

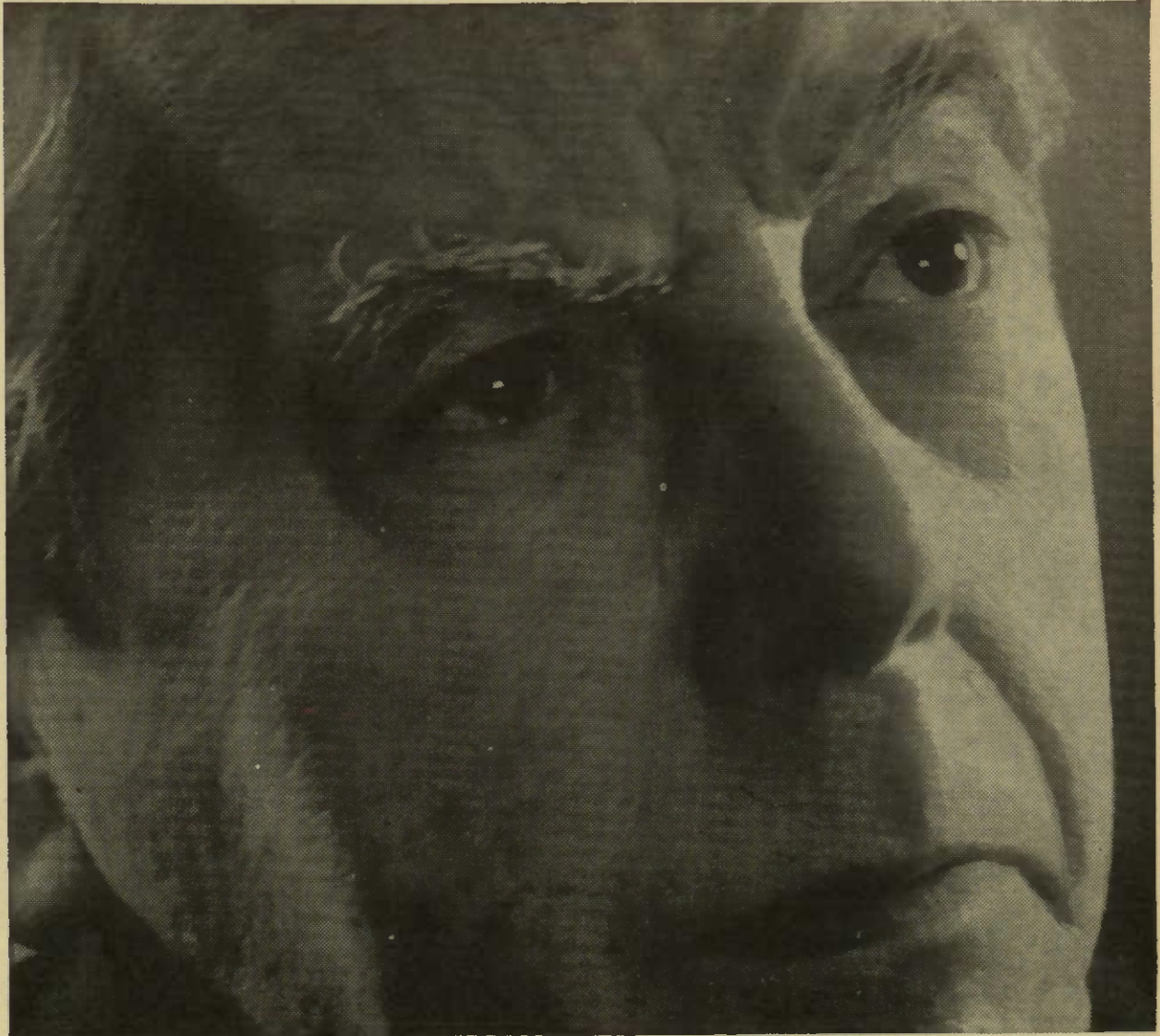
BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Heft 9

München, September 1958

13. Jahrgang



Konsequente Entwicklungsarbeit an dem von uns aufgefundenen neuen Prinzip stoffwechselaktiver Therapie mit „essentiellen Phosphalipiden“ schuf als neuartige Präparate für Patienten diesseits und jenseits der 50:

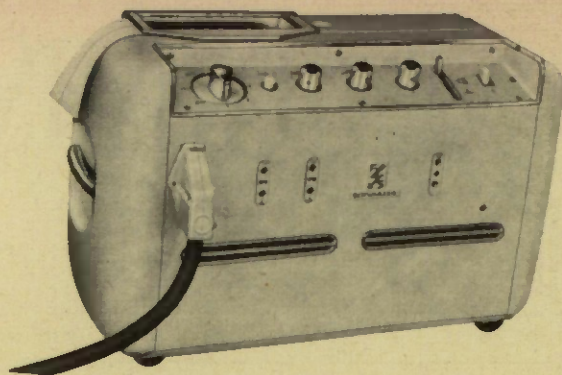
Lipostabil Lipogeron

 **NATTERMANN**

Gelatine-Kapseln in Orig. Pckg., Kur P., Klin. P.

