mit dieser Lage wird die Ablehnung stationärer Entbindungen geradezu grotesk. Will man in 10 Jahren in geburtshilflicher Hinsicht in die Steinzeit zurückkehren? Soll die Frau etwa selbst wieder die Nabelschnur durchbeißen?

All diese Dinge sind reif, von der Ärzteschaft in vernünftiger Weise mit den Vertragspartnern geregelt zu werden. Ich habe jedoch den Eindruck, daß auch hier auf Grund von Unkenntnis die verhandelnden Gremien auf höchster Ebene völlig versagt haben.

Ein 2. Problem, das eine Bereinigung unbedingt erfordert, ist das der Bluttransfusion. Die Bluttransfusionen sind in allen Gebührenordnungen vielleicht höher angesetzt, als dies der Gefährlichkeit des Eingriffs in der heutigen Zeit entspricht. Zur Zeit, in der die Gebührenordnungen erstellt wurden, waren diese Eingriffe äußerst selten und mit hoher Lebensgefahr verbunden, ebenso mit großer Verantwortlichkeit für den behandelnden Arzt. Die Verantwortung ist aber auch heute noch eine hohe. Dennoch hat man begonnen, die Gebührenordnungen dahingehend zu revidieren, daß eine ärztliche Leistung nicht mehr in Ansatz gebracht werden kann, da unter DM 12.— bzw. DM 15.—. Dies bedeutet mindestens für die Internisten eine schwere Honorarstrafe, wobei man nicht daran denkt, die Gebührenordnung dort auf einen neuen Stand zu bringen, wo die ärztliche Leistung in schamloser Weise unterbewertet ist.

Meines Erachtens ist es nicht Angelegenheit der Ständesorganisation, die Gebührenordnung zu ändern, wo sie durch die Entwicklung der med. Wissenschaft zu unseren Gunsten ist, wenn nicht gleichzeitig auch die Gebührenordnung dort geändert wird, wo sie offensichtlich zuungunsten der Ärzte unterbewertet. In dem Heilanstaltsbesitzervertrag von München gilt für die Operationssaalbenutzung als Grundlage, daß ein operativer Fall über DM 10.— eine volle Saalbenutzung, ein solcher unter DM 10.— eine halbe Saalbenutzung rechtfertigt. Die Krankenkassen haben erklärt, daß durch die Häufigkeit der Bluttransfusionen und den geringen Materialverbrauch bei diesen Eingriffen die volle Operationssaalbenutzungsgebühr nicht mehr gerechtfertigt sei. Dieser Argumentierung der Krankenkassen konnten wir uns nicht verschließen. Es wurde jedoch ausdrücklich vereinbart, daß die anfallenden Reagenzien für die Blutgruppenbestimmungen nur mehr von der Krankenkasse über Rezept abgegolten werden sollten, da diese Reagenzien bei den Preugoverträgen in der Operationssaalbenutzung, bei den Adgoverträgen in der ärztlichen Leistung mit abgegolten waren, nach den jetzigen Vertragsbestimmungen aber weder die ärztliche Leistung noch die Operationssaalbenutzung mehr honoriert wird. Gleichzeitig mit dieser Entwicklung wird nunmehr die Bestimmung des Rhesusfaktors für die Bluttransfusion obligatorisch; die

bisherige Auffassung, daß die Reagenzien billig seien und nichts ins Gewicht fielen, steht in keinem Preisverhältnis mehr zu den Reagenzien, die bei Rhesusfaktorbestimmungen notwendig werden. Dennoch weigern sich die Krankenkassen, die Reagenzien für die Untersuchung zu bezahlen. Die Bluttransfusion wird daher, spez. wenn sie von einem Belegarzt ausgeführt wird, zu einer finanziellen Belastung der Klinik, die bei Reagenzien mit DM 30.— und mehr Kosten sehr erheblich ist, ohne daß hierfür sowie für die zur Verfügungstellung der Apparate, des Schwesternpersonals, Laborantin, Sterilisierung usw. auch nur 1 Pfennig in Ansatz gebracht werden kann. Leider wurden die seinerzeitigen Absprachen nicht schriftlich getroffen, so daß die Krankenkassen von dieser Vereinbarung nur soweit sie zu ihrem Gunsten ist, Gebrauch machen, d. h., sie zahlen keine Operationssaalbenutzungsgebühr, wollen aber auch die Kosten für Reagenzien nicht übernehmen. Derartige Dinge widersprechen den guten Sitten. Über diese von uns geforderten Leistungen hinaus sind wir als Krankenhausträger auch noch durch eine Verordnung des ehemaligen Reichsministers des Innern (aus der Zeit der Diktatur) zahlungspflichtig für das Spenderblut. Im Falle der Nichteinbringbarkeit einer solchen Blutspende muß die Klinik bezahlen! Die Krankenkassen rechnen es sich zum Teil als liberale Haltung an, daß sie für ihre Mitglieder die Blutspendergebühren bezahlen. In jedem Fall ist die Klinik gezwungen, kostenlos die Geldbeitreibung für das kommunale Gesundheitsamt zu übernehmen. All diese Dinge sind zweifellos mit der Verfassung nicht zu vereinbaren und müssen geregelt werden.

Gestatten Sie zum Schluß meiner Ausführungen noch auf die allgemeine Situation der Gebührenordnung hinzuweisen. Die Preugo hat gesetzmäßigen Charakter und ist in allen Fällen bei rechtlicher Auseinandersetzung die unbestreitbare Grundlage. Seit Jahren verhandeln unsere Ständesorganisationen wegen der dauernden Geldentwertung um eine Erhöhung der Preugo. Der Erfolg dieser Maßnahmen war nur ein sehr geringer, obwohl die Gebührenordnung s. Z. Goldmarkprämie vorsah und wegen evtl. inflationistischer Tendenzen die Gebührenordnung mit dem Goldstandard fest gekoppelt hat. Im Kommentar zur Preugo schreibt ein Erklärer frisch, frank, fröhlich, frei: Goldmark = D-Mark. Ich bin mir nicht klar, wie der betreffende Herr zu dieser Auffassung kommt, da ihn jedes Bankinstitut belehren könnte, daß Goldmark Gramm-Feingold und D-Mark völlig voneinander abweichende Dinge sind. Ich bin absolut der Meinung, daß auf Grund der gesetzlichen Gebührenordnung eine Angleichung der Preugopreise an die Goldmarkwährung erzwungen werden könnte und erzwungen werden müßte. Niemand ist meines Erachtens berechtigt, die amtliche Gebührenordnung in einer für uns so nachteiligen Weise zu kommentieren und Behauptungen zu kolportieren, die ganz einfach nicht den Tatsachen entsprechen.

Alle von mir aufgezeigten Mängel der Gebührenordnung und der Krankenhausverträge, insbesondere auch der Münchener Krankenhausverträge, hängen aufs engste zusammen mit der Frage der Ausschaltung örtlicher Gremien aus den Verhandlungen und deren Verlegung auf zentrale Bundesebene.

Seit eh und je wurden die Krankenhausverträge der Münchener Kassenärzte örtlich in München ausgehandelt. Heute sind wir in eine Lage geraten, in der wir nicht wissen, ob die Aushandlung der Verträge noch unser klares Recht ist, oder ob z. B. die Bundes-KV, in der Lage ist, für uns bindende Absprachen mit den Krankenkassenverbänden zu treffen, und auf Grund welcher Befugnis. Alle diese Dinge werden kompliziert dadurch, daß nach dem Grundgesetz Gesundheit Länderangelegenheit ist, jedoch in die RVO. gehörigen Dinge Bundessache bleiben. Die gesamte Organisation des Gesundheitswesens befindet sich deshalb in bedauerlichem Wirrwarr und Kompetenzstreitigkeiten.

Ich danke Herrn Kollegen Dr. Soenning, als dem Vorsitzenden des Bayerischen Landesgesundheitsrates, daß er diese Lage klar erkannt hat und auf endgültige Klärung drängt. Die Klärung ist in Bälde notwendig, wenn das Gesundheitswesen nicht schwersten Schaden nehmen soll. Es muß den Amtsstellen und auch den ärztlichen Spitzenorganisationen unbedingt die Möglichkeit genommen wer-

den, einander ständig den Schwarzen Peter zuzuspielen, so daß sich am Schluß niemand für kompetent und zuständig zu erklären braucht.

Es ist mir dringendes Bedürfnis, diese meine Sorgen der gesamten Ärzteschaft im Hinblick auf unsere Verantwortung für das gesamte Gesundheitswesen vor Augen zu führen. Mein Grund ist mit Sicherheit nicht allein egoistisches Motiv eines Klinikbesitzers. Ich bin sicher, daß der ärztliche Stand, der in den letzten 30 Jahren so sehr an Ansehen verloren hat, herabgewürdigt werden

wird in die Rolle des Erfüllungsgehilfen, d. h. der Angestellten der Krankenkassen, wenn nicht endlich klare Verhältnisse geschaffen werden. Mut zum Widerstand und Einigkeit sind notwendig.

Deshalb sind diese Artikel von mir ein Hilferuf an die zuständigen führenden Herren unserer Landesorganisation und ein Aufruf, die Dinge nicht weiter treiben zu lassen, in einem Fahrwasser, das für uns alle zur tödlichen Krise führen muß.

Anschrift: München 23, Leopoldstraße 87.

## Altersvorsorge

Von Dr. Hans Keppel, Marktzeuln/Ofr.

(Fortsetzung und Schluß aus BÄBl, 11/1956)

Diese Leistungen sind zwar — absolut genommen — gering. Setzt man sie aber ins Verhältnis zur Höhe des Beitrags, so erkennt man sofort die hohe Leistungsfähigkeit der Bayerischen Ärzteversorgung. Seit dem 1. Januar 1956 betragen außerdem die Zuschläge, die zum Mindestruhegeld treten, jährlich ein Sechstel (statt wie früher ein Siebtel) der eingezahlten Beiträge, soweit sie den Mindestbeitrag überschreiten.

Man fragt sich mit Recht, ob angesichts einer derart wirksamen Versorgungseinrichtung die zusätzliche obligatorische Mitgliedschaft bei einer weiteren Zwangsversorgung — der gesetzlichen Sozialversicherung — überhaupt sinnvoll ist.

Diese Frage ist sicher zu verneinen, und es ist zu begrüßen, daß im Angestelltenversicherungs-Neuregelungsgesetz (AnVNG) § 7 Absatz 1 a

— Auf ihren Antrag werden ferner von der Versicherungspflicht befreit Personen, die auf Grund einer durch Gesetz angeordneten oder auf Gesetz beruhenden Verpflichtung Mitglieder einer öffentlich-rechtlichen Versicherungs- oder Versorgungseinrichtung ihrer Berufsgruppe sind. —

den angestellten Ärzten die Möglichkeit gegeben wurde, sich zugunsten der Bayer. Ärzteversorgung aus der Sozialversicherung befreien zu lassen. Die Gleichstellung der in der Bayer. Ärzteversorgung versicherten Kollegen und denen im Angestelltenversicherungsgesetz wird vorbereitet und in Bälde abgeschlossen sein.

Eine Versicherung in der Bayer. Ärzteversorgung, die vor etwa 30 Jahren auf Grund eines Landesgesetzes geschaffen wurde, ist wegen der besseren individuellen Möglichkeiten für uns Ärzte anzustreben, und ich darf hier auf unsere früheren Aufsätze an dieser Stelle in den Jahren 1955 und 1956 verweisen.

Neben einer Versorgung durch Pensionen ist jedoch aus verschiedenen Gründen der Abschluß einer Kapitalversicherung dringend anzuraten. Eine Rentenversorgung ersetzt nämlich kein Kapital. Zur Sicherstellung der Aussteuer und der Ausbildung der Kinder sowie für die Witwe zum Aufbau einer neuen Existenz ist ein Kapital von unschätzbarem Vorteil.

Häufig bestehen auch ungetilgte Schuldverpflichtungen, die beispielsweise aus Darlehen stammen, die der Arzt bei seiner Niederlassung zur Einrichtung der Praxis in Anspruch nehmen mußte. Stirbt er und erhält die Witwe für sich und die Kinder nur eine schmale Rente, so gerät die Familie in ernste Schwierigkeiten. Aus der Angestelltenversicherung brauchen unter Umständen überhaupt keine Leistungen fällig zu werden, falls zum Zeitpunkt des Todes die 5jährige Wartezeit nicht erfüllt war.

Im ersten Teil dieses Aufsatzes, der in der vorigen Nummer erschien, wurden eindringliche Beispiele aus der Praxis bereits zitiert.

Es sprechen aber noch andere Gründe dafür, zur zusätzlichen Versorgung eine private Lebensversicherung abzuschließen: Es ist nämlich stets gut, die Versorgung auf eine möglichst breite Basis zu stellen und nicht nur einem oder zwei Versicherungsträgern anzuvertrauen. Auf diese Weise kann das Menschenmögliche zur Vorsorge für die Familie getan werden.

