



BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Heft 3

München, März 1957

12. Jahrgang

Alters-, Invaliditäts- und Hinterbliebenenversorgung der bayerischen Ärzte

Vortrag von Präsident Dr. H. J. Sewering vor der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns am 8. 2. 1957 in München

Unter den großen Sorgen, die den Arzt heute bedrücken, steht die um seine Sicherung bei Invalidität, Alter und die seiner Hinterbliebenen im Todesfalle mit in der ersten Reihe.

Kein Wunder: Haben doch der letzte Weltkrieg, endend im totalen Zusammenbruch, und die zwangsläufig folgende Währungsreform viele unserer Kollegen mittellos gemacht, einer hohen Anzahl Heimat und Arbeitsstätte geraubt und wohl jedem von uns in irgendeiner Form Verluste beigebracht.

Lebensversicherungen, für die große Summen aufgewendet worden waren, Spareinlagen, Aussteuerversicherungen für die Kinder gingen verloren, und es begann ein Leben von der Hand in den Mund, ein Kämpfen um die Erhaltung der Existenz oder ihren Neuaufbau mit allen Begleiterscheinungen einer solch grausamen Zeit.

Wir können heute mit Stolz feststellen, daß der Ärztestand diese harte Bewährungsprobe glänzend bestanden hat und allen Anfechtungen zum Trotz moralisch gesund und einwandfrei geblieben ist, und so bewiesen hat, daß das Wort „Ethos“ für ihn kein leerer Schall ist.

Eine Erkenntnis hat sich aber durchgesetzt: In dieser Zeit und bei dieser wirtschaftlichen und soziologischen Entwicklung ist der einzelne hilflos, wenn ihn nicht die Gemeinschaft schützt. Der Wunsch nach einer echten und wirksamen Gemeinschaftshilfe ertönte immer lauter und ist zu einem der Hauptanliegen unseres Standes geworden. Es gibt kaum eine Versammlung von Ärzten, in der dieses Thema nicht zu besonders lebhaften und manchmal heißen Diskussionen Anlaß gibt. Auch an Vorschlägen und vermeintlichen Patentlösungen hat es in den letzten Jahren keineswegs gefehlt. Ich darf daran erinnern, daß sich auch die Vertreterversammlung der bayerischen Kassenärzte schon eingehend mit diesen Fragen beschäftigt hat. Wenn der Vorstand Sie heute telegrafisch zusammenrief, nur um die Frage der Versorgung der bayerischen Ärzte zu beraten, so hat er es nicht ohne triftigen Grund getan. Wir stehen aber vor Entscheidungen, die für das weitere Schicksal der bayerischen Ärzteschaft von weittragender Bedeutung sind und die, weil die Entwicklung stürmisch vorangeht, auch nicht einen Aufschub um Tage gestatten.

Nachdem die Verhältnisse in der Versorgungsfrage in Bayern wesentlich anders gelagert sind als im übrigen Bundesgebiet, erscheint es uns notwendig, diese besonderen Verhältnisse, den Weg der bisherigen Entwicklung, die Problematik der berufsständischen Versorgung und die zukünftigen Möglichkeiten aufzuzeigen.

Schon der 1. Weltkrieg und seine Folgen haben die wirtschaftlichen Fundamente des Arztstandes bedenklich erschüttert. Die Frage, welche Sicherungen geschaffen werden könnten, um den Arzt und seine Familie vor krassem Not zu schützen, beherrschte deshalb die Diskussionen bayerischer Ärztetage in den ersten Nachkriegsjahren.

Auf dem 3. Bayerischen Ärztetag in Nürnberg 1921 wurde der erste Plan für eine Pensionsversicherung der bayerischen Ärzte erarbeitet, und dabei wurden Grund-

sätze festgelegt, die im wesentlichen heute noch ihre Geltung haben.

Dem Drängen der ärztlichen Standesorganisationen folgend, legte die bayerische Staatsregierung dem Landtag am 5. Juli 1923 den Entwurf eines Gesetzes über die Bayerische Ärzteversorgung vor. Schon wenige Wochen später, am 16. August 1923, nahm der Landtag dieses Gesetz an. Der Staat gewährte der Bayerischen Ärzteversorgung seinerzeit einen Gründungsbeitrag von 1 Milliarde Mark. Leider reichte dieser Staatszuschuß nicht einmal aus, um die Kosten für die Drucklegung der Satzung zu bestreiten.

Entsprechend den Wünschen der Ärzteschaft wurde das Versorgungssystem nicht auf das reine Umlageverfahren aufgebaut, sondern von vornherein mit einer Kapitalansammlung begonnen, die durch ihren Zinsertrag eines Tages helfen sollte, die spätere Last mitzutragen.

Über ein modifiziertes Rentendeckungsverfahren kam man im Jahre 1933 auf ausdrücklichen Wunsch der Ärzteschaft zum Kapitaldeckungsverfahren, wie wir es heute noch vor uns haben.

Bei der Währungsreform im Juni 1948 wurde zwar das angesammelte Kapital zunächst der gleichen Abwertung unterworfen wie das Geld im allgemeinen; der Staat fühlte sich aber dann doch verpflichtet, einen guten Teil davon in der Form von Staatsschuldverschreibungen zu ersetzen, die zwar zunächst nicht realisierbar sind, aber durch ihren Zinsertrag das Vermögen der Versorgungseinrichtung mehren helfen.

Als Gemeinschaftshilfe im wahrsten Sinne des Wortes erwies sich unsere Versorgungsanstalt, als sie durch gemeinsamen Beschluß der Verwaltung und des Landesauschusses die Renten in voller Höhe weiterzahlte, so als ob nichts geschehen wäre, und nur vorübergehend eine Reduzierung auf 85% vornahm. Auch die Rentenansprüche wurden in voller Höhe umgestellt, und jede einmal bezahlte Reichsmark zählt heute so, als ob sie in DM einbezahlt worden wäre.

Trotzdem war die Unzufriedenheit mit dieser Versorgungseinrichtung fast allgemein, und der Ruf nach etwas Besserem ertönte immer lauter. Hier war es höchste Zeit, sich einmal ernsthafte Gedanken darüber zu machen, warum es zu dieser Unzufriedenheit kommen konnte und ob es wirklich das System selbst war, welches sie verschuldete.

Bei der Beschäftigung mit dieser Frage sieht man sehr schnell, daß die Hauptursache der Unzufriedenheit in einem völligen Wandel der Auffassung von Aufgabe und Umfang einer berufsständischen Versorgungseinrichtung zu suchen ist. Die Väter dieser Einrichtung wollten bewußt nichts anderes als eine Absicherung gegen die letzte Not, die dann den Menschen anfällt, wenn alle anderen Vorsorgemaßnahmen versagt haben. Darüber hinaus sollte es aber jedem einzelnen überlassen bleiben, in der damals üblichen und auch völlig sicheren Form irgendeiner pri-

vaten Vermögensansammlung das zu tun, was der einzelne für sich und seine Familie glaubte, tun zu müssen. Erst als alle diese privaten Vorsorgemaßnahmen im Strudel des Zusammenbruchs nach dem 2. Weltkrieg und der Währungsreform untergingen und als einziges der kleine Rentenanspruch gegen die Ärzteversorgung übrigblieb, gewann diese in den Augen des Arztes und seiner Familie Wert und Bedeutung einer echten Versorgungseinrichtung, an die man nunmehr die Forderung stellte, daß sie nicht nur die letzte Not absichern soll, sondern die Bestreitung des Lebensunterhaltes insgesamt ermöglichen müsse. Daß aus dieser neuen Sicht die bisherigen Leistungen der Versorgungsanstalt völlig ungenügend sein mußten, liegt auf der Hand. Es bedurfte also — so betrüblich dies auch sein mag — erst der Katastrophe, um der Ärzteschaft zu zeigen, daß der einzelne nichts mehr vermochte und nur noch die Gemeinschaft diesen Einzelmenschen vor dem Untergang retten konnte.

Es soll aber auch die Frage gestellt werden, ob vielleicht das System falsch ist.

Von vielen wurde es behauptet und noch mancher glaubt es heute beweisen zu können. Die Tatsache, daß Kapital, welches man angesammelt hatte, verloren ging, wird heute als wesentliches Argument ins Feld geführt, um die Unbrauchbarkeit des Systems zu beweisen; und gar schnell wird das Rezept genannt, mit welchem man all diesen Fehlern aus dem Wege gehen könnte: Das Umlageverfahren.

Dieses Rezept ist nicht neu. Ich habe schon kurz erwähnt, daß die gleichen Überlegungen angestellt wurden vor 35 Jahren, als man die Grundsätze für die Bayerische Ärzteversorgung erarbeitete. Es waren sehr klare und einfache Überlegungen, welche seinerzeit zur Ablehnung dieses Umlageverfahrens geführt haben.

Man war sich von Anfang an darüber klar, daß dieses Verfahren zwar zunächst außerordentlich billig sein würde, der kommenden Generation aber eine Last aufbürdet, welche man ihr gegenüber nicht verantworten kann und die auch kaum getragen werden könnte. Man verfügte seinerzeit noch nicht über klares Zahlenmaterial und trotzdem waren solche verantwortungsvolle Überlegungen maßgebend und führten dazu, daß man sich zu einer Methode entschloß, welche nach menschlichem Ermessen zu einer gleichmäßigen Belastung über Jahrzehnte hinweg führen sollte.

Um so unverständlicher ist es, wenn auch heute wieder der Ruf nach dem Umlageverfahren ertönt, obwohl doch schon ein Blick auf die Entwicklung unseres Versorgungswerks in den letzten Jahrzehnten die Unmöglichkeit eines solchen Verfahrens darlegt. Ich darf Ihnen dazu einige Zahlen nennen:

Im Jahre 1926 — also drei Jahre nach Gründung der Versorgungsanstalt — betrug die Zahl der Versorgungsfälle	32
1936 waren es	1100
1946	1763
1956	2597

Die Vorausberechnungen zeigen, daß wir auch nach fast 35 Jahren des Bestehens noch kein Umbiegen der Kurve zur Horizontalen, also dem sog. Beharrungszustand, erkennen können.

Wir müssen damit rechnen, daß die Versorgungslast auch in den nächsten 20 bis 30 Jahren noch weiter anwachsen wird.

Allein im Jahre 1956 sind 195 Ruhegeldempfänger zugegangen und nur 98 abgegangen. Bei den Witwen betragen diese Zahlen 105:52.

Wenn die von uns heute zu tragende Versorgungslast nur einen Teil unserer Beiträge beansprucht, so in erster Linie deshalb, weil sich die Zahl der Mitglieder nach dem Kriege verdoppelt hat, die Versorgungslast also von der doppelten Zahl aktiv zahlender Mitglieder getragen wird, als der, aus der sie entstand. (Mitgliederstand am 1. 10. 1923 = 5816, am 1. 10. 1948 = 7872, am 1. 1. 1956 = 11 549.)

Es ergibt sich aber ganz von selbst, daß eines Tages auch die Zahl der Versorgungsempfänger sich rein durch den Mitgliederzugang verdoppeln wird, ganz abgesehen von dem natürlichen Zugang, der auch bei gleichbleibendem Mitgliederstand noch eingetreten wäre.

Es liegt auf der Hand, daß eine derartige Entwicklung, wie wir sie hier vor uns haben, und die zu einer Verdoppelung des Mitgliederstandes führte, in weiteren 20 bis 30 Jahren nicht wiederum erwartet werden kann, so daß dann eine etwa gleichbleibende Zahl von aktiven Mitgliedern die echte Versorgungslast, wie sie auf diesen Mitgliederstand trifft, zu tragen haben wird. Dabei darf noch darauf hingewiesen werden, daß heute die durchschnittliche Bezugsdauer des Ruhegeldes 9,6 Jahre, die durchschnittliche Bezugsdauer des Witwengeldes 28,7 Jahre beträgt.

Allein diese Überlegungen dürften dazu angetan sein, den Ruf nach dem Umlageverfahren verstummen zu lassen; es sei denn, daß man bereit ist, der kommenden Generation Lasten aufzubürden, die sie nicht tragen kann, zu handeln also nach dem Grundsatz: „Nach mir die Sintflut!“

Wir sollten uns alle, nachdem, wie ich überzeugt bin, keiner von uns bereit sein wird, nichtverantwortbare Beschlüsse zu fassen, zunächst einmal darüber klar sein, daß im grundsätzlichen die Versorgung unseres Berufsstandes nur in einem System gesucht werden darf, welches eine möglichst gleichmäßige Verteilung der Last auf viele Jahrzehnte hinaus gewährleistet. Damit soll keineswegs gesagt sein, daß nicht etwa unter Wahrung des Grundsatzes der gleichmäßigen Verteilung noch weitere Ausbaumöglichkeiten in unserem Versorgungssystem enthalten sind.

Eine weitere Frage drängt sich auf und muß beantwortet werden: Ist es möglich und zweckmäßig, eine Versorgungseinrichtung für einen Teil der Ärzte zu schaffen, oder muß man nicht, wenn Dauerhaftigkeit und Höchstleistungskraft gewährleistet werden sollen, den gesamten Berufsstand zusammenschließen?

Gerade in der letzten Zeit war in einer Veröffentlichung wieder zu lesen, daß man z. B. angestellte Ärzte und freipraktizierende Ärzte wegen der verschiedenen wirtschaftlichen Verhältnisse nicht in einer Versorgungseinrichtung zusammenfassen könne.

Bei den Überlegungen, die wir anstellten und deren Ziel es war, die Leistungen unserer Versorgungsanstalt in größtmöglichem Umfang zu steigern, kamen wir zu gegenteiligen Ergebnissen.

Ein besonderer Mangel unserer Versorgungseinrichtung ist nach unserer Überzeugung der, daß sie im wesentlichen nur die freipraktizierenden Ärzte umfaßt. Der die Einrichtung Tragende tritt damit viel zu spät in die Gemeinschaft ein und es fehlt ihr somit der gesunde Ausgleich, welcher allein es ermöglicht, auf die Versorgungsseite neue Gewichte aufzulegen.

Wir machten uns deshalb daran, diesen Mangel zu beheben und suchten nach Wegen, auf denen es möglich wäre, alle Ärzte in der Gemeinschaft der Versorgungsanstalt zusammenzuführen.

Ein solches Vorhaben wäre von vorneherein zum Mißerfolg verurteilt gewesen, hätten nicht die jungen Kollegen selbst diesen Gedanken mit größtem Idealismus und Elan aufgegriffen und auch von sich aus an uns herangetragen. Erst das gab uns überhaupt den Mut, an die große Aufgabe heranzugehen, welche wir darin sahen, aus der bisherigen Bayerischen Ärzteversorgung ein echtes Versorgungswerk des Berufsstandes zu machen.

Aber zur selben Zeit, als wir diese Arbeit in Angriff nahmen, erwuchs der Bayerischen Ärzteversorgung eine Gefahr, die den Mitgliedern der Anstalt Gott sei Dank überhaupt nicht zum Bewußtsein gekommen war.

Der Bundestag begann mit der Beratung der ihm vorliegenden Entwürfe für eine Neuordnung der Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten. Dabei war vorgesehen, alle in einem Dienstverhältnis Stehenden — ohne Unterschied des Einkommens und des Berufes — zu Pflichtmitgliedern der Rentenversicherung zu machen.

Es waren somit auch alle angestellten Ärzte in diesen Kreis einbezogen.

Die Verwirklichung dieses Gesetzesentwurfes hätte bedeutet, daß ab sofort nur noch Ärzte in die freie Praxis und damit in die Bayerische Ärzteversorgung gekommen wären, die bereits Mitglieder der allgemeinen deutschen Sozialversicherung gewesen wären.

Welche Folgen sich daraus hätten ergeben müssen, brauche ich ausführlich wohl nicht darzulegen. Zum mindest hätten diese Ärzte, die ja ihre Mitgliedschaft bei der Sozialversicherung nicht ohne weiteres preisgeben könnten, für die berufsständische Versorgung weniger Beiträge geleistet und damit ihre finanzielle Kraft geschwächt. Im Zuge der weiteren Entwicklung wäre aber mit Sicherheit damit zu rechnen gewesen, daß die Notwendigkeit einer berufsständischen Altersversorgung überhaupt bezweifelt und damit ihr Todesurteil gesprochen worden wäre.

In dieser Lage blieb uns nichts anderes übrig, als mit aller Zähigkeit einen letzten Rettungsversuch zu unternehmen.

In langwierigen, wechselvollen Verhandlungen, in denen wir zwischen Hoffnung und Enttäuschung schwankten, gelang es in letzter Minute, im Plenum des Deutschen Bundestages eine Gesetzesbestimmung durchzubringen, welche besagt:

„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.“

Damit war der Weg offen, um die angestellten Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte in Bayern in die Bayerische Ärzteversorgung aufzunehmen, ihnen die Mitgliedschaft bei der Angestelltenversicherung zu ersparen und damit unsere Versorgungsanstalt zur ersten echten und umfassenden berufsständischen Versorgungseinrichtung in Deutschland zu machen.

Wir haben keinen Zweifel, daß die junge Ärzegeneration, welche diese Entwicklung selbst gewollt hat, von der Möglichkeit, die der Gesetzgeber einräumte, Gebrauch machen wird.

Der Landesausschuß der Bayerischen Ärzteversorgung hat in seiner Sondersitzung am Donnerstag, den 7. Februar 1957, die notwendigen Satzungsänderungen beschlossen, mit denen der neuen Lage Rechnung getragen wird.

Pflichtmitglieder der Bayerischen Ärzteversorgung sind nunmehr alle bayerischen Ärzte mit Ausnahme derjenigen, die als Beamte Anwartschaft auf lebenslängliche Versorgung und auf Hinterbliebenenversorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen haben. Die normalerweise der Versicherungspflicht in der Angestelltenversicherung unterliegenden angestellten Ärzte werden in die Ärzteversorgung den gleichen Beitrag zahlen, welchen sie auch in die Angestelltenversicherung zu zahlen hätten.

Der Marburger Bund hat in erfolgreichen Verhandlungen mit den Arbeitgebern bereits weitgehend geklärt, daß diese ihren Arbeitgeberanteil im selben Umfange zahlen werden wie in die Angestelltenversicherung.

Im Landesausschuß der Bayerischen Ärzteversorgung wird die neue Gruppe der Mitglieder angemessen vertreten sein.

In voller Übereinstimmung mit unseren jungen Kollegen konnte aber noch ein weiterer Fortschritt erzielt werden:

Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte, die bis zum 30. September 1957 das 60. Lebensjahr erreichen, können als freiwillige Mitglieder aufgenommen werden, ohne daß ihnen die Zahlung eines versicherungstechnischen Ausgleichsbetrags oder eines Alterszuschlags auferlegt werden soll. Sie haben lediglich den Mindestbeitrag für die Jahre ihrer Berufsausübung in Bayern nachzubehalten. Es werden etwa 360 Ärzte sein, denen auf diese Weise noch die Mitgliedschaft und damit die Erarbeitung einer Versorgungsrente ermöglicht wird. Ein wesentlicher Beitrag zur Sicherung unserer älteren Kollegen, deren materielle Unsicherheit uns stets bedrückte, wird damit geleistet.

Es dürften noch rund 400 Kassenärzte, die schon älter als 60 Jahre sind, übrigbleiben, welche auf diesem Weg nicht mehr versorgt werden können. Ihnen zu helfen, sollte eine Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung sein. Auf welchem Wege und in welchem Umfange dies zu ge-

schehen hat, muß in der nächsten Zeit geklärt werden. Es bleibt dann noch eine Gruppe von Kollegen und Arztfamilien übrig, die wir im größtmöglichen Umfange durch die Kammer werden betreuen müssen.

Sie werden nun mit Recht von mir erwarten, daß ich Ihnen auch noch Ausführungen darüber mache, welche Möglichkeiten einer Leistungsverbesserung in unserer Bayerischen Ärzteversorgung stecken, wenn sie nunmehr eine umfassende Versorgungseinrichtung des gesamten Berufsstandes ist.

Sie alle wissen, daß die Möglichkeiten einer Anpassung der Renten an die Kaufkraft des Geldes im Rahmen der Debatten über die Rentenreform im Deutschen Bundestag eine hervorragende Rolle gespielt haben. Auch wir können diesem Problem nicht aus dem Wege gehen, sondern müssen versuchen, auch in der Berechnung der von unserer Versorgungseinrichtung zu bezahlenden Renten irgendeine Anpassungsmöglichkeit an die Kaufkraft des Geldes zu finden.

Die wesentlichste Voraussetzung für eine solche Anpassung ist bereits dadurch vorhanden, daß wir keinen festen Betrag, sondern einen Prozentsatz des Ertrages der ärztlichen Arbeit im jeweiligen Zeitraum erheben, also in der Beitragshöhe bereits den steigenden Ertrag — oder wenn Sie es so nennen wollen — den sinkenden Geldwert berücksichtigen. Die Vermögensanhäufung wird also zum heutigen und jeweils kommenden Zeitraum voraussichtlich größer sein als die nach früheren Maßstäben berechneten Renten. Dies allein schon gestattet es, durch eine Änderung des Zuschlags, welcher sich aus den fälligen Beiträgen errechnet, eine Rentenerhöhung vorzunehmen.

Es darf dabei darauf hingewiesen werden, daß wir diesen Zuschlag vor über Jahresfrist schon von $\frac{1}{3}$ auf $\frac{1}{6}$ erhöht haben. Er beträgt nach der neuesten Satzungsänderung 17% der über den Mindestbeitrag einbezahlten Beträge. Es wird notwendig sein, nunmehr genaueste Überlegungen darüber anzustellen, in welcher Höhe Kapitalansammlungen vorgenommen werden sollen und müssen, um einerseits zeitgemäße Renten zu zahlen, andererseits aber eine Überbelastung der kommenden Generation zu verhindern. So wie die Dinge heute aussehen, glaube ich, daß wir beiden Wünschen Rechnung tragen können.

Eingehende Überlegungen wollen wir auch anstellen über die Höhe des Mindestbeitrags.

Es wird immer wieder der Wunsch an uns herangetragen, ihn zu erhöhen, weil eine Mindestrente von monatlich 100 DM für den Versicherten, zu der gegebenenfalls noch die Kinderzuschläge kommen, zweifellos nicht zur Bestreitung des Mindestlebensbedarfs ausreicht.

Auch der Ihnen heute vorliegende Antrag eines Mitglieds der Vertreterversammlung zielt ja letztlich darauf ab, die Mindestrente zu erhöhen, um so auf alle Fälle auch demjenigen, der nie mehr als den Mindestbeitrag einbezahlt hat, wenigstens eine einigermaßen ausreichende Minimalversorgung zu gewährleisten.

Der Ihnen vorliegende Antrag ist schon aus rechtlichen Gründen undurchführbar, weil Gesetz und Satzung es der Kassenärztlichen Vereinigung nicht gestatten, Zahlungen in der vorgeschlagenen Form an die Bayerische Ärzteversorgung zu leisten. Darüber kann im einzelnen noch gesprochen werden.

Ich möchte Sie aber dringend bitten, gerade über diese Frage heute keine Beschlüsse zu fassen. Die Leistungsgestaltung unserer Versorgungsanstalt wird im Mittelpunkt unserer Überlegungen und Beratungen der nächsten Monate stehen. Beschlüsse faßt man aber nach solchen Beratungen und nicht schon vorher.

Meine kurzen Hinweise zur Frage der Leistungsgestaltung zeigen Ihnen, daß hier erhebliche Möglichkeiten vorhanden sind, und Sie dürfen gewiß sein, daß wir sie in vollem Umfange ausnützen werden.

Eine wesentliche Aufgabe der nächsten Zukunft wird es auch sein, beim Gesetzgeber die rechtliche und steuerliche Gleichstellung der Bayerischen Ärzteversorgung mit der Sozialversicherung zu erwirken.