Aus dem Inhalt:

Sixt: Der Wert der Röntgenreihen- untersuchungen für die Bekämp- fung der Tuberkulose in Bayern	Seite 197
Weschbach: Kassenzahnärztliche und Reform der Sozialen Kranken- versicherung	Seite 205
Oeckler: Das Bayer. Ärztegesetz	Seite 206
Mittellungen	Seite 208
Kongresse und Fortbildung	Seite 216
Gesetzes-, Rechts- und Steuerfragen	Seite 218
Amtliches	Seite 221
Rundschau	Seite 222
Buchbesprechungen	Seite 223



Einfache u. schnelle EKG-, Puls- u. Tiefschallaufnahme mit
CARDIOSCRIPT III
dem tragbaren Einkanal-Elektrokardiographen
für die ärztliche Praxis

Universelle Überwachung sämtlicher Kreislaufgrößen mit
Normal- und Spezialkanälen beliebiger Auswahl im
CARDIOSCRIPT-S
als 4-, 8- und 12fach-Schreiber
Das Universalgerät für Diagnostik und Operation

Beratung und technischer Kundendienst durch
Röntgen- und elektromedizinische Apparate
Ärzte- und Krankenhausbedarf

KURT PFEIFFER

Nürnberg
Marientargraben 17

Frankfurt/M.
Elbstraße 50

Nach experimentellen Untersuchungen
von Prof. Dr. R. Preuner, Dr. J. von Prittwitz und Goffron und Dr. W. Brehmer,
Hygiene-Institut der Hansestadt Lübeck und Hygiene-Institut der Universität
Göttingen (Dir. Prof. Dr. F. Schütz)
*Arzneimittel-Forschung 3, 337-341 (1953), ist

Keldrin

die optimal, auch peroral und rektal wirksame
Arzneimittel-Kombination mit Khellin.

Indikationen:

- Asthma bronchiale
- Angina pectoris
- Coronarsklerose
- Silikose

KEINE SCHÄDLICHEN NEBENWIRKUNGEN!

Vorläufiges weiteres Schrifttum:

Evers, C., Münch. med. Woch. 94, 592-595 (1954).
Coenen, F., Ther. d. Gegenw. 33, 257-268 (1954).
Wolfs, R. F., Hippokrat. 27, 289-290 (1956).
Sudek, G., Münch. med. Woch. 99, 152-153 (1957).

Bitte verlangen Sie Literatur und Versuchsmengen, auch von den weiteren
„Thiemann“ Standard-Präparaten

Obstinol - Octadon - Optipect



CHEM. PHARM. FABRIK DR. HERMANN THIEMANN G. M. B. H.
LÜNEN I. W.

VIII...VII...VI...V...IV...
SKLEROSOL
reguliert -

Arteriosklerose
Praesklerose
Hypertonie
Klimax
Ohrensausen
Schwindelgefühl



FEBENA-KÖLN

Bei Überfunktionszuständen der Schilddrüse FAVISTAN

(Hyperthyreose, Thyreotoxikose, Morbus Basedow)

NEU: Für Fälle, bei denen es auf einen raschen Wirkungseintritt ankommt, besonders bei thyreotoxischer Krise und beim Basedow-Koma

ferner bei Resorptionsstörungen im Magen-Darm-Kanal FAVISTAN-Ampullen.

FAVISTAN

Zusammensetzung: 1-Methyl-2-merkaptoimidazol

Schnelle Rückbildung der hyperthyreotischen Erscheinungen. Gute Verträglichkeit, große therapeutische Breite. Nur geringe strumigene Wirkung. Wirksamkeit auch bei therapieresistenten Fällen (Versagen anderer antithyreoidaler Substanzen). Möglichkeit der Weiterbehandlung mit Radiojod oder Operation.



20 Tabletten zu 0,02 g DM 2,20 o.U.

50 Tabletten zu 0,02 g DM 4,75 o.U.

10 Ampullen zu 0,04 g DM 6,25 o.U.

ASTA-WERKE A.-G.

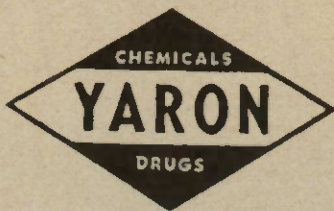
Chemische Fabrik · Brackwede (Westf.)

Ein Adreßbuch, das sich von der ersten bis zur letzten Seite verwerten läßt:

ARZTEVERZEICHNIS BAYERN

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer
304 Seiten, Halbleinen DM 14,50 (Stand 1956).

RICHARD PFLAUM VERLAG MÜNCHEN



Seit 1902 Wiener Privat-Handelschule Mecker
Allgäusulen: Leutkirch, Memmingen, Kempten, Sonthofen.
Besitzer und Direktion:
Jerg, Ulm/Donau; kaufm.-praktische
Arzthalterin - Sekretärin
Jahres- und Halbjahresschule
Neue Schülerinnenwohnheim
Beginn: April, Oktober
Ärztliche Leitung

heir



MULTICOR
MULTICOR
MULTICOR
MULTICOR
MULTICOR
MULTICOR
MULTICOR
MULTICOR
MULTICOR[®]
DIGOXIN + THEOPHYLLIN
MULTICOR

0,2 mg DIGOXIN
(Reinglykosid aus Digitalis lanata)
100,0 mg THEOPHYLLIN

Viele Herzen brauchen MULTICOR



»ATMOS« FRITZSCHING & CO GMBH · VIERNHEIM/HESSEN

20 Tabl. DM 2,40 o.U.
45 Tabl. DM 4,90 o.U.

Ocodem Tabletten[®]

rein homöopath. Quecksilber-Schwefel-Komplex, rasch wirkend bei Furunkulosen, Hordeolen, Schweißdrüsenabszessen, Hals-, Nasen-, Ohrenfurunkeln, Akne etc.