Mancher wird fragen, ob nicht ein Sparkonto (Bausparvertrag) — für das unter Umständen sogar die gleichen steuerlichen Vorteile wie für Lebensversicherungen in Anspruch genommen werden können — diesem Zwecke besser dient. Zur Vorsorge für das Alter mag dies stimmen, da — falls keine vorzeitige Invalidität eintritt — der Zeitpunkt des Eintritts in den Ruhestand einigermaßen überschaubar ist. Aber schon bei vorzeitiger Berufsunfähigkeit und noch mehr im Todesfall werden alle noch so sorgfältigen Kalkulationen über den Haufen geworfen, falls kein wirksamer Versicherungsschutz besteht.

Schließlich gehört es zu einer verantwortungsbewußten Vorsorge, genau zu prüfen, welche Leistungen man in einem bestimmten Versorgungsfall von den Institutionen, bei denen man versichert ist, zu erwarten hat. In diesem Zusammenhang ist es insbesondere interessant, daß nach dem Regierungsentwurf zur Sozialgesetzgebung Invalidenrenten nur dann gezahlt werden, wenn der Versicherte erwerbsunfähig ist, also auch eine Umschulung auf einen anderen Beruf keinen Erfolg zeitigt. Wer sich ohne triftige Gründe einer Umschulung entzieht, kann gemäß § 1248 den Rentenanspruch ganz oder teilweise verlieren. Wer sich diesen Unannehmlichkeiten nicht aussetzen will, tut gut daran, für den Invaliditätsfall durch eine zusätzliche Maßnahme — sei es im Rahmen der Bayerischen Ärzteversorgung, sei es durch Einschluß einer Invaliditäts-Zusatzversicherung bei einer privaten Lebensversicherung — Vorsorge zu treffen.

Nachdem feststeht, daß eine zusätzliche Versorgung durch eine private Lebensversicherung notwendig ist, erhebt sich die Frage nach der Versicherungsform.

Auf dem „Lebensversicherungsmarkt“ werden bekanntlich eine Unzahl verschiedener Kombinationen angeboten, die häufig nur bewirken, daß der versicherungswillige Laie völlig verwirrt wird und den klaren Blick für die Preiswürdigung eines Versicherungsschutzes verliert. Wohlklingende zusätzlich versicherte Leistungen und garantierte Wahlmöglichkeiten zwischen Rente und Kapital sind — wenn man genauer darüber nachdenkt — meist überflüssig und führen zu einer Verteuerung, so daß die



CEFAK  
Kempten/Allg.

# Cefangipect

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

Versicherungsleistung, in ihrer absoluten Höhe betrachtet, im Versorgungsfall viel niedriger ist, als wenn der Beitrag für eine „Standardversicherung“ verwandt worden wäre.

Als solche „Standardversicherung“ ist die sogenannte „Kapitalversicherung auf den Todes- und Erlebensfall“ zu betrachten, die — wie der Name sagt — bei Tod des Versicherten oder, wenn dieser das gewählte Ruhestandsalter erreicht, bei Ablauf ein Kapital zuzüglich der bis dahin verzinslich angesammelten Gewinnanteile bereitstellt. In jedem Fall kann dieses Kapital auf Wunsch in eine Rente umgewandelt werden, gleichgültig ob dies vorher vereinbart wurde oder nicht.

Diese Versicherungsform dürfte für eine zusätzliche Versorgungsmaßnahme über die Zwangsversorgungseinrichtungen hinaus im allgemeinen am zweckmäßigsten sein. Lediglich der Einschluß einer Invaliditäts-Zusatzversicherung kann — aus den obenerwähnten Gründen — erwogen werden, um allen möglichen Versorgungsfällen Rechnung zu tragen.

Von einschneidender Wichtigkeit ist ferner die Frage nach dem „Preis“ der Lebensversicherung. Hier gilt es zu beachten, daß nicht nur die Höhe des Beitrags, sondern auch die Gewinnbeteiligung, an der sich erst die Leistungsfähigkeit eines Versicherungsunternehmens erweist, die Preiswürdigkeit des Versicherungsschutzes bestimmt. Es ist für den Laien oft nicht ganz einfach, hier die richtige Wahl zu treffen. Bei einer so wichtigen Angelegenheit wie die Versorgung der Familie ist es jedenfalls völlig abwegig, aus Gründen der Kollegialität, Verwandtschaft oder aus geschäftlichen Rücksichten die Versicherung am Stammtisch oder in der Sprechstunde abzuschließen. Für die Wahl des Versicherungsunternehmens sollten allein sachliche Gründe maßgebend sein.

Im allgemeinen kann man davon ausgehen, daß ein sehr großes Lebensversicherungsunternehmen wesentlich leistungsfähiger ist als eine Gesellschaft mit einem nur kleinen Versicherungsbestand. Denn einmal wirkt sich das Gesetz der großen Zahl um so stärker aus, je mehr Risiken sich zu einer Versicherungsgemeinschaft zusammenschließen. Außerdem kann ein großes Unternehmen rationeller arbeiten als ein kleines, da sich die Anschaffung moderner Großrechenautomaten zur Vereinfachung der Verwaltungsarbeit lohnt. Je weniger schließlich ein Versicherungsunternehmen vor unvorhergesehenen Belastungen durch Versicherungsfälle Angst haben muß — was um so eher der Fall ist, je weitgehender das Gesetz der großen Zahl Anwendung findet —, in um so größerem Umfang kann es das ihm anvertraute Geld langfristig gegen hohen Zins anlegen. Neben Sterblichkeitsgewinnen ist es aber gerade der Überzins, der die Güte einer Gewinnbeteiligung ausmacht.

Aber nicht nur aus diesem Grunde empfiehlt sich ein Blick in den Geschäftsbericht eines Versicherungsunternehmens: In den heutigen etwas unsicheren Zeiten ist es wichtig, daß das Kapital weit gestreut und dabei vor allem auch in Substanzwerten angelegt wird. Die Kenntnis der Anlagepolitik einer Gesellschaft ist also sehr entscheidend, da man über die Höhe der Gewinnbeteiligung in den kommenden Jahren direkt keine Aussagen machen kann.

Bei Betrachtung der zahlreichen Prospekte fällt insbesondere auf, daß es neben den normalen Einzelversicherungstarifen, die üblicherweise angeboten werden, auch noch sogenannte „Gruppenversicherungstarife“ gibt, die ein wesentlich niedrigeres Beitragsniveau aufweisen.

Da diese Gruppenversicherungstarife außerdem bei vielen Gesellschaften mit einer ansprechenden Gewinnbeteiligung ausgestattet sind, versteht es sich von selbst,

daß man versuchen wird, seine Versicherung auf dieser Basis abzuschließen, wobei man — wegen der niedrigen Beitragshöhe — in besonderem Maße auf die Vertrauenswürdigkeit der Vertragsgesellschaft achten sollte.

Unter welchen Bedingungen ist nun ein solcher Abschluß möglich?

Die Mehrzahl der Mitglieder eines Berufsverbandes oder einer fest umschriebenen Gruppe daraus, mindestens aber 100 Personen, müssen sich versichern. Die Versicherungsleistungen müssen nach irgendwelchen objektiv vertretbaren Grundsätzen bemessen werden. Denn nur dann ist die Gewähr dafür gegeben, daß keine subjektive Auslese stattfindet, die die Anwendung derart günstiger Bedingungen verbieten würde. Es ist also erforderlich, daß sich der einzelne mit seinen Sonderwünschen ein klein wenig der Gemeinschaft unterordnet, wobei die zweckmäßigste Form des Versicherungsschutzes vorher durch Umfrage bei allen Mitgliedern festgestellt wird. Diese kleine persönliche Einschränkung ermöglicht eine große finanzielle Vergünstigung. Dabei handelt es sich keineswegs um einen Zwang, wie ihn eine gesetzliche Versorgungseinrichtung ausübt. Vor allen Dingen baut jeder nur seine eigene Versorgung auf und wird — nicht wie bei einer „sozialen“ Versicherung — nicht zur ausgleichenden Beitragszahlung für andere herangezogen.

Abschließend noch eine Bemerkung zu dem aktuellen Problem der „dynamischen Versorgung“:

Die schlechten Erfahrungen der vergangenen Jahrzehnte und die Diskussion um die Sozialreform ließen Befürchtungen laut werden, die Kaufkraft des heute gesparten Geldes werde bei einer späteren Rückzahlung niedriger sein als zum Zeitpunkt der Einzahlung.

Selbstverständlich kann niemand für die Zukunft eine Wertbeständigkeit des Geldes vorhersagen. Andererseits besteht jedoch auch keine Veranlassung, ernste Zweifel daran zu hegen. Die bisherige Entwicklung unserer seit 1948 bestehenden Währung hat deren Stabilität bewiesen, wenn man von gewissen durch Weltkrisen ausgelöste Schwankungen absieht. Diese Krisen wirken sich jedoch auf die Währungen anderer Staaten in weit höherem Maße aus.

Man spricht zur Zeit viel von einer sogenannten „schleichenden Geldentwertung“ in Höhe von jährlich etwa 2% der Kaufkraft. Abgesehen davon, daß diese den Erfahrungen der letzten zwei bis drei Jahre entnommene Behauptung nur für bestimmte Wirtschaftszweige Berechtigung hat — in der Automobil- und Elektroindustrie waren die Preise rückläufig, in der Textil- und Schuhindustrie blieben sie konstant —, wäre es ebenso verfehlt, diese Entwicklung auf die Zukunft zu extrapolieren, wie irgendwelche andere Aussagen über die politische und wirtschaftliche Entwicklung der nächsten Jahrzehnte zu machen.

Auf jeden Fall wird eine „schleichende Entwertung“, falls sie wirklich bestehen sollte, bei weitem durch die Zinserträge aus den Anlagewerten der privaten Lebensversicherung ausgeglichen. Im übrigen führt jede Geldentwertung zwangsläufig zu einer Erhöhung der Einkommen, so daß die Aufwendungen für die Versorgung in entsprechender Weise durch Nachversicherungen heraufgesetzt werden können. Durch beide Wirkungen wird der Versicherungsschutz erhöht und damit auch die Versorgung durch Lebensversicherungen „dynamisiert“.

Nachdem Sie diesen Aufsatz gelesen haben, mögen Sie prüfen, ob Sie in ausreichendem Umfang für Ihre Angehörigen und Ihr eigenes Alter vorgesorgt haben. Diese Überlegungen anzuregen und eine Diskussion über diese brennend wichtigen Fragen auszulösen, war der Zweck dieser Ausführungen.

# Stas

percutanes Expectorans

Tube zu 18 g DM 1.45 o. U.

Stada

## „Blauer Plan“ für das Gesundheitswesen

Bericht über das Gesundheitswesen vor den Haushaltsberatungen gefordert — **Schwerpunktbildung für Beseitigung von Notständen**

Von Dr. med. Rudolf Soennlög, MdL und Vorsitzender des Bayerischen Landesgesundheitsrates

Das Gesundheitswesen zählt zu den Pflichtaufgaben der Länder. Bayern schuf mit dem Landesgesundheitsrat eine Plattform für die Beratung des Landtages, der Regierung und Verwaltung in allen einschlägigen Fragen. Das Fachgremium aber fühlt sich auch als Wächter der Volksgesundheit.

Schon wiederholt hat der Landesgesundheitsrat seine mahnende und warnende Stimme erhoben, den Dienst an der Volksgesundheit zu aktivieren. Die meisten Bestrebungen scheiterten an den erforderlichen Mitteln. Nun stehen die verantwortlichen Männer auf dem Standpunkt, daß die Volksgesundheit oft mehr Anspruch auf Berücksichtigung verdient als manch andere Projekte, die weniger wichtig sind. Was nützen Industrialisierung, Automation und Fortschritt, wenn die Gesundheit des Volkes darniederliegt? Unser Volk braucht in seinem schwierigen Existenzkampf nicht bloß intelligente Menschen, sondern auch gesunde Arbeiter des Geistes und der Hand, weshalb die Gesundheit des einzelnen nicht allein eine private Angelegenheit, sondern eine soziale und wirtschaftliche Aufgabe von allergrößter Bedeutung ist.

Und wie stiefmütterlich wird diese staats erhaltende Mission behandelt! Bayern warf z. B. 1951 ganze 0,87% des gesamten ordentlichen Haushaltes für das Gesundheitswesen aus, während der Bundesdurchschnitt immerhin bei 0,96% liegt. Je Kopf der Bevölkerung macht diese Summe in unserem Land 1,53 DM aus, im westdeutschen Gebiet jedoch 2,21 DM. Schon die Anpassung an das Bundesmittel wäre ein Fortschritt. Eine wesentliche Erhöhung der Ansätze kann bis heute nicht festgestellt werden.

Der Bayerische Landtag nahm aus dieser Überlegung einen Antrag der CSU-Fraktion an, der die Regierung verpflichtet, alljährlich vor den Haushaltsberatungen einen Bericht im Benehmen mit dem Landesgesundheitsrat zu erstellen, der den Stand, die Notwendigkeiten und die Notstände im Gesundheitssektor sowie deren Überwindung aufzeigt. Da die Äskulapjünger einst im Wehrdienst durch blaue Waffenfarben und Kragenspiegel gekennzeichnet waren, taufte der Antragsteller diesen Jahresbericht, der schöpferische Vorschläge für Projekte und deren Finanzierung alljährlich beinhaltet, den „Blauen Plan“.