Bisher geführte Gespräche berechtigen uns zu der Hoffnung, daß wir hier auf volles Verständnis stoßen werden. Der Gesetzgeber hat ja schon dadurch, daß er die Mit-

gliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung gleichwertig neben die Angestelltenversicherung stellte, diese Art der Versorgung anerkannt, und er wird die Konsequenzen, die daraus gezogen werden müssen, nicht verweigern. Das Bundesfinanzministerium hat mir als Ergebnis von Verhandlungen bereits zugesichert, daß von seiner Seite, z. B. gegen die Befreiung der Bayerischen Ärzteversorgung von der Vermögensteuer, keinerlei Einwendungen erhoben werden.

Alles in allem darf festgestellt werden, daß wir auf dem besten Wege sind, ein Versorgungswerk zu bauen, auf welches die heutige und kommende Ärztegeneration stolz sein kann, und welches in der Lage ist, den Ärzten und ihren Familien die drückende Angst vor der Not abzunehmen.

Ein Beitrag — und der ist von entscheidender Bedeutung — muß aber noch von uns geliefert werden und deshalb hat Sie der Vorstand heute zusammengerufen:

Wenn Tausende von jungen Ärzten, denen heute der Weg in die allgemeine Sozialversicherung offensteht, sich nunmehr zur Solidarität des Standes bekennen sollen und diesen Weg zu uns mit Überzeugung zu gehen bereit sind, dann müssen auch wir Kassenärzte ein klares und unmißverständliches Bekenntnis zu dieser Solidarität und der gemeinschaftlichen Hilfe des ganzen Standes ablegen.

Wir müssen klar bekennen, daß auch wir unsere ganze Kraft darauf verwenden wollen, nur diese eine Versorgungseinrichtung des ganzen Standes zu stärken und da-

Zur Umstellung der Bayerischen Ärzteversorgung sei mir als Nächstbeobachtendem ein Wort gestattet:

In dem Tätigkeitsprogramm des neugewählten Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer, Dr. Sewering, stand mit an erster Stelle eine Verbesserung der Bayerischen Ärzteversorgung. Ich weiß aus unseren ersten Gesprächen, daß ihn der damalige Leistungszustand dieser ursprünglich nur als letzte Sicherung gedachten Versorgungseinrichtung stark beschäftigte, sowohl im Hinblick auf die Not der alten Kollegen und der Hinterbliebenen als auch hinsichtlich der nachteiligen standespolitischen Auswirkungen, welche die allgemeine Beunruhigung in Fragen der Altersversorgung für den Gesamtstand haben mußte.

Im Verlaufe der weiteren Erwägungen erschien es auch im Hinblick auf die so notwendige Einheit des Standes als abträglich, daß die Versorgungseinrichtung verpflichtend nur für die Kollegen in freier Praxis gedacht war, daß also auch hier ein unerwünschter Graben lief. So ergab sich für Dr. Sewering der Gedanke, auch hier das Prinzip „Stärke durch Einigkeit“ anzustreben. blieb nur die sorgliche Frage: Ob die angestellten Ärzte hier mitmachen würden. Nachdem auch diese Sorge durch verständnisvolle Initiative der „jungen Kollegen“ ausgeräumt worden war, schien die Bahn für die geplante Reform der Altersversorgung frei zu sein, nachdem schon vorher durch Dr. Sewering Verhandlungen mit Ministern und Verbänden geführt und auch schon einige Verbesserungen in der Versorgung erreicht worden waren.

Um so deprimierender mußte nun der gerade in diesem Zeitpunkt im Bundestag eingebrachte Gesetzesentwurf für eine Neuordnung der Rentenversicherung auf all diese Planungen wirken, alle Mühe und Arbeit schien umsonst gewesen zu sein, das große Ziel im Strudel der Gesetzesfabrikation zu versinken.

Es war für Dr. Sewering kein leichter Entschluß, neben seiner sonstigen Arbeitslast nun trotzdem den Kampf um Rettung des gefährdeten Planes aufzunehmen. Die positive Haltung des „Ausschusses der angestellten Ärzte“ bestärkte ihn jedoch, in diesem Entschluß fest zu bleiben; es begannen die Reisen nach Bonn, endlose Besprechungen mit einer Reihe von Bundestagsabgeordneten; aber alles schien vergeblich. Der Sozialpolitische Ausschuß lehnte es ab, eine Ausnahmebestimmung in das Gesetz aufzunehmen. Noch bis zwei Tage vor der entscheidenden Verhandlung im Plenum schien keine Hoffnung mehr für den Plan zu bestehen. Da erzielte eine nochmalige Vorsprache Dr. Sewerings in Bonn, zwei Tage vor der Plenarsitzung, das Verständnis der CDU/CSU für diesen Ge-

neben nicht noch Sonderunternehmungen einzuführen und zu unterhalten, die nur dazu angetan sein können, den Willen zur Vorsorge des einzelnen in dem gemeinsamen Versorgungswerk zu schwächen und damit seine Wirksamkeit zu gefährden. Sozialeinrichtungen der Kassenärztlichen Vereinigung müssen sich darauf beschränken, denjenigen zu helfen, die gar nichts haben und in einer Übergangszeit diejenigen noch mit zu unterstützen, für die es zu wenig ist.

Solche Maßnahmen sind in ihrem Ausmaß und in ihrer Zeitdauer überblickbar. Sie entwickeln sich niemals zu einem Umlageverfahren der gesamten Kassenärzteschaft, und sie stellen damit keine Gefahr für die kommende Generation dar, denn die Hauptlast werden wir selbst zu tragen haben, während sie in den kommenden Jahren immer geringer werden wird.

Darüber hinaus aber muß jedem Kassenarzt schon heute klargemacht werden, daß er nicht damit rechnen darf, von der Gesamtheit unterstützt zu werden, wenn er nicht schon in seinen Arbeitsjahren selbst alles tut, um seine spätere Versorgung und die seiner Hinterbliebenen zu sichern.

Es muß sich endlich wieder einmal die alte Wahrheit durchsetzen, daß nur derjenige ernten kann, welcher auch gewillt ist, zu säen. Nichts anderes als dieses Bekenntnis erwartet heute die gesamte Ärzteschaft von uns. Wenn wir es ablegen, dann haben wir mit dazu beigetragen, die Zukunft unseres Standes zu sichern

danken unserer berufsständischen Versorgung. Die FDP schloß sich mit einem eigenen Abänderungsantrag in unserem Sinne an, und dieser (nachdem die CDU/CSU ihren Antrag zugunsten des der FDP zurückgezogen hatte) wurde dann fast einstimmig im Plenum angenommen.

Mir schien es notwendig — als zwar nicht Beteiligter, aber aus nächster Nähe und mit großer Anteilnahme Beobachtender —, diese spannende und oft recht dramatische Entwicklung einer zum guten Ende führenden Bemühung aufzuzeigen.

Dr. Sondermann

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

Bericht über die Vertreterversammlung am 8. Februar 1957

Die Vertreterversammlung der KVB befaßte sich einzig und allein mit der Altersversorgung. Da in der gleichen Nummer des Bayerischen Ärzteblattes das Referat des Präsidenten Dr. Sewering und der Beschluß der Vertreterversammlung abgedruckt ist, erübrigt sich eine weitere Berichterstattung.

Die Anträge, die eine soziale Unterstützung ausscheidender Kassenärzte durch die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns erstreben, wurden einem Ausschuß übergeben. Diese Frage wird in der nächsten Vertreterversammlung eingehend besprochen werden.

Dr. Giesen

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns hat auf ihrer Sitzung am 8. 2. 1957 mit 6 Gegenstimmen bei 4 Stimmenthaltungen die nachstehende Stellungnahme des Vorstandes der KVB gutgeheißen:

„Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns ist der Auffassung, daß die Versorgung der bayerischen Ärzte bei Invalidität und Alter und ihrer Hinterbliebenen nur im Rahmen der Bayerischen Ärzteversorgung erfolgen soll.

Er erblickt in der Bereitschaft der angestellten Ärzte, zugunsten der Bayerischen Ärzteversorgung auf die Mitgliedschaft in der Rentenversicherung zu verzichten, einen entscheidenden Fortschritt im Interesse des gesamten Berufsstandes.

Nach Auffassung des Vorstandes muß sich eine Sozialeinrichtung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

*) Wir verweisen auch auf die Veröffentlichung im amtlichen Teil auf Seite 73. Die Schriftleitung.

darauf beschränken, denjenigen Kollegen zu helfen, die nicht mehr in die Ärzteversorgung aufgenommen werden können. Für eine beschränkte Übergangszeit sollten darüber hinaus nur in begründeten Einzelfällen Zuschüsse gewährt werden. Weitergehende Versorgungsmaßnahmen etwa in der Form eines Umlageverfahrens z. B. der sogenannten erweiterten Honorarverteilung können nach Auffassung des Vorstandes vor den nachkommenden Kassenärzten nicht verantwortet werden und sind deshalb ab-

zulehnen. Der Vorstand begrüßt es deshalb ganz besonders, daß einer größeren Zahl älterer Kollegen, denen bisher der Zugang zur Bayerischen Ärzteversorgung praktisch verschlossen war, nunmehr die Möglichkeit gegeben werden soll, Mitglieder der Anstalt zu werden. Die sogenannte „alte Last“ wird dadurch erheblich verringert, ohne daß weitere Leistungsverbesserungen in Frage gestellt werden.“

Die Bayerische Landesärztekammer ruft alle angestellten Ärzte in Bayern

Das Gesetz zur Neuregelung der Rentenversicherung für Angestellte wurde am 26. Februar 1957 veröffentlicht und ist in Kraft getreten. Damit sind alle angestellten Ärzte mit einem Monatsgehalt bis zu 1250 DM angestelltenversicherungsspflichtig.

Gemäß § 7 des Gesetzes besteht folgende Ausnahmeregelung: Auf ihren Antrag werden ferner von der Versicherungspflicht befreit Personen, die auf Grund einer durch das Gesetz angeordneten oder auf Gesetz beruhenden Verpflichtung Mitglieder einer öffentlich-rechtlichen Versicherung oder Versorgungseinrichtung ihrer Berufsgruppe sind.

Auf Grund der neuen Satzung der Bayerischen Ärzteversorgung, veröffentlicht im Bayerischen Staatsanzeiger vom 23. Februar 1957, sind alle Ärzte in Bayern, mit Ausnahme der im Beamtenverhältnis stehenden, Pflichtmitglieder der Bayerischen Ärzteversorgung und haben damit die Möglichkeit, sich von der Angestelltenversicherungspflicht befreien zu lassen.

Die Bayerische Ärzteversorgung ist damit zu einer umfassenden berufsständischen Versorgungseinrichtung geworden.

Wir rufen alle angestellten Ärzte auf, von der Möglichkeit der Befreiung von der Angestelltenversicherung Gebrauch zu machen und so mit ihrer vollen Beitragskraft in der Ärzteversorgung den Grundstock für die spätere Versorgung zu schaffen.

Beachtet . . .

1. Pflichtmitglieder der Bayerischen Ärzteversorgung sind alle angestellten Ärzte, also auch diejenigen, welche ihre Mitgliedschaft in der Angestelltenversicherung beibehalten.
2. Wer aus der Angestelltenversicherung ausscheidet, zahlt den vollen Beitrag in die Ärzteversorgung (zur Zeit 14% des Gehaltes, davon die Hälfte der Arbeitgeber). Wer nicht aus der Angestelltenversicherung ausscheiden will und damit den gesetzlichen Beitrag dorthin zahlen muß, hat für die Ärzteversorgung den Mindestbeitrag von jährlich 320 DM zu entrichten, solange das Angestelltenverhältnis besteht. Nach der Niederlassung gelten die normalen Beitragsbestimmungen ohne Rücksicht auf eine etwaige Mitgliedschaft in der Angestelltenversicherung.

3. Wer in die Angestelltenversicherung weniger als 60 Monatsbeiträge einbezahlt hat, kann sich die Arbeitnehmeranteile ausbezahlen lassen. Es ist ratsam, diesen Betrag sofort in die Ärzteversorgung einzubehalten. Wer mehr als 60 Monatsbeiträge in die Angestelltenversicherung bezahlt hat, bekommt keine Beiträge zurückerstattet. Für diese Kollegen dürfte es notwendig sein, Mitglied der Angestelltenversicherung zu bleiben und für die Dauer des Angestelltenverhältnisses daneben den Mindestbeitrag zur Ärzteversorgung zu zahlen. Sie erhalten dann von dieser zunächst die Mindestrente.
4. Jeder im Angestelltenverhältnis stehende Kollege sollte im eigenen Interesse sofort bei seinem Arbeitgeber die Befreiung von der Angestelltenversicherung und Einzahlung seiner Beiträge in die Ärzteversorgung beantragen, da der Arbeitgeber sonst verpflichtet ist, ihn bei der Angestelltenversicherung anzumelden.
5. Für Rückfragen und Beratung steht die Landesgeschäftsstelle des Marburger Bundes, München, Königstraße 85/III, zur Verfügung. Sie können sich ebenso auch an die Bayerische Landesärztekammer wenden.

und bedenket:

1. Die Bayerische Ärzteversorgung ist auf dem Grundsatz der Solidarität des Berufsstandes aufgebaut.
2. Die Bayerische Ärzteversorgung versucht in der Gestaltung von Beitrag und Leistung die berechtigten Interessen der heutigen und der kommenden Generation zu berücksichtigen. Sie lehnt es ab, heute mit großen Leistungen zu glänzen, denen morgen übermäßige Belastungen folgen müßten.
3. Die Bayerische Ärzteversorgung vermeidet alles, was den Willen zur Selbstverantwortung des einzelnen lähmen könnte. Die spätere Rente ist das Ergebnis des eigenen Leistungswillens.
4. Alle Verbesserungen, welche uns noch möglich erscheinen, haben die volle Beitragsleistung des ganzen Berufsstandes zur Voraussetzung.
5. Die Zukunft der Bayerischen Ärzteversorgung liegt in den Händen der Kollegen. Das Ja zur berufsständischen Versorgung ist zugleich ein Bekenntnis zur Freiheit des Berufes. Es ist der Ausdruck unseres Willens, das Schicksal in die eigenen Hände zu nehmen und nicht unterzugehen im Strudel eines verplanten Wohlfahrtsstaates.

Dr. Sewering

Aus dem Staatlichen Tbc-Sanatorium und -Krankenhaus GAUTING (Chefarzt Dr. med. Hubert T u e z e k)

Gesetzliche Maßnahmen zur Zwangsabsonderung behandlungsunwilliger Tuberkulosekranker

Dr. med. Hansjoachim J a n z, Facharzt für Lungenkrankheiten

Im Laufe der letzten zehn Jahre hat die Therapie der Lungentuberkulose durch die Einführung der medikamentösen Behandlung und das dadurch mögliche operative Vorgehen einen so bedeutenden Aufschwung erfahren, wie wir ihn in den übrigen Jahrzehnten vorher nicht miterleben durften. Man darf unter diesem Gesichtspunkt heute ohne weiteres sagen, daß die Tuberkulose durch die medikamentöse Behandlung eine relativ gutartige Krank-

heit geworden ist und daß sie heilbar ist, wenn man die Einschränkung macht, daß eine frühzeitige Erkennung und sofortige, zielbewußte Behandlung die wichtigsten Voraussetzungen für den Erfolg der Therapie sind.

Um dieses Ziel der Früherkennung und Frühbehandlung zu erreichen, sind zwei Voraussetzungen erforderlich. Die eine wäre eine von Fachleuten gesteuerte „Lalenpropaganda“ mit dem Ziel, der Bevölkerung die Furcht vor

dem Wort „Tuberkulose“ zu nehmen und die zweite, die wirklich konsequente Durchführung der Idee der Röntgenreihenuntersuchung, so wie sie etwa für Bayern im Gesetz über die Röntgenreihenuntersuchung vom 6. 7. 1953 geregelt ist. Nach § 1 dieses Gesetzes ist jeder verpflichtet, der in Bayern seinen Wohnsitz hat, sich bei Aufforderung der Röntgenreihenuntersuchung oder Röntgenuntersuchung zu unterziehen. Es darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, daß die Röntgenreihenuntersuchung in der derzeit praktizierten Weise wohl eine relativ große Zahl der bisher unbekannt Tuberkulosen zu entdecken hilft, aber im Gegensatz zu der Auffassung Hopfners nicht die Früherfassung der Tuberkulose garantiert. Die Feststellung einer frühen Tuberkulose dürfte heute noch ein „Zufallsbefund“ im Rahmen der Röntgenreihenuntersuchung sein. Um dieses oberste Ziel der Tuberkulosebekämpfung zu erreichen, wäre es, wie allgemein bekannt, erforderlich, daß die Röntgenreihenuntersuchungen bei der gesamten Bevölkerung in gewissen Abständen wiederholt werden. Die sicher nicht zu unterschätzende Diskrepanz zwischen der Ausbeute an frischen Fällen bei der Röntgenreihenuntersuchung und der tatsächlichen Zahl wäre außerdem durch eine sinnvolle Propaganda über die wahren Möglichkeiten der heutigen Therapie und die Symptomatik der Tuberkulose zu verkleinern.

Während also bei all den hier beschriebenen Fällen die sinnvolle Aufklärung und die Röntgenreihenuntersuchung Abhilfe schaffen könnten, liegt bei den unbelehrbaren oder asozialen Kranken, die bereits von ihrer Lungenkrankheit wissen und der von ihr ausgehenden Ansteckungsfähigkeit Kenntnis haben, die Macht der Gesundheitsämter und damit die Bekämpfung der Volkskrankheit „Tuberkulose“ sehr im argen, da sich die bei uns in Deutschland erlassenen Gesetze einschließlich des Gesetzes über das gerichtliche Verfahren bei Freiheitsentziehung vom 29. Juni 1956 für eine wirksame Tuberkulosebekämpfung als zu umständlich und schwerfällig erweisen.

Gesetzliche Regelung

Nach der Ersten Durchführungsverordnung zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 6. Februar 1935 obliegt nach § 4, der die Aufgaben der Gesundheitsämter umreißt, diesen nach Absatz 8 im Hinblick auf die Tuberkulose die Feststellung, die Einleitung von Maßnahmen zur Verhütung und die Durchführung eines Heilplanes. Soweit der Kranke den Gesundheitsämtern bei der Verfolgung dieser Aufgabengebiete keine Widerstände bereitet, werden diese ohne Schwierigkeiten zur Durchführung zu bringen sein. Ernsthafte, die Bekämpfung der Tuberkulose hemmende oder sie lähmende Probleme werden sich erst dann ergeben, wenn der Kranke der Anordnung, sich in Heilstättenbehandlung zu begeben, nicht Folge leistet. Nach § 3, Abschnitt I, der Zweiten Durchführungsverordnung zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 22. Februar 1935 sind die Gesundheitsämter angehalten, Verstöße gegen die Vorschriften der Gesundheitsgesetzgebung zur Kenntnis der zuständigen Behörde zu bringen. Auch § 61 der Dritten Durchführungsverordnung zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 30. März 1935 weist die Gesundheitsämter an, Maßnahmen zur Bekämpfung der Tuberkulose im Rahmen der für die Seuchenbekämpfung geltenden Vorschriften durchzuführen. Bei Gefahr in Verzug ist das Gesundheitsamt gemäß § 15, Abs. 4, der Zweiten Durchführungsverordnung vom 22. Februar 1935 ermächtigt, die zur Verhütung, Feststellung, Abwehr und Unterdrückung einer übertragbaren Krankheit erforderlichen, vorläufigen Anordnungen zu treffen.

Es hat also den Anschein, als seien die Gesundheitsämter vom Gesetzgeber mit aller Machtvollkommenheit ausgestattet, die eine wirksame Tätigkeit insbesondere im Hinblick auf die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten ermöglicht. In der Praxis der Gesundheitsämter erweist sich jedoch die Prozedur der Absonderung Offentuberkulöser zum Schutze der gesunden Bevölkerung bei Behandlungsunwilligkeit als so schwerfällig und mit Mängeln behaftet, daß man überspitzt formuliert behaupten kann, daß die Gesundheitsämter teilweise eher

geneigt sind, vor dem asozialen, behandlungsunwilligen Offentuberkulösen zu kapitulieren, als das Verfahren bis zur endgültigen Absonderung durchzuführen.

Im Hinblick auf die Bekämpfung der Tuberkulose kann sich das Gesundheitsamt zur Durchführung seiner für notwendig erkannten Maßnahmen zur Absonderung der Kranken auf das Gesetz betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten vom 30. Juni 1900 (RGBl. I, S. 306 ff.), auf das Gesetz zur Bekämpfung der Papageienkrankheit und anderer übertragbarer Krankheiten vom 3. Juli 1934 (RGBl. I, S. 532) sowie auf die Verordnung (VO) betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vom 1. Dezember 1938 (RGBl. S. 1721) stützen. Die VO vom 1. Dezember 1938 beruht auf § 5, 2 des Gesetzes vom 30. Juni 1900, auf § 12 des Gesetzes vom 30. Juli 1934 und auf § 10 des Gesetzes über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1934 (RGBl. I, S. 531). § 5 Abs. 2 sieht jedoch nur die Ausdehnung der Anzeigepflicht auf andere Krankheiten als die im § 1, 1 enthaltenen vor. Von einer Berechtigung zur Freiheitsentziehung ist nicht die Rede. Desgleichen enthält § 12 des Gesetzes vom 30. Juli 1934 nicht ausdrücklich eine solche Ermächtigung. Der Streit im juristischen Schrifttum über die Anwendbarkeit der VO vom 1. Dezember 1938 seit Existieren des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland hat seit der Verkündung des Gesetzes über das gerichtliche Verfahren bei Freiheitsentziehung vom 29. Juni 1956 ein Ende gefunden, da in § 17 dieses Gesetzes neben anderen Verordnungen auch die unstrittene VO zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vom 1. Dezember 1938 aufgenommen wurde und dadurch nunmehr als förmliches Gesetz im Sinne des Artikels 104 Abs. 1 des Grundgesetzes anerkannt werden muß.

Aber weder durch diese Tatsache, noch durch Verkündung des „Verwahrungsgesetzes“ vom 29. Juni 1956 sind die Probleme bei der Verfolgung der Aufgaben zur wirksamen Bekämpfung der Tuberkulose bei Behandlungsunwilligen geringer geworden. Wenn auch heute der Streit um die Gültigkeit und Anwendbarkeit der VO vom 1. Dezember 1938 weggefallen ist, so muß der Verfahrensweg bis zur wirksamen Verwahrung des Behandlungsunwilligen zum Wohle der gesunden Bevölkerung als nach wie vor sehr zeitraubend und schwerfällig angesehen werden, da nicht das Gesetz vom 29. Juni 1956, sondern der § 327 StGB einen wirksamen Schutz vor asozialen und behandlungsunwilligen Offentuberkulösen anstellt. Bis jedoch der § 327 StGB von den Gerichten in Anwendung gebracht werden kann, muß sich zunächst manches ereignen, was mit dem Ziel der Bekämpfung der Tuberkulose in Widerspruch steht.

Wie bereits oben ausgeführt wurde, ist das Gesundheitsamt nach § 3 der Zweiten Durchführungsverordnung vom 22. Februar 1935 in dem Fall, wo es eine zwangsweise Absonderung wegen Gefährdung der Umgebung bei bereits festgestellter Infektion etwa eines Familienmitgliedes durch den behandlungsunwilligen Kranken für notwendig erachtet, angehalten, bei der zuständigen Behörde darüber Meldung zu machen. Bei Staatlichen Gesundheitsämtern ist die zuständige Behörde die Kreisverwaltungsbehörde (Landratsamt) und bei Städtischen Gesundheitsämtern ist es der Stadtrat der Stadt, soweit sie eine sogenannte kreisfreie Stadt ist.