OP mit etwa 40 Tabletten 2,05 DM o. U.

Angelopharm, Dr. Demmler-Arzneimittel, Schwäbisch Hall

Bei

KOLIKEN

der Gallen- und Harnwege

BUSCOPAN[®] COMPOSITUM

Spasmolytikum und Analgetikum

**weil es die Spasmen löst
weil es die Schmerzen stillt**

Handelsformen:

Ampullen mit 5 ccm (0,02 g Buscopan und 2,5 g phenyldimethylpyrazolonmethylaminomethansulfonsaures Natrium)

Schachtel mit 3 Stück
Klinikpackung mit 30 Stück

Suppositorien (0,01 g Buscopan und 1 g phenyldimethylpyrazolonmethylaminomethansulfonsaures Natrium)

Schachtel mit 6 Stück
Klinikpackung mit 50 Stück

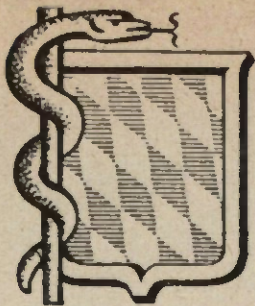
Suppositorien pro Infantibus
(0,0075 g Buscopan und 0,3 g phenyldimethylpyrazolonmethylaminomethansulfonsaures Natrium)

Schachtel mit 6 Stück

C. H. BOEHRINGER SOHN · INGELHEIM AM RHEIN

5800/d





BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Nummer 9

München, September 1958

13. Jahrgang

Der Wert der Röntgenreihenuntersuchungen für die Bekämpfung der Tuberkulose in Bayern

Erwiderung auf den gleichnamigen Artikel von Dr. Sewering, Präsident der Bayer. Landesärztekammer, im Bayer. Ärzteblatt 1958 Nr. 6.

Von Dr. Konrad Sixt, Tbc-Fachberater des Bayer. Staatsministeriums des Innern

Wieder sind lebhaftere Diskussionen entbrannt über den Wert und die Notwendigkeit gesetzlich verankerter Röntgenreihenuntersuchungen (RRU). Waren es erst die evtl. Strahlenschädigungen, mit denen man die RRU zu unterminieren versuchte, so sind es nun die angeblich zu geringen Ergebnisse dieser gesetzlich verankerten RRU. Sewering als Präsident der Bayer. Landesärztekammer (oder läßt das „wir“ in seinem Artikel darauf schließen, daß er auch für die gesamte Ärztekammer spricht?) spricht von einem „Minimalergebnis, das für die Bekämpfung der Tuberkulose völlig bedeutungslos ist und auch nicht annähernd in einem Verhältnis steht zu den angewendeten Mitteln“.

An Hand der in Bayern in den letzten vier Jahren gemachten Erfahrungen soll rein sachlich überprüft werden, ob diese Ansicht den Tatsachen gerecht wird — oder ob es noch notwendig erscheint, derartige RRU der Gesamtbevölkerung auf gesetzlicher Grundlage weiterhin durchzuführen.

Entwicklung des Gesetzes

über Röntgenreihenuntersuchungen in Bayern und Ausbau der Schirmbildstellen im Vollzug dieses Gesetzes

Unmittelbar nach dem Kriege wurden in Bayern, um die Erfassung Tbc-Krankter in der damals außerordentlich kritischen Lage zu intensivieren, gezielt und ungezielt Röntgenreihenuntersuchungen auf freiwilliger Basis durch Röntgenschirmbildstellen erst der Regierung von Oberbayern, dann der Landesversicherungsanstalten (Unterfranken und Oberbayern) sowie der Städtischen Tbc-Fürsorgestellen durchgeführt.

Die hierbei gemachten Erfahrungen der relativ geringen Beteiligung, wie vor allem der Vergleich der Ergebnisse mit anderen Ländern wie Württemberg, Schleswig-Holstein und Niedersachsen, die gesetzlich verankerte RRU bereits durchführten, gaben unter Würdigung der damaligen Tuberkulose-Situation den Anlaß für einen Initiativ-Antrag im Bayer. Landtag auf ein Gesetz für Röntgenreihenuntersuchung in Bayern.

Das Gesetz wurde nach langwierigen und eingehenden Verhandlungen über das Für und Wider solcher Reihenuntersuchungen in Parlaments- und Fachausschüssen am 16. Juni 1953 verkündet. Es besagt in Abs. 1: „Wer in Bayern wohnt, ist verpflichtet, auf öffentliche Aufforderung hin sich einer Röntgenreihen- oder Röntgenuntersuchung auf Tuberkulose zu unterziehen.“ Das Gesetz wie die Durchführungsbestimmungen hierzu stellen völlig frei, daß sich der Vorgeladene auch anderweitig untersuchen lassen kann.

Im Vollzug dieses Gesetzes wurden ab Januar 1954 die Schirmbildstellen bei den einzelnen Regierungen Zug um Zug errichtet. Mit der Eröffnung der letzten Schirmbildstelle (als 2. im Regierungsbezirk Oberbayern) im September dieses Jahres arbeiten dann 8 Schirmbildstellen. Jede Schirmbildstelle besteht aus der zentralen Auswertungsstelle (1 Arzt und 3 Angestellte) und dem Schirmbild-Reisetrupp (2 weibl. und 2 männl. Angestellte) zur Bedienung des transportablen Spiegeloptik-Röntgengerätes.