Warum ist der „Blaue Plan“ notwendig?

Genau wie der „Grüne Plan“ der Landwirtschaft Bilanz und Situationsbericht, aber auch Hilfe und Konzeption zugleich ist, so will auch die Maßnahme auf dem Gebiete des Gesundheitswesens die Politiker beraten, ihr Verständnis wecken und die Ausgabe der Mittel sinnvoll lenken. Immer wieder hört man da und dort: „Ist denn

eine solche Planung notwendig?“ Denken und Tun müssen immer in harmonischer Wechselbeziehung stehen, soll eine Gesundheitspolitik überhaupt Sinn und Zweck haben. Oder ist es den Länderregierungen denn entgangen, daß die „Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege“ unter ihrem Vorsitzenden Prof. Klemm erst jüngst in Frankfurt energisch ein Bundesgesundheitsministerium gefordert hat? Die Länder erfüllen ihre Aufgabe im Gesundheitswesen unvollkommen, nun ertönt der Ruf nach der starken Hand der Zentralisierung. Eines der spärlichen Reservate eines Föderalismus soll verschwinden? Aber dieses Gespenst sei nicht wie ein Menetekel an die Wand gemalt, sondern es sei vielmehr an die erschreckende Tatsache erinnert, daß entscheidende Forderungen der Hüter der Volksgesundheit einfach nicht erfüllt sind. Lassen wir nur einige Beispiele sprechen:

Da ist der freiwillige unentgeltliche Blutspenderdienst trotz Landtagsbeschlusses noch immer nicht durchgeführt. Die Schulzahnpflege funktioniert unbefriedigend, der Schulgesundheitspflege mangelt es an Ärzten und Etatmitteln. Die Arbeitsgemeinschaft zur vorbeugenden und heilenden Krebsbekämpfung bedarf der Mithilfe des Staates. Für die Verhütung und Therapie der spinalen Kinderlähmung, die Polioimpfung und die Schaffung virologischer Untersuchungsanstalten sind noch allerhand Voraussetzungen zu schaffen.

Die Krankenhäuser weisen einen Nachholbedarf von 30 Millionen DM auf, die privaten und gemeinnützigen Anstalten sind zu entschulden und zu sanieren, die wissenschaftliche Betätigung in den öffentlichen Krankenhäusern ist zu sichern. Der Wiederaufbau der Münchener Universitätskliniken erfordert allein 160 Millionen DM, bisher wurden kaum 3 Millionen DM jährlich ausgeworfen, die kaum ein Tropfen auf einen heißen Stein sind. Nicht einmal der Standort ist geplant, von den Einzelheiten der Anlagen und der Finanzierung noch keine Spur: dabei waren wir einst führend in der Welt hinsichtlich der medizinischen Lehre und Forschung.

Was ist doch auf dem Gebiete des Krankenpflegepersonals noch zu tun: Wenn wir nur die 54-Stunden-Woche bei den überlasteten Schwestern einführen, sind 1500, und bei der 48-Stunden-Woche gar 3000 Schwestern neu einzustellen, für deren Wohnraumbeschaffung dann allein 30 Millionen DM anfallen. Nur 3000 DM sind bisher im Haushaltsetat zur Förderung des Schwesternnachwuchses eingesetzt worden, obwohl der Schwesternmangel zu einem bedrohlichen Notstand führt.

Die Tuberkulosebekämpfung benötigt zur Früherkennung mehr Schirmbildstellen, die durch die Lande fahren und die gesamte Bevölkerung in regelmäßigen Zeitabständen



KREWEL-WERKE  
Eitorf b. Köln

# MALLEBRIN

Adstringo-Antisepticum

erfassen; sie benötigt vor allem auch vermehrten Wohnraum für die Erkrankten.

Das Rote Kreuz meldet zu Recht einen hohen Bedarf für den Seuchen- und Katastrophendienst an, den es großzügig zu organisieren gilt.

Welche Unsumme von Projekten, die nur skizziert und unvollständig sind! Wo anfangen, wo aufhören? Diese Frage soll und muß der „Blaue Plan“ beantworten!

#### Welche Aufgaben stellt sich der Plan?

Die Notwendigkeit eines solchen Planes sieht wohl jeder ein. Welche Aufgaben harren nun der Fachleute, die ihn ausarbeiten? Sie sind sich klar darüber, daß Landtag, Regierung und Öffentlichkeit über Stand, Probleme und deren Lösung auf dem Gebiete des Gesundheitswesens laufend unterrichtet sein müssen. Die Notstände aufzuzeigen und deren Beseitigung je nach Dringlichkeit vorzuschlagen, ist vornehmlichste Pflicht. Der Landesgesundheitsrat ist dabei einzuschalten, da ja sonst nur die von den Ministerien ausgehandelten Ansätze für das Gesundheitswesen im Haushalt an die Öffentlichkeit dringen. Schließlich soll das föderalistische Bayern vorbildlich in

der Betreuung des Gesundheitswesens vorangehen, um das Gespenst eines Bundesgesundheitsministeriums endlich einmal zu bannen.

Wenn es nämlich nicht gelingt, die Gesundheitspolitik zu aktivieren, mehr Verständnis und Mittel zu finden und auch eine jährliche Bilanz und Planung vorzulegen, dann

## Freies Wochenende

23./24. Februar 1957

braucht man sich nicht zu wundern, wenn die Gesundheitsverwaltung ihre wichtigsten Aufgaben der Seuchenbekämpfung und hygienischen Überwachung kaum noch erledigen kann. Der „Blaue Plan“ geht also jeden Staatsbürger künftig an, sichert er ihm doch die Segnungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Volksgesundheit, die allein das höchste Gut der Menschen bewahrt.

## Berufsvertretung und Bekämpfung der Rauschgiftsucht

Zu dem unter obigem Titel erschienenen Artikel in Nr. 1/1957 des Bayer. Ärzteblattes von Herrn Dr. Koerting wird uns von Herrn Regierungsrat Paintner im Bayer. Staatsministerium des Innern folgende Darstellung übersandt:

„Die Ausführungen von Herrn Dr. Koerting in Nr. 1 des Bayer. Ärzteblattes vom Januar 1957 bedürfen in den folgenden zwei Punkten der sachlichen Berichtigung.

Herr Dr. Koerting führt auf Seite 15 u. a. aus:

„Während die Zahl der süchtigen Ärzte in der Bundesrepublik in den Jahren 1952 bis 1955 im Durchschnitt 13,5%, 14,2%, 13,9% und 13,6% aller Süchtigen betrug, beträgt die Verhältniszahl in Bayern fast 21%.“

Die angeführte Zahl von 21% findet in den beim Staatsministerium des Innern geführten Aufzeichnungen sowie in den vom Verfasser in seinem Artikel zitierten Arbeiten keine Stütze. Der Anteil der Ärzte an der Zahl derjenigen Personen, die für die Verschreibung und den Bezug von Betäubungsmitteln ganz oder teilweise gesperrt sind (süchtige, suchtkranke und suchterverdächtige Personen), bleibt vielmehr in Bayern mit 8,9% beträchtlich hinter dem Bundesdurchschnitt zurück. (Gewehr: Über die Bekämpfung der Rauschgiftsucht aus der Sicht der Bundesopiumstelle unter besonderer Berücksichtigung der Erfassung der süchtigen Personen, Bayer. Ärzteblatt 1957 Nr. 1; Gewehr: Betäubungsmittelverbrauch und -sucht im Spiegel der Statistik, Pharmazeutische Zeitung Nr. 30 vom 26. 7. 1956; Paintner: Aktuelle Fragen der Rauschgiftsucht in Bayern, Deutsche Apothekerzeitung 1956 S. 607 bis 609.) Bei der fraglichen Zahl von 21% dürfte es sich um den auf die Ärzte fallenden Anteil an der Zahl derjenigen Personen handeln, die im Sinne des Gesetzes über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (Opiumgesetz) vom 10. 12. 1929 (RGBl. S. 215) und den dazu ergangenen Ausführungsverordnungen, in erster Linie der Verordnung über das Verschreiben Betäubungsmittel enthaltender Arzneien und ihre Abgabe in Apotheken vom 19. 12. 1930 (RGBl. I S. 635) straffällig geworden sind, also keineswegs ausschließlich um Süchtige. Als Strafdelikte kommen dabei in Betracht u. a. Verstöße gegen Form und Inhalt von betäubungsmittelhaltigen Verschreibungen im Sinne des § 19 der Verschreibungsverordnung wie Überschreitung der zugelassenen Tageshöchstmenge an Betäubungsmitteln, Fehlen der auf dem Rezept vorgeschriebenen Gebrauchsanweisung, Vordatierung von Rezepten usw.

Ferner darf richtiggestellt werden, daß „Ticarda“ bereits mit Verordnung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 18. 7. 1955 (GVBl. S. 159) durch Unter-

stellung unter die Rezeptpflicht einer Abgabebeschränkung in den Apotheken unterworfen wurde.

gez. Paintner, Regierungsrat“

#### Bemerkungen zur Darstellung des Herrn Regierungsrats Paintner

Was den Hinweis betrifft, daß „Ticarda“ bereits mit Verordnung des Bayer. Staatsministeriums des Innern vom 18. 7. 1955 (BGVBl. S. 159) durch Unterstellung unter die Rezeptpflicht einer Abgabebeschränkung in den Apotheken unterworfen wurde, so sei darauf hingewiesen, daß in der von mir zitierten „Gelben Liste“ (zusammengestellt vom Arzneibüro der Arbeitsgemeinschaft der Berufsvertretungen Deutscher Apotheker in Verbindung mit der Bundesärztekammer, Stand vom 1. Oktober 1956) auf Seite 39 bei „Ticarda“ die Anmerkung verzeichnet ist: „Nur in West-Berlin gebrauchsanweisungspflichtig“. Auf Seite 48 ist dann die betreffende (sich nur auf „Ticarda“ beziehende) Verordnung im Wortlaut wiedergegeben. In der von Herrn Regierungsrat Paintner zitierten Verordnung vom 18. Juli 1955 sind nicht weniger als 31 Mittel, zum Teil mit ihren Salzen, der Verordnung über die Abgabe stark wirkender Arzneien unterstellt. Eine besondere Herausstellung jener Mittel, die suchtergefährlich sind, ist jedoch nicht erfolgt. Die bloße Abgabebeschränkung genügt meiner Ansicht nach bei suchterzeugenden Mitteln nicht. Es sei darauf verwiesen, daß z. B. wegen ihrer Suchterzeugung Dolantin, Polamidon, Cliradon, Dromoran und Pervitin, obwohl sie weder Opiate noch andere natürliche Alkaloide sind, der deutschen Opiumgesetzgebung unterstellt wurden.

Prof. Dr. Gerhard Rommeny vom Institut für Gerichtliche und Soziale Medizin der Freien Universität Berlin stellt (in seiner Schrift „Die sozialmedizinische Bedeutung der Arzneimittelsuchten“) die Forderung auf, daß in den sozialmedizinischen Suchtbegriff alle Medikamente einbezogen werden müssen, die einen indikationslosen Dauergebrauch unterhalten können. Nicht nur die schnelle Steigerung der Einzel- und Tagesdosen über die therapeutische Menge, sondern auch die dauernde Anwendung gleichbleibender Dosen über ungewöhnlich lange Zeiträume können der Ausdruck einer süchtigen Verhaltensweise sein.