Da die VO vom 1. Dezember 1938 in § 11 Satz 1 vorschreibt, daß die Absonderung nach Möglichkeit in der Wohnung durchzuführen sei, wird die Gesundheitsbehörde entsprechend Absatz 2 des § 11 genau festzustellen haben, ob bereits eine Ansteckung in der Umgebung erfolgt ist oder unzureichende Absonderungsmöglichkeiten bestehen, da sonst für die zuständige Behörde die bedingte Gefahr besteht, daß die Verfügung zur Zwangsabsonderung richterlich nicht bestätigt wird. Wenn auch wohl im allgemeinen von den Gerichten anerkannt wurde und nach dem 29. Juni 1956 erst recht anerkannt wird, daß die Gesundheitsämter in Verbindung mit der zuständigen Verwaltungsbehörde (Landratsamt, Stadtrat) für eine Einweisung zuständig seien, so wird ihnen weiter nicht streitig gemacht, daß sie nach § 7 Abs. 2 der VO vom 1. Dezember 1938 neben den vorgesehenen Maßnahmen selbst anordnen, wenn Gefahr im Verzuge

ist. „Gefahr im Verzug“ ist eine nicht nachprüfbare, sachliche Voraussetzung für die Verfügung der Gesundheitsämter, da es sich hierbei um eine Ermessensfrage handelt. Die Gerichte werden wohl die sachliche Zuständigkeit einer Behörde nachzuprüfen, nicht aber zu untersuchen haben, ob für eine an sich zuständige Behörde die sachliche Voraussetzung zu der im Einzelfall ergriffenen Maßnahme gegeben ist. Es dürfte im allgemeinen die Ansicht der Gerichte sein, das freie Ermessen einer Verwaltungsbehörde nicht einzuschränken.

In diesem Zusammenhang ist es interessant zu untersuchen, wie die Verhältnisse vor dem 29. Juni 1956 lagen und wie sie sich nunmehr nach Verkündung des Bundesgesetzes über das gerichtliche Verfahren bei Freiheitsentziehung darstellen.

In der Zeit seit Bestehen des Bonner Grundgesetzes traten zunächst sehr beachtliche und sehr ernst zu nehmende Bedenken gegen die Anwendbarkeit der VO vom 1. Dezember 1938 auf. Es wurde aber zugleich sichtbar, daß eine restlose Ablehnung dieser VO, solange kein brauchbares, im demokratischen Geist geschaffenes Gesetz erlassen ist, die gesamte Bekämpfung der Tuberkulose blockieren bzw. lahmlegen würde. So wurde von namhaften, juristischen Wissenschaftlern die VO vom 1. Dezember 1938 für eine Vorschrift typisch nationalsozialistischen Gepräges gehalten, die wegen ihrer Uferlosigkeit mit rechtsstaatlichem Denken nicht vereinbar sei. Es wurde aus diesem Grunde seit dem Inkrafttreten des Grundgesetzes diese VO für verfassungswidrig angesehen, wenn auch eingeräumt werden mußte, daß Rechtsverordnungen, die im Rahmen eines förmlichen Gesetzes erlassen worden seien, zu Freiheitsentziehung ermächtigen könnten, ohne Art. 104 des Grundgesetzes (GG) zu widersprechen. Diese Voraussetzungen lagen jedoch für die VO vom 1. Dezember 1938 nicht vor, da die gesetzliche Grundlage dieser VO, die Gesetze von 1900 und 1934, nicht ausdrücklich zu Freiheitsentziehung ermächtigten.

Im Art. 104 Abs. 2 GG ist zwingend vorgeschrieben, daß über die Zulässigkeit und die Fortdauer einer Freiheitsentziehung nur der Richter zu entscheiden habe, und daß bei jeder nicht auf richterlicher Entscheidung beruhenden Freiheitsentziehung diese herbeizuführen sei. Die Polizei dürfe aus eigener Machtvollkommenheit niemanden länger als bis zum Ende des Tages nach dem Erreifen in eigenem Gewahrsam halten. Es wird dann weiter bestimmt, daß alles Nähere gesetzlich zu regeln sei.

Diese Auffassung machte sich u. a. der Bundesgerichtshof in seinem Beschluß vom 14. Oktober 1954 (IV ZB 52/54) zu eigen, in dem der Bundesgerichtshof die Auffassung vertrat, daß die VO vom 1. Dezember 1938 kein förmliches Gesetz im Sinne des Art. 104 Abs. 1 GG sei. Es wurde konsequenterweise gefolgert, daß nach Art. 104, 1 GG die Freiheit der Person nur auf Grund eines förmlichen Gesetzes und nur unter Beachtung der darin vorgeschriebenen Formen beschränkt werden könne. Ein förmliches Gesetz sei, wie der Begriff besage, nur eine Rechtsnorm, die von dem Gesetzgeber als Gesetz in dem dafür vorgesehenen Verfahren erlassen sei. Das GG habe insoweit bewußt strengere Anforderungen gestellt, als sie in dem entsprechenden Artikel der Weimarer Verfassung (WV Art. 114) enthalten seien. Der Gesetzgeber des Grundgesetzes wolle, daß die Voraussetzungen für die Zulässigkeit so weitgehender und schwerwiegender Eingriffe in die persönliche Freiheit des einzelnen Menschen nur von dem ordentlichen Gesetzgeber, nicht aber von der Verwaltung bestimmt werden könne. Dadurch solle das Recht der persönlichen Freiheit auf diesem Gebiet einen Schutz erfahren, der ihm in früherer Zeit nicht in gleichem Maße zuteil geworden sei und der die Möglichkeit ungerechtfertigter und willkürlicher Beschränkungen der Freiheit soweit als möglich ausschließe.

Der Bundesgerichtshof kommt neben weiteren Erörterungen zu dem Schluß, daß die zwangsweise Einweisung eines Offentuberkulösen nach der VO vom 1. Dezember 1938 nicht möglich sei.

Dieser Beschluß des Bundesgerichtshofes drohte die gesamte Tuberkulosebekämpfung lahmzulegen, so daß für Bayern das Bayer. Staatsministerium des Innern bis zu einer anders lautenden Entscheidung des Bundesver-

waltungsgerichts an der Auffassung festhielt, daß § 11 der Verordnung zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vom 1. Dezember 1938 im Rahmen des Art. 104 GG die Rechtsgrundlage für die zwangsweise Absonderung Tuberkulosekranker in einer Anstalt bilde. Es wurde den Gesundheitsämtern empfohlen, gemäß § 11 Abs. 2 der VO vom 1. Dezember 1938, durch die zuständige Behörde die nach Art. 104 Abs. 2 GG erforderliche richterliche Entscheidung künftig nur noch bei dem örtlich zuständigen Richter der Verwaltungsgerichtsbarkeit zu beantragen. Insofern bestand u. a. auch Übereinstimmung mit dem Beschluß des Bundesgerichtshofes vom 14. Oktober 1954, der ebenfalls anerkennt, daß Richter im Sinne des Art. 104 GG sowohl der Richter der bürgerlichen Gerichtsbarkeit als auch der Verwaltungsgerichtsbarkeit sein könne.

Durch diese Entschließungen des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 3. Juli 1949 und 15. Juli 1954 war es nunmehr trotz des Beschlusses des Bundesgerichtshofes möglich, bei der Absonderung Offentuberkulöser nach den Vorschriften der VO vom 1. Dezember 1938 zu verfahren.

Freies Wochenende 30./31. März 1957

Die Verfügung der Gemeinde hinsichtlich der Einweisung eines Offentuberkulösen in eine Heilstätte war dem zuständigen Verwaltungsgericht zur Beschlußfassung vorzulegen. Schloß sich das Verwaltungsgericht der Anordnung des Gesundheitsamtes bzw. der Gemeinde an, so wurde die getroffene Verfügung richterlich gemäß Art. 104 GG bestätigt.

Dieser Akt tat jedoch nur den Vorschriften des Grundgesetzartikels 104 Genüge und bewahrte die Bevölkerung nicht vor der Möglichkeit einer neuerlichen Gefährdung durch den Behandlungsunwilligen, wenn dieser aus der Obhut der Heilstätte, in die er eingewiesen wurde, entwich; denn die Aufgabe des Verwaltungsgerichtes war nur die Bestätigung der von der Gemeinde auf Antrag des Gesundheitsamtes vollzogenen Verfügung zur Einweisung in Heilstättenbehandlung. Entwich der Kranke aus der Anstalt, so war das Verwaltungsgericht nicht mehr zuständig, da es nur richterlich zu bestätigen hatte, daß kein Verstoß gegen Art. 104 GG vorlag. Nun war es neuerdings Aufgabe des Gesundheitsamtes, Strafanzeige wegen Vergehens nach § 327 StGB zu stellen.

§ 327 StGB sieht in Absatz 1 vor, daß der, der die Absperrungs- oder Aufsichtsmaßregeln oder Einfuhrverbote, welche von der zuständigen Behörde zur Verhütung des Einführens oder Verbreitens einer ansteckenden Krankheit angeordnet worden sind, wissentlich verletzt, mit Gefängnis bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft wird. Absatz 2 beinhaltet, daß der, durch den ein Mensch von der ansteckenden Krankheit ergriffen worden ist, mit Gefängnisstrafe von 3 Monaten bis zu 3 Jahren bestraft werden kann.

Das Bundesgesetz über das gerichtliche Verfahren bei Freiheitsentziehung vom 29. Juni 1958 hat für die Gesundheitsämter hinsichtlich der Verfolgung ihres Aufgabengebietes, soweit es sich um die Tuberkulosebekämpfung handelt, nur insofern eine verbesserte Situation geschaffen, als nun nicht mehr die Gefahr besteht, daß die VO vom 1. Dezember 1938, als mit dem Grundgesetz in Widerspruch stehend, angesehen werden kann. Dieser Engpaß in der Tuberkulosebekämpfung bei zwangsweiser Absonderung Offentuberkulöser war aber bereits durch die Ministerialentschließung des BStMdi insbesondere vom 15. Juli 1954 beseitigt, so daß für die praktische Arbeit der Gesundheitsämter aus diesem Gesetz keine Erleichterung für ihre hohe Aufgabe, die gesunde Bevölkerung vor uneinsichtigen Offentuberkulösen zu schützen, erwächst.

Das Gesundheitsamt muß den Patienten wie bisher schriftlich auffordern lassen, sich in die Behandlung einer Heilstätte zu begeben. Kommt er dieser Aufforderung nicht nach, so kann die zuständige Verwaltungsbehörde des Gesundheitsamtes bei dem gemäß § 4 des Gesetzes über Freiheitsentziehung vom 29. Juni 1956 zuständigen Amtsgericht nach § 3 Antrag auf Unterbringung in einer Heilstätte beantragen. Der Antrag wird hier in der Regel vom Verwahrungsgericht, einer Instanz der sogenannten freiwilligen Gerichtsbarkeit, behandelt. Auf Grund des „Verwahrungsgesetzes“ vom 29. Juni 1956 wird der Unterzubringende nicht zur Heilstättenbehandlung und Absonderung verurteilt, sondern diese Unterbringung wird durch eine Entscheidung angeordnet, die erst durch Rechtskraft wirksam wird. Das Gericht kann jedoch auch die sofortige Wirksamkeit der Entscheidung anordnen (§ 8). In dringenden Fällen besteht auch die Möglichkeit eine einstweilige Freiheitsentziehung (§ 11) zu beantragen. Diese darf jedoch die Dauer von sechs Wochen nicht überschreiten.

In Anbetracht der Tatsache, daß es in der Bundesrepublik Deutschland, so aber auch in Bayern, eine nicht ausreichende Zahl von abgeschlossenen Anstalten gibt, in die der zu verwahrende Offentuberkulöse gemäß § 2 unterzubringen wäre, besteht die akute Gefahr, daß sich dieses Gesetz, so sehr es die Vorschriften des Grundgesetzes beachtet und mit dem Zweck verkündet wurde, die gesunde Bevölkerung zu schützen, selbst zur Unwirksamkeit verurteilt. Keine sogenannte „offene“ Heilstätte ist nämlich mit der Machtvollkommenheit bzw. den technischen Voraussetzungen ausgestattet, die ein Entweichen des Eingewiesenen verhindern kann.

Dieser Tatbestand ist den Gesundheitsämtern aus ihrem engen Kontakt mit den Heilstätten bekannt. Es könnte verständlich sein, daß sie aus diesem Aspekt darauf verzichten, den vorgeschriebenen Rechtsweg einzuschlagen, da sie sich von vornherein darüber im klaren sein können, daß ihm kein greifbarer Erfolg beschieden ist, wenn der Vollzug der Entscheidung über die zwangsweise Verwahrung ausgerechnet zur Aufgabe der Heilstätte wird, die dazu am wenigsten geeignet und ausgestattet ist. Aus diesem Tatbestand, der sich für das Gesundheitsamt ergibt, wenn sich der zwangsweise Eingewiesene aus der Heilstätte unerlaubt entfernt, ist die Amtshilfe für den Fall, daß er sich in einen anderen Landkreis als den seines zuständigen Gesundheitsamtes begibt, nicht tröstlich; denn um eine endgültige Absonderung herbeizuführen, fiele der nächste Zug, Strafanzeige wegen Vergehens gegen § 327 StGB, wiederum dem Gesundheitsamt bzw. seiner zuständigen Verwaltungsbehörde zu, um den Unbelehrbaren in Anstaltsgewahrsam zu bekommen. Es ist dadurch abermals ein Verfahren erforderlich, dessen Ausgang wegen der Unterbringung genauso zweifelhaft ist. Erfahrungsgemäß erfolgt die Unterbringung Schwertuberkulöser in den Gefängnis-Krankenabteilungen sehr ungern und die einzige geschlossene Anstalt, St. Georgen, Bayreuth, beispielsweise für Bayern, muß für das gesamte Land als in hohem Maße unzureichend angesehen werden.

Abgesehen von der eben erwähnten Tatsache, daß die sogenannten „offenen“ Heilstätten keine Möglichkeit bieten den Anordnungen kraft Gesetzes Wirksamkeit und Nachdruck zu verleihen, darf es nicht den Sanatorien und Heilstätten als den schwächsten Gliedern in der Kette derer, die in den Rahmen der Tuberkulosebekämpfung gespannt sind, auferlegt werden, mit einem Problem fertig zu werden, das höheren Orts zu regeln wäre. Einer gewöhnlichen Heilstätte stehen außer der Abschrift der richterlichen Entscheidung keine Machtmittel zur Verfügung, sich dem uneinsichtigen Kranken gegenüber zu behaupten. Angesichts dieser ersten Bedenken würde das Gesetz vom 29. Juni 1956 auf die übrigen Kranken nicht nur nicht im geringsten abschreckend, sondern eher ermutigend wirken, wenn sie miterleben, welche „ungesetzlichen Rechte“, der zwangsingewiesene Offentuberkulöse für sich in Anspruch nehmen kann, bevor er wirklich abgesondert wird.

Es bestehen für den Arzt des Gesundheitsamtes, wie auch besonders für den der Heilstätte, der die Verwahrung eines unbelehrbaren Offentuberkulösen begehrt, der gegen die in der Seuchenbekämpfung geltenden Vorschriften trotz wiederholter Belehrung fortgesetzt verstößt,

noch anderweitige, ernste Probleme, die die Grundlage seines ärztlichen Berufes berühren, sich für den Rechtsweg zu entscheiden, da es für keinen Arzt eine dankbare Aufgabe ist, gegen seinen Patienten als Zeuge bei Gericht auftreten zu müssen, da dadurch das erforderliche Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Kranken in entscheidendem Maße gestört ist, das jedoch der einzige Weg wäre, den Kranken trotz gesetzlicher Verwahrung die Notwendigkeit dieser Maßnahme durch Belehrung in einer vertrauensvollen Atmosphäre verständlich zu machen.

Vorschläge für eine anzustrebende Neuregelung

a) Solange uns in Deutschland nur das Gesetz über das gerichtliche Verfahren bei Freiheitsentziehung vom 29. Juni 1956 und in Verbindung damit die VO vom 1. Dezember 1938 sowie die übrigen, einschlägigen Gesetze von 1900 und 1934 zur Verfügung stehen, erweist es sich als zwingend und unumgänglich, über das bisher vorhandene, bescheidene Maß hinaus, abgeschlossene Anstalten oder abgeschlossene Abteilungen in Krankenhäusern oder Heil- und Pflegeanstalten zu schaffen.

Wenn auch die zum Schutze der gesunden Bevölkerung erlassenen Gesetze vom Staat verkündet wurden, so würde es an dem Sinn der Tuberkulosebekämpfung und -betreuung vorübergehen, wenn man der Auffassung wäre, daß daraus gefolgert werden müsse, daß allein der Staat für die Unterbringung derer, die gegen diese Gesetze verstoßen, zuständig sei. Die Tuberkulose eines Behandlungswilligen und die eines Behandlungswilligen unterscheiden sich nicht voneinander. Daraus müßte konsequenterweise geschlossen werden, daß der jeweilige Kostenträger (Bundesversicherungsanstalt für Angestellte, Landesversicherungsanstalten, Landesfürsorgeverbände, Versorgungsämter usw.) derselbe bleibt. Es wäre daher mit allem Ernst zu überlegen, ob die Kostenträger auch für dieses dringende Problem zu interessieren wären, um ihren Anteil an der Lösung dieser Aufgabe beizutragen. Es bedarf keiner Erörterung, daß die wirksame Absonderung eines unbelehrbaren, gegen die Gesetze verstoßenden Offentuberkulösen für den Kostenträger eine Einsparung seiner Leistungen bedeutet, wenn er nicht nur die Ausbreitung der Tuberkulose etwa innerhalb der Familie dadurch unterbindet, sondern auch den Kranken zu einer wirksamen Kur zwingt.

Wollte man auf die einzige, geschlossene Heilstätte etwa in Bayern verweisen und daraus ableiten, daß man in dieser Hinsicht nichts weiter zu unternehmen habe, so wäre diesem Gedankengang entgegenzuhalten, daß diese Anstalt hinsichtlich ihrer Größe der Nachfrage nicht gewachsen ist. Darüber hinaus wäre aber auch zu überlegen, ob es nicht einen Nachteil bedeutet, Kranke, die infolge langjähriger, ununterbrochener, erfolgloser Anstaltsbehandlung, an ihrer Genesung zweifelnd, den Weg in die Freiheit suchen, jedoch dadurch mit den einschlägigen Gesetzen in Konflikt geraten, in einer geschlossenen Anstalt zu verwahren, wie sie z. B. Bayreuth darstellt, in der sie dazu verurteilt sind, mit schweren, kriminellen Fällen zusammen untergebracht zu sein. Neben der dringenden Notwendigkeit sollten gerade diese psychologischen Bedenken dazu beitragen, baldigst einen gangbaren Weg zu finden, der es ermöglicht, abgeschlossene Tuberkulosehäuser in ausreichendem Maße zu schaffen. Nach der Zahl der Patienten, die gegenwärtig in derartigen Häusern unterzubringen wären, würde für jeweils einen Regierungsbezirk ein abgeschlossenes Haus von etwa 70 Betten oder eine entsprechende Abteilung in der jeweiligen Heil- und Pflegeanstalt ausreichend sein.

b) Nachdem bereits im Juni 1956 das Gesetz über das gerichtliche Verfahren bei Freiheitsentziehung verkündet wurde, jedoch bis heute noch keine Einrichtungen geschaffen sind, die einen erfolgreichen Vollzug gewährleisten und dadurch weiterhin die Tuberkulosebekämpfung in entscheidenden Punkten gehemmt ist, drängt sich die Vermutung auf, daß die Fortschritte auf dem Wege dieser Bemühungen möglicherweise nur deshalb so zögernd sind, weil es sich um eine reine Frage der Geldbeschaffung handelt.

Bei dem gegenwärtigen Stand der Dinge muß von der ärztlichen Seite das „Verwahrungsgesetz“ vom 29. Juni 1956, wenn nicht gerade abgelehnt, so doch mit großer Reserve betrachtet werden, da durch seine Existenz keine wirksamere und schnellere Tätigkeit der Gesundheitsämter bei der Absonderung des ansteckungsfähigen, uneinsichtigen Tuberkulosekranken gewährleistet wird. Man wäre beinahe versucht zu sagen, daß unser staatliches Gesundheitswesen gerade so gut ist, wie es mit diesem brennenden und ständig zunehmenden Problem fertig wird. Hieraus muß sich

für den Gesetzgeber die Frage erheben, ob nicht zu erwägen wäre, ein Gesetz nach dem Muster des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten zu schaffen, in das Bestimmungen über das Strafmaß eingebaut sind, so daß die langwierigen, mehrfachen Verfahren erspart blieben und darüber hinaus eine wirksamere Absonderung zum Wohle der gesunden Bevölkerung, zu der der Betroffene verurteilt werden kann, möglich wäre.

Anschrift des Verfassers: München-Pasing, Orthstr. 30 (Villenkolonie 1).

Notlage der Privatkrankenanstalten

Die Notlage der bayerischen Privatkrankenanstalten, über deren Geschichte Kollege Dr. Breidenbach in Heft 9/1956 und 2/1957 des Bayer. Ärzteblattes berichtet hatte, war am 18. Februar 1957 Gegenstand einer Pressekonferenz, zu der die Arbeitsgemeinschaft der Privatkrankenanstalten in Bayern eingeladen hatte. Der Wichtigkeit des Themas entsprechend, hatten sich Vertreter der Staatsregierung, der ärztlichen Organisationen, der Versicherungsträger wie der Gewerkschaften eingefunden, unter denen der 1. Vorsitzende der Vereinigung, Dr. Breidenbach, besonders den Staatsminister d. I. Dr. Geislerhörer, den Präsidenten der Bayer. Landesärztekammer Dr. Sewering, den 1. Vorsitzenden der KV Bayern Dr. Völlinger, eine Reihe Landtagsabgeordneter, die Vertreter mehrerer Ministerien, der Gewerkschaften und der Presse namentlich begrüßen konnte. In dem ausführlichen Referat schilderte Dr. Breidenbach die Situation. Den in allen Sektoren des Krankenhausbetriebes gestiegenen Ausgaben (Verteuerung der Lebensmittel, Arbeitszeitverkürzung, teure neuere Medikamente und Behandlungsmethoden, zeitgemäße höhere Ansprüche der Patienten) steht keine Erhöhung der Einnahmen gegenüber, da die Krankenkassen starr an einem Verpflegungssatz festhalten, der zugestandenmaßen die Selbstkosten des Krankenhauses nicht deckt. Darüber hinaus werden den Privatkliniken noch Vermögenssteuern für ein nicht verzinsbares Vermögen und neben diesen echten die verkappten Steuern des Kindergeldes, der Arbeitsplatzablösung für Schwerkrankenbeschädigte und die ständig steigenden Sozialleistungen für die Berufsgenossenschaft zugemutet. Dazu kommen der immer dringlicher werdende Nachholbedarf und Neuan-schaffungen, um ein Haus auf der Höhe zeitgemäßer Ansprüche zu halten. Zur Deckung des Defizits, welches die ungenügenden Verpflegungssätze der sozialversicherten Patienten ihm auferlegen, bleibt dem Krankenhauseigner der Rückgriff auf eigenes Vermögen oder auf Praxiseinnahmen, die begreiflicherweise mit der Ausdehnung der sozialen Krankenversicherung einen immer kleineren Bruchteil seines Einkommens ausmachen. Da es dem privaten Eigentümer nicht möglich ist, ähnlich wie caritativen Anstalten, an Wohltätigkeitsinstitutionen zu appellieren, wird seine Lage immer prekärer und bereits mußte eine Anzahl hochberühmter Anstalten in Bayern wie auch im ganzen Bundesgebiet ihre Pforten schließen.