Die Schirmbildstelle wird nach Weisung und unter Aufsicht des Medizinalreferenten der Regierung tätig. Der Leiter der Schirmbildstelle pflegt engste Fühlungnahme mit den staatlichen und städtischen Gesundheitsämtern sowie mit der gesamten Ärzteschaft.

Die auf Grund der angefertigten Schirmbildaufnahmen notwendig werdenden ersten Nachuntersuchungen werden grundsätzlich durch den Schirmbildarzt etwa zwei Wochen nach der Schirmbildaufnahme vorgenommen. Es steht aber jedem Vorgeladenen frei, auch diese Nachuntersuchung über seinen Hausarzt von einem Facharzt durchführen zu lassen.

Die bisherige Erfahrung hat gezeigt, daß die Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft und den Verwaltungsbehörden der Stadt- und Landkreise eine sehr gute ist. Die Bevölkerung selbst nimmt diese Reihenuntersuchungen zu einem hohen Prozentsatz als notwendige und begrüßenswerte Maßnahme des Staates im Rahmen der Tuberkulosebekämpfung mit Verständnis an.

Es ist nur ein relativ geringer Prozentsatz der Bevölkerung, der in dieser Maßnahme einen Zwang und damit eine Beeinträchtigung seiner persönlichen Freiheit empfindet. Wie aus dem späteren zu entnehmen ist, sind es lediglich etwa 2—3%, die der Vorladung nicht Folge leisten und auch von der Möglichkeit, sich anderweitig untersuchen zu lassen, nicht Gebrauch machen wollen.

Trotz der im Gesetz (Artikel 6) vorgesehenen Bestrafungsmöglichkeit wurde bisher noch keine Bestrafung beantragt mit Ausnahme des viel besprochenen Falles in Oberbayern in jüngster Zeit, wo Oberregierungsrat Dr. N. durch ein Gerichtsurteil zu 100 DM Strafe verurteilt worden ist. Allein aus dieser Tatsache kann schon entnommen werden, daß in dem zitierten Falle eine besondere Situation vorgelegen haben muß, die die vorgesetzte Behörde zu dieser Maßnahme gezwungen hat.

Wurden bis vor kurzem zur Schirmbilduntersuchung auf Grund des Gesetzes alle in Bayern Wohnhaften vom 10. Lebensjahr an aufgerufen, so werden auf Grund der

im Laufe der Jahre gemachten Erfahrungen (vgl. später bei „Altersverteilung“) nur noch Erwachsene vom 15. Lebensjahr aufwärts vorgeladen. Nach Abschluß der in einem Stadt- und Landkreis durchgeführten Schirmbilduntersuchung wird eine zusammenfassende Statistik erstellt und die neuerfaßten Kranken der Tbc-Fürsorgestelle bzw. den freipraktizierenden Ärzten (Fach- und Hausärzte) zur weiteren Betreuung übergeben.

Die durchschnittliche Leistung einer Schirmbildstelle beträgt — sofern nicht gerade besonders mißliche Ortsverhältnisse vorliegen — ca. 150 000 Aufnahmen im Durchschnitt pro Jahr.

Kosten:

Die bisher aufgewendeten Kosten sind:

Erstanschaffungen	670 090 DM
laufender Bedarf	1 121 399 DM
in den Jahren 1953/57	1 791 489 DM
Gehälter	1 258 484 DM
(Veranschlagte Haushaltsbeträge)	
— die wirklich ausgegebenen Beträge dürften etwas niedriger sein —	
	3 049 973 DM
für Abschreibung der Erstbeschaffung auf 10 Jahre gehen ab	402 054 DM
	2 647 919 DM

Für den Betrag von rund 2 650 000 DM wurden rund 3 Millionen Schirmbildaufnahmen 1954 bis 1957 gefertigt. Also kostet 1 Schirmbildaufnahme 0,88 DM = rund 0,90 DM.

Für den laufenden Bedarf einer Schirmbildstelle stehen jetzt pro Jahr ca. 40 000 DM (ohne Gehälter) zur Verfügung.

Wenn wir aus dem nachfolgenden vorgreifen, daß auf 1000 Untersuchungen drei an aktiver Tuberkulose Erkrankte treffen, so kostet die Ermittlung eines solchen Falles 300.— DM.

Zum Vergleich mag hier angeführt werden, daß für die Ausmerze eines tuberkulösen Rindes der Staat (zusammen mit der Tierseuchenkasse) z. Z. im Durchschnitt ea. 200.— DM zahlt.

Für die Ausmerze eines Tbc-positiv reagierenden Rindes gibt der Staat (aus ordentlichem Haushalt und Grünem Plan) im Rahmen der freiwilligen Rinder-Tuberkulosebekämpfungsaktion 100.— DM.

Eine Untersuchung auf Tbc (Tuberkullnisierung) beim Rind kostet rund 2.— DM.

Für die freiwillige Rinder-Tbc-Bekämpfung stehen elf Millionen DM für das Haushaltsjahr (1957) zur Verfügung.

Im Rahmen eines fünfjährigen Tiigungsplanes ist nach Angabe von Oberreg.- und Vet.-Rat Dr. Woff beabsichtigt, im laufenden Haushaltsjahr ea. 160 000 Reagenten auszumerzen. Das kostet $160\,000 \times 100.—$ DM = 16 Millionen DM.