Was die von Herrn Regierungsrat Dr. Paintner berichtete Zahl von „fast 21%“ betrifft, so wurde mir diese von einer Amtsstelle angegeben, die auf Grund der Berichtigung die Zahl neuerlich überprüft. In meinem Artikel war keineswegs die Rede davon, daß es sich um den Anteil der Ärzte an der Zahl derjenigen Personen, die für die Verschreibung und den Bezug von Betäubungsmitteln ganz oder teilweise gesperrt sind, handelt. Über den Vorgang

der Sperrung will ich mich hier nicht weiter äußern. Im Hinblick darauf, daß Herr Regierungsrat Paintner sich auf Gewehr bezieht, darf auf den Satz in der Arbeit von Gewehr im Bayer. Ärzteblatt (1957, Heft 1) hingewiesen werden, worin es heißt:

„Von den Angehörigen der Gesundheitsberufe stellen, wiederum verständlich, die Ärzte bei weitem das größte Kontingent dar, so z. B. im Jahre 1952 536 Ärzte, im Jahre 1955 737 Ärzte, was im Durchschnitt gleichbleibend einen Anteil von 14% von allen Süchtigen ausmacht. In den einzelnen Ländern schwankt der Anteil von 6 bis 33%, z. B. in Berlin.“

Ferner sei darauf verwiesen, daß im Jahre 1942 von den in ganz Deutschland gesetzlich untergebrachten 765 Personen nach Kosmehl 200 Ärzte, d. h. 30%, waren. Danner hat für 1953 15,8 v. H. Ärzte unter den registrierten Süchtigen der Bundesrepublik und in West-Berlin ermittelt. In der Arbeit von Reg.-Med.-Rat z. Wv. Dr. med. habil. L. Stengel- v. Rutkowski (im Jahrbuch 1955 der Akademie für Staatsmedizin, Düsseldorf) heißt es:

„Ärzte, die nach Pohlisch 1928 rund hundertmal so häufig süchtig wurden wie die erwachsene Normalbevölkerung, werden nach 1945 in West-Berlin nach den Zahlen von Linz 150mal so oft süchtig wie die Durchschnittsbevölkerung.“

Der Autor stellt weiter in einer Tabelle alle Angaben über süchtige Ärzte, die er aus verschiedenen Quellen ermittelt hat, in Prozente der Gesamtsüchtigen umgerechnet, zusammen und sagt, daß sich eine stattliche Anzahl von Aussagen ergibt, die zwar nicht vollständig ist, aber doch gewisse Anhaltspunkte gewährt. Aus dieser Zusammenstellung geht hervor, daß in Westdeutschland in Ländern von der Küste bis nach Baden der Prozentsatz der Ärzte unter der Gesamtzahl der Süchtigen in dem Zeitraum der Jahre 1949 bis 1952 zwischen 11,4% als Minimum und 23,5% als Maximum liegt, bzw. gelegen hat. Er führt weiter an, daß nach den jüngsten Unterlagen von Linz in Berlin (Anm.: Gemeint ist vermutlich West-Berlin) 27,3% aller Süchtigen Ärzte sind.

(Da auch in Ost-Berlin und in der Ostzone der Bekämpfung der Rauschgiftsucht ein besonderes Augenmerk geschenkt wird, wäre es abwegig, die hohen Zahlen für West-Berlin mit der Sektorengrenze in Verbindung zu bringen.)

Die Tabelle hat folgenden Wortlaut:

Jahr:	Proz.-Satz:	Land:
1949	15,9%	Nord-Baden
1950	23,0%	Nord-Baden
1950	16,0%	US-Zone (amerikan. Bericht)
1950	17,4%	Brit. Zone (engl. Bericht)
1950	20,0%	Schätzung O. Schmidt (Göttingen)
1951	23,5%	Nord-Baden
1951	12,9%	Württemberg-Baden
1951	13,9%	Gesundheitsämter d. Brit. (Zone BGA)
1952	11,4%	Württemberg-Baden

(Aus dieser Zusammenstellung kann wohl geschlossen werden, daß dort Zahlen von Bayern nicht vorgelegen haben.)

Es wäre ein Fehler, die Verbreitung der Betäubungsmittelsucht überzubewerten, aber ein noch größerer, sie geringer einzuschätzen, als sie an und für sich und in ihrer Auswirkung ist. Schon die Steigerung der Zahl der Süchtigen ist ein deutliches Warnungszeichen. Es ist eine Verpflichtung aller berufenen Stellen, der Rauschgiftsucht entgegenzuwirken. Da nach den Veröffentlichungen, auch aus ärztlichen Kreisen, den Ärzten hierbei eine besondere Aufgabe zukommt, müssen diese schon zur Zeit ihres Studiums und später ständig auf die Gefahren hingewiesen werden, denen sie sich und andere aussetzen. Es darf auch nicht vergessen werden, daß die Bekämpfung

der Rauschgiftsucht keine örtliche, sondern auf Grund des Beitritts zu internationalen Abkommen eine internationale Angelegenheit ist. Wenn in einzelnen Ländern die Zahl der erfaßten süchtigen Ärzte eine im Vergleich zu anderen verhältnismäßig hohe ist, so ist das ein Ausdruck dessen, daß die Erfassung dort mit besonderer Sorgfalt durchgeführt wird und die Zahl der sogenannten Dunkelziffer wesentlich herabgedrückt ist.

L. Stengel- v. Rutkowski (a. a. O.) vertritt die Anschauung, daß eine Selbstkontrolle der ärztlichen Standesorganisationen erwünscht wäre. „Ein genaues Bild wird sich nur gewinnen lassen, wenn die Landesärztekammern wieder, am besten nach bundeseinheitlichen Gesichtspunkten, dazu übergehen, die Süchtigen in ihren eigenen Reihen zu zählen, zu reglementieren und zu betreuen.“

Dr. Walther Koerting

## MITTEILUNGEN

### Inspekteur für den Sanitätsdienst

Verteidigungsminister Franz Josef Strauß gab am 12. 2. 1957 bekannt, daß die Bundeswehr einen gemeinsamen Führungsstab aller Waffengattungen erhält, an dessen Spitze ein Generalinspekteur der Streitkräfte, ein Vier-Sterne-General, stehen wird. Ferner sollen im Führungsstab fünf Inspektoren, und zwar für Heer, Luftwaffe, Marine, bodenständige Streitkräfte und Sanitätswesen bestellt werden. Die Leitung dieser Abteilungen übernimmt je ein Drei-Sterne-General.

### Wichtiger Hinweis für alle angestellten Ärzte zur Rentenreform

Der Deutsche Bundestag hat das Gesetz zur Neuregelung der Rentenversicherung für Angestellte verabschiedet. Die Zustimmung des Bundesrates zu diesem Gesetz erfolgte in dessen Sitzung am 8. 2. 1957. Damit werden alle nachgeordneten Ärzte mit einem Einkommen bis zu 1250,— DM monatlich angestelltenversicherungspflichtig.

Für den Marburger Bund bedeutete die Ausweitung der Pflichtversicherungsgrenze bei Betrachtung der Gehaltsituation der meisten nachgeordneten Ärzte praktisch die Einfügung aller angestellten Ärzte in die Angestelltenversicherung. Dies wäre für die Bayerische Ärzteversorgung, der alle in Bayern niedergelassenen Ärzte heute schon mit dem Zeitpunkt ihrer Niederlassung als Pflichtmitglieder angehören müssen, ein schwerwiegender Nachteil gewesen, da damit der Nachwuchs dieser standes eigenen Altersversorgung entzogen worden wäre. Weiterhin bestünde die erhebliche Gefahr einer Doppelbelastung für den ärztlichen Nachwuchs, da er, um einen Rentenanspruch zu erhalten, zumindest für eine nicht unbedeutliche Zeit sowohl die Ausgaben für die Rentenversicherung als auch für die Ärzteversorgung hätte tragen müssen. Aus diesem Grunde hatte sich der Vorstand des Marburger Bundes an die Bayerische Ärztekammer wie auch an den Bundestag gewandt und nach intensiver Arbeit erreicht, daß in § 7 des Angestelltenversicherungsneuregelungsgesetzes folgende Ausnahmebestimmung aufgenommen worden ist:

(1a) Auf ihren Antrag werden ferner von der Versicherungspflicht befreit Personen, die auf Grund einer durch das Gesetz angeordneten oder auf Gesetz beruhenden Verpflichtung Mitglied einer öffentlich-rechtlichen Versicherung oder Versorgungseinrichtung ihrer Berufsgruppe sind.

In Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärzte-

Bei  
Schwindel  
**Vertigo-Heel**

50 Tabletten  
10 ccm und 30 ccm  
liquidum

Biologische  
Heilmittel  
Heel G. m. b. H.  
BADEN-BADEN

kammer hat der Landesvorstand des Marburger Bundes folgende Richtlinien entwickelt:

1. Mit Inkrafttreten des Rentenversicherungsgesetzes werden alle in Bayern tätigen und hier ihren Wohnsitz habenden Ärzte Mitglieder der Bayerischen Ärzteversorgung kraft bayerischen Landesgesetzes vom 7. 12. 1933.
2. Durch diese Mitgliedschaft sind alle an sich angestelltenversicherungspflichtigen Ärzte gemäß § 7 Abs. 1a des Angestelltenversicherungsneuregelungsgesetzes ermächtigt, ihre Freistellung von der Angestelltenversicherungspflicht zu erreichen. Der Antrag ist in doppelter Ausfertigung beim Arbeitgeber einzureichen.
3. Die Beitragspflicht für die angestellten Ärzte bei der Bayerischen Ärzteversorgung wird so festgelegt, daß sie der Summe entspricht, die der Arzt zu zahlen hätte, wenn er Mitglied der Angestelltenversicherung wäre.
4. Durch Vereinbarung mit den zuständigen Arbeitgebern wird sichergestellt — grundsätzliche Zusagen hierzu liegen schon vor — daß die Arbeitgeber auch den Arbeitgeberanteil, d. h. 7% des Bruttoberufseinkommens bis zu einer obersten Bemessungsgrenze von 750,— DM, also die Hälfte des Pflichtbeitrages von sich aus an die Bayerische Ärzteversorgung einbezahlen.
5. Den angestellten Ärzten wird in dem für die Regelung aller Fragen souverän zuständigen Landesausschuß der Bayerischen Ärzteversorgung ein entsprechender Einfluß eingeräumt.
6. Es wird sichergestellt, daß bei vorübergehender Berufsunfähigkeit Ruhegeld von der Bayerischen Ärzteversorgung an angestellte Ärzte von dem Zeitpunkt an gezahlt wird, bei dem die Gehaltsweiterzahlung bei Berufsunfähigkeit endet.

Um den Kollegen, auf die Dauer gesehen, erhebliche finanzielle Nachteile zu ersparen, empfiehlt der Landesverband Bayern des Marburger Bundes dringendst, daß alle angestellten Ärzte bei ihrem Arbeitgeber einen Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht in der Angestelltenversicherung stellen (gemäß § 7 Abs. 1a des Angestelltenversicherungsneuregelungsgesetzes). Wir empfehlen weiterhin, die ausführlichen Informationen des Marburger Bundes, Landesverband Bayern, zur Neuregelung der Angestelltenversicherung abzuwarten, bevor endgültige Schritte bezüglich der Versicherung unternommen werden.

gez. Priv.-Doz. Dr. Theodor Hellbrügge

1. Landesvorsitzender

gez. Dr. Klaus Dehler MdL

2. Landesvorsitzender

#### Nachgeordnete Ärzte an Universitätskliniken

In einem Schreiben an den Staatsminister für Unterricht und Kultus, Prof. Dr. Rucker, hat Dr. Klaus Dehler MdL auf die Situation der Medizinalassistenten hingewiesen, die durch die Diskrepanz der Bezahlung in staatlichen und in kommunalen Krankenhäusern entstanden ist. Nach dem Beschluß des Bayerischen Landtags erhalten die Medizinalassistenten an den drei bayerischen Landes-Universitäten eine monatliche Unterhaltsbeihilfe von 120 DM nebst Anspruch auf freie Verpflegung. Durch eine mit Wirkung ab 1. 1. 1956 getroffene Vereinbarung mit dem Landesarbeitgeberverband bayerischer Gemeinden e. V. wurden die bisherigen Hilfsarztstellen in nach TO A III bezahlten Assistentenstellen umgewandelt für die auf den Krankenstationen neben dem Stationsarzt zur Versorgung der Patienten benötigten 2. Assistenten. Durch diese unterschiedliche Bezahlung in staatlichen bzw. kommunalen Krankenhäusern muß mit Recht befürchtet wer-

den, daß begabter wissenschaftlicher Nachwuchs zu besser dotierten Stellen an privaten oder kommunalen Krankenhäusern ausweicht und somit der Hochschule verloren geht. Für die Durchführung des einstimmigen Beschlusses des Bayerischen Landtags, die Staatsregierung möge die Bezahlung der Medizinalassistenten in Hinsicht einer Erhöhung überprüfen, erscheint dieser Gesichtspunkt nicht ohne Bedeutung.

#### Fünftagewoche und ärztliche Berufsausübung

Die Bayer. Landesärztekammer hat auf Anregung der Bundesärztekammer am 17. 12. 1956 die Ärztl. Bezirksvereine ersucht, ihr mitzuteilen, welche Erfahrungen in ihrem Gebiet hinsichtlich der Auswirkungen der Fünftagewoche auf die ärztliche Berufsausübung gemacht wurden, da Berichte darüber vorliegen, daß diese neue Arbeitsregelung, vor allem in industrialisierten Gebieten, dazu führte, daß die Samstag-Sprechstunden der Ärzte überfüllt sind, so daß es zu erheblichen Mißstimmungen bei den Patienten gekommen ist, während andererseits beobachtet werden konnte, daß die Sprechstunden an anderen Wochentagen weniger stark besucht wurden.

Die Ärztl. Bezirksvereine, die den erbetenen Bericht noch nicht eingeschickt haben, werden dringend um umgebende Übersendung desselben ersucht.