Es wäre indes falsch, in dieser wirtschaftlichen Notlage nichts anderes als eine Privatsorge einer kleinen Ärztegruppe zu sehen. Die unbestrittene Eigenschaft als gemeinnützige Unternehmung wie auch der Umfang ihrer

Tätigkeit — in München wurden nach einem statistischen Bericht der OKK im Jahre 1955 in den städtischen Krankenhäusern rund 12000, in Privatkrankenhäusern rund 15000 Versicherte der AOK behandelt — gibt den Privatkrankenhäusern einen berechtigten Anspruch auf Berücksichtigung ihrer Forderungen. Wenn dem Privatbesitzer, der bisher unter großen Opfern seine Selbständigkeit behauptet hat, durch finanzielle Schwierigkeiten eine Weiterführung unmöglich würde, wäre damit ein weiterer Schritt auf dem Weg der Sozialisierung getan, dessen materielle und ideelle Schäden die Allgemeinheit zu tragen hätte. Bei dem allgemeinen Bettenmangel könnte an eine Auflassung der bestehenden Krankenanstalten nicht gedacht werden, die Lasten gingen auf den Nachfolger, in diesem Fall wohl die öffentliche Hand, über. Weit bedenkllicher wären die Folgen für den Patienten, da heute die Privatkrankenanstalten als einzige das Recht des Patienten auf den selbstgewählten Arzt im selbstgewählten Krankenhaus wahren. Welche Gefahren für den Patienten bei einer vom Staat beherrschten und somit dem Weisungsrecht des Staates unterstehenden Anstalt gegebenenfalls entstehen können, haben wir alle noch allzugenug in Erinnerung.

In der Diskussion wurden die vorgetragenen Tatsachen wirksam unterstrichen durch die Ausführungen des Präsidenten der Bayer. Landesärztekammer, Dr. Sewering, wie auch durch den Vorsitzenden der Bayer. Krankenhausgesellschaft, Prof. Dr. May, der eine Reihe von Ursachen anführte, welche die Steigerung der Betriebskosten veranlaßt hatten, und die bittere Feststellung treffen mußte, daß Bayern von allen Ländern des Bundesgebietes für sein Gesundheitswesen die geringsten Aufwendungen mache.

Von den Rednern der ärztlichen Landtagsabgeordneten fanden die Ausführungen des Kollegen Dr. Soennig besondere Beachtung, da sie mit dem umfangreichen Tatsachenmaterial wesentlich zur Darlegung der Situation beitrugen. Wir geben sie aus diesem Grunde anschließend in vollem Wortlaut wieder.

Bei den anwesenden Gästen, denen ja das Problem als solches nicht neu war, herrschte grundsätzlich volle Übereinstimmung in der Anerkennung der Berechtigung der vorgebrachten Forderungen. So blieb nur die praktische Frage zu lösen, wie die Mittel für die Behebung dieses Notstandes aufzubringen wären. Hier allerdings zeigte sich, daß bei allem an den Tag gelegten Verständnis keiner der Verbände bereit oder in der Lage ist, höhere Ver-



CEFAK
Kempten/Allg.

Cefangipect

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

pflegssätze zu gewähren. Staatsminister Dr. Geiselhöringer sicherte zwar wohlwollende Behandlung in allen sein Ressort betreffenden Fragen zu, verwies jedoch gleichzeitig die Ärzte auf den Weg der Selbsthilfe.

Die Vertreter der Gewerkschaft ÖTV anerkannten voll und ganz die wertheschaffende Leistung der Ärzteschaft und sicherte seine Unterstützung der Forderung der Krankenhausbesitzer zu.

Zur Lage des deutschen Krankenhauswesens

Von Dr. med. Rudolf Soennling, MdL und Vorsitzender des Bayer. Landesgesundheitsrates

Es ist leider zu wenig bekannt, daß die stationäre Behandlung unserer Kranken heute vor chaotischen Zuständen stünde, wenn nicht nach dem Kriege Gemeinden, Ärzte, Schwestern, gemeinnützige Verbände und private Initiative die Lage gemästert hätten. Sie brachten — dieses Wort kann man hier wirklich berechtigt gebrauchen — unerhörte Opfer.

Diese Feststellung klingt sehr traurig und müßte eigentlich den Staat beschämen. Wenn ich ihn belaste, so vergesse ich dabei nicht die schwierigen Umstände des Wiederaufbaus nach 1945. Aber, daß der Staat seine Verpflichtungen doch nicht in erforderlichem Maße erfüllt hat, will ich durch folgende Angaben beweisen:

1. Die Krankenhäuser wurden bei allen großen Hilfsaktionen nach dem Krieg, besonders bei ERP, Mae-Cloy-Fonds, das Lastenausgleichs- und Kriegsfolgenschlußgesetz vollkommen vergessen, obwohl die schweren Schäden durch Krieg und Folgeerscheinungen nicht zu übersehen waren. Die Bayerische Staatsregierung stellte 1951 einen Nachholbedarf von ca. 30 Mill. DM fest. Der bayerische Staat hat von dieser anerkannten Summe bisher mit 3,3 Mill. DM Hilfe geleistet. (1951: 200 000 DM, 1952/53/54 je 800 000 DM, 1955 200 000 DM, 1956 ca. 500 000 DM). Obwohl diese Gelder kaum einen Tropfen auf den heißen Stein bedeuten, sollen die Zuschüsse für den Krankenhausholbedarf ganz gestrichen werden. Der Oberste Rechnungshof sieht nämlich in dieser Sozialleistung keine echte Staatsaufgabe. Das Finanzausgleichsgesetz bewilligte wenigstens den kommunalen Krankenhäusern gewisse Unterstützungen beim Wiederaufbau und Umbau ihrer Krankenanstalten, während für die freigemeinnützigen und privaten Krankenhäuser für diesen Zweck kein Pfennig erübrigt werden konnte.

2. Die gesetzlichen Krankenkassen bezahlen einen Krankenhausverpflegssatz, der nicht einmal die Selbstkosten für die Pflege der Kranken deckt. Der Satz ermöglicht keinerlei Einkalkulation von Mitteln für Unterhalt, Neubau, Umbau und Nachholbedarf der Krankenhäuser. Die neuesten Feststellungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft besagen, daß die Krankenhäuser bei Krankenkassenpatienten ea. 4.50 DM pro Tag daraufbezahlen müssen, wobei 2.50 DM reine Verpflegskosten und 2.00 DM für den Unterhalt der Häuser gerechnet werden. 1955 bezahlten die gesetzlichen Krankenkassen im Schnitt 9.50 DM Krankenhausverpflegssatz für Krankenkassenpatienten, während der errechnete durchschnittliche Selbstkostensatz mindestens 12.— DM ausmacht.

Seit Jahren ist ein Tauziehen zwischen Ländern und Bund und Krankenkassen im Gange, wer diesen Fehlbetrag abdecken soll, der z. B. in München je Bett im Jahr 4000 DM beträgt. Wir haben also die traurige, ich möchte fast sagen, tragische Situation, daß die Krankenhäuser im Bundesgebiet um das Geld betteln müssen, damit sie ihr eigenes Defizit abdecken können. Eine ähnliche Lage gibt es in keinem Land Europas. Das Defizit der staatlichen und kommunalen Krankenhäuser wird aus Steuermitteln beglichen; die gemeinnützigen und privaten Krankenanstalten aber können keine öffentliche Quelle anzapfen und treiben langsam aber sicher ihrem wirtschaftlichen Ruin entgegen. Dadurch können sie mit den öffentlichen Krankenhäusern bald nicht mehr konkurrieren. Diese Entwicklung führt praktisch zu einer kalten und totalen Sozialisierung des Krankenhauswesens und lähmt jede private Initiative.

3. Die Einführung der 54- und 48-Stunden-Woche für das Krankenpflegepersonal belastet die Krankenhäuser

Es ist nicht der Zweck einer Pressekonferenz, eine Frage zu lösen. Die guten Informationen auf der einen, wie die Aufgeschlossenheit der anderen Seite und nicht zuletzt das gute Echo, welches die Forderungen der Krankenhausbesitzer in der Presse gefunden haben, berechtigen zu der Hoffnung, daß die Behandlung in den maßgebenden Gremien einen günstigeren Boden finden werden, als dies bisher der Fall war.

finanziell schwer. Allein in Bayern müssen ca. 3000 Schwestern neu eingestellt werden, für die selbstverständlich Wohnraum zu beschaffen ist, der allein einen Aufwand von 30 Mill. DM erfordert.

Diese alarmierenden Tatbestände konnten bisher Bund und Länder nicht bewegen, den Notstand im Interesse der Volksgesundheit, der Kranken und Krankenanstalten zu beheben.

Der Bayerische Landesgesundheitsrat hat daher seit seinem Bestehen immer wieder seine mahnende und warnende Stimme erhoben und gefordert, einen akuten Notstand durch Sofortmaßnahmen zu beseitigen.

Die Wächter der Volksgesundheit in Bayern haben die Situation untersucht und folgende Lage ermittelt:

1. Finanzschwache Gemeinden können auf die Dauer aus ihrem eigenen Geldbeutel für ihre Krankenhäuser die hohen Zuschüsse nicht mehr leisten, ohne andere wichtige kommunale Pflichtaufgaben vernachlässigen zu müssen; Gemeinden gingen schon dazu über, am falschen Platz — bei Ärzten, Schwestern und Kranken — zu sparen. Bürger finanzschwacher Gemeinden müssen sich schon mit unzulänglichen Krankenhäusern abfinden. Die Gemeinden gehen sogar schon so weit, daß das ärztliche Einkommen der Krankenhausärzte erhalten muß, um den Fehlbetrag abdecken zu können.

Das Bayerische Innenministerium hat vor einigen Tagen festgestellt, daß von 526 erfaßten kommunalen, freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern 198 keine Operationssäle, 71 keine Röntgeneinrichtung, 146 kein Laboratorium, 290 keinen Krankenaufzug besitzen; 123 sind räumlich veraltet und 431 verfügen über keine vollwertige Infektionsabteilung. Zur Illustration dieser Sachlage muß allerdings noch gesagt werden, daß nur 136 Häuser mehr als 100 Betten haben, allein 245 verfügen über weniger als 50 Betten. Hier zeigt sich klar, daß in den letzten Jahren eben kein Geld vorhanden war, um unrentable Zwergkrankenhäuser aufzulösen und moderne, nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten ausgerichtete Krankenhäuser zu schaffen. Es muß hier ausdrücklich betont werden, daß die Gesundheitsabteilung des Bayerischen Innenministeriums seit Jahren auf diese Zustände hingewiesen hat, die keines Kommentars bedürfen. Wir haben in Bayern anscheinend einen Finanzminister, dem das nötige Verständnis für die Lage der Krankenhäuser abzugehen scheint.

2. Im Gesundheitswesen und Krankenhauswesen herrschen das föderalistische Prinzip. Nun haben aber auf diesem Gebiet die meisten Länder viel versäumt, voran Bayern, so daß wiederholt gewichtige Stimmen die Zentralisierung des Gesundheitswesens in Bonn nachdrücklich gefordert haben. Wenn hier Bund und Länder nicht bald eine gemeinsame Grundlage für eine Zusammenarbeit finden, dann werden zentrale Bundeslösungen unvermeidlich bleiben. Der Bund hat dazu eine Handhabe, da über 90% der Betten von Kranken belegt sind, die von gesetzlichen Krankenkassen, Versorgungsämtern, Fürsorgeämtern usw. belegt werden, für die der Bund in der Hauptsache zuständig ist. Nur rund 10% Privatpatienten belegen die Krankenhäuser und zahlen wirklich die Selbstkosten. Die Krankenkassen versuchen immer wieder, dem Staat höhere Verpflichtungen gegenüber den Krankenhäusern aufzubürden und umgekehrt. Hier entsteht ein Tauziehen, das nicht mehr lange widerspruchslos hingenommen werden kann.

3. Ungeheure Vermögenswerte stehen auf dem Spiel. Wir haben im Bund 3325 Krankenanstalten mit 524 196 Betten, die einen Anlagewert von mindestens 11,5 Milliarden DM darstellen. Auf 1000 Einwohner treffen also 10,5 Krankenbetten (Tbc-Anstalten und Heil- und Pflegeanstalten eingeschlossen). Von diesen Krankenbetten sind ca. 40% in freigemeinnützigen und 5% in privaten Kliniken aufgestellt. Auf kein Krankenbett kann verzichtet werden. Wenn bei der heutigen Krankenhauspolitik die 45% Krankenbetten, die nicht in kommunalen und staatlichen Händen sind, zurückgehen oder ausfallen, dann müßte die öffentliche Hand sie auf jeden Fall ersetzen. Ein neues Krankenbett zu bauen, kostet aber gegenwärtig mindestens 20 000 DM. Die Betten in den gemeinnützigen und privaten Anstalten verkörpern also einen Wert von 5 Milliarden DM. Es wäre ein schlechtes Geschäft, wenn eines Tages diese Betten aus Steuermitteln ersetzt werden müßten. In Bayern sind von ca. 85 000 Krankenbetten ca. 20 000 freigemeinnützig und privat und bedeuten einen Wert von ca. 1/2 Milliarde DM.

4. Die arbeits- und einrichtungsmäßigen Zustände in den Krankenhäusern rauben unseren Mädchen die Lust, den Beruf einer Krankenschwester zu ergreifen. Daher mangelt es in zahlreichen Krankenhäusern bereits an ausreichendem und geschultem Personal. In Bayerns Staatshaushalt stehen — sage und schreibe — für die Förderung des Schwesternnachwuchses im Jahr ganze lächerliche 3000 DM zur Verfügung. Eine wissenschaftliche Forschungsarbeit kann bei den Zuschußbetrieben überhaupt nicht mehr geleistet werden, was für Medizin und Kranke einen schweren Verlust bedeutet.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich daher nochmals an die Öffentlichkeit appellieren, das Krankenhauswesen nicht länger mehr stiefmütterlich zu behandeln und endlich gemeinsame Lösungen von Bund und Ländern zu finden, wie auch der letzte deutsche Ärztetag gefordert hat.

Die Krankenhäuser müssen ausreichende Verpflegungssätze erhalten, damit sie den Kranken die beste Pflege

angedeihen lassen können, was moderne Krankenanstalten voraussetzt. Von berufener Seite wurde zur Lösung der akuten Notzustände folgendes vorgeschlagen:

1. Bund und Länder müssen gemeinsam zur Abdeckung des Nachholbedarfes und zur Modernisierung der Krankenhäuser verbilligte Darlehen oder Zuschüsse für den Zins und Tilgungsdienst geben. Für diesen Zweck sind jährlich ca. 500 Mill. DM aufzubringen.

2. Die Krankenhäuser müssen Verpflegungssätze erhalten, die ihre Eigenkosten decken. Der reine Verpflegungssatz nach der Bundesverpflegungssatzordnung muß im Schnitt um ca. 2.50 DM gehoben werden und für Unterhalt und Baukosten der Krankenhäuser sind ca. 2 DM je Bett und Tag aufzubringen. Nach Berechnung der Deutschen Krankenhausesgesellschaft müssen die Krankenkassen ihren Beitrag um 0,34%, also von 6,18% auf 6,52% der Bruttolohnsumme, erhöhen, damit sie diese Verpflichtungen erfüllen können.

3. Sollten die Krankenkassen nicht in der Lage sein, diese Erhöhung zu leisten, dann müßte eine ungedeckte Spitze gemeinsam von Bund, Ländern und Gemeinden getragen werden.

Zusammenfassend sei festgestellt:

Das Krankenhauswesen ist das Kardinalproblem Nr. 1 unserer Gesundheits- und Sozialpolitik. Bund und Länder müssen mit Energie die Krankenhausprobleme endlich lösen. Unsere Wirtschaft benötigt gesunde und arbeitsfähige Menschen als Voraussetzung jeglicher Existenz unseres Volkes. Alle Planungen und Maßnahmen zur Förderung des wissenschaftlichen und technischen Nachwuchses usw. müssen scheitern, wenn die Menschen nicht gesund bleiben und ihre Arbeitskraft erhalten. Die Frühinvalidität verschlingt jährlich Milliardenbeträge, die besser angelegt wären, wenn man sie für die vorwegende Gesundheitspflege und für die Krankenanstalten ausgibt, die bekanntlich auf rasche Weise die Menschen wieder herstellen und in den Arbeitsprozeß einreihen.

MITTEILUNGEN

Übernahme von Vertretungen

Die bei der Bayer. Landesärztekammer eingerichtete Vertreterzentrale bittet diejenigen Ärztinnen und Ärzte, welche Vertretungen von praktischen Ärzten oder Fachärzten übernehmen wollen, sich baldmöglichst bei der Bayer. Landesärztekammer, München 23, Königlstraße 85/III, zu melden. Gleichzeitig wäre zu vermerken, ob sie im Besitz eines Führerscheines oder eines eigenen Fahrzeuges sind.

Zusammenarbeit zwischen Ärzten der freien Praxis und den Gesundheitsämtern in der Betreuung von Tuberkulosekranken

Die Gesundheitsabteilung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern und die Bayerische Landesärztekammer haben ihre Bemühungen, die Zusammenarbeit zwischen freipraktizierenden Ärzten und staatlichem Gesundheitsdienst zum Wohle der Kranken weiter zu fördern, fortgesetzt. Als erste Ergebnisse dieser fruchtbaren Zusammenarbeit konnten wir die Neuregelung der ärztlichen Betreuung von Frühgeburten und die Vereinbarungen über die Intensivierung der Krebserkennung und -behandlung bekanntgeben.

Nunmehr wurde auch eine neue Form der Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Betreuung von Tuberkulosekranken gefunden. Während es bisher vielfach üblich war, daß dem Gesundheitsamt bekanntgewordene Tuberkulose-Patienten zu den amtlichen Sprechtagen der Tuberkulosefürsorgestellen vorgeladen wurden, begnügen sich die Gesundheitsämter in Zukunft mit einem Befundbericht, sofern aus diesem alles zu entnehmen ist, was

zur Betreuung des Falles gehört. Die neuen Vorladungsformulare enthalten in Fettdruck einen Absatz, der folgendermaßen lautet:

„Wir empfehlen, von dieser Vorladung Ihren Hausarzt in Kenntnis zu setzen. Ihr persönliches Erscheinen ist nicht erforderlich, wenn Sie bis zum obigen Termin einen genauen fachärztlichen Befundbericht vorlegen.“

Um diese Regelung haben wir uns deshalb so sehr bemüht, weil wir der Überzeugung sind, daß der Tuberkulosekranke ebenso ein Anrecht darauf hat, sich von dem privaten Arzt seines Vertrauens untersuchen zu lassen, wie jeder andere Patient auch. Leider hat es sich aber auch bei den Kollegen teilweise eingebürgert, Patienten, bei denen sie den Verdacht auf eine Lungenerkrankung hatten, nicht zum freipraktizierenden Facharzt, sondern in die Tuberkulosefürsorgestelle zu schicken.

Ich bitte nun alle bayerischen Ärzte, in Zukunft jede Untersuchung bei Verdacht auf Lungenerkrankung nur noch bei freipraktizierenden Fachärzten vornehmen zu lassen und darüber hinaus jedem ihrer Patienten, welcher eine Vorladung zur Nachuntersuchung in die Tuberkulosefürsorgestelle erhält, die Untersuchung beim freipraktizierenden Arzt durch Aushändigung eines Überweisungsscheines zu ermöglichen.

An die Fachärzte habe ich die dringende Bitte, in jedem dieser Fälle dem Gesundheitsamt Abdruck ihres ausführlichen Befundberichts zukommen zu lassen, da nur auf diese Weise der Patient vom persönlichen Erscheinen befreit ist.

Nur wenn alle Beteiligten mithelfen, kann aus dieser Neuregelung wieder ein fruchtbarer Beitrag zur Verbes-

serung der Zusammenarbeit zwischen der freipraktizierenden Ärzteschaft und dem staatlichen Gesundheitsdienst werden.
Dr. Sewering

Steuern für die Fortbildung im Ausland?

Durch Urteil vom 18. 12. 1956 hat das Finanzgericht Stuttgart einem Arzt, der an dem Fortbildungskurs Meran 1954 teilgenommen hat, die steuerliche Anerkennung der hierfür aufgewandten Kosten versagt. Die grundsätzliche Bedeutung dieser Entscheidung reicht weit über den Einzelfall hinaus und trifft empfindlich einen nicht unbeachtlichen Teil unseres ganzen Fortbildungswesens. Gegen das Urteil wird Rechtsbeschwerde beim Bundesfinanzhof eingeleitet, dessen Entscheidung noch aussteht.

Angesichts der Bedeutung, welche die durch das Stuttgarter Urteil geschaffene Situation für alle Kollegen hat, die bisher an den Tagungen im Ausland teilgenommen haben oder daran teilzunehmen gedenken, hat die Bundesärztekammer in den „Ärztlichen Mitteilungen“ eine eingehende Stellungnahme veröffentlicht.

Gegenüber der Auffassung des Finanzgerichtes, daß es sich „um eine Verbindung von Studien- und Erholungsreisen handelt, bei der das berufliche Interesse an den Reiseaufwendungen als weitaus überwiegend nicht angesehen werden kann“, werden die Gründe dargelegt, welche die Bundesärztekammer zur Einrichtung der Kurse im Ausland veranlaßt haben. Der Artikel (Ä. M. Heft 5/57, S. 141) sei allen interessierten Kollegen dringend empfohlen.

Über einen ähnlich gelagerten Fall berichtet die „Schweizerische Ärztezeitung“ vom 1. 3. 1957. Es handelt sich um die Anerkennung der Abzugsfähigkeit der Kosten eines Arztes des Kantons Zürich, der an einem Kurs seiner Spezialdisziplin in Amerika teilgenommen hatte. In dem Entscheid der Oberrekurskommission werden diese Auslagen als abzugsfähig anerkannt. Wenn auch für die deutsche Rechtsprechung der Fall keine Geltung hat, ist er immerhin interessant als Einstellung einer maßgebenden Stelle eines benachbarten Kulturlandes. Die ausführliche Begründung ist veröffentlicht im Schweizerischen Zentralblatt für Staats- und Gemeindeverwaltung, Heft 21, S. 476/77 vom 1. November 1954.

Macht und Recht

Unter diesem Titel stellen die Mitteilungen des Landesverbandes Bayern des Hartmannbundes vom Dezember 1956 (Dr. Paul Weigel) Forderungen an den Gesetzgeber, vor allem hinsichtlich der Steuergesetzgebung. Wir entnehmen dem Artikel folgenden Passus:

„Die Bayerische Ärzteversorgung besitzt mit der Invaliden- und Angestelltenversicherung das gleiche Merkmal, nämlich, daß sie durch gesetzlichen Zwang besteht. Während die Invaliden- und Angestelltenversicherung von der Versicherungssteuer befreit sind, wird die Ärzteversorgung zur Versicherungssteuer herangezogen. Ein Grund für eine so unterschiedliche Behandlung gesetzlicher Zwangsversicherungen ist für einen Laienverstand nicht einzusehen. Dazu kommt noch, daß die Einzahlungen der Ärzte für ihre Ärzteversorgung mit einem Fünftel des eingezahlten Betrages zur Vermögenssteuer herangezogen werden, während dies bei der Invaliden- und Angestelltenversicherung nicht der Fall ist. Auch die Pensionsansprüche der Beamten bleiben bei der Vermögenssteuerveranlagung unberücksichtigt. Unsere Forderung für ein Sofortprogramm der Regierung zur ‚Förderung der geistig schaffenden Berufe‘ muß deshalb lauten, daß die Bayerische Ärzteversorgung die gleiche steuerliche Behandlung erfährt, wie die übrigen staatlichen Einrichtungen zur Altersvorsorge, allein schon deshalb, damit nicht einer späteren bundeseinheitlichen Ärzteversorgung die gleichen Lasten auferlegt werden.“

Andere Verbände, die organisatorisch geschlossen auftreten, können auch Forderungen durchsetzen, die sich keineswegs immer aus Rechtsansprüchen herleiten. Das sind Vorgänge, die als reine Machtfrage klar erkennbar sind. Demgegenüber sind die Ansprüche der Ärzteschaft gemäßigt und begrenzt. Wenn sie aber selbst diese bescheidenen Forderungen nicht durchzusetzen vermag, obwohl sich diese aus eindeutigen Rechtsansprüchen herleiten,

dann muß es doch wohl an den Ärzten selber liegen. Wir müssen lernen: Je kleiner ein Berufsstand an Zahl ist, um so mehr muß das einzelne Mitglied berufspolitisch aktiv werden. Denn die besten Gedanken und jede Kritik bleiben unfruchtbar, wenn sie nicht zur Tat reifen.