Berufsgruppen oder Gesamtbevölkerung

Entsprechend den Durchführungsbestimmungen wurde im ersten Jahr (1954) versucht, bestimmte Berufsgruppen aus der Gesamtbevölkerung herauszunehmen, von denen angenommen werden konnte, daß sie besonderer Gefährdung (z. B. Parteilverkehr) ausgesetzt seien und daß diese Personen, falls sie an ansteckender Tbc erkrankt sind, besonders gefährdend für die Umgebung sind. Dieser Gedanke hat etwas Bestechendes an sich. Aber die praktische Erfahrung im Jahre 1954 hat gezeigt, daß die namentliche Erfassung der Angehörigen dieser bestimmten Berufsgruppen außerordentliche Schwierigkeiten bereitet und den Gemeinden Mehrkosten und zusätzliche Arbeits-

belastung aufbürdet, die ihnen im Rahmen der Amtshilfe auf die Dauer nicht zugemutet werden kann.

Kann schon die Auswahl bestimmter Berufsgruppen nicht Anspruch auf Vollständigkeit haben, so ergab die Beobachtung darüber hinaus eine besondere Tuberkulosehäufigkeit gerade bei der älteren Generation, so daß diese Jahrgänge, die bei der Untersuchung nach bestimmten Berufsgruppen allein nicht miteinbezogen gewesen wären, durch die Schirmbildaktion nicht unberücksichtigt bleiben durften. Nicht übersehen werden sollte schließlich die bäuerliche Bevölkerung, der wir seit der raschen Entwicklung der freiwilligen Rinder-Tbc-Bekämpfungsaktion besonderes Augenmerk schenken müssen; ebenso auch nicht die Hausfrauen, die im Erkrankungsfall eine erhebliche Gefährdung der Kleinstkinder bedeuten.

Die Angehörigen der in den Durchführungsbestimmungen genannten Berufsgruppen, die Angehörigen der bäuerlichen Bevölkerung zusammen mit den Hausfrauen und alten Personen ergeben aber schon eine so große Zahl der zur RRU anstehenden Personen, daß eine Vorweg- oder Herausnahme aus der Gesamtbevölkerung nicht mehr vertretbar ist. Sie wäre auch nicht wirtschaftlich rentabel, denn eine besondere Ersparnis darf durch die Reduzierung auf besondere Berufsgruppen nicht erwartet werden.

(Das Schirmbildpersonal, die Apparatur muß die gleiche bleiben; die Einsparung des Filmmaterials ist so minimal, daß sie nicht spürbar wäre. Da aber aus organisatorischen Gründen nicht dieselbe hohe Zahl wie bei der gesetzlichen Reihenuntersuchung der Gesamtbevölkerung erreicht werden kann, wird eine Schirmbildaufnahme nur teurer.)

Leistungen und Ergebnisse des ersten Durchganges der RRU

Sie sind in der Tabelle*) I — vgl. Aniage auf der nächsten Seite — wiedergegeben.

(Hierbei ist zu beachten, daß im Anlaufjahr 1954 vorwiegend nur Personen bestimmter Berufsgruppen untersucht worden sind, und damit ergeben die Zahlen dieses Jahres noch nicht den Durchschnitt für die Gesamtbevölkerung wie die Untersuchungen der Jahre 1955 bis 1957, wo die Gesamtbevölkerung der Stadt- und Landkreise [vom 10. Lebensjahr aufwärts] geschirmbildet wurde.) Aus dieser Tabelle ist zu entnehmen:

1. die Beteiligung beträgt nach den Meldungen der Schirmbildärzte am Schlusse der Schirmbildaktion in den Stadt- und Landkreisen zwischen 90 und 95% (einschließlich derer, die sich auf Grund der öffentlichen Aufforderung hin anderweitig untersuchen haben lassen).

Nur etwa 2—3% der Vorgeladenen und damit Untersuchspflichtigen blieben unentschuldigt der Aktion fern. Der Rest hatte sich entsprechend dem Artikel 2 der RRU entschuldigt oder war befreit.

2. Die zur Nachuntersuchung Bestellten betragen etwa 2,9% der verwertbaren Schirmbildaufnahmen. Auf Grund dieser Nachuntersuchung, die eine persönliche Aussprache mit dem Kranken ermöglicht, zusammen mit dem Schirmbild wurden die Diagnosen durch die Schirmbildärzte erstellt. Der Vorwurf einer bewußten Überbewertung muß mit Nachdruck zurückgewiesen werden. (Da es sich praktisch bei den Nachuntersuchungen um eine einmalige Untersuchung handelt und dann der betreffende Kranke entweder der Tbc-Fürsorgestelle oder dem Hausarzt übergeben wird, kann es später selbstverständlich noch zu Verschiebungen innerhalb dieser Diagnosegruppen kommen. Aber, wie die Beobachtungen zeigen, gleichen sich diese zahlenmäßig immer wieder aus.)

*) Die Tabellen sind erstellt nach Angaben und Veröffentlichungen des Bayer. Statistischen Landesamtes.