#### Pflichtversicherung des Klinikpersonals gegen Berufskrankheit und -unfall gem. § 357 RVO.

Da noch Unklarheiten bestehen hinsichtlich der Frage wohin die Prämien zur Versicherung des an Kliniken u. dgl. beschäftigten Personals gegen Berufskrankheit und -unfall zu entrichten sind, wird auf folgendes hingewiesen:

Der auf die Bayer. Landesärztekammer entfallende Umlagenanteil der Aufwendungen der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege in der Sektion III, welcher durch Beschluß des 8. Bayer. Ärztetages 1955 erstmals für das Jahr 1955 von der Bayer. Landesärztekammer vorschußweise zu entrichten ist und durch ein Umlageverfahren von den niedergelassenen Ärzten Bayerns nachträglich erhoben wird, umfaßt auch das gesamte Personal, das in Krankenanstalten, Kliniken, Sanatorien, Kurheimen, Erholungsheimen, Laboratorien usw. beschäftigt wird, sofern sich diese Anstalten ausschließlich im Besitze eines Arztes befinden. Dr. Sluka

#### Pflichtversicherung von ärztlichem Hauspersonal

Auf eine Anfrage der Bayer. Landesärztekammer über die Versicherungspflicht von ärztlichem Hauspersonal, das für regelmäßige Reinigungsarbeiten in Praxisräumen, jedoch täglich nur für kurze Zeit, verwendet wird, hat die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege in Hamburg unterm 30. 11. 1956 nachfolgende Ausführungen uns übermittelt:

Hausgehilfinnen und Putzfrauen unterliegen wie alle übrigen auf Grund eines Arbeits-, Dienst- oder Lehrverhältnisses Beschäftigten neben der Kranken- und Invalidenversicherung gemäß § 537 Ziffer 1 der Reichsversicherungsordnung der gesetzlichen Unfallversicherung und sind demzufolge bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten nach den Vorschriften der Reichsversicherungsordnung zu entschädigen.

Nach einem Bescheid des früheren Reichsversicherungsamtes vom 7. 10. 1942 (Amtliche Nachrichten für Reichsversicherung II Seite 520) sind Hausangestellte, die nicht nur gelegentlich, sondern regelmäßig in einem gewerblichen Unternehmen beschäftigt werden, für ihre gesamte Tätigkeit im Unternehmen und im Haushalt durch die



HELOPHARM  
KG  
BERLIN

Zur Behandlung rheumatischer Erkrankungen, Tendovaginitis, spez. Pleuritis, Nachbehandlung von Frakturen, Luxationen, Zerrungen und Prellungen  
Zus.: Jod, Kampfer, Chloroform  
Nikotinsäuremethylester, veg. Öl

# Jodosan

Externes Antirheumaticum

O.P. Tube ca. 25.0

O.P. Flasche 30 ccm

für dieses Unternehmen zuständige Berufsgenossenschaft versichert.

Daraus ergibt sich, daß Haus- und Reinigungspersonal, welches von unseren Mitgliedern neben der Beschäftigung im Haushalt „regelmäßig“ auch zur Reinigung von Betriebsräumen, Warte- und Behandlungszimmern sowie zum Empfang von Patienten, zu Botengängen oder sonstigen Arbeitsleistungen außerhalb des Haushaltes herangezogen wird, für die gesamte Tätigkeit bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege versichert ist, gleichgültig, ob Betrieb oder Praxis und Haushalt zusammenliegen oder nicht.

Die Gemeindeunfallversicherungsverbände, die für die Versicherung von Haus- und Reinigungspersonal in reinen Privathaushalten zuständig sind und neuerdings direkt oder durch die Krankenkassen hierfür Beiträge erheben, können danach unsere Mitglieder nur dann zur Beitragsleistung heranziehen, wenn von ihnen Hauspersonal beschäftigt wird, das mit dem Betrieb oder der Praxis nicht oder nur zufällig in Berührung kommt. Dies dürfte jedoch in den wenigsten Fällen zutreffen, zumal wenn Haushalt und Betrieb bzw. Praxis zusammenliegen. Bei Anforderung eines Beitrages durch den Gemeindeunfallversicherungsverband genügt eine kurze Mitteilung an diesen über die bereits bestehende Versicherung bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege.

Sollten sich hierbei in Einzelfällen irgendwelche Schwierigkeiten ergeben, so ist die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege hiervon zweckmäßig in Kenntnis zu setzen.

#### Umsatzsteuer für ärztliche Leistungen

Auf eine Anfrage der Bayer. Landesärztekammer, ob die von Ärzten vereinnahmten Honorare für Untersuchungen im Auftrag der Bundeswehr Umsatzsteuerfreiheit genießen, erging unterm 7. 1. 1957 nachfolgende Antwort der Oberfinanzdirektion München:

„Gemäß § 4 Ziffer 11 Umsatzsteuergesetz in Verbindung mit § 39 Umsatzsteuereinführungsbestimmungen sind nur steuerfrei die dort näher bezeichneten Umsätze an die Versicherungs- und Fürsorgeträger. Zu diesen gehört die Bundeswehr nicht. Die Entgelte der Ärzte für Untersuchungen im Auftrag der Bundeswehr sind daher umsatzsteuerpflichtig. Eine analoge Anwendung der genannten Bestimmungen ist leider nicht möglich.“

Hierzu ist zu bemerken, daß bei „Umsätzen“ (im Sinne der Steuergesetzgebung), die unter DM 80 000.— pro anno liegen, ohnehin ein Betrag von DM 8000.— umsatzsteuerfrei ist.

#### Versorgung von Arztwitwen

Eine außergewöhnliche Aktion zur Versorgung von Arztwitwen wurde von der Ärzteschaft in Lothar a. M. (Ufr.) beschlossen: Es wurden Schritte unternommen, die einer am Aufbau und am Betrieb der Praxis ihres verstorbenen Gatten jahrelang als Sprechstundenhilfe maßgeblich beteiligten Witwe eine Abfindung durch den Praxismachfolger sichern soll, welche über den Inventarwert der Arztpraxis erheblich hinausgeht. MMW

## Aus dem Bayerischen Landtag

### Der Neubau der Münchner Kliniken

In Beantwortung einer Anfrage des Abgeordneten Dr. Soenning (CSU), teilte der Kultusminister mit, daß die Verhandlungen über den Standort der Klinikneubauten noch nicht abgeschlossen sind, doch ist zu erwarten, daß dem Ministerrat in Kürze ein Bericht über erfolgversprechende Verhandlungen über einen Geländekomplex im Südwesten von München vorgelegt werden kann.

### Vermehrung der Lehrstühle an den bayerischen Universitäten

Von den in den letzten zwei Jahren neu geschaffenen Lehrstühlen sind u. a. bei der Universität München ein solcher für klinische Tropenmedizin, für Kinderchirurgie und klinische Chemie und an der Universität Erlangen ein solcher für Zahnmedizin geschaffen worden.

### Ein Ausschuß zur Förderung der nichttechnischen Wissenschaften

soll nach einem Antrag des Abgeordneten Dr. Brentano-Hommeyer (BP) eingesetzt werden, dessen Aufgabe es sein soll, Vorschläge zur Förderung des Ruckerplanes und für die Durchführung eines Sofortprogramms auszuarbeiten.

### Der Sozialpolitische Ausschuß des Bayer. Landtages

setzte am 7. 2. 1957 seine Beratungen über das Bayer. Ärztegesetz fort. Außerdem befaßte er sich u. a. mit Tbc-Reihenuntersuchungen bei kinderbetreuenden Personen.

### Die Probleme der Privatkrankeanstalten

werden in einer am 18. 2. 1957 in München stattfindenden Pressekonferenz, veranstaltet von der Arbeitsgemeinschaft der Privatkrankeanstalten in Bayern, besprochen werden. Referenten sind Chefarzt Dr. Breidenbach und Abgeordneter Dr. Soenning. ID.

### Zum Entwurf einer Bundeszulassungsordnung

Mit Unterstützung der anderen ärztlichen Abgeordneten hat Dr. Klaus Dehler im Bayer. Landtag folgenden Antrag gestellt:

„Die Staatsregierung wird ersucht, im Deutschen Bundesrat bei der bevorstehenden Beratung des Entwurfes einer Bundeszulassungsordnung für Kassenärzte gem. § 368 RVO dahin zu wirken, daß in dieser Zulassungsordnung die Voraussetzungen zur Eintragung ins Arztregister und zur Zulassung soweit als möglich erleichtert und die Zulassungsbestimmungen im Sinne einer größtmöglichen Zahl von zuzulassenden Kassenärzten ausgelegt werden.“

### Honorare für Versicherungsgesellschaften

Die Hauptgeschäftsführung des Hartmannbundes teilt mit:

Viele Ärzte beschwerten sich darüber, daß Versicherungsunternehmen an sie herantreten mit der Bitte um Erstattung eines Attestes auf vorgedrucktem Formular, das ebenso wie die Hausarztberichte für Lebensversiche-



EUSEDON

ANALGIT

NEUROSEDATIVUM
EXTERNES ANALGETICUM

rungen Fragen über erfolgte Behandlung, Diagnose usw. enthält. Außerdem jedoch werden zusätzlich Angaben über Erwerbsminderung, über deren Umfang und Dauer und über das gestaffelte Maß der Erwerbsminderung bis zu zwölf Monaten gefordert. Aus den Formularen geht hervor, daß die Atteste nicht für den Abschluß einer Lebensversicherung, sondern für Schadensfälle bei bestehenden Unfall- oder Haftpflichtversicherungen gebraucht werden. Bei diesen Attesten handelt es sich nicht um das im Tarifvertrag zwischen Hartmannbund und dem Verband der Lebensversicherungsunternehmen vereinbarte „hausärztliche Attest“, sondern um eine Bescheinigung, die als Gutachten zu bewerten ist. Es besteht Veranlassung, darauf hinzuweisen, daß derartige Gutachten nicht in dem Tarifvertrag enthalten sind. Die Berufung auf das Tarifabkommen zwischen Hartmannbund und Lebensversicherungsunternehmen ist in solchen Fällen ungerechtfertigt. Das Honorar für gutachtliche Bescheinigungen bestimmt der Arzt selbst nach der Maßgabe der von ihm aufzuwendenden Arbeit sowie nach der Schwierigkeit und dem Umfang seiner Leistung. Wir betonen nochmals, daß das Tarifabkommen mit dem Verband der Lebensversicherungsunternehmen nur für den Abschluß von Lebensversicherungen gilt. Der Verband der Lebensversicherungsunternehmen hat unsere Auffassung hierüber bestätigt. Es wird empfohlen, grundsätzlich vor Erstellung solcher oben gekennzeichnete Berichte der Versicherung mitzuteilen, daß das Honorar hierfür vom Arzt und nicht von der Versicherung bestimmt wird.

Sanitätsrat Dr. E. Wiebe, Hauptgeschäftsführender Arzt

#### Verband der Ärzte Deutschlands

Bezirksverein München

Der Münchner Hartmannbund hat am Mittwoch, den 27. Februar, 20 Uhr c. t. pünktlich, eine öffentliche Versammlung in der Universitätsfrauenklinik, München, Malstraße 11.

Thema: Aktuelle berufspolitische Fragen. Referentin: Frau Dr. med. Viktoria Steinbiß, M. d. B., Bonn, stellv. Vorsitzende des Gesundheitspolitischen Ausschusses des Bundestages.

Dr. med. H. Ahle, 1. Vorsitzender  
Dr. med. H. Berling, 2. Vorsitzender

#### Bayerns Rentenversicherungsträger benötigen Zuschüsse

In einem Aufsatz der „Welt der Arbeit“ wird darauf hingewiesen, daß die Anschauung irrig ist, daß die Sozialversicherung und hier in erster Linie die Invalidenversicherung auf Grund der jahrelang anhaltenden guten Lage auf dem Arbeitsmarkt doch mit enormen Überschüssen arbeiten und höhere Renten zahlen könne. Eine jüngst veröffentlichte Statistik des „Bayer. Landesprüfungsamtes für Sozialversicherung“ stellte fest, daß eine Abrechnung über die Rentenzahlung in der Invalidenversicherung der fünf bayerischen Landesversicherungsanstalten für das Jahr 1953 ergibt, daß die aufzubringende Rentenlast rund 561 Mill. DM betrug. (Hierbei kamen auf Oberbayern 145 Mill. DM, Niederbayern-Oberpfalz 104 Mill. DM, Oberfranken-Mittelfranken 184 Mill. DM, Unterfranken 49 Mill. DM und Schwaben 79 Mill. DM). Von dieser

Summe kamen aus Eigenlastmitteln der fünf LVA 260 Mill. DM, während der Rest in Höhe von 301 Mill. DM vom Bund mit 234 Mill. DM und von den anderen west- und norddeutschen LVA mit 67 Mill. DM aufgebracht werden mußten, die zum Teil wesentlich höhere Beitragseingänge haben, als ihre Rentenlast beansprucht. In Bayern dagegen konnten nur die LVA Oberbayern (964 000 DM) und Unterfranken (4,3 Mill. DM) Überschüsse an die restlichen drei LVA abführen. Da die bayerischen LVA seit Jahren Zuschußträger sind, werden und wurden aus west- und norddeutschen Rentenversicherungskreisen immer wieder erhebliche Vorwürfe erhoben, daß man in Bayern bei der Rentenbewilligung besonders großzügig sei. Durch Ermittlungen wurde festgestellt, daß die Ursachen des hohen Zuschußbedarfs in wirtschafts- und bevölkerungsstrukturellen Tatsachen zu suchen sind.

#### Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose

Das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose (Geschäftsstelle Hannover, Sallstr. 84) hat an seine Mitglieder

1. Richtlinien über die Zusammenarbeit der Tuberkulosefürsorgestellen mit den freipraktizierenden Lungenspezialisten im Sinne der Ziff. 6 des § 61 der III. Durchführungsverordnung des Gesetzes zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. 7. 1934,
2. Richtlinien für die Anwendung von Röntgen-Schichtuntersuchungen der Lunge in der ambulanten Praxis und in den Tuberkulosefürsorgestellen der Gesundheitsämter

versandt. Diese Richtlinien sind das Ergebnis gemeinsamer Beratungen und sollen eine reibungslose Zusammenarbeit zwischen den Tuberkulosefürsorgestellen einerseits und den freipraktizierenden praktischen Lungenspezialisten andererseits darstellen.

#### Gedanken zum Merkblatt über die Tuberkulose der peripheren Lymphknoten

Eine kritische Betrachtung

Im Bayerischen Ärzteblatt, dem Organ der Bayer. Landesärztekammer, findet der aufmerksame Leser in Heft 11 (1956), S. 238, den Abdruck eines Merkblattes. Das Merkblatt ist herausgegeben vom Deutschen Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose und befaßt sich mit der Tuberkulose peripherer Lymphknoten.

Nun glaubt der unbefangene Leser, daß ein Merkblatt, zumal ein Merkblatt eines deutschen Zentralkomitees, eine sozusagen amtliche, prägnante Zusammenfassung der wesentlichen und gesicherten, deshalb auch Beachtung erheischenden Tatsachen und Gesichtspunkte darstelle, basierend auf profunden Kenntnissen der modernen Wissenschaft sowie reichlicher Erfahrung der in einem solchen Komitee doch sicherlich vertretenen Experten.

Mit dieser Grundeinstellung beginnt er zu lesen und findet nach einleitenden Worten über den Zusammenhang von Halslymphomen und Lungentuberkulose den Satz, der die Differentialdiagnose umreißt, und nun zitiere ich: „Am Hals sind differentialdiagnostisch gelegentlich Kie-



# R-MALLEBRINETTEN

(Respectol-Mallebrinotten)

Adstringo-antiseptische Rachentabletten

mengangs-Cysten oder Fisteln und bei Erwachsenen branchiogene Carcinome wichtig.“

Jetzt stutzt dieser unbefangene Leser; er erinnert sich, daß diese Kiemengangscysten im Kolleg als äußerst selten geschildert wurden, und er denkt daran, daß der Pathologe Prof. Hamperl schon vor rund 20 Jahren die aus dem vorigen Jahrhundert stammende Theorie der branchiogenen Carcinome widerlegt hat, daß sich die wenigen nachprüfbaren Fälle der Weltliteratur als Fehldiagnosen entpuppten und daß die Kliniker, die sich näher mit der Frage des branchiogenen Carcinoms befaßten, sich der Ansicht Hamperls anschließen mußten. (Die Arbeit von Hamperl und die des Verfassers, die eine Literaturübersicht bis zu den letzten Jahren gibt, seien in der Fußnote zitiert.) Und ausgerechnet dieses unwahrscheinliche Carcinom, diese äußerst seltene Cyste sind dem deutschen Zentralkomitee so wichtig, daß sie als einzige Differentialdiagnose genannt werden. Blande Lymphadenitiden in Zusammenhang mit Affektionen beispielsweise der Zähne oder Tonsillen, Lymphadenosen bei Leukämien, bei M. Hodgkin, beim Lympho- oder Rethothelsarkom, Metastasen von Neoplasmen des Epipharynx, Mesopharynx oder Hypopharynx, um nur einige der häufigsten zu nennen, sind aber gar nicht so selten, vielmehr zusammen mindest ebenso häufig wie die tuberkulösen Lymphome.

So liest der vorher Ahnungslose jetzt nachdenklich weiter und stößt zu Anfang der therapeutischen Vorschläge auf die lapidaren Sätze: „Therapeutisch haben Röntgenbestrahlungen keinen Nutzen (gesperrt im Original). Die Bestrahlungsfolgen stören bei den doch später notwendig werdenden Eingriffen erheblich.“

Nun erinnert sich der Leser neben den zahlreichen Angaben der Literatur auch der eigenen Beobachtungen während jahrelanger Tätigkeit an einer großen strahlentherapeutischen Abteilung, in der auch viele tuberkulöse Lymphome bestrahlt wurden. Er erinnert sich an einige, bei denen die Bestrahlung keinen vollen Erfolg ergab; er erinnert sich aber an sehr viele, bei denen die Lymphome ohne Operation und damit ohne Narben sich weitgehend zurückbildeten und indurierten. Vor allem erinnert er sich an keinen Fall, in dem „Bestrahlungsfolgen“ eine evtl. nötig werdende Operation hätten erschweren können, einfach deshalb, weil bei den seit vielen Jahren angewandten Strahlendosen Bestrahlungsfolgen gar nicht auftreten können. Doch halt! Der Leser erinnert sich an einige Fälle mit schweren Gewebsindurationen, Teleangiektasien, sogar Ulcerationen; aber alle diese Fälle stammten aus der Anfangszeit der Röntgentherapie etwa bis Anfang der zwanziger Jahre. Damals waren die dosimetrischen Grundlagen noch sehr vage, Vorstellungen über die erforderlichen und zulässigen Dosisgrößen mußten erst gefunden werden. Einem Laien wird es kaum einfallen, bei einer Operationsindikation die Operationsmortalität aus den Kinderjahren der Chirurgie zu berücksichtigen. Dem deutschen Zentralkomitee scheinen aber nur diese Fälle aus der Kinderzeit der Radiologie vorzuschweben.

Der anfangs Ahnungslose ist jetzt sehr nachdenklich. Ein Komitee als juristische Person kann eigentlich keine Meinung haben; Äußerungen können von allen seinen Mitgliedern, von einem Teil oder nur von einigen dieser Mitglieder stammen. Wäre es nicht vielleicht zweckmäßig, dem Zug der Zeit, der von der Persönlichkeit zum Komitee zu führen scheint, etwas belegend auch solche Äußerungen und Merkblätter namentlich und verantwortlich von ihren geistigen Vätern zeichnen zu lassen! Vielleicht wäre dann ein Merkblatt wie dieses vermieden worden; denn der Verfasser dieser Zeilen kann sich nicht vorstellen, daß ein Experte hierfür die Verantwortung übernehmen möchte.

Anschrift des Verfassers: Dr. W. Seelentag, Institut und Poliklinik für phys. Therapie und Röntgenologie der Universität München, Ziemssenstraße 1.

#### Literatur

- H. Hamperl: „Über die ‚branchiogenen‘ Tumoren“. Virchows Archiv 304 (1939): 34–64.  
 W. Seelentag und E. Lupp: „Klinischer Beitrag zum sog. branchiogenen Karzinom.“ Strahlenther. 95 (1954): 556–573.  
 Ders.: „Über das sogenannte ‚branchiogene‘ Karzinom.“ Med. Monatsschrift 1955: 656–661.

#### Tätigkeit der Zivilärzte bei der Bundeswehr

In der Sitzung im Bundesministerium für Verteidigung am 8. 2. 1957 wurden die Vorschläge der ärztlichen Organisationen und Verbände über die vertragliche Regelung der Tätigkeit ziviler Ärzte für die Bundeswehr im Rahmen der Heilfürsorge seitens des BMV abgelehnt. Der Gegenvorschlag, welcher eine Pauschalbezahlung etwa in Höhe der TO A III vorsah, wurde von sämtlichen ärztlichen Organisationen und Verbänden einstimmig als unannehmbar bezeichnet. Im Laufe der weiteren Verhandlungen einigte man sich darauf, daß von den ärztlichen Organisationen neue Vorschläge formuliert und eingereicht werden sollten. Die Vertreter des BMV sagten zu, daß sie ihrerseits bemüht sein werden, die geplanten Einzelvertragsabschlüsse mit Ärzten hinauszuschieben, bis die zentralen Verhandlungen zu einem Abschluß gebracht worden sind.

Alle Kollegen, die als Vertragsärzte im Rahmen der Heilfürsorge der Bundeswehr tätig sein wollen, werden dringend gebeten, in ihrem eigenen Interesse vor Übernahme dieser Tätigkeit, vor allem aber vor einem Vertragsabschluß, sich mit der Bayer. Landesärztekammer ins Benehmen zu setzen.

#### Konrad-Adenauer-Fonds zur Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses

Generaldirektor Dr. Vits, der Vorsitzende des Stifterverbandes für die Deutsche Wissenschaft, bat Bundeskanzler Dr. Adenauer den Vorschlag gemacht, dem auch Dr. Adenauer zugestimmt hat, die Nachwuchsspende des Stifterverbandes bei der Deutschen Forschungsgemeinschaft „Konrad-Adenauer-Fonds zur Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses“ zu benennen. 300 000 DM wurden von dem Stifterverband für das laufende Jahr dem „Konrad-Adenauer-Fonds“ zur Verfügung gestellt.

#### AUS DER FAKULTÄT

München: Der Oberarzt der Univ.-Augenklinik München, Priv.-Doz. Dr. Hans Remky, wurde mit M. E. Nr. V 90 651 vom 4. 1. 1957 zum außerplanmäßigen Professor in der Med. Fakultät (Augenheilkunde) ernannt.

Würzburg: Unterm 3. Januar 1957 wurde dem Privatdozenten für „Geschichte der Medizin“ in der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg Dr. med. Dr. phil. Robert Herrlinger die Amtsbezeichnung „außerplanmäßiger Professor“ verliehen.

#### PERSONALIA

Einer unserer ältesten Standespolitiker, Dr. Gustav Berthold, feierte am 29. 1. 1957 seinen 75. Geburtstag. Nach den verworrenen Verhältnissen der Nachkriegszeit ging Dr. Berthold als erster Präsident der Bayerischen Landesärztekammer aus der Wahl des Bayerischen Ärztetages vom 25. 1. 1947 hervor. Die Ärzteschaft verdankt seiner damaligen aufopfernden Tätigkeit das Wiedererstehen geordneter Verhältnisse in der Organisationsform der Kammer und die Anbahnung der Neuregelung der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen.

Am 13. 12. 1956 konnte einer unserer bekanntesten Standespolitiker, der 1. Vorsitzende des Ärztlichen Bezirksvereins Würzburg, des Kreisverbandes der Ärztlichen Bezirksvereine Unterfranken und 1. Vorsitzender der Bezirksstelle Unterfranken der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern, Dr. Ludwig Diem, das Fest seines 50jährigen Doktor-Jubiläums feiern.

Prof. Dr. Wolfgang Laves (Dir. d. Instituts für Gerichtl. und Versicherungsmedizin d. Univ. München) wurde in den Ärzteausschuß des Arbeitskreises zur Prüfung von Unfallverhütungsmitteln berufen.

Das langjährige Mitglied des Präsidiums des Deutschen Ärztetages, der Leiter der Unterabteilung Medizinalwesen in der Gesundheitsabteilung des Bundesinnenministeriums, Herr Kollege Dr. Koch, wurde zum Ministerialdirigenten befördert.

Prof. Dr. Alfred Marchionini, Direktor der Dermatologischen Univ.-Klinik München, wurde durch den

Herrn Bundesaußenminister auf Grund eines Vorschlags der westdeutschen Rektorenkonferenz als Vertreter der westdeutschen Universitäten zum Mitglied der deutschen Gruppe des Ständigen Gemischten Ausschusses für die Durchführung des Deutsch-Französischen Kulturabkommens ernannt.

Weiterhin wurde Prof. Dr. Marchionini von der Irantischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie zum Ehrenmitglied gewählt.

Prof. Dr. med. Ferdinand May, Chefarzt des Urologischen Krankenhauses in München, wurde von der Belgischen Gesellschaft für Urologie zum Mitglied und von der Italienischen Gesellschaft für Urologie zum korrespondierenden Mitglied ernannt.

Dr. med. Wilhelm Parow, der Präsident der Ärztekammer Hamburg, beging am 12. Januar 1957 seinen 70. Geburtstag. Er ist seit 1919 als praktischer Arzt in Hamburg-Altona niedergelassen und gehörte von 1948 bis 1954 dem Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg an. Im Juni 1950 wurde Dr. Parow zum Präsidenten der Ärztekammer gewählt, er ist als Sprecher der 4000 Hamburger Ärzte Mitglied des Präsidiums des Deutschen Ärztetages und des Gesamtvorstandes der Bundesärztekammer.

Am 28. 2. 1957 feiert Dr. Anton Reischle, München, seinen 65. Geburtstag. Schon frühzeitig widmete er sich neben seiner umfangreichen Praxis standespolitischen Fragen und gilt als einer unserer besten Kenner des Kassensarztes und der örtlichen kassenärztlichen Verhältnisse. Am Wiederaufbau der ärztlichen Organisationen nach Kriegsende war er maßgeblich beteiligt und widmete sich vor allem der Neuordnung des Kassensarzteswesens.