Dr. med. Paul Weigel

Ärzte und ärztlicher Nachwuchs in der Bundesrepublik

Wie der „Hochschuldienst“ vom 23. 1. 1957 auf Grund einer Aufstellung vom Statistischen Bundesamt mitteilt, betrug Ende des Jahres 1955 die Gesamtzahl aller Ärzte (einschließlich der nichtberufstätigen) im Bundesgebiet 70 902; davon waren 59 727 Männer (84,2 v. H.) und 11 175 Frauen (15,8 v. H.). Während im Jahre 1954 insgesamt 66 836 Ärzte einer Berufstätigkeit nachgegangen sind, erhöhte sich deren Zahl im Jahre darauf auf 67 602 (= 1,1 v. H.).

In einer freien Praxis waren im Jahre 1955 42 382 Ärzte (darunter 5793 Frauen) tätig. Von diesen frei praktizierenden Ärzten übten 6680 nebenamtlich noch eine Tätigkeit als Belegarzt in einer Krankenanstalt aus.

Die Zahl der in Krankenanstalten beschäftigten Ärzte belief sich auf 20 136; im Vergleich zum Vorjahr trat hier ein geringer Rückgang ein. Ein erheblicher Teil der in Krankenanstalten beschäftigten Ärzte hatte aber nur limitierte Arbeitsverträge.

Im öffentlichen Dienst, in wissenschaftlichen Instituten und in der Industrie waren 5084 Ärzte tätig. Darunter befanden sich 511 Frauen (10,1 v. H.). Gegenüber dem Vorjahr war die Zahl der in dieser Hinsicht tätigen Ärzte um rund 600 angestiegen.

Als Facharzt waren von den 67 602 berufstätigen Ärzten 23 371 (34,6 v. H.) anerkannt. Während im Jahre 1954 32,6 v. H. der berufstätigen Ärzte eine Facharztanerkennung aufwiesen, erhöhte sich deren Anteil im Jahre darauf auf 33,1 v. H. Den stärksten Anteil in den einzelnen Fachgebieten wiesen die männlichen Ärzte in der Inneren Medizin mit 22,0 v. H., in der Chirurgie mit 16,7 v. H. und in der Frauenheilkunde mit 10,1 v. H. auf. Die Frauen vertraten mit 32,4 v. H. das Fachgebiet der Kinderheilkunde, mit 16,9 v. H. die Innere Medizin und mit 11,4 v. H. die Frauenheilkunde.

Nicht berufstätig waren im Jahre 1955 in der Bundesrepublik 3300 Ärzte; darunter befanden sich 1628 Männer (49,3 v. H.) und 1672 Frauen (50,7 v. H.). Bei den männlichen und nicht mehr berufstätigen Ärzten dürften in erster Linie alters- und gesundheitsmäßige Gründe Veranlassung zur Aufgabe der Berufstätigkeit gegeben haben im Gegensatz zu den Frauen, deren hoher Anteil an den Ärzten ohne Berufsausübung, gemessen an der Gesamtzahl der weiblichen Ärzte, darauf schließen läßt, daß bei ihnen eine Heirat der Grund zur Berufsaufgabe war.

Die Kassenzulassung der Ärzte

Zu dem Bericht über die Sitzung des Sozialpolitischen Ausschusses des Bayer. Landtags vom 29. 11. 1956 (ID. 28/1956), der wortgetreu aus dem Bayer. Landtagsdienst übernommen worden war, wird auf Wunsch von Herrn Priv.-Dozent Dr. Vogt festgestellt, daß dessen Ausführungen nicht ganz richtig wiedergegeben sind, was zu Mißverständnissen geführt hat. Herr Dozent Dr. Vogt hat sich — wie aus dem Sitzungsprotokoll des Sozialpolitischen Ausschusses des Bayer. Landtags hervorgeht — lediglich für eine Herabsetzung des gegenwärtigen durchschnittlichen Zulassungsalters von 42 bis 45 Jahren eingesetzt; er hat aber in keiner Weise den Wert und die Bedeutung der Tätigkeit der älteren Kollegen angezweifelt.
ID.

Irreführendes Zahlenspiel

(ÄP1) - Der Bundesverband der Ortskrankenkassen hat in einer Presseverlautbarung erklärt, eine Erhöhung der Mindestsätze der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (Preugo) müsse eine Erhöhung der Krankenkassenbeiträge um 1% des Bruttoarbeitsverdienstes nach sich ziehen. In dem Sachverständigenausschuß des Bundeswirtschaftsministeriums, der das Ministerium hinsichtlich des Antrages der Bundesärztekammer auf Erhöhung der Mindestsätze der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte be-

TABLETTEN

AMPULLEN

SUPpositorIEN



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

TOXIMER

Antineuralgicum

Analgeticum

Antirheumaticum

raten sollte, wurde diese Behauptung bereits im September des vergangenen Jahres widerlegt.

Eine Koppelung zwischen den Mindestsätzen der Amtlichen Gebührenordnung und den durch Verträge ausgehandelten Honoraren der Krankenkassen für ärztliche Leistungen ist nicht gegeben. Der Antrag der Bundesärztekammer beinhaltet lediglich die gerechtfertigte Anpassung der Gebührenordnung an das Preis-Lohn-Niveau. Auch von den Vertretern der Krankenkassen wurde in dem Sachverständigenausschuß des Bundeswirtschaftsministeriums nicht bestritten, daß die geltenden Mindestsätze der Amtlichen Gebührenordnung dem im Laufe der Jahrzehnte weitgehend veränderten Preis-Lohn-Niveau nicht mehr entsprechen. Völlig unverständlich erscheint insbesondere der zur Begründung der Ablehnung gegebene Hinweis darauf, daß die Auszahlungsquote für ärztliche Leistungen in den gesetzlichen Krankenkassen auf 52% der Mindestsätze der Amtlichen Gebührenordnung sinken würde, weil er keinen sachlichen Zusammenhang mit der hier zur Entscheidung stehenden Frage hat.

Auch die genannte Summe von rund 500 Millionen DM als Endkonsequenz einer Anpassung der Krankenkassenhonorare an erhöhte Mindestsätze der Amtlichen Gebührenordnung ist seitens der Krankenkassen nicht stichhaltig zu belegen. Einerseits erreichen die von den gesetzlichen Krankenkassen für ärztliche Leistungen gezahlten Honorare nicht den der Berechnung des Pressedienstes der Allgemeinen Ortskrankenkassen zugrunde gelegten Betrag.

Andererseits muß darauf aufmerksam gemacht werden, daß die geringfügige Erhöhung der Mindestsätze der Amtlichen Gebührenordnung von 1896 im Januar 1953 um durchschnittlich etwa 30% noch heute — also nach mehr als vier Jahren — nicht von den Honorarzählungen der Krankenkassen erreicht worden ist. Unter Zugrundelegung dieser vor mehr als vier Jahren erhöhten Sätze der Amtlichen Gebührenordnung werden durchschnittlich nur etwa 80% der geltenden Mindestsätze bezahlt.

Allein hieraus wird deutlich, daß die vom Pressedienst des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen behauptete Gefahr einer Erhöhung der Krankenkassenbeiträge wegen der von den Ärzten geforderten Erhöhung der Mindestsätze der Amtlichen Gebührenordnung nicht besteht.

Im übrigen darf in diesem Zusammenhang daran erinnert werden, daß der derzeitige Anteil der Ausgaben für ärztliche Behandlungen an den Gesamtausgaben der Krankenkassen noch immer weit unter dem Anteil liegt, der in früheren Zeiten von den Ausgaben für ärztliche Behandlungen in Anspruch genommen wurde. Beispielsweise wurden 1932 bei den Ortskrankenkassen 25,3% der Beitragseinnahmen für ärztliche Behandlung ausgegeben, 1954 jedoch nur 19,6%.

Krankenversicherung der Rentner

(ÄPI) - Die Krankenversicherung der Rentner schloß im Jahre 1955, wie das Bundesarbeitsministerium in seinen Arbeits- und Sozialstatistischen Mitteilungen be-

kanntgab, wieder mit einem ganz erheblichen Defizit ab. Erfolgswirksamen Reineinnahmen von 491 Millionen DM standen erfolgswirksame Reinausgaben von 612 Millionen DM gegenüber. Daraus resultiert ein Defizit von 121 Millionen DM. Im vorausgegangenen Jahr 1954 erreichte das Defizit „nur“ 54 Millionen DM.

Behandlungsbedürftigkeit von Rentnern

Die Vorschrift des RAM-Erl. vom 2. 11. 1943 (AN. S. 485) betr. Verbesserungen in der gesetzl. KV. Nr. 2 zu § 183 RVO („Krankengeld und Krankenhauspflege“) bedeutet für die KVdR, daß einem Rentner, der zwar nicht mehr krankenhauspflge-, aber noch behandlungsbedürftig ist, bei Eintritt einer neuen Krankheit, die Krankenhauspflege erfordert, wiederum Krankenhauspflege bis zu 26 Wochen gewährt werden kann. (Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 25. 1. 1956 — Az.: 3 RK 49/55 —).

I. D.

Leistungen der öffentlichen Fürsorge im Bundesgebiet

Die Aufwendungen der öffentlichen Fürsorge im Bundesgebiet für das Rechnungsjahr 1955 stellen sich folgendermaßen dar: In offener Fürsorge wurden dauernd 915 000 Menschen unterstützt, für laufende und einmalige Unterstützungen wurden 647 Mill. DM aufgewendet. In geschlossener Fürsorge waren etwa 340 000 Menschen in Anstalten und Heimen untergebracht. Für 111 Mill. Verpflegungstage wurden 525 Mill. DM verausgabt. Insgesamt wurden also in der öffentlichen Fürsorge rund 1,25 Millionen Menschen laufend unterstützt und rund 1,2 Milliarden DM für Fürsorgeleistungen aufgewendet. Die Zahl der unterstützten Personen ist wohl gegenüber dem Vorjahr leicht zurückgegangen, jedoch sind die Aufwendungen für die Fürsorgeleistungen gleich geblieben.

Körperliche Untersuchung des Beschuldigten

§ 81a der Strafprozeßordnung bestimmt in Abs. I:

Eine körperliche Untersuchung des Beschuldigten darf zur Feststellung von Tatsachen angeordnet werden, die für das Verfahren von Bedeutung sind. Zu diesem Zweck sind Entnahmen von Blutproben und andere körperliche Eingriffe, die von einem Arzt nach den Regeln der ärztlichen Kunst zu Untersuchungszwecken vorgenommen werden, ohne Einwilligung des Beschuldigten zulässig, wenn kein Nachteil für seine Gesundheit zu befürchten ist.

Das Bayer. Oberlandesgericht hat mit Beschluß vom 1. 8. 1956 — BReg. 1 St 109/56 — entschieden:

- Gegen die richterliche Anordnung ärztlicher Untersuchungsmaßnahmen nach § 81a StPO ist einfache Beschwerde zulässig. Das gilt auch für Anordnungen des erkennenden Gerichts.
- Es wird an der Auffassung festgehalten, daß durch richterliche Anordnungen nach § 81a StPO auch die Freiheit des Betroffenen vorübergehend beschränkt

HELOPHARM KG
BERLIN

acut. Ulcusventriculi et duodeni
Gastroduodenitiden
chron. Ulcusleiden
Hyperacidität und
Hypersekretion

Helogastrid

Spasmolytisch wirkendes Antacidum,
Adsorbens und Ulcus-Therapeuticum

Pulver

Tabletten

werden kann (Unterbringung in einer Krankenanstalt zur Durchführung der angeordneten Untersuchungsmaßnahmen).

- c) In Anwendung des § 81a StPO kann nur die Pflicht zur Duldung bestimmt bezeichneter körperlicher Eingriffe begründet werden. Die beauftragten Ärzte dürfen nicht allgemein zur Vornahme der in § 81a Abs. I StPO zugelassenen, zur Erreichung des Untersuchungszwecks erforderlichen Maßnahmen ermächtigt werden. I. D.

Unzulängliche Krankenhäuser

Das Bayer. Innenministerium hat in Vollzug eines früheren Landtagsbeschlusses die notwendigen Erhebungen zur Ausarbeitung eines Sanierungsplanes der bayerischen Krankenhäuser durchgeführt.

Sie haben ergeben, daß von insgesamt 526 erfaßten kommunalen, freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern Bayerns 245 bis zu 50 Betten, 145 je 50 bis 100 Betten und rund 136 über 100 Betten aufzuweisen haben. 225 Anstalten erhalten sich selbst, während 294 Zuschußbetriebe sind. 198 Krankenhäuser haben keine Operationssäle, bei 71 fehlen Röntgenrichtungen, 146 haben kein Labor und 290 keinen Aufzug. 123 Anstalten sind räumlich veraltet und 431 besitzen keine vollwertige Infektionsabteilung.

Das Innenministerium kommt auf Grund dieser Erhebungen zu dem Schluß, daß eine große Anzahl von Krankenhäusern den heutigen Anforderungen nicht gerecht wird und daß bei vielen Anstalten die zu geringe Bettenzahl bei Voraussetzung der Gewährleistung einer neuzeitlichen Therapie und Pflege die Wirtschaftlichkeit des Betriebes von vornherein vermissen läßt. I. D.

Zigaretten und Alkohol

Wiesbaden (ÄPI) — Der Konsum von Zigaretten, der seit Jahrzehnten im Steigen begriffen ist, hat, wie das Statistische Bundesamt mitteilt, den Vorkriegsstand erheblich überschritten. Auch der Konsum alkoholischer Getränke ist gegenüber dem Vorjahr weiterhin gestiegen. Das gleiche gilt übrigens auch für den Kaffeeverbrauch.

Versteuerte Zigaretten wurden mit 888 Stück je Einwohner um 14 v. H. mehr als im Vorjahr geraucht. Im Vergleich zur Vorkriegszeit (1938), war der Absatz je Einwohner um 28 v. H. höher. Zur gleichen Zeit ist der Verbrauch an Zigarren und Rauchtobak zurückgegangen.

Mit 68 Litern je Einwohner ist der Verbrauch an Bier 1955 annähernd gleich wie 1938 im Deutschen Reich. Seit 1950 ist der Bierkonsum je Einwohner um 82 v. H. gestiegen. Trinkbranntwein wurde 1955 mehr getrunken als 1938. Die Steigerung des Schaumweinverbrauchs seit der Steuersenkung von 1952 hielt an. Der gesamte Mehrverbrauch war 1955 mit rund 29 v. H. höher als im Vorjahr.

Die Sterbefälle im Jahre 1955

(ÄPI) — Die Zahl der Sterbefälle ist, wie das Statistische Bundesamt mitteilt, von 1954 auf 1955 um 28 000 auf rd. 541 000 in der Bundesrepublik gestiegen. Die allgemeine Sterbeziffer — gerechnet auf 10 000 der Bevölkerung — erhöhte sich von 104,1 auf 108,2. Das war nach Angabe des Statistischen Bundesamtes in erster Linie durch eine vor allem in Bayern und Hessen aufgetretene Grippe-Epidemie bedingt.

Bei einem Vergleich der allgemeinen Sterbeziffern nach wichtigsten Todesursachen 1955 mit denen des Vorjahres ist eine Zunahme der Ziffern bei den Herz-, Gefäß- und Kreislaufkrankheiten festzustellen. Am stärksten angestiegen ist dabei die Sterbeziffer mit der Todesursache Herzkrankheiten, und zwar gegenüber 1954 um 15 v. H.

Im Vergleich zu 1954 ist die Säuglingssterblichkeit weiter zurückgegangen, und zwar von 427,7 auf 415,4 je 10 000 Lebendgeborene. Damit hat sich die seit Kriegsende zu beobachtende rückläufige Entwicklung der Säuglingssterblichkeit auch 1955 fortgesetzt. Es darf jedoch nicht außer acht gelassen werden, daß in verschiedenen anderen Staaten die Säuglingssterblichkeit noch immer niedriger ist als im Bundesgebiet.

Bei einem Vergleich der Krebssterbeziffern zwischen 1954 und 1955 nach Altersgruppen stellt das Sta-

tistische Bundesamt fest, daß die Sterbeziffern bei beiden Geschlechtern im Berichtsjahr bis zur Altersgruppe 45 bis unter 65 Jahre geringfügig zurückblieben oder den gleichen Stand hatten. Lediglich unter den alten Leuten ist die Krebssterblichkeit — bei den über 75jährigen stärker als bei den 65- bis unter 75jährigen — angestiegen.

Die Sterblichkeit an Tuberkulose hatte mit 2,0 den gleichen Stand wie im Vorjahre. Während die Ziffern der an Tuberkulose gestorbenen alten Leute im Berichtsjahr gegenüber 1954 etwas anstiegen, zeigten sie in den übrigen Altersgruppen eine rückläufige Tendenz bzw. den gleichen Stand. Das Statistische Bundesamt hebt hervor, daß Tuberkulosekranke heute in stärkerem Umfang als in früheren Jahren nicht an Tuberkulose, sondern vielmehr an sonstigen Krankheiten sterben.

Die Unfallsterbeziffer betrug 1955 in der Bundesrepublik 7,7 auf 10 000 der Bevölkerung. Die Unfallsterblichkeit hat seit 1952 ständig zugenommen.

Maximale Jahresmenge radioaktiver Strahleneinwirkung

In einer Tagung in New York hat die Internationale Strahlenschutzkommission empfohlen, die für den Menschen als erträglich geltende maximale Jahresmenge radioaktiver Strahleneinwirkung von bisher 15 r auf 5 r herabzusetzen.

Weltgesundheitsstag

Der nächste Weltgesundheitsstag wird in der Bundesrepublik Deutschland und in West-Berlin am Mittwoch, dem 10. April stattfinden unter dem Thema „Ernährung und Gesundheit“.

Fluoridierung des Trinkwassers auch in Kanada

Wie der Direktor des öffentlichen Gesundheitsdienstes von San Franzisko, Sox, beim Jahrestreffen der Canadian Dental Association mitteilte, haben zahlreiche Organisationen die Fluoridierung des Trinkwassers empfohlen, wie American Medical Association, American Dental Association, American Public Health Association, Medical and Dental Associations praktisch aller Staaten und Provinzen, Canadian Dental Association, Canadian Medical Association und andere.

Berufsverband Gynäkologie

Der „Berufsverband Gynäkologie“, früher „Interessengemeinschaft Gynäkologie“, ist lt. Beschluß der Hauptversammlung unter Vorsitz von Dr. F. B. Rüder (Hamburg) mit Wirkung vom 1. 1. 1957 der Arbeitsgemeinschaft der fachärztlichen Berufsverbände beigetreten.

Institut für medizinische Optik

Dem bayerischen Staat wurde von der deutschen optischen Industrie ein Vorschlag unterbreitet, der die Errichtung eines Instituts für Medizinische Optik an der Universität München anregt. In Verbindung damit gab sie ihre Bereitschaft kund, die Kosten für die instrumentelle Ausrüstung zu übernehmen und längere Zeit für den wissenschaftlichen Etat aufzukommen. Sie will außerdem für etwa vier Jahre die Räumlichkeiten zur Verfügung stellen und einen Teil der Personalkosten tragen. HD.

Verlegung des Bundesgesundheitsamtes nach Berlin

Auf Grund eines Beschlusses der Bundesregierung wird das Bundesgesundheitsamt von Koblenz nach Berlin verlegt werden. Die Bundesopiumstelle soll jedoch ihren Sitz in der Bundesrepublik — wahrscheinlich in Köln — behalten.

Carl-Diem-Plakette 1957/58.

Der Deutsche Sportbund verleiht alle zwei Jahre für eine hervorragende wissenschaftliche Arbeit aus dem Gebiet des Sports die Carl-Diem-Plakette. Mit der Verleihung ist ein Geldpreis bis zur Höhe von DM 3000 verbunden. Weitere sportwissenschaftliche Arbeiten können mit Geldpreisen ausgezeichnet werden oder lobende Erwähnung finden. Die Arbeiten müssen Erstveröffentlichungen sein. Vor dem 24. 8. 1958 bereits ganz oder teilweise veröffentlichte Arbeiten können nicht eingereicht werden. Einsendeschluß für die in 6facher Ausfertigung als Ein-

schreibesendung an den Deutschen Sportbund, Frankfurt/M., Rheinstraße 23, zu richtenden Arbeiten ist der 1. Februar 1958.

Suchanzeige

Gesucht wird Dr. med. Schneider, Truppenarzt der Einheit Feldpostnummer 15 430, die nach ihrer Aufstellung in Frankfurt nach Frankreich ins Feld zog. Dr. Schneider wurde Mitte März 1943 zum Pionier-Batl. Stab (Feldpost Nr. 12 730) versetzt und nahm mit diesem Stab am Rußlandfeldzug teil, in dessen Verlauf diese Pioniereinheit bei der Einnahme der Stadt Poltawa beteiligt war. Bei Dr. Schneider befand sich der San.-Feldwebel Andreas M usehler, geb. 18. 5. 1919, der heute noch vermißt ist.

Dr. Schneider soll Auskunft über den Verbleib des Vermißten geben können.

In einer Versorgungsstreitsache wird ferner die Anschrift zweier Ärzte benötigt. Der eine, Dr. Eckerdt oder Eggert war im Lager Lebjidian am Don und betreute dort die Lungenstation und wurde später in das Lager Tuma verlegt. In diesem Lager arbeitete mit Dr. Eckerdt oder Eggert ein Dr. Steuer, Stoyer oder Stoier zusammen, dessen letzter Wohnsitz Liegnitz in Schlesien war.

Zuschriften erbeten an Verband der Heimkehrer, Landesvbd. Bayern, München 2, Augustenstr. 84.

AUS DER FAKULTÄT

München. Dr. med. Johannes Jungwirth (wiss. Assistent am Inst. f. Gerichtl. und Versich.-Medizin d. Univ. München) wurde mit ME Nr. V 789 vom 1. 2. 1957 zum Privatdozenten für „Gerichtliche und Versicherungsmedizin“ in der Medizinischen Fakultät der Universität München ernannt.

Der bisherige Priv.-Dozent für „Experimentelle Medizin“ an der Universität Tübingen, Dr. med. Dr. rer. nat.

Gerhard Ruhenstroth-Bauer, ist mit ME Nr. V 70 18 vom 10. 2. 1957 an die Münchner Med. Fakultät in gleicher Eigenschaft umhabilitiert worden.

PERSONALIA

Prof. Dr. Hugo Braun, Direktor des Hygienischen Instituts der Universität München, wurde zum Ehrenmitglied der Deutschen Forschungsanstalt für Tuberkulose in München, „Ludolph-Brauer-Institut“, ernannt.

Das „International College of Surgeons“ hat die Schaffung von orthopädischen Sektionen beschlossen. Prof. Dr. Max Lange, ordentlicher Professor für Orthopädie, Direktor der Orthopädischen Klinik und der Orthopädischen Universitäts-Poliklinik München, wurde zum Vorsitzenden der Sektion für Zentral-Europa gewählt.

Der ordentliche Professor für Gerichtliche und Versicherungsmedizin, Dr. Wolfgang Laves (Dir. des Inst. f. Gerichtl. und Versich.-Medizin der Univ. München), wurde zum Ehrenmitglied der Italienischen Gesellschaft für Gerichtliche und Soziale Medizin in Rom gewählt.

Professor Dr. H. Wullstein, Direktor der Universitätsklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, wurde für den 6. internationalen Kongreß für Oto-Rhino-Laryngologie, der vom 4. bis 10. Mai 1957 in Washington stattfindet, das Referat über die Wiederherstellungsoperationen des Mittelohres und des Gehöres bei chronischer Otitis media übertragen.

IN MEMORIAM

Der bekannte Urologe und frühere Vorstand der Urologischen Klinik am Städt. Krankenhaus in Nürnberg, Prof. Dr. Eduard Pflaumer, ist am 17. Februar auf seinem Besitztum in Breitbrunn a. Ammersee im 85. Lebensjahr verstorben.