Tabelle I Durch die Schirmbildaktion in Bayern neuerfaßte (bisher unbekannte) Tuberkulosekranke

Jahrgang	Verwertbare Schirmbilddaufnahmen	Beteiligung	Nachuntersuchung		offene Lungen-Tbc Ia + b		aktiv geschlossene Lungen-Tbc Ic		aktive Lungen-Tbc insges. Ia-c		inaktive Lungen-Tbc IIa		aktive und inaktive Lungen-Tbc Ia-IIa		Hellverfahren	
			%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.
1955	767 242	90%	23 625	3,1	699	0,09	1 901	0,25	2 600	0,34	6 477	0,84	9 077	1,18	1 368	52
1956	960 455	bis	28 080	2,9	920	0,10	2 094	0,22	3 014	0,32	8 004	0,83	11 018	1,15	1 544	51
1957	979 660	95%	27 665	2,8	754	0,08	1 710	0,17	2 464	0,25	7 937	0,81	10 401	1,06	1 353	55
1955—57	2 707 357		79 370		2 373	0,09	5 705	0,21	8 078	0,30	22 418	0,82	30 496	1,12	—	—
1954 1. Halbj.	120 373	vorwieg. best. Ber.Gr.	3 462	2,9	In diesem Halbjahr noch keine Ausscheidg. i. bek. und unbek. Befunde											
1954 2. Halbj.	184 320		5 586	3,0	122	0,07	349	0,19	471	0,26	1 564	0,85	2 035	1,11	255	54

Durch die Schirmbildaktion in Bayern neuerfaßte (bisher unbekannte) unspezifische Befunde

Jahrgang	Bronchiektasien unspezifisch bronchopneum. Veränderungen		Sillikosen		Tumoren		retrosterale Struma		Herz- und Aorten-Veränderungen		Artefakte, Fremdkörperschatten		Situs inv. und sonst. Veränderung.		insgesamt		
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	
1955	767242	1 294	0,16	337	0,04	242	0,03	399	0,05	1 371	0,17	186	0,02	317	0,04	4 146	0,54
1956	960455	1 238	0,13	492	0,05	284	0,03	324	0,03	1 274	0,13	155	0,02	316	0,03	4 054	0,43
1957	979660	1 592	0,16	282	0,03	298	0,03	269	0,03	1 142	0,12	152	0,01	309	0,03	4 044	0,41

Bei der ersten Nachuntersuchung konnten noch nicht geklärt werden (IId-Fälle):

- 1955 abs. 215 = 0,03%
- 1956 abs. 313 = 0,03%
- 1957 abs. 310 = 0,03%

Neuerfaßte bisher unbekannte Befunde insgesamt Ia—III:

- 1955 abs. 13 438 = 1,7%
- 1956 abs. 15 385 = 1,6%
- 1957 abs. 14 755 = 1,5%

3. Wie die beigegebene Tabelle I zeigt, wurden somit beim ersten Durchgang auf Grund der Berechnungen aus drei Jahren (1955 bis 1957) pro 100 000 der Untersuchten an ansteckender Lungentuberkulose rund 90 an aktiver, geschlossener Lungen-Tbc " 210 insgesamt aktiver Lungen-Tbc rund 300 inaktiver, aber kontrollbedürftiger L.-Tbc " 820 zusammen rund 1120

bisher unbekannte Tbc-Formen gefunden, die dringend einer Behandlung oder einer weiteren Beobachtung bedurften. Man muß wohl mit Recht annehmen dürfen, daß an der Erfassung dieser Fälle sowohl die Allgemeinheit wie auch sicher der Träger selbst lebhaftes Interesse hat.

Nachdrücklich muß entgegen anderweitig vorgetragener Ansicht auch auf den Wert der Erfassung der Personen hingewiesen werden. Wenn bei diesen Fällen auch momentan der seuchenhygienische Charakter der Tuberkulose nicht im Vordergrund steht und diese Erkrankung sozusagen noch Privatangelegenheit sein mag, so darf nicht übersehen werden, daß nachweislich von Jahr zu Jahr aus dem Bestand dieser wegen inaktiver Lungen-Tbc-Kontrollbedürftigen über 2,5% im Rahmen der üblichen Verschlechterungstendenz zu Aktiv-Tuberkulösen werden.

Da im Rahmen dieser Aussprache über die Notwendigkeit eines Gesetzes über RRU nur auf die Lungen-Tbc und hier in erster Linie auf die aktive bzw. offene Lungen-Tbc eingegangen werden darf, soll auf die durch die Schirmbildaktion neuerfaßten, also bisher dem Träger nicht bekannten anderen Erkrankungen der Thorax-Organen nicht näher eingegangen werden, aber sie verdienen fixiert und mitgeteilt zu werden. Vergleiche Tabelle I.

Altersverteilung und Früherfassung

Über die Altersverteilung der neuerfaßten aktiven Tbc-Kranken gibt Tabelle II Auskunft. Hieraus kann ent-

nommen werden, daß die Erkrankungshäufigkeit an unbekannter Lungen-Tbc in den Altersgruppen unter 15 Jahren so minimal ist, daß sie keine Grundlagen dafür bildet, weiterhin diese Kinder zu einer allgemeinen Röntgen-Reihenuntersuchung vorzuladen. Wie oben erwähnt, werden aufgrund einer Entschließung des Bayer. Staatsministerium des Innern diese Altersgruppen bereits nicht mehr aufgerufen. Da es sich hier noch um schulpflichtige Kinder handelt, werden diese im Rahmen des Schulseuchenerlasses überwacht und bei positivem Ausfall der Tuberkulinprobe einer Röntgenuntersuchung zugeführt.