Weit über den Rahmen Münchens hinaus erstreckte sich sein Wirken, durch die Gründung der Vereinigung Praktischer Ärzte Bayerns, die als erste geschlossene freie ärztliche Standesorganisation einen Kristallisationspunkt im Wiederaufbau bildete. Die Vereinigung, die sich heute über ganz Bayern erstreckt, hat sich inzwischen mit den Vereinigungen praktischer Ärzte der anderen Länder zu einer Arbeitsgemeinschaft zusammengeschlossen, um die Interessen des Allgemeinpraktikers wirksam vertreten zu können.

Der Senior der freipraktizierenden Ärzte Nürnbergs und Vorsitzende des Ärztlichen Berufsgerichts für den Regierungsbezirk Mittelfranken, Sanitätsrat Dr. Wilhelm Voit, der sich große Verdienste um den Aufbau des Berufsgerichtes erworben hat, wurde von dem Bundespräsidenten mit dem Bundesverdienstkreuz I. Klasse ausgezeichnet.

Dem Chefarzt der Heilstätte Pappenheim/Mfr., Dr. Paul Wießner, wurde von dem Bundespräsidenten mit Wirkung vom 21. 12. 1956 das Bundesverdienstkreuz I. Kl. verliehen. In einer Feierstunde in der Heilstätte Pappenheim am 18. 1. 1957, überreichte mit den Glückwünschen seiner Regierung der Regierungspräsident Dr. Schregle persönlich die Auszeichnung.

Professor Dr. med. Ernst Wollheim, Direktor der Medizinischen Universitätsklinik Würzburg, hielt auf Einladung der Harvard Universität im Massachusetts General Hospital Boston und des Istituto Nazionale di Cardiologia in Mexiko Vorträge. Anschließend nahm Professor Wollheim auf Einladung der Interamerikanischen Gesellschaft für Cardiologie am V. Kongreß dieser Gesellschaft in Havana/Cuba teil.

## KONGRESSE UND FORTBILDUNG

### Vereinigung der Fachärzte für innere Medizin e. V.

Der für den 22. Februar vorgesehene Vortrag von Professor Dr. Bodechtel über:

#### „Fehldiagnosen in der inneren Medizin und in ihren Grenzgebieten“

in der Universitäts-Nervenklinik, München, Nußbaumstraße 7, 20.30 Uhr, findet am 1. März am gleichen Ort zu gleicher Zeit statt.

### 5. Bayerischer Internistenkongreß

Unter der Leitung von Prof. Dr. Meythaler findet in der Zeit vom 15.—17. März in Nürnberg der 5. Bayerische Internistenkongreß statt.

Hauptthema der Tagung:

„Prophylaxe, Früherkennung und vorbeugende Therapie innerer Erkrankungen“

**Frühd Diagnose im Bereich der Verdauungsorgane**

Prof. Henning, Erlangen

**Über die Pathologie der peripheren endokrinen Drüsen, insbesondere über das Karzinoidsyndrom**

Prof. Feyrter, Göttingen

**Entzündlicher Gelenkrheumatismus und Propylaxe**

Prof. Voit, Mainz

**Neue Entwicklungen der Arzneibehandlung von Arthritis und Rheuma**

Prof. Grab, Wuppertal

**Nierenerkrankungen**

Prof. R. E. Mark, Rostock

**Diagnostik und Therapie der Schilddrüsenerkrankungen**

Prof. Sturm, Wuppertal

**Die Leber als Reaktionsorgan**

Prof. Schmengler, Reichenhall

**Chirurgische Hilfe bei Answirkungen der Pfortaderhyperionie**

Prof. Voßschulte, Gießen

**Die Differentialdiagnosen des Lungenboeck**

Prof. Wurm, Höhenschwand

**Häufigkeit, Diagnostik und Therapie der lavierten Pankreas-erkrankungen**

Prof. Kuhlmann, Essen

**Beitrag zur klinischen Frühd Diagnose der Coronarsklerose unter besonderer Berücksichtigung des Carotis-Sinus-Syndroms**

Prof. Franke, Würzburg

**Über Coronarsklerose**

Dr. Haggenmiller, Nürnberg

**Zur Diskussion aufgefordert**

Prof. Franke, Nürnberg

**Die Reserpin-Behandlung akuter Psychosen**

Prof. Flügel, Erlangen

**Propylaxe praktisch wichtiger Berufskrankheiten**

Prof. Symanski, Saarbrücken

Weitere Vortrags- und Diskussionsanmeldungen sind zu richten an: Sekretariat von Professor Meythaler, Nürnberg, Flurstr. 17. Selbstverständlich steht auch allen praktischen Ärzten, die Interesse an diesem Kongreß haben, die Teilnahme offen.

Mit der Tagung ist eine größere pharmazeutische und medizintechnische Industrieausstellung verbunden.

### Vereinigung Süddeutscher Orthopäden

Die Tagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden findet in der Zeit vom 28. April bis 1. Mai in Baden-Baden statt. Unter dem Vorsitz von Dr. med. Rabl, Saarbrücken, werden folgende Hauptthemen behandelt: „Die seelische Führung der Versehrten“, „Unblutige Behandlung der Hüftarthrose“ und „Röntgentherapie orthopädischer Krankheiten“. Auskunft: Dr. med. Rabl, Saarbrücken, Schwarzenbergstr. 12.

### Bayerische Augenärztliche Vereinigung

An Stelle der diesjährigen Tagung findet ein Fortbildungskurs in München vom 29. 4. bis 4. 5. 57 statt.

Anmeldung bis 10. 3. 57 unbedingt erforderlich, da von der Anzahl der vorangemeldeten Teilnehmer die Auswahl des Hörsaales abhängt.

Anmeldungen und Anfragen an Prof. Rohrschneider, München 15, Mathildenstraße 8, Univ.-Augenklinik.



# Hylak TROPFEN TROPFEN FORTE

Zur Wiederherstellung der physiologischen Darmflora

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

## KONGRESSKALENDER

### INLAND

Da die Termine der Kongresse manchmal geändert werden, empfehlen wir auf jeden Fall vor dem Besuch einer Tagung, sich noch einmal mit dem Kongressbüro bzw. der Auskunftsstelle in Verbindung zu setzen.

- März**
- 1.—2. in Erfangen: Internationales Symposium über klinische Cyto-diagnostik. Auskunft: Priv.-Dozent D. S. Witte, Medizin. Universitätsklinik. Erlangen, Krankenhausstraße 6.
- 7.—9. in Freiburg/Br.: 5. Symposium der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie. Auskunft: Dozent Dr. H. Nowakowski, II. Medizin. Univ.-Klinik und Poliklinik, Universitäts-Krankenhaus, Hamburg-Eppendorf.
- 11.—22. in Neutrauburg b. Isny: 1. Fortbildungslehrgang für manuelle Wirbelsäulen- und Extremitäten-Therapie (II. Kurs). Auskunft: Dr. Karl Sell, Schloßgut Neutrauburg über Isny/Allgäu.
- 14.—16. in Celle: Fortbildungstagung des Bundes der Deutschen Medizinbeamten. Auskunft: Med.-Rat Dr. Kohlhausen, Rotenburg/Hann., Staatl. Gesundheitsamt.
- 15.—17. in Nürnberg: 5. Bayerischer Internisten-Kongress. Auskunft: Prof. Dr. Meythaler, Nürnberg, städt. Krankenanstalten, Flurstraße 17.
- 16.—23. in Bad Pyrmont: 12. Kurs für Naturheilverfahren, veranstaltet vom Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren, der Ärztekammer Hannover und dem Kneippärztebund e. V. Bad Wörishofen. Auskunft: Dr. med. Hans Haferkamp, Mainz, Adam-Karillon-Straße 13.
- 25.—26. in Bad Pyrmont: Seminar für Psychotherapie im Anschluß an den 12. Kurs für Naturheilverfahren. Auskunft: Dr. Graf Wittgenstein, Seminarbüro, München 23, Königsmstraße 101.
- 27.—30. in Hamburg: Kongress der Deutschen Gesellschaft für Arbeitswissenschaftliche Forschung e. V. Hauptthema: „Probleme der Arbeitszeit“. Auskunft: Geschäftsstelle der Gesellschaft für Arbeitswissenschaftl. Forschung e. V., München 8, Schneckenburgerstraße 41.
- 30.—31. in Augsburg: Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin. Auskunft: Sekretariat der „Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin“, Augsburg, Schüzlerstraße 19/II.
- März/April 1957**
- 10.—2. in Gießen: Fortbildungskurs in Bäder- und Klimahelkunde. Auskunft: Prof. Dr. Gg. Herzog, Pathologisches Institut Gießen. Klinikstraße 52g.
- April 1957:**
- 5.—6. in Bad Pyrmont: Deutscher Krebskongress 1957. Hauptthema: Karzinogenese. Auskunft: Dozent Dr. H. Hartl, Universitäts-Frauenklinik, Göttingen, Kirchweg 3.
- 5.—7. in Wiesbaden: Tagung des Deutschen Ärztenbundes. Rahmenthema: Adoleszenzfragen. Auskunft: Dr. Maria Ries, München 25, Penzberger Straße 21.
- 8.—18. in Neutrauburg b. Isny: Einführungslehrgang für manuelle Wirbelsäulen- und Extremitäten-Therapie (I. Kurs). Auskunft: Dr. Karl Sell, Schloßgut Neutrauburg über Isny/Allgäu.
- 15.—16. in Freudenstadt/Schw.: Atemtherapie-Seminar für Ärzte. Auskunft: Dr. Glaser, Freudenstadt, Lauterbachstr. 24.
- 16.—17. in Bad Lippespringe: 3. Aerosol-Kongress. Thema: Neue Ergebnisse der Aerosolforschung. Auskunft: Generalsekretariat des Deutschen Kuratoriums für Aerosol-Forschung, Bad Lippespringe/Westf., Arminiuspark 3a.
- 23.—25. in Bad Nauheim: Kurs der Elektrokardiographie und der modernen Kreislaufdiagnostik unter der Leitung von Prof. Dr. A. Weber und Prof. Dr. R. Knebel. Auskunft: Kardiolog. Abteilung des W.-G.-Kerckhoff-Instituts der Max-Planck-Gesellschaft, Bad Nauheim.
- 25.—25. in Bad Nauheim: Jahrestagung 1957 der deutschen Arbeitsgemeinschaft für Herdforschung und Herdbekämpfung e. V. Thema: Reaktionsweise bei Herdkrankungen. Auskunft: Prof. Dr. Thielemann, Frankfurt/M., Rubensstraße 28.
- 25.—26. in Mainz: Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V. Auskunft: Kongressbüro im Aufgebäude der Johannes-Gutenberg-Universität, Mainz.
- 25.—26. in Berlin: 26. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie. Hauptthemen: Fortschritte auf dem Gebiet der serologischen Diagnostik. — Ernährung und Nahrungsmittelhygiene. Krankenhaushygiene. Auskunft: Prof. Dr. med. J. Wüstenberg, Gelsenkirchen, Rotthausener Str. 19.
- 25.—30. in Neutrauburg b. Isny: 2. Fortbildungslehrgang für manuelle Wirbelsäulen- und Extremitäten-Therapie (III. Kurs). Auskunft: Dr. Karl Sell, Schloßgut Neutrauburg über Isny/Allgäu.
- 24.—27. in München: 74. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie unter dem Vorsitz von Prof. Dr. Reichle, Stuttgart. Auskunft: Prof. Dr. Maurer, Krankenhaus r. d. Isar, München 8, Ismaninger Straße 22.
- 26.—28. in Bad Nauheim: Deutsche Gesellschaft für Kreislaufforschung. Vorsitz: Prof. Dr. E. Derra. Auskunft: Prof. Dr. R. Thauer, W.-Kerckhoff-Institut, Bad Nauheim.
- April/Mai 1957**
- 28.—1. in Baden-Baden: Tagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden. Vorsitz: Dr. med. Rabl, Saarbrücken. Auskunft: Dr. med. Hermann G. Bauer, Baden-Baden, Lichtentalerstr. 90.
- 29.—2. in Wiesbaden: 65. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. Vorsitz: Prof. Dr. Hansen, Lübeck. Auskunft: Prof. Dr. Dr. Kauffmann, Wiesbaden, Städt. Krankenanstalten.
- 29.—4. 5. in München: Fortbildungskurs der Bayerischen Augenärztlichen Vereinigung. Auskunft: Prof. Dr. Rohrschneider, München 15, Mathildenstraße 8, Universitäts-Augenklinik.
- Mai 1957:**
- 2.—5. in Bad Brückenau: Arbeitstagung der „Arbeitsgemeinschaft für Erfahrungsheilkunde“. Auskunft: Arbeitsgemeinschaft für Erfahrungsheilkunde, Ulm/Do., Neue Straße 70.
- 4.—5. in Stuttgart: Tagung der Südwestdeutschen Dermatologenvereinigung. Auskunft: Universitäts-Hautklinik, Tübingen.
- 5.—12. in Bad Wörishofen: 9. Ärztlicher Fortbildungslehrgang für Hydrotherapie, Phytotherapie und naturgemäße Diätetik. Auskunft: Sekretariat des Kneippärztebundes e. V., Bad Wörishofen, Aggensteinstraße 6.
- 6.—11. in Lindau: 7. Lindauer Psychotherapiewoche. Auskunft: Prof. Dr. Speer, Lindau/Bodensee.