KONGRESSE UND FORTBILDUNG

Hochschulkurs für spätheimgekehrte Ärzte sowie praktische Ärzte

Die Akademie für Medizinische Forschung und Fortbildung der Justus-Liebig-Hochschule zu Gießen veranstaltet vom 7. bis 11. Mai 1957 einen Hochschulkurs für spätheimgekehrte Ärzte sowie für praktische Ärzte. Der 1. Tag ist den Funktionsstörungen der männlichen Keimdrüsen gewidmet, sowie dem Thema Schwerhörigkeit. Am 2. Tag werden vormittags neuere Erkenntnisse auf dem Gebiet der inneren Medizin (Poliomyelitis, Cytostatica, Oedem und Oedembehandlung, Adiuoretin für die Genese der Wasserhaushaltsstörungen) gebracht; nachmittags schließt sich ein Besuch Bad Nauheims mit Vorträgen im Kerckhoff-Institut über Herzversagen und Balneotherapie in neuer Sicht an. Am 3. Tag werden vormittags Themen aus der Frauenheilkunde behandelt: Neuzeitliche Strahlentherapie, Schwangerschaftstoxikosen, Blutungsstörungen und moderne Geburtsleitung; nachmittags wird über Ernährung und Atheroskleroseforschung gesprochen; anschließend Demonstrationen in der Medizinischen und Nervenklinik; Abendvortrag über lokales Altern des Gehirns. Der 4. Tag bringt vormittags Chirurgie der erworbenen Herzfehler, chirurgische Geriatrie sowie neuere Erkenntnisse auf dem Gebiet der Dermatologie und Venerologie; nachmittags aktuelle Themen aus der Augenheilkunde und Orthopädie. Am 5. Tag wird referiert über pränatale Mißgeburten, Viruskrankheiten sowie über moderne dermatologische Probleme.

Auskunft, Prospekte und Anmeldung durch Prof. Dr. Gg. Herzog, Pathologisches Institut Gießen, Klinikstraße 32g.

Der Deutsche Zentral-Verein homöopathischer Ärzte e. V. veranstaltet in Bad Kissingen, Kurhaus Regentenbau, vom 25. bis 29. Mai einen Einführungskurs in die Homöopa-

thie. Anschließend findet die 109. Jahresversammlung des DZVhÄ statt mit wissenschaftlichen Sitzungen vom 30. Mai bis 1. Juni unter Vorsitz von Dr. H. Dingfelder, München.

Interessenten erhalten das Programm mit Anmeldekarte ab 1. April 1957 durch die Geschäftsstelle des DZVhÄ in Frankfurt/Main, Hanauer Landstr. 6. Stein

Symposium über Trichomonas-Infektion

Die Französische Gesellschaft für Gynaekologie veranstaltet vom 28. bis 30. Mai 1957 in Reims (Marne) ein „Symposium sur les infestations à Trichomonas“. Zahlreiche Vorträge von Forschern aus aller Welt und breiter Raum für die Diskussion sind vorgesehen. Anfragen, Anmeldungen und Einschreibungen sind zu richten an: Dr. Sénéchal, Secrétaire General de la Société Française de Gynécologie, 31, rue Raynouard, Paris — 16^e.

Tagung f. medizinisch-theologische Gemeinschaftsarbeit

Vom 10. bis 16. Juni 1957 findet in Bad Königstein im Taunus die X. Deutsche Ärztetagung für medizinisch-theologische Gemeinschaftsarbeit (früher: Religiös-wissenschaftliche Ärztetagung) statt. Gesamthema der Tagung ist „Der Arzt und der alternde Kranke“. Es sprechen:

Prof. Dr. Schulz, Leipzig: „Biomorphose und ihre Bedeutung für die zunehmende Alterung der Kulturvölker und das Krankheitsgeschehen.“

Prof. Dr. Walter Müller, Essen: Pathologisch-anatomisches Referat.

Priv.-Doz. Dr. Schautz, Würzburg: „Chirurgische Probleme und Möglichkeiten beim alten Kranken.“

Prof. Dr. Laubenthal, Essen: „Psychologie und Pathopsychologie des Alterns“ und „Die psychiatrischen Alterserkrankungen.“

Prof. Dr. Ernst Michel, Frankfurt: „Zur Anthropologie und Soziologie des alten Menschen.“

Caritasdirektor Dr. Kröner, Bamberg: „Caritative Fragen der Betreuung des alten Menschen in ärztlicher Sicht.“

P. Dr. Georg Trapp S. J., Pullach: „Christliche Anthropologie des menschlichen Lebenslaufs.“

Pfarrer Hanssler, Stuttgart: „Der alte Mensch im Neuen Testament.“

Änderungen vorbehalten!

Anmeldungen zur Tagung bis 31. 5. 1957 an: Rupertusklinik, 13a Bamberg, Herzog-Max-Str. 13, oder: Dr. Alfons Riegel, 14a Schorndorf/Wtbg., Burgstr. 53.

Bund der Deutschen Medizinalbeamten

Der wissenschaftliche Kongreß des Bundes der Deutschen Medizinalbeamten findet in der Zeit vom 13. bis 15. 6. 1957 in Bad Dürkheim mit folgenden Tagesthemen statt:

1. Atomenergie und Strahlenschutz.
2. Gesundheitsamt und Krankenhaus.
3. Schule und Leibesübungen.

Auskunft: OMR. Dr. Kläß, Fürth/Bay., Blumenstr. 22/0.

Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten

Die 19. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten findet vom 2. bis 5. Oktober 1957 unter dem Vorsitz von Prof. Dr. Prévôt, Hamburg, Universitäts-Krankenhaus Eppendorf, in Bad Kissingen statt.

Die Hauptthemen lauten:

1. Wasser und Elektrolythaushalt
2. Leberkoma
3. Gastroenterologische Probleme im Kindesalter
4. Frage und Antwort, Diskussion am runden Tisch über die Behandlung der großen Blutungen (Oesophagus, Magen, Duodenum).

Anmeldungen, Anfragen usw. an Prof. Dr. Prévôt, Hamburg 20, Universitäts-Krankenhaus Eppendorf, erbeten.

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 Ankunftsstelle in Verbindung zu setzen.

März

- 30.—31. in Augsburg: Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin. Auskunft: Sekretariat der „Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin“, Augsburg, Schäßlerstraße 19/II.
- 30.—31. in Köln: VI. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Bluttransfusion.

März/April 1957

- 10.—12. in Gießen: Fortbildungskurs in Bäder- und Klimaheilkunde. Auskunft: Prof. Dr. Gg. Herzog, Pathologisches Institut Gießen, Klinikstraße 32g.

April 1957

- 5.—6. in Bad Pyrmont: Deutscher Krebskongreß 1957. Hauptthema: Karzinogenese. Auskunft: Dozent Dr. H. Hartl, Universitäts-Franklin, Göttingen, Kirchweg 3.
- 5.—7. in Wiesbaden: Tagung des Deutschen Ärztinnenbundes. 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.—18. in Freudenstadt/Schw.: Atemtherapie-Seminar für Ärzte. Auskunft: Dr. Glaser, Freudenstadt, Lauterbachstr. 24.

16.—17. in Bad Lippspringe: 3. Aerosol-Kongreß. Thema: Neue Ergebnisse der Aerosolforschung. Auskunft: Generalsekretariat des Deutschen Kuratoriums für Aerosol-Forschung, Bad Lippspringe/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.

23.—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.

23.—26. in Mainz: Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e. V. Auskunft: Koogressbüro im Aulagebäude der Johannes-Gutenberg-Universität, Mainz.

23.—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, Rothhauser Str. 19.

23.—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: 63. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. Vorsitz: Prof. Dr. Hansen, Lübeck. Auskunft: Prof. Dr. Dr. Käuffmann, 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/Dö., 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.

7.—11. in Gießen: Hochschulkurs für spätheingekehrte Ärzte sowie für praktische Ärzte. Auskunft: Prof. Dr. Gg. Herzog, Pathol. Institut der Universität Gießen, Klinikstr. 32 g.

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 Röntgenvereinigung. Auskunft: Stadtobermedizinalrat Dr. Alfons Jakob, 1. Vorsitzender der Gesellschaft, Nürnberg, Flurstr. 7, Städt. Krankenanstalten.

23.—29. in Bad Kissingen: Einführungskurs in die Homöopathie, veranstaltet vom Deutschen Zentralverein Homöopathischer Ärzte e. V. Auskunft: Geschäftsstelle des DZVhA in Frankfurt a. M., Hanauer Landstraße 6.

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.—15. in Würzburg: Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft der Laboratoriumsärzte Deutschlands. Auskunft: Dr. Dr. Ruppert, Würzburg, Domstr. 21/25.

- 11.—22. in Neutrauburg h. 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 15, Moorweidenstraße 14.
- 15.—16. in Bad Dürkheim: Wissenschaftlicher Kongreß des Bundes der Deutschen Medizinallbeamten. 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: II. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für ästhetische Medizin und ihre Grenzgebiete. Leitung: Prof. Dr. Funk. Auskunft: Prof. Dr. C. F. Funk, Regensburg, Städt. Hautklinik, Postfach 105.
- 15.—16. in Bad Homburg v. d. H.: 3. Arztekongreß für Pathologie, Therapie und Begutachtung von Heimkehrerkrankheiten. 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 Ärztag.

Juni/Juli 57

- 24.—5. in Neutrauburg h. Isny: 1. Fortbildungslehrgang für manuelle Wirbelsäulen- und Extremitäten-Therapie (II. Kurs). Auskunft: Dr. Karl Sell, Schloßgut Neutrauburg über Isny/Allgäu.

Juli 1957

- 8.—10. in Gießen: Hochschulkurs für Fachärzte und praktische Ärzte mit dem Thema: Strahlenbehandlung der Krebskrankheiten. Auskunft: Prof. Dr. Gg. Herzog, Pathol. Institut, Gießen, Klinikstraße 32 g.

September

- 1.—7. in Karlsruhe: 9. Deutsche Therapiewoche. Auskunft: Dozent Dr. Dr. F. Kienle, Karlsruhe, Moltkestraße 18.
- 5.—6. in Karlsruhe: Europäische und Internationale Therapie-Kongreßtage. Auskunft: Dozent Dr. Dr. F. Kienle, Karlsruhe, Moltkestraße 18.
- 16.—18. in Düsseldorf: 56. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde. Auskunft: Kongreßbüro der Kinderklinik der Medizinischen Akademie, Düsseldorf, Moorenstr. 5.
- 19.—22. in Stuttgart: 3. Internationaler Vitalstoff- und Ernährungskongreß. Auskunft: Internationale Gesellschaft für Nahrungs- und Vitalstoff-Forschung e. V., Hannover-Kirchrode, Bemeroder Straße 61.
- 20.—21. in Passau: 41. Tagung der Südwestdeutschen Hals-Nasen-Ohrenärzte. Auskunft: Priv.-Doz. Dr. H. Naumann, Würzburg, Städt. Luitpoldkrankenhaus.

AUSLAND

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, Maistraße 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 Raymond, Paris — 160.

Mai/Juni 1957

- 31.—2. in Wien: Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Hygiene und prophylaktische Medizin. Präsident: Prof. Dr. J. H. Tuntler-Groningen. Thema: Universität und öffentliche Gesundheitspflege. Auskunft: Sekretariat der Österreichischen Gesellschaft für Sozialmedizin, Wien 9, Spitalgasse 32.

Juni 1957

- 2.—8. in Turin: II. Internationaler Kongreß für Photobiologie. Themen: Photochemie, Photobiologie, Photonallergie. Auskunft: Prof. Dr. G. Matthi, 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, Vondellaan 6, Utrecht.
- 13.—15. in Wien: Zentraleuropäische Anaesthesie-Tagung. Auskunft: Oberarzt Priv.-Doz. Dr. L. Zörn, 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. Albanrheinweg 174, Basel.
- 12.—20. in Brüssel: 3. Internationaler Kongreß für klinische Pathologie. Auskunft: Gen.-Sekt. Prof. M. Welsch, Service de Bactériologie et de Parasitologie, Université de Liège 32 Blvd. de la Constitution, Liège/Belgien.
- 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.
- 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.-Sekt. Miss Gaudier, 71 Blvd. Pereire, Paris.
- 28.—5. in Brüssel: 15. Internat. Kongreß über Psychologie. Auskunft: Gen.-Sekt. Louis DeLys, 296 Ave. Jan van Ryswyck, Antwerpen.
- 31.—6. in Stockholm: 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, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
- 26.—31. in Kopenhagen: 6. Europäischer Hämatologenkongreß unter dem Präsidium von Prof. Dr. J. Bichel, Aarhus. Auskunft: Generalsekretär des Kongresses Dr. A. Videbaek, Blegdamsvej 11, Kopenhagen.

September 1957

- 1.—7. in Zürich: II. Internationaler Kongreß für Psychiatrie. Auskunft: Kongreß-Sekretariat des II. Internationalen Kongresses für Psychiatrie, Prof. Dr. J. Wyss, Zürich 8, Lengstr. 28.
- 2.—7. in Wien: 50. Jubiläumskongreß der Deutschen Gesellschaft für Urologie. Vorsitz: Prof. Dr. Deuticke, Wien. Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Urologie, Homburg/Saar.
- 16.—21. in Barcelona: 7. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Orthopädie, Chirurgie und Traumatologie. Auskunft: International Society of Orthopaedic Surgery and Traumatology, 34. Rue Montoyer, Brüssel.

RUNDSCHAU

Zu unserer Darstellung „Kassen umwerben Rentner“ in Heft 1/57 des Bayerischen Ärzteblattes, die wir dem Industriekurier Düsseldorf entnommen haben, teilt uns der Landesverband der Ortskrankenkassen in Bayern u. a. folgendes mit: Uns sind hinreichend die Verwaltungsverhältnisse bei den 38 bayerischen Ortskrankenkassen, denen bisher rd. 1 Mill. Rentenbezieher als krankenversichert angehören, bekannt. Wir vermögen daher mit Sicherheit zu behaupten, daß hier bis auf unwesentliche Bearbeitungsvermerke einheitlich die Vordrucke „Antrag-Erklärung“ verwendet worden sind, die der Bundesarbeitsminister in seiner Verordnung vom 26. 7. 1956 (Bundesanzeiger) bekanntgemacht und für die Befragung der Rentner vorgeschrieben hat. Es kann also hier keine Rede davon sein, daß Rentner zu Unrecht durch angeforderte schriftliche Erklärungen zum Verbleiben bei der Ortskrankenkasse veranlaßt worden sind.

Wenn in dieser Hinsicht die unter C des Vordruckes auszufüllende Erklärung gemeint sei, wonach sich der Rentner äußert, daß er Mitglied bei seiner bisher zuständigen „Allgemeinen Ortskrankenkasse/Landkrankenkasse“ bleiben will, so sei eine derartige Erklärung durch die Mitgliedskassen nur in genauer Beachtung der zu dem neuen Gesetz ergangenen Überleitungsvorschriften eingeholt worden. Auch der Landesverband sei der Ansicht, daß solche Erklärungen nur dann rechtsverbindlich sind, wenn sie der gesetzlichen Regelung entsprechen. Die bayerischen Ortskrankenkassen hätten bei allen Veröffentlichungen, die sich mit dem neuen Gesetz befaßten, auf die u. U. bestehende Wahlmöglichkeit einer anderen Kasse unmißverständlich hingewiesen. Darüber hinaus sei durch den Landesverband in Rundfunksendungen ohne Einschränkung diese Wahlmöglichkeit erörtert worden.

Der französische Heeres-Sanitätsdienst hat in der letzten Zeit eine Reihe von **Kriegsärztlichen Erfahrungsberichten** aus dem Indochina-Feldzug veröffentlicht. Über Fragen der Bluttransfusion im Felde berichtete kürzlich J. Aulong, der 1953/54 feststellen mußte, daß die meisten der Verwundeten, denen im Schockzustand mehr als 2 Liter Blut zugeführt werden mußten, unter den Erscheinungen eine Hepato-Nephritis starben. Auf Grund dieser Beobachtungen wird gewarnt vor großen Transfusionen (mehr als 1500 ccm) in der Reanimation von Schockverletzten, wenn auch anzunehmen ist, daß die Parenchymschädigungen, welche primäre Schockfolgen sind, eine ausschlaggebende Rolle spielten.

N.N.W.

Rezeptgebühren im britischen Staatsgesundheitsdienst erhöht. Bei Einführung des staatlichen Gesundheitsdienstes in England im Jahre 1948 waren anfangs alle Leistungen kostenlos. Im Laufe der Jahre zeigte sich jedoch, daß vor allem die Medikamentenkosten weit über den Voranschlag der Sachverständigen hinausgingen, so daß man sich entschloß, eine Rezeptgebühr in Höhe von einem Schilling (DM —.60) zu erheben. Diese Einheitsgebühr war unabhängig von der Zahl der auf diesem Rezept verordneten einzelnen Medikamente. Im Rahmen eines neuen Sparprogramms werden jedoch ab 1. Dezember 1956 diese Gebühren insoweit erhöht, als von diesem Zeitpunkt ab statt der Rezeptgebühren für das gesamte Rezept jeweils jede einzelne Verordnung mit dieser Rezeptgebühr (ein Schilling), die der Patient zu zahlen hat, belastet wird. Die Regierung hofft, auf diese Art und Weise rund 5 Millionen Pfund Sterling (ca. 58 1/2 Millionen DM) im Jahre einzusparen. Der Verabschiedung dieser Anordnung ging eine heftige Debatte im Parlament voraus, da die Oppositionspartei diese Maßnahmen scharf kritisierte. Von seiten der Ärzte- und der Zahnärzteschaft wurde ebenfalls Kritik an dieser Erhöhung der Rezeptgebühren erhoben.

Aus dieser Mitteilung des britischen Gesundheitsministeriums geht hervor, daß sich die Zahl der im Rahmen des staatlichen Gesundheitsdienstes verschriebenen Rezepte von ca. 200 Millionen Stück im Jahre 1949 auf 226 Millionen Stück im Jahre 1955 erhöht hat. Die dafür notwendigen Aufwendungen stiegen von 30 Millionen auf 49 Millionen Pfund Sterling, was nach dem heutigen Wechselkurs einer Summe von 574 Millionen DM entspricht. Dieser Posten ist fast so hoch wie das gesamte Honorar, das für die ärztliche und zahnärztliche Leistung ausgeworfen wird, das 1955 rund 55 Millionen Pfund Sterling (ca. 644 Millionen DM) betrug. Die amtliche Feststellung spricht davon, daß das britische Volk gegenwärtig alle Rekorde des Medikamentenverbrauchs geschlagen hat.

R. Broh, London

Ä. P. 46/56

AOK-Beiträge höher. (Neue Rhein-Ztg., Köln, 12. 1. 57): Eine Reihe von Allgemeinen Ortskrankenkassen in Westfalen-Lippe wird in Kürze die Beitragssätze erhöhen. Dies wurde nach einer Vertreterversammlung des westfälischen Verbandes der Ortskrankenkassen angekündigt. 17 der Kassen haben ihre Beitragssätze bereits auf über 6% erhöht. Begründung: Erhöhte Arzthonorare und Krankenhauskosten und unterdurchschnittliche Einnahmen aus der Rentnerkrankenversicherung.

DZA

Auf dem Weg zum Wohlfahrtsstaat. Um weitere 2,15 Milliarden DM, das sind 11,4 Prozent der bisherigen Ausgaben, sind die Netto-Ausgaben (Gesamtaufwendungen abzüglich der Verrechnungen untereinander) der öffentlichen sozialen Einrichtungen im Jahre 1955 nach den Angaben des Bundesministeriums für Arbeit auf insgesamt 20,97 Milliarden DM gestiegen. Gegenüber dem Jahre 1949 ist damit eine Zunahme der Ausgaben um über das Doppelte zu verzeichnen. Ursachen dafür sind teils die Erhöhungen der Leistungssätze, teils die Ausdehnung der unterstützungsberechtigten Personenkreise und nicht zuletzt neue Sozialleistungen.

Aber nicht nur absolut, auch im Verhältnis zum Volkseinkommen nahmen die öffentlichen Sozialaufwendungen seit 1949 zu. Machten sie damals noch 15,2 Prozent des Netto-Sozialprodukts zu Faktorkosten aus, so waren es 1955 bereits 16,6 Prozent des mit 126,16 Milliarden DM um rund 100 Prozent höheren Sozialprodukts. Je Kopf der westdeutschen Bevölkerung betragen die öffentlichen Sozialleistungen im letzten Jahr etwas mehr als das Doppelte des Betrages von 1949.

Die Belastung der Einkommen beziehenden Bevölkerung mit öffentlichen Sozialabgaben ist an den seit 1949 immer höheren Nettoeinnahmen der öffentlichen sozialen Einrichtungen abzulesen. Je Kopf der erwerbsfähigen Bevölkerung im Alter von 15 bis 65 Jahren betrug die Belastung im Jahre 1955 rund 696 DM gegenüber 330 DM im Jahre 1949... (Auszug aus „Deutsche Zeitung und Wirtschaftszeitung“, Stuttgart, 17. 11. 1956)

Fast 21 Milliarden DM für die soziale Sicherung. Aufwendungen um 11,4 Prozent gestiegen. Die Aufwendungen für die soziale Sicherheit sind in der Bundesrepublik im Jahre 1955 um weitere 2,15 Md. DM (= 11,4%) gestiegen und erreichten damit eine Höhe von insgesamt 20,969 Md. DM. Das ergibt sich aus einer jetzt veröffentlichten Übersicht über die öffentlichen Sozialleistungen in der Bundesrepublik und in Berlin (West). In diesen Zahlen sind die Beamtenversorgung und der öffentliche Gesundheitsdienst nicht einbezogen.

Wie die Entwicklung der Sozialleistungen von 1949 bis 1955 zeigt, stiegen die Ausgaben für die Sozialleistungen stärker als das Volkseinkommen (Netto-Sozialprodukt zu Faktorkosten). Bei einer Zunahme des Volkseinkommens um 100 v. H. haben sich nämlich die öffentlichen Sozialleistungen seit der Währungsreform um 119 v. H. erhöht. Besonders stark war die Zunahme bei den Rentenversicherungsträgern, deren Gesamtausgaben in der Zeit von 1949 bis 1955 um 165% anstiegen. In der Arbeitslosenversicherung und Arbeitslosenhilfe betrug die Zunahme 31 bzw. 37%, während die Aufwendungen der öffentlichen Fürsorge nahezu unverändert blieben.

Nach dem statistischen Bericht des Bundesarbeitsministeriums sind die Veränderungen in einzelnen sozialen Bereichen gegenüber dem Vorjahre vor allem durch einige gesetzliche Neuregelungen sowie durch die günstige Entwicklung der Beschäftigungslage verursacht worden. So haben sich im Bereich der Rentenversicherung auf Grund des Rentenmehrbetragsgesetzes und des Sonderzulagengesetzes die Ausgaben um fast 1 Md. DM auf 7,6 Md. DM erhöht. Die Ausgaben für die Krankenversicherung liegen um 500 Mill. DM höher als im Vorjahre. Erstmals sind auch die Leistungen nach dem Kindergeldgesetz aufgeführt, die mit 427 Milli. DM beziffert werden. (Dtsch. Versich.-Zeitschr.)

Jede zweite Familie erhält Sozialrente. Nach einer Sondererhebung des Statistischen Bundesamtes im Frühjahr 1955 erhält fast jede zweite Familie der Bundesrepublik irgendwelche Sozialrenten oder Unterstützungen aus öffentlichen Mitteln, in den meisten Fällen kommen sogar zwei oder mehr Renten auf eine Familie.