Bei den übrigen Altersklassen (Erwachsene vom 15. Lebensjahr aufwärts) steigt die Zahl der Neuerfassungen an aktiver Lungen-Tbc, von Altersjahrfünft zu Altersjahrfünft deutlich an.

Besonders aufschlußreich wird die altersgruppenweise Gegenüberstellung der durch das Schirmbild Neuerfaßten und der Neuzugänge bei den Gesundheitsämtern (Eigenleistung der Tbc-Fürsorgestellen, Meldung der Kliniken oder der freipraktizierenden Ärzte — ohne die durch das Schirmbild Erfassten).

Hierzu zeigt uns die Tabelle III (aus dem Heft „Die Tuberkulose in Bayern 1957“), daß 1955 von den durch das Schirmbild neuerfaßten Offen Tbc-Kranken 61,2% 50 Jahre und älter waren (1957 66,7%) während der Hundertsatz bei den Neuzugängen*) (Gesundheitsämter) nur 38,8% in dieser Altersgruppe betrug, hingegen bei den Erwachsenen der Altersjahre 15 bis unter 50 Jahre 61,2%. In letzterer Altersgruppe sind die Neuerfassungen durch das Schirmbild geringer (38,8% 1955 und 33,3% 1957).

Mit anderen Worten: Die verschieden starke Beteiligung der einzelnen Altersgruppen an den Neuzugängen (Ge-

*) Die Aufgliederung der Neuzugänge bei den Gesundheitsämtern nach Altersjahrfünftens wurde nur für das Jahr 1955 ermittelt.

Tabelle II Durch die Schirmbildaktion 1955—1957 neu erfaßte (bisher unbekannte) offene (Ia und Ib) und aktiv geschlossene (Ic) Tuberkulose der Atmungsorgane nach Geschlecht und Altersgruppen (v. H. der verwertbaren Aufnahmen insgesamt)

Altersgruppe in Jahren	männlich				weiblich				männlich und weiblich						
	verwertbare Aufnahmen														
	insgesamt	darunter ermittelte, bisher unbekannte		insgesamt	darunter ermittelte, bisher unbekannte		insgesamt	darunter ermittelte, bisher unbekannte							
		Ia und Ib	Ic		Ia und Ib	Ic		Ia und Ib	Ic						
	Fälle				Fälle				Fälle						
Zahl	v. H.	Zahl	v. H.	Zahl	v. H.	Zahl	v. H.	Zahl	v. H.	Zahl	v. H.				
5 mit 9	21 176	—	—	24	0,11	20 412	1	0,01	26	0,13	41 588	1	0,00	50	0,12
10 " 14	114 838	2	0,00	87	0,08	108 813	4	0,00	104	0,10	223 651	6	0,00	191	0,09
15 " 19	158 874	30	0,02	160	0,10	142 063	35	0,02	183	0,13	300 937	65	0,02	343	0,11
20 " 24	114 121	56	0,05	160	0,14	110 481	44	0,04	206	0,19	224 602	100	0,04	366	0,16
25 " 29	108 413	66	0,06	196	0,18	109 145	46	0,04	216	0,20	217 558	112	0,05	412	0,19
30 " 34	100 059	65	0,06	232	0,23	121 881	46	0,04	246	0,20	221 940	111	0,05	478	0,22
35 " 39	79 959	71	0,09	180	0,23	101 869	46	0,05	184	0,18	181 828	117	0,06	364	0,20
40 " 44	92 794	85	0,09	204	0,22	114 482	59	0,05	189	0,17	207 276	144	0,07	393	0,19
45 " 49	106 220	131	0,12	262	0,25	121 327	48	0,04	212	0,17	227 547	179	0,08	474	0,21
50 " 54	106 688	185	0,17	355	0,33	114 503	58	0,05	225	0,20	221 191	243	0,11	580	0,26
55 " 59	90 906	188	0,21	315	0,35	102 655	68	0,07	227	0,22	193 561	256	0,13	542	0,28
60 " 64	70 093	167	0,24	268	0,38	89 627	98	0,11	200	0,22	159 720	265	0,17	468	0,29
65 " 69	53 705	157	0,29	220	0,41	72 012	114	0,16	184	0,26	125 717	271	0,22	404	0,32
70 und älter	73 906	307	0,42	394	0,53	86 335	196	0,23	246	0,29	160 241	503	0,31	640	0,40
zusammen	1 291 752	1 510	0,12	3 057	0,24	1 415 605	863	0,06	2 648	0,19	2 707 357	2 373	0,09	5 703	0,21

sundheitsämter) und Neuerfassungen (Schirmbildaktion) spricht für die Annahme, daß die In Arbeit stehenden Personen (mittl. Jahrgänge) bei einer fortgeschrittenen offenen Tbc der Atmungsorgane wegen der Minderung der Leistungsfähigkeit und der Verschlechterung des Gesundheitszustandes sich eher in ärztliche Behandlung begeben müssen und einer fachärztlichen Untersuchung unterzogen werden, während sich in einem solchen Falle die Angehörigen der älteren Generation wahrscheinlich bereits mehr oder minder an die Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes gewöhnt haben und dies als eine Folge des Alters ansehen.