# Hyperämol

-flüssig  
+Salbe

Das regulierbare  
Total-Hyperämicum  
zur transkutanen  
Hyperämie-Erzeugung

KREWEL-WERKE, Eitorf b. Köln

**RECORSAN****RECORSAN-LIQUID**

zur Cratoegus - Kombinationstherapie des Altersherzens

30 ccm DM 1,95

RECORSAN-GESELLSCHAFTEN GRAEFELING U. LÜNEBURG

- 7.—17. in Neutrauburg b. Isny: Ausbildungsabschluß des Lehrganges für manuelle Wirbelsäulen- und Extremitäten-Therapie (IV. Kurs). Auskunft: Dr. Karl Sell, Schloßgut Neutrauburg über Isny/Allgäu.
- 18.—19. in Nürnberg: Frühjahrstagung der Bayerischen Röntgenvereinerung. Auskunft: Stadtbermedizinalrat Dr. Alfons Jakob, 1. Vorsitzender der Gesellschaft, Nürnberg, Flurstr. 7, Stadt, Krankenanstalten.
- Juni 1957:**
- 3.—6. in Baden-Baden: Tagung der Deutschen Gesellschaft der Hals-Nasen-Ohrenärzte. Auskunft: Prof. Dr. H. Leicher, Universitäts-Hals-Nasen-Ohren-Klinik, Mainz.
- 11.—22. in Neutrauburg b. Isny: Einführungslehrgang für manuelle Wirbelsäulen- und Extremitäten-Therapie (I. Kurs). Auskunft: Dr. Karl Sell, Schloßgut Neutrauburg über Isny/Allgäu.
- 12.—16. in Berlin: 6. Deutscher Kongreß für ärztliche Fortbildung. Auskunft: Kongreßgesellschaft für ärztl. Fortbildung e. V., Berlin-Steglitz, Klingsorstraße 29.
- 13.—15. in Hamburg: 3. Medizin.-Meteorologische Arbeitstagung der Gesellschaft zur Förderung medizin.-meteorologischer Forschung und der Medizin.-Meteorologischen Forschungsgruppe des Meteorol. Observatoriums Hamburg (Deutscher Wetterdienst). Auskunft: Prof. Dr. R. Schulze, Hamburg 43, Moorweidenstraße 14.
- 15.—16. in Bad Dürkheim: Wissenschaftlicher Kongreß des Bundes der Deutschen Medizinalbeamten. Auskunft: OMR Dr. Kläff, Fürth/Bay., Blumenstr. 22/0.
- 14.—16. in Stuttgart-Killesberg: 8. Kongreß der Süddeutschen Tuberkulose-Gesellschaft. Auskunft: Prof. Dr. Deist, 1. Vorsitzender der Gesellschaft, Ludwigsburg, Stresemannstraße 2.
- 14.—16. in Regensburg: 11. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für ästhetische Medizin und ihre Grenzgebiete. Leitung: Prof. Dr. Funk. Auskunft: Prof. Dr. C. F. Funk, Regensburg, Stadt, Hautklinik, Postfach 405.
- 15.—16. in Bad Homburg v. d. H.: 3. Arztekongreß für Pathologie, Therapie und Begutachtung von Helmkehrerkrankheiten. Auskunft: Verband der Heimkehrer, Ärztlich-wissenschaftlicher Beirat, Bad Godesberg, Heerstraße 17.
- 16.—29. in Freudenstadt: 6. Deutscher Sportärzte-Lehrgang. Auskunft: Städt. Kurverwaltung Freudenstadt/Schwarzwald.
- 19.—21. in Lübeck: Hauptversammlung der Max-Planck-Gesellschaft zur Förderung der Wissenschaften.
- 25.—29. in Köln: 60. Deutscher Arztag.
- Juni/Juli 57:**
- 24.—5. in Neutrauburg b. Isny: 1. Fortbildungslehrgang für manuelle Wirbelsäulen- und Extremitäten-Therapie (II. Kurs). Auskunft: Dr. Karl Sell, Schloßgut Neutrauburg über Isny/Allgäu.
- AUSLAND**
- März 1957**
- 9.—23. in Madonna di Campiglio: Sportärztekurs im Wintersport des Deutschen Sportärztebundes. Auskunft: Obermedizinalrat Dr. F. Friedrich, München, Wilhelmstr. 16.
- 10.—23. in Bad Gastein: Fortbildungskurs für praktische Medizin. Thema: Sulfonamide, Antibiotica und Cortisone. Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
- 11.—23. in Davos: Fortbildungskurs für Praktische Medizin. Thema: Sulfonamide, Antibiotica und Cortisone. Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
- April 1957**
- 13.—20. in Bad Hofgastein: Fortbildungskurs für Geriatrie. Auskunft: Prim. Dr. W. Doberauer, Wien XIV, Hütteldorferstraße 188.
- Mai 1957:**
- 6.—25. in Bad Gastein: 3. Balneologischer Fortbildungskurs. Thema: Balneologie und Kreislauf. Veranstalter: Forschungsinstitut Gastein der Österreichischen Akademie der Wissenschaften in Verbindung mit der Medizinischen Universitätsklinik Innsbruck. Auskunft: Kurverwaltung Bad Gastein.
7. in Genf: 10. Weltgesundheitsversammlung. Auskunft: WHO Palais des Nations, Genf.
- 19.—22. in Wien: Tagung der Bayerischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde zus. mit der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und der Gynäkologischen Gesellschaft der Deutschen Schweiz. Auskunft: Priv.-Dozent Dr. J. Breitner, München 15, Universitäts-Frauenklinik, Malstraße 11.
- 20.—30. in Reims: Französische Gesellschaft für Gynäkologie: Symposium sur les infestations à Trichomonas. Auskunft: Sénéchal, Secrétaire Général de la Société Française de Gynécologie; 31, rue Raynouard, Paris — 460.
- Mai/Juni 1957**
- 31.—2. in Wien: Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Hygiene und prophylaktische Medizin. Präsident: Prof. Dr. J. H. Tuntler-Groninger. Thema: Universität und öffentliche Gesundheitspflege. Auskunft: Sekretariat der Österreichischen Gesellschaft für Sozialmedizin, Wien 9, Spitalgasse 32.
- Juni 1957:**
- 2.—8. in Torino: 11. Internationaler Kongreß für Photobiologie. Themen: Photochemie, Photobiologie, Photoallergie. Auskunft: Prof. Dr. G. Mathi, Istituto di Fisica dell'Università di Torino, Via Pietro Giuria 1, Corso Massimo d'Azeglio 46.
- 3.—15. in Grado/Adria: Fortbildungskurs für praktische Medizin. Auskunft: Bundesärztekammer, Köln.
- 4.—6. in Utrecht: 5. Internationaler Therapiekongreß. Auskunft: Dr. F. A. Nelemans, Vondelkan 6, Utrecht.
- 13.—15. in Wien: Zentraleuropäische Anaesthesie-Tagung. Auskunft: Oberarzt Priv.-Doz. Dr. L. Zürn, Chirurgische Klinik der Universität München, München 15, Nußbaumstraße 20.
- Juli 1957**
- 1.—6. in Helsinki: 12. Internationaler Kongreß über Industrie-Medizin. Auskunft: Generalsekretär Dr. Pertti Sumari, Työterveyslaitos Hartmaninkatu 1, Helsinki-Töölö/Finland.
- 6.—12. in London: 7. Internationaler Krebskongreß unter dem Präsidium von Sir Stanford Cade. Auskunft: The Secretary General Seventh International Cancer Congress, 45 Lincoln's Inn, Fields, London W. C. 2.
- 9.—12. in Paris: 6. Konferenz der Internationalen Gesellschaft für Geographische Pathologie. Auskunft: Generalsekretär Prof. Fred. C. Roulet, St. Albanrainweg 174, Basel.
- 12.—20. in Brüssel: 3. Internationaler Kongreß für klinische Pathologie. Auskunft: Gen.-Sekr. Prof. M. Welsch, Service de Bactériologie et de Parasitologie, Université de Liège 32 Blvd. de la Constitution, Liège/Belgien.

**INSPIROL**freie  
Atemwege

# VERLA-3

Bei Schmerzen und grippl. Infekten  
20 Dragées DM 0,85

VERLAPHARM  TUTZING/OBB.

- 14.—19. in Meran: IV. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Gerontologie. Auskunft: Sekretariat des Kongresses für Gerontologie, Florenz, Viale Morgagni 85.
- 20.—21. in Venedig: Internationales Symposium über die medizinisch-sozialen Aspekte der senilen Psycho-Neuropathien. Auskunft: Sekretariat des Kongresses für Gerontologie, Florenz, Viale Morgagni 85.
- 21.—28. in Brüssel: 1. Internationaler Kongreß der neurologischen Wissenschaften (Neurologie, Neurochirurgie, Neuropathologie, Neuropsychologie, Elektroenzephalographie, Epilepsieforschung sowie Neuroradiologie). Vorsitz: Prof. Dr. P. van Geuchten, Löwen, und Generalsekretariat Prof. Dr. L. van Bogaert, Berchem-Antwerpen. Auskunft und Anmeldung: Prof. Dr. Schaltenbrand, Würzburg.
- 22.—26. in London: 7. Weltkongreß der Internat. Gesellschaft für Krüppelfürsorge. Auskunft: Miss M. Drury, 34 Eccleston Square, London-SW 1, U. K.

## Juli/August 1957:

- 26.—1. in Paris: 4. Internationaler Kongreß über Ernährungsfragen. Auskunft: Gen.-Sekr. Miff Gaucher, 71 Blvd. Pereire, Paris.
- 28.—3. in Brüssel: 15. Internat. Kongreß über Psychologie. Auskunft: Gen.-Sekr. Louis Delys, 296 Ave. Jan van Ryswyck, Antwerpen.
- 31.—6. in Meran: XI. Internationaler Dermatologischer Kongreß. Auskunft: Sekretariat des Internationalen Dermatologischen Kongresses Hudkliniken, Karolinska Sjukhuset, Stockholm 60.

## August 1957

- 19.—23. in Stockholm: Zweiter Internationaler Europäischer Kongreß für klinische Chemie. Auskunft: Kongreßbüro des Zweiten Europäischen Kongresses für klinische Chemie, Box 12 024, Stockholm 12.
- 19.—31. in Meran: Fortbildungskurs für praktische Medizin. Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Kölm-Ländenthal, Haedenkampstraße 1.
- 26.—31. in Kopenhagen: 6. Europäischer Hämatologenkongreß unter dem Präsidium von Prof. Dr. J. Bichel, Arhus. Auskunft: Generalsekretär des Kongresses Dr. A. Videbaek, Blegdamsvej 11, Kopenhagen.

## Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegen Prospekte folgender Firmen bei:

- Adolf Klinge GmbH., München 23;  
Adolf Klinge GmbH., München 23;  
UPHA GmbH., Hamburg 20;  
Johannes Bürger, Ysaifabrik GmbH., Goslar;  
Aktiengesellschaft für mod. Produkte, Berlin N 65;  
Dr. Madans & Co., Köln am Rhein;  
Bonomedie-Fabrik, München 19.

## AMTLICHES

### Stellenausschreibung für die staatlichen Gesundheitsämter

Bei dem Staatlichen Gesundheitsamt Wunsiedel 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. 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. März 1957 eingegangen sein. Die Anstellung erfolgt nach Vergütungsgruppe III TO A.

ü. A. gez. Platz, Ministerialdirektor

### Leichenschauschein Merkheft für Ärzte

„Leben und Sterben in der Bundesrepublik“.

Mit Bekanntmachung vom 20. 9. 1956 (GVBl. S. 170) wurde mit Wirkung vom 1. 1. 1957 eine Neufassung des Leichenschau Scheines im Bundesgebiet eingeführt. Aus diesem Anlaß hat das Bundesministerium des Innern ein Merkheft für Ärzte mit Ergebnissen von Bevölkerungs- und Gesundheitsstatistiken sowie eine Anleitung zur Ausfüllung von Meldebögen über anzeigepflichtige Krankheiten und Sterbefälle mit den wichtigsten Vorschriften hinausgegeben. Dieses Heft wird in den nächsten Wochen jedem berufstätigen Arzt von der Bayer. Landesärztekammer zugesandt werden.

I. A. Dr. Sluka

„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, Theaterstraße 8, Telefon-Sammel-Nummer 2 86 86. Fernschreiber 052/3662. Telegrammadresse: Gablerpress. Für den Anzeigenteil verantw.: Ernst W. Scharschinger, München. Druck: Richard Pflaum Verlag, München



Diathermie

auf chemischem Wege durch

# Therment

- Salbe  
- flüssig



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

#### Indikationen:

Rheumatozen  
Neuralgien  
Arthropathien  
Pleuritis  
Durchblutungsstörungen  
Segmenttherapie