(„Rheinischer Merkur“ vom 9. 11. 1956)

Von den 1955 untersuchten, über 36 000 Jugendlichen waren rd. 30% im ärztlichen Sinne kurbefähigt, stellte die Deutsche Angestellten-Krankenkasse in ihrem Jahresbericht fest... Das besondere Augenmerk der DAK wurde — weit über die

Bei
RHEUMA

Thermulsion

Die zuverlässig
wirkende Einreibung

gesetzlich vorgeschriebenen Mindestleistungen hinaus — auf eine planmäßige Gesundheitsvorsorge gerichtet. Hierbei wurde auch die Gesundheitspropaganda, d. h. die Weckung des Willens zur selbsttätigen gesunden Lebensführung, eifrig betrieben. Das starke Interesse der Angestellten hierfür zeigte sich darin, daß die Mitglieder- und Frauenveranstaltungen, in Verbindung mit ärztlichen Film- und Lichtbildervorträgen, von über 220 000 Teilnehmern besucht wurden. In ihrem Jahresbericht hebt die DAK die gute Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft hervor. Zahlreiche Ärzte stellten sich als Entsendeärzte für die Kureinweisungen, wie auch für die Vorsichtsuntersuchungen zur Verfügung. Bade- und Geseesendekuren für Erwachsene sowie Kurgänge für Lehrlinge und Kinder wurden weiterhin planmäßig durchgeführt. Vier eigene Heime stehen zur Verfügung. (Hbg. Anz., 17. 10.)

DZA

Der Mensch im Krankenhaus: Patienten, Schwestern und Volksgesundheit/Dr. med. Viktorla Steinbiß, (Auszugsweise.) Der Mensch erkrankt und kommt in ein Krankenhaus. Was findet er? Eine Umgebung, die kein Behagen aufkommen lassen kann, abgenutzte Möbel, häßliche Wände, schlechtes Geschirr. Abgehetzte Schwestern, die kaum Zeit für ihn haben. Der Arzt ist der ruhende Pol in diesem Haus. Aber was nutzt die beste Medizin, wenn der Patient sich nicht behaglich fühlen kann? Auch der Arzt — ich nannte ihn noch eben den ruhenden Pol, er hat sich verändert, auch er hat es eilig, zudem braucht er noch das Bett für den nächsten Patienten.

Gibt es denn so etwas? Nein, noch gibt es so etwas nicht. Es wird aber bald soweit sein, wenn wir uns nicht schleunigst aufraffen, etwas Entscheidendes für unser Krankenhaus zu tun. Und es sollte nicht die Kompetenzfrage entscheidend sein: Hat der Bund etwas zum Krankenhauswesen zu sagen, oder entscheiden allein die Länder? So kommen wir nicht weiter. Hier sollten Bund und Länder gemeinsam helfen.

Das Gesetz zur Ordnung in der Krankenpflege wird ja sehr lange schon erwartet und wird sicherlich eine Erleichterung für die Schwestern bedeuten. Aber das Gesetz zur Arbeitszeitverkürzung zäumt das Pferd vom Schwanz auf. So sicher, wie es ist, daß man heute keiner Schwester mehr einen zehnstündigen Arbeitstag oder einen noch längeren zumuten kann, so sicher bringt dieses Gesetz Verwirrung in das Getriebe eines Krankenhauses. Und der Gesetzgeber sollte es sich sehr überlegen, ob er der Gewerkschaft ÖTV folgt und ein solches Gesetz auch verbindlich für die karitativen Krankenhäuser macht ... in diesen Häusern herrscht ein anderes Gesetz, es besteht eine Gemeinschaft, die sich untereinander verbunden weiß, wo einer für den anderen steht; hier arbeiten Menschen, die sich berufen fühlen für ihre Aufgabe.

Allmählich nur konnten die Krankenhäuser darangehen, die notwendigsten Renovierungen vorzunehmen, das medizi-

nische Handwerkszeug zu erneuern und Arbeitserleichterungen zu schaffen. Es fehlen vor allem die Geldmittel. Es geht auf keinen Fall an, den Krankenhäusern durch Gesetze Auflagen zu machen, die durchzuführen sie einfach nicht imstande sind ...

... Eine Herabsetzung der Arbeitszeit für Schwestern auf die 48-Stunden-Woche würde ein sofortiges Einstellen von 11 000 Schwestern erforderlich machen. Abgesehen davon, daß diese Schwestern einfach nicht da sind, würde ihre Unterbringung im Krankenhaus — das Bett zu 7000 DM gerechnet — 80 Millionen DM erfordern, dazu kommen die heute und dann fehlenden Hilfskräfte von weiteren 10 000 Menschen.

Das Krankenhaus hat eine öffentliche Aufgabe zu erfüllen. In Zeiten von Not und Katastrophen steht es in der Reihe der Organe zur Katastrophenverhütung.

„Frankfurter Allgemeine“ vom 19. 12. 56

Das Ende der Einheitsversicherung in der Ostzone. Der von wenigen Jahren noch so laut gepriesene Gedanke der Einheitsversicherung ist nunmehr auch in der sowjetisch besetzten Zone aufgegeben worden. Zunächst einmal wurden durch Verordnung vom 22. 3. 1956 die Bauern, Handwerker und selbständigen Gewerbetreibenden aus der allgemeinen Sozialversicherung in die „Deutsche Versicherungsanstalt“ übergeführt, da angeblich den Arbeitern und Angestellten nicht zugemutet werden kann, das erheblich höhere Risiko dieser Berufsgruppen mitzutragen. Daß mit dieser Überführung die Zahlung höherer Beiträge verbunden ist, versteht sich am Rande, zumal dadurch der Schrumpfungsprozeß der letzten „kapitalistischen Wirtschaftselemente“ beschleunigt wird. Auch die Rentenversicherung wurde aus der allgemeinen Sozialversicherung ausgegliedert und dem Staate direkt unterstellt.

Mit Verordnung vom 23. 8. 1956 ist dem FDGB nunmehr die gesamte politische, organisatorische und finanzielle Leitung der Sozialversicherung der Arbeiter und Angestellten übertragen worden. Der Haushalt der Sozialversicherung wird zwar vom Bundesvorstand des FDGB aufgestellt, bildet aber einen Bestandteil des Staatshaushalts, so daß also offenbar eine Rückstellung besonderer Mittel für die Sozialversicherung nicht möglich ist.

Der FDGB ist damit also auch formell zur Staatsgewerkschaft erklärt worden; von einer Koalitionsfreiheit im Sinne der freien Welt kann in der Sowjetzone ebensowenig die Rede sein wie in der Sowjetunion. gpk.

Weltere Atombombenversuche gefährlich. Auf einer vom Landesverband der Ärzte von Baden-Württemberg veranstalteten Tagung in Herrenalb standen Erörterungen des Schutzes vor radioaktiven Strahlungen im beruflichen und militärischen Bereich im Vordergrund. Prof. Dr. Haxel vom Physikalischen Institut der Universität Heidelberg und Dozent Dr. Muth vom Max-Planck-Institut für Biophysik waren

KREWEL-WERKE
Eitorf b. Köln

CHININ-VERALGIT

Gegen Grippe und Erkältungsinfekte

Bei **Schwindel** **Vertigo-Heel**

50 Tabletten
10 ccm und 30 ccm
liquidum

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

sich darüber einig, daß die augenblickliche Strahlenbelastung noch keinen Anlaß zur Alarmierung gebe. Bei Fortsetzung der Atombombenversuche sei es jedoch nur eine Frage der Zeit, wann dieser Spiegel erreicht oder sogar überschritten würde. — Der Sprecher des Atomministeriums wies darauf hin, daß in den mit Unterstützung des Bundes abgehaltenen Sonderlehrgängen für Strahlenschutz bis jetzt etwa 80 Ärzte und als Hilfspersonal etwa 200 studierende Ärzte ausgebildet seien. Auch er bezeichnete die Atomwaffenfrage als „bedenklich und kritisch“. („Frankf. Allgem. Zeitg.“ v. 15. 10. 56)

Strahlen sind niemals ungefährlich. Ganze Generationen sind höchsten Gefahren ausgesetzt, wenn es nicht gelingt, die unkontrollierte und leichtfertige Anwendung von radioaktiven Strahlen einzudämmen. Diese warnende Feststellung traf Dr. Hans Joachim Schmermund, Oberarzt an der Universitäts-Frauenklinik Eppendorf, in einem öffentlichen Vortrag der Universitätsgesellschaft Hamburg. Er sagte u. a., es zeige sich, daß die Verwendung von Röntgenstrahlen in Diagnose und Therapie bei weitem nicht so unbedenklich ist, wie man früher gern geglaubt hat. Auch die Verwendung der sog. Radio-Isotope in Medizin, Naturwissenschaft und Technik berge beträchtliche Gefahren in sich. Die biologischen Wirkungen der verschiedenen Strahlenarten sind grundsätzlich gleich: Durch die auftretenden Energiebündel der Strahlen werden in den komplizierten Molekülen des Körpers einzelne Bausteine umgruppiert, ein Vorgang, der nicht wiedergutmachtbar werden kann. Die Folgen für kommende Geschlechter sind auch weitaus schlimmer, wenn die Keimzellen der heute Lebenden durch Strahlen betroffen werden. Dadurch können unliebsame Erbveränderungen ausgelöst werden, die vielleicht erst nach Generationen aufgedeckt werden.

„Die Welt“, „Hamburger Abendblatt“ vom 11. 12. 56

Gefährdete Kunden? Der Antrag der Akademie für Medizinische Wissenschaften auf Verbot der häufig in Schuhgeschäften aufgestellten Röntgenapparate wird augenblicklich vom französischen Gesundheitsministerium geprüft. Die Akademie ist der Ansicht, daß Kunden durch falsche Bedienung zu lange den Röntgenstrahlen ausgesetzt und verletzt werden könnten. Außerdem seien auch die Angestellten in Geschäften gefährdet, in denen der Schutz gegen die Strahlung unzureichend sei. (Die Welt“ v. 16. 10. 56)

Spezial-Krankenhaus für die Opfer von Unfällen projektiert. Ein Nachbehandlungs-Krankenhaus für Unfallverletzte soll in den Boberger Dünen in Bergedorf gebaut werden.

Diesen Plan haben die im norddeutschen Raum tätigen Berufsgenossenschaften als Träger der gesetzlichen Unfallversicherung gefaßt und sich zu diesem Zweck zum „Verein für Heil- und Berufsfürsorge Hamburg“ zusammengeschlossen. Über den Kauf des etwa 160 000 qm großen Geländes werden gegenwärtig Verhandlungen geführt. Der Verein hofft, mit dem Bau im Frühjahr beginnen zu können. In zwei Jahren soll das Krankenhaus fertig sein. Es wird etwa 150 bis 250 Betten erhalten und rund 10 Mill. Mark kosten.

Der Verein ist der Auffassung, daß dadurch die allgemeinen Krankenanstalten fühlbar entlastet werden. Die Behandlung der Patienten wird in den Händen erfahrener Spezialisten, in erster Linie Unfallchirurgen und Orthopäden, liegen. Der Direktor der chirurgischen Universitätsklinik Eppendorf, Prof. Dr. Zukschwerdt, hat die ärztliche Beratung übernommen. („Die Welt“ v. 8. 10. 56.)

Parlamentsreform? Die Gegenwart, Ffm., 12. 1. 57 nimmt eingehend zu dieser Frage Stellung; die Rentenreform — es werden viele Beispiele aus den bisherigen Debatten im Bundestag angeführt — sei geradezu ein Muster für eine verfehlte Methode in der gesetzgeberischen Arbeit. DZA

Großbritannien: Exodus aus dem Wohlfahrtsstaat. (FAZ, 15. 1. 57): ... Über 300 000 Briten drängen in diesem Jahr nach Kanada, nach anderen Commonwealthländern weitere Zehntausende... Meistens sind sie jung, fachlich ausgebildet, strebsam, die Elite der manuellen und geistigen Arbeiterschaft. Sie haben genug von der wirtschaftlichen Einschränkung, der Austerität, der gewerkschaftlichen Diskriminierung gegen Tüchtigkeit, der entmutigenden Überbesteuerung... Man sucht neue Aufstiegsmöglichkeiten draußen in einer freieren Wirtschaftsatmosphäre. — Das Bemerkenswerteste dabei ist, daß der Wohlfahrtsstaat keinen Reiz hat. Man interessiert sich nicht dafür, daß man nach 65 Jahren eine Staatsrente bekommt. Man ist mehr daran interessiert, daß man mit 25, 35 und 45 Jahren im Beruf vorwärtskommt, anständig verdient, einen hohen Lebensstandard aufbaut, für sein Alter selbst genügend zurücklegen und seinen Kindern eine noch schönere Zukunft bieten kann. Die Auswanderungskurve steigt mit der Verschlechterung der wirtschaftlichen Lage. Nach dem Schmalhans-Budget vom Oktober 1955 verdoppelten sich die Auswanderungsanträge nach Kanada, nach dem Etat vom April 1956 (Verschärfung der Kreditrestriktionen) verdreifachten sie

Kremel

R-MALLEBRINETTEN

(Respectol-Mallebrinetten)

Adstringo-antiseptische Rachentabletten



HELOPHARM
KG
BERLIN

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

Jodosan

Externes Antirheumaticum
O.P. Tube ca. 25,0 O.P. Flasche 30 ccm

sich, nach dem Ausbruch der Suezkrise versechsfachten sie sich. Ein neuer scharfer Staatshaushalt steht in Aussicht, und obendrein greifen Kurzarbeit und Arbeitslosigkeit um sich. Niemand wundert sich in England mehr, daß Massen dem Wohlfahrtsstaat den Rücken kehren.
DZA

UdSSR. Riesenatombombe in Sibirien. Beobachtungen japanischer Wissenschaftler. Tokio, 23. 12. (UP). Japanische Wissenschaftler haben am Wochenende mitgeteilt, die Sowjetunion habe wahrscheinlich in der vergangenen Woche einen thermonuklearen Sprengkörper zur Explosion gebracht, dessen Sprengwirkung bisher alle erprobten Atombomben, einschließlich der auf Bikini getesteten, bei weitem übertreffe. Die Wissenschaftler kamen zu diesen Schlüssen, nachdem in den letzten Tagen in Japan die bisher stärksten radioaktiven Niederschläge festgestellt worden waren. Es wird als ziemlich sicher angenommen, daß diese Radioaktivität von einem sowjetischen Atombombenversuch herrührt, der am 13. oder 14. Dezember in Sibirien vorgenommen worden sein muß. Die dabei festgestellte atmosphärische Radioaktivität ist nach dieser Mitteilung der für Menschen höchstzulässigen Dosis gefährlich nahegekommen.

(„Frankfurter Allgemeine Zeitung“ vom 24. 12. 56)

Gesundheitsberatung über Fernsehen. In den USA sowohl als auch in Großbritannien hat es im Fernsehen eine allabendliche Reklamesendung gegeben, in der ein Fernseharzt Ratschläge für verschiedene Krankheiten gegeben, Symptome erklärt und den Zuschauern gelehrt hat, eigene Diagnosen zu stellen. In diesem Zusammenhang wurden gleichzeitig bestimmte nichtrezeptpflichtige Medikamente empfohlen. Die pharmazeutische Industrie hat darauf, wie ein Artikel im „Mannheimer Morgen“ mittelt, den Medikamentenumsatz erheblich steigern können, während die Ärzte, die heftig gegen die Sendung protestierten, eine Verminderung des Zustromes der Patienten zu ihren Sprechstunden um 1/3 bis zur Hälfte konstatierten. In USA. haben die Ärzte 1954 eine einstweilige, inzwischen mehrfach verlängerte gerichtliche Verfügung auf Einstellung der Sendungen erreicht. In Großbritannien wurde die Sendung nach 2 Monaten eingestellt. Damit haben sich bisher die Bedenken der Ärzte gegen eine diagnostische Fernseh-Gesundheits- und -Behandlungsberatung durchgesetzt, obgleich sich das Publikum in den USA. und in Großbritannien für seine Beibehaltung aussprach...

(Auszug aus „Mannheimer Morgen“ vom 11. 11. 1956)

AMTLICHES

Stellenausschreibung für die staatlichen Gesundheitsämter

Bei dem Staatlichen Gesundheitsamt Augsburg-Land ist eine Hilfsarztstelle (keine Beamtenstelle) neu zu besetzen. Bewerbungen 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 20. März 1957 eingegangen sein. Die Anstellung erfolgt nach Vergütungsgruppe III TO. A.

I. A. gez. Platz, Ministerialdirektor

Zurücknahme der Untersagung ärztlicher Berufsausübung

Das mit rechtskräftigem Bescheid der Regierung von Mittelfranken vom 23. 10. 1951 ausgesprochene Berufsverbot betreffend Dr. Rudolf Fritsch, früher Behringersdorf, jetzt Ulm-Söflingen, Kirchplatz 3, wurde durch rechtskräftige Verfügung der gleichen Regierung vom 16. 1. 1957 zurückgenommen.

Das mit rechtskräftigem Bescheid der Regierung von Oberfranken vom 2. 11. 1955 ausgesprochene Berufsverbot betreffend Dr. med. Bruno Rümmler, wohnhaft in Bamberg, Haasstraße 3, wurde durch rechtskräftige Verfügung der gleichen Regierung vom 31. 1. 1957 mit Wirkung vom 1. 3. 1957 zurückgenommen.

Änderung der Satzung der Bayerischen Ärzteversorgung Bekanntmachung der Bayerischen Versicherungskammer vom 16. Februar 1957

Auf Grund des Art. 9 Abs. II des Gesetzes über das öffentliche Versicherungswesen vom 7. Dezember 1933 (GVBl. S. 467) in der Fassung der Änderung vom 7. Juli 1953 (GVBl. S. 104) wird die Satzung der Bayer. Ärzte-

SEDESTAL

»Krüggmann«

Packungen mit 20, 50, 75 Dragees

Störungen i. Klimakterium

Ulcusbeschwerden und

Wetterfühligkeit

Neurosen

Das bewährte vegetative Sedativum

KRUGMANN & CO · HAMBURG 11

ohne Secale



Liquirit

DR. GRAF & COMP. NACHF., HAMBURG-BAHRENFELD SEIT 1889

bei
Zus.

Ulcus ventriculi u. duodeni, Gastritis, Hyperacidität, nervösen Magenbeschwerden.

Suc. Liq. präp., Bism. subnit., Magn. carb., Natr. bic., Alu. hydr. coll., Extr. Cort. thomni. frang., Extr. Rhiz. col., Extr. Val., Extr. flor. Chamom., Extr. Melliss., Extr. fol. Menth. pip.

Wirtschaftlich weil wirksam

ARZTEMUSTER AUF WUNSCH

versorgung vom 14. November 1938 (GVBl. S. 405) in der Fassung der Bekanntmachung der Bayer. Versicherungskammer vom 15. Dez. 1956 (GVBl. S. 500) mit Zustimmung des Landesausschusses und mit Genehmigung des Bayer. Staatsministeriums des Innern (Entschliebung vom 13. Februar 1957 Nr. I A 4 — 538 — 40/4) sowie mit fachaufsichtlicher Genehmigung des Bayer. Staatsministeriums für Wirtschaft und Verkehr (Entschliebung vom 12. Februar 1957 Nr. V A 7910g — II/25a — 9718) wie folgt geändert:

1. § 4 Abs. II erhält folgende Fassung:
 - „II. Die Satzung kann von der Bayer. Versicherungskammer entsprechend den Beschlüssen des Landesausschusses und mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde geändert werden.“
2. § 5 Abs. I Satz 1 erhält folgende Fassung:
 - „I. Der Landesausschuß besteht aus fünfzehn Ärzten, davon mindestens vier angestellten Ärzten und einer Ärztin, ferner aus acht Zahnärzten, davon zwei angestellten Zahnärzten und drei Tierärzten.“
3. In § 7 Abs. III werden in Satz 1 und 2 das Wort „zwölf“ durch „achtzehn“ ersetzt.
4. In § 7 Abs. IV Satz 1 erhält die Klammerbemerkung folgende Fassung:

„Fahrtkosten 1. Klasse, bei Benutzung eines Kraftwagens 0,30 DM für jeden Kilometer.“
5. § 11 Ziff. 2 wird gestrichen.
6. § 11 Ziff. 3 wird Ziff. 2 und erhält folgende Fassung:
 - „2. die als Beamte im Dienste des Bundes, der Länder, der Gemeindeverbände, der Gemeinden oder der Träger der Sozialversicherung stehen, wenn ihnen Anwartschaft auf lebenslängliche Versorgung und Hinterbliebenenversorgung nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen gewährleistet ist, vom Zeitpunkt der tatsächlichen Verleihung der Anwartschaften an;“
7. § 11 Ziff. 4 wird Ziff. 3.
8. § 13 Abs. I Ziff. 1 erhält folgende Fassung:
 - „1. beim Vorliegen der allgemeinen Voraussetzungen (§ 10) bestellte (approbierte) Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte, die nach § 11 Ziff. 2 oder 3 von der Mitgliedschaft kraft Gesetzes ausgenommen und nicht älter als 40½ Jahre sind;“
9. § 13 Abs. II wird gestrichen.
10. § 13 Abs. III wird Abs. II.
11. § 13 Abs. IV wird Abs. III.
12. Dem § 13 Abs. III wird folgender Satz angefügt:

„Außerdem ist die Beibringung eines Gesundheitsnachweises notwendig.“
13. § 13 Abs. V wird Abs. IV.
14. In § 13 wird folgender neuer Abs. V angefügt:
 - „V. Über die Zulassung zur freiwilligen Mitgliedschaft entscheidet im Einvernehmen mit der Anstaltsverwaltung ein vom Landesausschuß aus seiner Mitte und für seine Amtsdauer zu wählender Ausschuß,

der sich aus zwei niedergelassenen und zwei angestellten Mitgliedern zusammensetzt. Der Ausschuß ist nur beschlußfähig, wenn sämtliche Mitglieder anwesend sind. Bei Stimmengleichheit gilt der Antrag als abgelehnt. Im übrigen gilt § 7 Abs. II Satz 1 und Abs. IV sinngemäß.“

15. § 14 erhält folgende Fassung:

„§ 14

Beginn der Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft beginnt mit dem Eintritt der Voraussetzungen der Mitgliedschaft kraft Gesetzes (§ 10) oder der Zulassung zur freiwilligen Mitgliedschaft (§ 13 Abs. I bis III).“

16. In § 15 Abs. I Ziff. 5 wird „oder 3“ gestrichen.

17. § 15 Abs. II erhält folgende Fassung:

- „II. Die Beendigung der Mitgliedschaft wird wirksam:
 1. mit dem Eintritt der Voraussetzungen, in den Fällen des Abs. I Ziff. 5 mit dem ersten Tag des dem Eintreffen der Austrittserklärung bei der Anstaltsverwaltung folgenden Kalendervierteljahres;
 2. im Falle des Abs. I Ziff. 6 mit dem ersten Tag des dem Eintreffen der Kündigung folgenden Kalendervierteljahres.“

18. § 17 erhält folgende Fassung:

„§ 17

Höhe der Beiträge

- I. a) Die niedergelassenen Mitglieder haben einen Beitrag in Höhe von 7 vom Hundert des reinen Jahres-Berufseinkommens zu entrichten. Als reines Jahres-Berufseinkommen gelten die gesamten Einnahmen aus beruflicher Tätigkeit nach Abzug der Berufskosten. Bestehen gegen die Richtigkeit der Angaben begründete Zweifel, so kann die Versicherungskammer den Beitrag entsprechend festsetzen; das gleiche gilt, wenn überhaupt keine Angaben gemacht werden.
- b) Bleibt das beitragspflichtige Berufseinkommen des niedergelassenen Mitgliedes unter 4600 DM jährlich, so ist ein Beitrag von 320 DM zu zahlen (Mindestbeitrag). Er ermäßigt sich in den ersten drei Jahren der Niederlassung auf 160 DM, im vierten auf 214 DM und im fünften Jahr auf 268 DM.
- II. a) Angestellte Mitglieder, deren Dienstbezüge die Jahresarbeitsverdienstgrenze nach dem AnVNG. übersteigen, haben als Beitrag 7 vom Hundert ihrer Dienstbezüge zu entrichten.
- b) Angestellte Mitglieder, deren Dienstbezüge die Jahresarbeitsverdienstgrenze nach dem AnVNG. nicht übersteigen und die die Befreiung von der Angestelltenversicherung beantragt haben, haben als Beitrag den in § 112 Abs. I AnVNG. festgesetzten Pflichtversicherungsbeitrag zu entrichten. An-



Zur Prophylaxe, Kuplerung und Behandlung von

Schnupfen, Grippe und Erkältungskrankheiten.

TROPONWERKE KÖLN-MÜLHEIM TROPON

Die
gefährlichen



45

Menschen mit großer Verantwortung (vor allem Geistesarbeiter) sind schon in diesem Alter von ihrem Gefäß-System her stark gefährdet.

Typische Störungen im Fett- und Lipoidhaushalt treten gehäuft auf. Beseitigung der causa movens durch vasotrope, lipoid- und fettstoffwechselaktive Substanzen bedeutet erfolgreiche Therapie und Prophylaxe zugleich.

Lipostabil

Gelatinekapseln zur oralen Medikation

klinisch-experimentell wirkungsbestätigt

- | O. P. 36 Stück 4,30
- | Kurp. 100 Stück
- | Großp. 400 Stück

 **NATTERMANN**
1818

Salicylate in der modernen Rheuma-Therapie

Die Entwicklung auf dem Gebiete der Salicylat-Therapie war in den letzten Jahren besonders interessant. Eine Reihe sehr wesentlicher neuer Forschungsergebnisse hat unsere Kenntnis über den Wirkungsmechanismus der Salicylsäure entscheidend gefördert und die wissenschaftliche Klärung der Salicylat-Therapie dürfte damit in ihr endgültiges Stadium getreten sein. Seitdem Piria 1838 aus Blättern der Silberweide (*Salix alba*) die Salicylsäure gewann, wird der Gang dieser Entwicklung durch folgende Daten gekennzeichnet:

- 1860 Kolbe stellt Salicylsäure synthetisch dar.
- 1876 Stricker führt die Salicylsäure als Antipyretikum und Analgetikum in die wissenschaftliche Medizin ein.
- 1899 Hoffmann bevorzugt die stärker analgetisch wirkende und besser verträgliche Acetylsalicylsäure.
- 1914 Im Total wird die analgetische, antipyretische sowie antiphlogistische Wirkung der Acetylsalicylsäure potenziert.
- 1932 Bürgi-Bern begründet wissenschaftlich das im Total verwirklichte Potenzierungsprinzip von Arzneistoffen.
- 1951 B. S. Hetzel und C. Hine bestätigen die Ausschwemmung von C-Vitamin aus der Nebenniere durch Salicylatgaben.
- 1952 Cronheim, King und Hyder sehen in der hypophysär bedingten Ausschüttung von Nebennierenhormonen eine Parallele zwischen Salicylat- und Hormontherapie des Rheumatismus.
- 1953 L. Zizine beobachtet, daß Salicylatgaben die hormonell erzeugte Nebennierenrindenatrophie verhindern.
- 1954 Cochran beschreibt die Stoffwechselbeeinflussung durch Salicylate und führt darauf ihre antirheumatische Wirkung zurück.
- 1955 H. Weidmann schließt auf eine direkte corticotrope Wirkung der Salicylate — 10 g Salicylsäure ~ 1 I. E. ACTH.
- 1956 Verschiedene Autoren machen eine spezifische Beeinflussung des Rheumatismuserregers durch Salicylate wahrscheinlich.

Diese Erkenntnisse erklären und bestätigen die bisherigen Erfolge der Salicylat-Therapie aus der heutigen wissenschaftlichen Sicht. Sie zeigen darüber hinaus eindrucksvoll, daß der Salicylat-Therapie auch für die Zukunft in der modernen Rheumabehandlung große Bedeutung zukommt.

Total vereinigt als klassisches Kombinationspräparat die Wirkung der Acetylsalicylsäure mit der des Chinins und Lithiums in einem potenzierten Synergismus. Mit Total wird durch weit unter der Toxizitätsgrenze liegende Mengen eine maximale Salicylat-Wirkung erzielt. Diesem Prinzip des gesteigerten antirheumatischen, analgetischen und antiphlogistischen Effektes verdankt Total heute wie vor 40 Jahren seine dominierende Stellung in der Rheumatherapie.

TOGAL-WERK A. G. MÜNCHEN 27



Veralgít -Tabl.

Internes
Analgeticum und Sedativum
Krewel-Werke, Eitorf b Köln

gestellte Mitglieder, die die Befreiung von der Versicherungspflicht in der Angestelltenversicherung nicht beantragt haben, zahlen den Mindestbeitrag gemäß Abs. I b Satz 1, solange sie in einem Angestelltenverhältnis tätig und Mitglieder der Angestelltenversicherung sind, unbeschadet des Rechtes der freiwilligen Mehrzahlung gemäß Abs. IV.

III. Die beamteten Mitglieder im Sinne des § 13 Abs. II haben den aus Abs. I sich ergebenden Beitrag zu entrichten, wobei jedoch das Dienst Einkommen mit allen Zuschlägen für die Berechnung des Beitrags außer Ansatz bleibt.

IV. Freiwillige Mehrzahlungen sind zulässig, jedoch dürfen sie einen Betrag von 3000 DM im Kalenderjahr nicht übersteigen, wobei es gleichgültig ist, zu welchem Zeitpunkt des Kalenderjahres dieser Betrag bezahlt wird."

19. § 18 Abs. I erhält folgende Fassung:

„I. Die Mitglieder sind verpflichtet, die fälligen Beiträge bei der Anstaltsverwaltung nach deren Richtlinien einzuzahlen.“

20. In § 18 Abs. VI wird „III“ durch „IV“ ersetzt.

21. § 23 Abs. I Ziff. 1 erhält folgende Fassung:

„1. bei vorübergehender Berufsunfähigkeit, wenn sie länger als 26 Wochen gedauert hat, vom Beginn der 27. Woche an; bei angestellten Mitgliedern der Anstalt von dem Zeitpunkt an, zu dem die Gehaltszahlung eingestellt wurde, frühestens nach dem 4. Monat vom Beginn der Berufsunfähigkeit an.“

22. § 24 Abs. I Ziff. 2 erhält folgende Fassung:

„2. der Zuschlag jährlich 17 vom Hundert der bis zum Eintritt des Versorgungsfalles fälligen Beiträge, soweit sie die jährlichen Mindestbeiträge (§ 17 Abs. I b) überstiegen haben. Ausgleichsbeträge oder Alterszuschläge im Sinne des § 13 Abs. III Satz 2 sind nicht zuschlagsfähig.“

23. In § 24 Abs. II wird die Zahl „300“ durch die Zahl „480“ ersetzt.

24. § 28 Abs. I und II erhält folgende Fassung:

„1. Das Witwen- oder Witwergeld beträgt drei Fünftel des sich nach § 24 Abs. I errechnenden Ruhegeldes, das dem Mitglied zustand oder zugestanden wäre, wenn es am Tage seines Todes dauernd berufsunfähig gewesen wäre, mindestens aber 1080 DM.

II. Das Waisengeld beträgt bei Halbwaisen ein Fünftel, bei Doppelwaisen ein Drittel des sich nach § 24 Abs. I errechnenden Ruhegeldes des verstorbenen Mitgliedes, mindestens aber bei Halbwaisen 480 DM, bei Doppelwaisen 960 DM.“

25. In § 41 Abs. I werden die Worte „wird ein Sechstel“ durch die Worte „werden siebzehn vom Hundert“ ersetzt.

26. § 43 Abs. 1 erhält folgende Fassung:

„I. Das Witwen- oder Witwergeld beträgt drei Fünftel, das Waisengeld bei Halbwaisen ein Fünftel, bei Doppelwaisen ein Drittel des sich nach § 41 errechnenden Ruhegeldes, bei Halbwaisen mindestens 180 DM und bei Doppelwaisen mindestens 360 DM jährlich.“

27. § 44 erhält folgende Fassung:

§ 44

I. Für beamtete oder festangestellte Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte mit gesetzlichem oder vertragmäßigem Anspruch auf Ruhegeld und Hinterbliebenenversorgung, die nach den früheren Vorschriften Mitglieder der Anstalt waren, gilt folgendes:

1. Soweit sie vor dem 15. November 1938 Mitglieder geworden sind, gelten sie auch weiterhin als Mitglieder kraft Gesetzes.

2. Soweit sie nach dem 14. November 1938 beamtet oder festangestellt worden sind, bleiben sie, wenn ihre Versorgung in eine beitragsfreie umgewandelt worden ist, freiwillige Mitglieder. Das Ruhegeld für diese Mitglieder beträgt fünfzehn vom Hundert der bis zum Zeitpunkt der Umwandlung in eine beitragsfreie Versorgung insgesamt entrichteten Beiträge, jedoch nicht mehr, als sich nach § 24 Abs. I errechnet. Die Bestimmungen über die Mindestleistungen nach § 28 entfallen. Anspruch auf Sterbegeld besteht nicht.

II. Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte, die nach dem 8. Mai 1945 ihre Berufstätigkeit im Anstaltsbereich erstmals aufgenommen haben und wegen Überschreitung der Altersgrenze von 40 $\frac{1}{2}$ Jahren nicht Mitglieder der Anstalt geworden sind, können bis zum 30. September 1957 die Zulassung als freiwilliges Mitglied beantragen, wenn sie die sonstigen Voraussetzungen des § 10 erfüllen und das 60. Lebensjahr im Zeitpunkt der Antragstellung nicht überschritten haben. Bei ihnen kann von der Zahlung eines versicherungstechnischen Ausgleichsbetrages oder eines entsprechenden Alterszuschlages (§ 13 Abs. III) zu den laufenden Beiträgen abgesehen werden. Als Tag des Beginns der Mitgliedschaft soll der Zeitpunkt der Aufnahme der Berufstätigkeit im Anstaltsbereich festgesetzt werden. Wenn kein versicherungstechnischer Ausgleichsbetrag oder entsprechender Alterszuschlag gefordert wird, ist für die zurückliegende Zeit der Mindestbeitrag nachzuzahlen.“

28. Die Satzungsänderung tritt am 23. Februar 1957 in Kraft.

Der Präsident der Bayer. Versicherungskammer
gez. Rudolf Herrgen

StAnz. 1957/Nr. 8

Stas

percutanes Expectorans

Tube zu 18 g DM 1.45 o. U.

Stada

RECORSAN**die älteste Herzsalbe**

Seit 4 Jahrzehnten bewährt.

O. P. DM 1,80 o. U.

RECORSAN-GESELLSCHAFTEN GRAEFELING U. LUNEBURG

BUCHBESPRECHUNGEN**Hiroshima-Tagebuch.** Von Dr. Michihiko Hachiya. Hyperion-Verlag, Freiburg/Brsg., Ganzleinen, DM 12.80.

Das Tagebuch des Leiters eines Krankenhauses in Hiroshima, Dr. Michihiko Hachiya, beginnt am 6. August 1945 und endet mit dem 30. September 1945. Es berichtet über den Tag des ersten Atombombenabwurfs und über all das, was Hachiya als Miterlebender, Mitleidender und verantwortlicher Arzt an „dem“ Tage und die Wochen danach empfunden, beobachtet, bedacht und gedacht hat. Das ist getreulich Tag für Tag aufgezeichnet ohne heroische Pose, mit einem leisen oft bitteren, oft selbstkritischen Humor, voll tiefen Respekts vor dem Leid seiner Mitbürger, seiner Stadt, voll liebevoller Hochachtung vor den Toten („Ich verneigte mich in Achtung vor der Toten“ — bei der ersten Autopsie), voll Dankbarkeit für seine Mitarbeiter. Dieses von Schwersterkrankten und -verletzten (und deren Angehörigen!) qualvoll überbelegte Krankenhaus schien die erste Zeit ohne jede Hilfe von außen — wie auf dem Monde zu liegen. Am 7. Tage erfährt H. durch einen zufälligen Besucher, daß dieser rätselhaft und solche höllische Folgen zeitigende „Blitzknall“ eine „Atombombe“ gewesen sei, am 15. Tage bekommt er ein Mikroskop, am 19. Tage Kochgerät und Werkzeug zum Brennholzspalten, am 23. Tage klagt er noch über Mangel an Decken, am 26. Tage ist noch kein Kalk und kein Lysol da. Am 30. Tage sind sie noch ohne Zeitung und offizielle Nachricht, am 34. Tag kann sich H. das erste Bad gönnen. Erst als sich die Ärzte und ihre Helfer selbst durch mühselige Kleinarbeit, gehemmt durch alle Nöte primitiver Urzustände, über die Art all der zunächst rätselhaften Krankheitserscheinungen (Infektion? Giftgas?) klar geworden, erscheinen gewichtige Professoren mit Vorschlägen und sonstigen Weisheiten.

Ohne ärztliche Ausrüstung, im Kampf mit Bürokratie und Verwaltung, gequält von Sorge um das Land, geängstet von wilden Gerüchten inmitten des höllischen Brodels apokalyptischer Bilder, zeichnet sich in den zurückhaltend-bescheidenen Berichten das Bild einer bewunderungswerten menschlichen und ärztlichen Leistung ab.

Jener 6. August 1945 ist ein Markstein in der Geschichte der Menschheit, seit jenem Tage ist sie vor die Frage gestellt: ob sie und wie sie weiterleben will. G. S.

Unfallbegutachtung. Von Prof. Dr. med. Paul Rostock, 3. umgearbeitete Auflage, Verlag Walter de Gruyter & Co., Berlin W 35, 115 Seiten, 78 Abb. auf 6 Tafeln, Ganzleinen DM 14.80.

In dem vorliegenden Buch hat ein Altmeister der Unfallbegutachtung die Erfahrung seines Lebens niedergelegt. Trotz des geringen Umfangs von 115 Seiten ist alles für den Praktiker Wichtige in übersichtlicher Weise und in einer selten klaren und einfachen Sprache dargestellt.

In dem ersten allgemeinen Teil wird von Kennern der Materie alles für den Arzt Wissenswerte über die Krankenversicherung, die Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten, über die Unfallversicherung und über die private

Unfallversicherung besprochen. Ganz besonders lesenswert ist der fünfzehn Seiten lange, kurze Abschnitt über Arzt und Gutachten. In diesem Abschnitt ist das Wichtigste über die Form des Formulgutachtens, des freien Gutachtens und über die Untersuchungstechnik bei der Abfassung eines Gutachtens dargelegt. Ein kurzer Abschnitt über Simulation und Aggravation ist angeschlossen. Im speziellen Teil werden die wichtigsten Rentensätze, nach einzelnen Körperteilen geordnet, angegeben. Gerade der Unerfahrene kann sich hier guten Rat holen und kann damit durch Vermeidung einer falschen Einschätzung von Erwerbsbeschränkungen manchen Rentenstreit vermeiden. Ein großer Abschnitt ist den entschädigungspflichtigen Berufskrankheiten gewidmet. In einem dritten Teil wird die Begutachtung von Zusammenhangsfragen zwischen Unfall und Entschädigungspflicht angefügt.

Übersichtliche Skizzen am Schluß des Buches erleichtern die rasche Orientierung bei der Festsetzung von Rentensätzen bei Gliedmaßenverletzungen.

Bei der Zunahme von Unfällen kommt jeder Arzt in die Lage, Gutachten erstellen zu müssen, und gerade dafür bietet das vorliegende Büchlein ein ausgezeichnetes Nachschlagewerk. Man möchte wünschen, daß jeder angehende Arzt verpflichtet wird, das Büchlein durchzulesen, bevor er sich an die Abfassung von Gutachten macht. O. Mack, München

Die Übungsbehandlung bei Kontrakturen. Von A. v. Mühlmann, Richard Pflaum Verlag, München, 1956, 2. Auflage, 71 S., 47 Abb., karton, DM 4.50.

In der Schriftenreihe „Aus Theorie und Praxis der Krankengymnastik“ erscheint bereits in der 2. Auflage A. v. Mühlmanns Abhandlung „Die Übungsbehandlung bei Kontrakturen“.

Der Stoff wird in klarer Sprache abgehandelt; die gute Didaktik verdient ebenfalls besonders hervorgehoben zu werden.

Bei der Darstellung wird u. a. die berechnete Forderung erhoben, daß physikalische Vorbereitung, Massage und Übungsbehandlung eine Einheit bilden und daher auch unter der Beobachtung und Kontrolle einer Person zu stehen haben. Diese wichtige Rolle fällt der(m) Krankengymnastin(-sten) zu, wie die Verfasserin aus ihrer großen und umfangreichen Erfahrung heraus betont.

Mit dem Büchlein ist, wie E. K. Frey in seinem Geleitwort zum Ausdruck bringt, ein kleines Lehrbuch für Anfänger und ein guter Ratgeber für Erfahrene verfügbar.

Die einzelnen Kapitel sind mit gutem Bildmaterial versehen.

Die Eingriffe am Gallensystem. Versuch einer neuen Darstellung. Von Prof. Dr. med. Hans Brücke. Verlag für medizinische Wissenschaften W. Maudrich, Wien IX. 167 Seiten, 75 Abbildungen, 1956, Gin. DM 40.—.

Der Verfasser nennt sein Buch: „Den Versuch einer neuen Darstellung“. Ich möchte gleich vorwegnehmen, der Versuch ist wohl gelungen. Das Buch ist entstanden aus der Neubearbeitung einer Monographie seines Lehrers Walzel über die

INSPIROLfreie
Atemwege



Vaporin

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

Technik der Eingriffe am Gallensystem. Sein Leitgedanke ist: Ein einfacher und klarer Operationsplan und gesunder Menschenverstand bei dessen Durchführung sind die Grundbedingungen für den Erfolg.

Ein ausführlicher einleitender Abschnitt ist der Anatomie der Gallenwege mit ihren verschiedenen Variationen gewidmet. Die Röntgenuntersuchung der Gallenblase und der Gallenwege mit all ihren verschiedenen, in den letzten Jahren teilweise neu entwickelten Methoden wird ausführlich in einem weiteren Abschnitt besprochen, ebenso wird das intraoperative Röntgenverfahren und die Druckmessung im Choledochus in ihrer Technik eingehend dargestellt und kritisch gewürdigt. Die verschiedenen Schnittführungen mit ihren Vor- und Nachteilen und die Frage der Drainage und Tamponade sind nicht vergessen.

Im speziellen Teil wird die Technik der verschiedenen Operationen an den Gallenwegen eingehend dargestellt; gut verständliche Skizzen ergänzen den Text.

Das Buch bietet eine ausgezeichnete Übersicht über die neueren Erfahrungen auf dem Gebiete der Gallenwegschirurgie und ist gerade für den besonders lesenswert, der nicht die Zeit und die Möglichkeit hat, die gesamte Literatur der letzten Jahre zu studieren. Wer nicht selbst in seiner Praxis die Möglichkeit hat, genügend Erfahrungen in der Gallenwegschirurgie zu sammeln, sollte sich das Buch anschaffen. Unentbehrlich ist es für den angehenden Chirurgen.

O. Mack, München

Galvanischer Strom, faradischer Strom, Exponentialstrom in der therapeutischen Praxis. Von Otto Gillert, Richard Pflaum Verlag, München, 1956, 3. Auflage, 87 S., 39 Abb., karton. DM 4.50.

Der aus der Münchener Schule für Krankengymnastik hervorgegangene Verfasser hat mit seinem Büchlein, das als Band 1 in der Schriftenreihe von Einzeldarstellungen aus dem Gebiet der Krankengymnastik erschienen ist und jetzt bereits die 3. Auflage erreicht hat, einen vollen Erfolg zu verzeichnen. Der Inhalt ist sehr übersichtlich gegliedert und in einfacher und sehr verständlicher Sprache dargestellt. In der Hand der in Instituten tätigen und in der Praxis stehenden Krankengymnasten(innen) bildet der Leitfaden von Gillert einen unentbehrlichen Ratgeber. Besonders wird wohl auch der Anhang über die peripheren Lähmungsbilder begrüßt werden, der eine Art Repetitorium der Anatomie, Physiologie der Muskeln und Nerven des menschlichen Organismus mit deren hauptsächlichsten Lähmungsbildern bringt.

Erwähnt seien auch die gut gelungenen Abbildungen, die in Photodarstellungen und in übersichtlichen Schemata den Text erläutern.

Das kleine Frauenbuch. Von Prof. Dr. H. Martius, Göttingen, 1956, 76 Seiten, 51 Abbildungen von Käthe Droysen, kartoniert DM 6.90.

Das allgemein geschriebene und mit ausgezeichneten Illustrationen versehene Buch wurde von der Leiterin der Elly-

Heuss-Knapp-Stiftung Deutsches Mütter-Genesungswerk angeregt. Das von Meisterhand geschriebene Buch ist besonders dazu berufen, die Frauen auf zuverlässiger Grundlage ohne alle Fremdwörter über den Bau und die Funktionen ihres Körpers und über die Fortpflanzungsaufgaben zu informieren. Die modernen Kenntnisse über den Genitalcyclus und über die damit im Zusammenhang stehende Fortpflanzung, die ja die Grundlagen der heutigen Gynäkologie und Geburtslehre bilden, werden besonders eindrucksvoll hervorgehoben. Gegen dieses Meisterwerk fallen andere Bücher über Geburtenregelung, den Geburtsschmerz, über Frauenhygiene, Frauensport, Entwicklungs- und Wechseljahre stark ab. „Das kleine Frauenbuch“ ist für Schulen und zum Zwecke der Aufklärung der Kinder durch die Eltern sowie für den biologischen Unterricht wohl als das Buch der Wahl anzusprechen. Seine Verbreitung wird alle Unklarheiten und Mißverständnisse in diesen Fragen beseitigen helfen.

Prof. v. Khreninger-Guggenberger, Regensburg
(Schluß des redaktionellen Teils)

Rectiole und Flexiole. Die günstigen chemischen und physikalischen Eigenschaften der sog. Polyäthylene, die eine beliebige Formgebung gestatten, nahezu völlig unangreifbar für Chemikalien sind und durch ihre Elastizität die Nachteile des Glases vermeiden, räumen ihnen in der Gefäßtechnik einen besonderen Platz ein. Die Firma Mann, Berlin, hat dies vorzüglich vor allem für die rektale Applikationsweise von Medikamenten ausgenutzt, die gegenüber der oralen wie der parenteralen Anwendung große Vorteile bietet. An Stelle der häufig unverträglichen Suppositorien tritt in der Rectiole der Firma Mann das Mikroklyisma, das in kleinsten Mengen Pharmaca dem Körper einverleibt und besonders in der Kinderpraxis eine bequeme Applikation ermöglicht. Auch als Gefäß für flüssige Medikamente hat sich das Material in Form der Flexiole vor allem durch Bruchsicherheit und leichte Tropfendosierung bestens bewährt.

Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegen Prospekte folgender Firmen bei:
Adolf Klinge GmbH., München 23;
Adolf Klinge GmbH., München 23;
UPHA GmbH., Hamburg;
Max E. Hennig, Chem. Lab., Flörsheim/Main;
Rowa-Wagner KG., Arzneimittelfabrik, KfMn;
Dr. Gustav Klein GmbH., Zell-Harmersbach.



„Bayerisches Ärzteblatt.“ Herausgeber: Bayer. Landesärztekammer. Schriftleitung: Mü. 23, Königsstr. 85/1H, Tel. 36 11 21—25, 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. Postcheckkonto - München 159 00, Richard Pflaum Verlag (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Anzeigenverwaltung: Carl Gabler, München 1, Theaterstraße 8, Telefoa-Sammel-Nummer 2 96 86. Feraschreiber 092/3662. Telegrammadresse: Gablerpress. Für den Anzeigenteil verantw.: Ernst W. Scharshinger, München. Druck: Richard Pflaum Verlag, München

Jod-Vasogen

3
6
+
10%

PEARSON + CO. AG. UETERSEN/HOLSTEIN · GEGR. HAMBURG 1883

3%: O. P. 20 g DM 1.15
O. P. 30 g DM 1.30
6%: O. P. 20 g DM 1.25
O. P. 30 g DM 1.45
10%: O. P. 20 g DM 1.35
O. P. 30 g DM 1.60