Bei den aktiv geschlossenen Tuberkulösen werden aber durch das Schirmbild auch die Angehörigen der jüngeren Altersjahre, 15 bis unter 50 Jahren, bereits stärker erfaßt (1955: 55,4%, 1957: 50,3%). Eine körperliche Behinderung und damit die Notwendigkeit einer ärztlichen Untersuchung und Betreuung sind bei dieser Form der Tbc wohl nicht so stark wie bei der offenen Tbc. Bei einem erheblichen Teil der mit einer aktiv geschl. Tbc Behafteten würde im arbeitsfähigen Alter die Krankheit unerkannt bleiben oder erst später erfaßt werden, wenn sie nicht durch die Schirmbildaktion aufgedeckt würde.

Hier ist es am Platze, zu dem Einwand Stellung zu nehmen, daß die Erfassung durch die Schirmbildaktion nur eine Vorwegnahme von Tbc-Erkrankungen wäre und praktisch ohne wesentliche Bedeutung ist. Die Fälle

kämen „früher oder später“ (Griesbach/Sewering) ja doch einmal in ärztliche Behandlung oder Beobachtung. Wenn wir dieses Motto zum Grundsatz unserer Tbc-Bekämpfung machen würden, wäre das ein Spiel mit dem Feuer, das wir uns nicht leisten können bei der chronischen, auch heute noch latent in Schüben ablaufenden Infektionskrankheit Tuberkulose. War es nicht das A und O der bisherigen Tuberkulosebekämpfung, bestrebt zu sein, den Tuberkulose-Kranken möglichst frühzeitig zu erfassen? Dies gilt in verstärktem Maße heute, wo dank der modernen Chemotherapie die Heilungsaussichten unvergleichlich besser sind als früher.

Immer noch aber ist die Zahl der Kranken, die im fortgeschrittenen Stadium und damit für eine erfolgreiche Behandlung zu spät erfaßt werden, eine sehr große. Sowohl vom therapeutischen Standpunkt wie vor allem vom seuchenhygienischen Gesichtspunkt aus ist es alles andere als gleichgültig, ob der Tbc-Kranke „früher“ oder „später“ erfaßt wird.

Daß die RRU gerade für die Früherfassung von entscheidender Bedeutung ist, geht aus der Tatsache hervor, daß neben den durch die sonstige Suchaktion der freipraktizierenden Ärzte, der Kliniken und der Tbc-Fürsorgestellen noch zusätzlich im Jahre 2500—3000 Aktive Lungen-Tuberkulösen bei erst sechs voll im Einsatz stehenden Schirmbildstellen gefunden wurden.

Tabelle III

Art der Erfassung	Jahr	Von je 100 15- und mehrjährigen Tuberkulösen der Diagnosengruppe			
		offene Lungen-Tbc Ia und Ib		aktiv geschlossene Lungen-Tbc	
		standen im Alter von			
		15 bis unter 50 Jahren	50 und mehr Jahren	15 bis unter 50 Jahren	50 und mehr Jahren
durch die Gesundheitsämter (ohne die von der Schirmbildaktion erfaßten, bisher unbekannt Tuberkulösen)	1955	81,2	38,8	73,1	26,9
durch die Schirmbildaktion (nur bisher unbekannte Fälle)	1955	38,8	61,2	55,4	44,6
	1956	33,4	66,6	49,8	50,2
	1957	33,3	66,7	50,3	49,7

Völlig unverständlich ist das Rechenexempel von Sewering, wenn er ausführt:

„Wenn man nun den Verfechtern der RRU sehr weit entgegenkommt und unterstellt, daß 20% der gefundenen Fälle stumm waren und somit auf normale Weise nicht gefunden worden wären, weil sie keinen Grund hatten zum Arzt zu gehen, so verbleiben als echtes Ergebnis der Schirmbildaktion ganze 184 ansteckende und 818 aktiv geschlossene Lungen-Tbc (berechnet nach 20% aus den tatsächlich durch das Schirmbild 1956 gefundenen 920 Offen-Tuberkulösen und 2094 aktiv geschlossenen Tuberkulösen). Und das bei rund einer Million Schirmbildaufnahmen und 28 000 Nachuntersuchungen durch Röntgen-Größtaufnahmen bei den Verdächtigen! Nachdem daran die älteren Jahrgänge über 50 mit 80% beteiligt sein dürften, verbleiben für 643 287 Untersuchte unter 50 Jahren sage und schreibe etwa 37 offene Tuberkulösen! Vernichtender hätte das Ergebnis überhaupt nicht ausfallen können!“

Diese durch nichts bewiesene und wie Sewering selbst sagt nur „unterstellte“ Rechenexempel widerspricht den exakten Ermittlungen. So hat Mutschler nach Mitteilung von Schrag in letzter Zeit in einem größeren Kreis Südbadens festgestellt, daß auch bei eingehender Befragung von 65% der bei der RRU neu festgestellten an aktiver Lungentuberkulose Erkrankten keinerlei Krankheitserscheinungen angegeben wurden, eine Feststellung, die auch mit den diesbezüglichen Erhebungen von Neumann in einer norddeutschen Heilstätte übereinstimmt.

Nach Brey hatten sogar 59% der durch die Schirmbildaktion im Kreis Ludwigsburg neuentdeckten Kranken an ansteckender Tuberkulose keinerlei Beschwerden! Mit Recht fragt hier Schrag: „Wie soll man dann diese Kranken ohne RRU durch die üblichen Methoden herausfinden?“

Aus unserem bayerischen Krankengut stellte Kretzschmar — Oberfranken — bei 240 durch das Schirmbild neuerfaßten Aktiv Tuberkulösen fest, daß 200 Fälle nicht die geringsten subjektiven Beschwerden hatten. Der Rest hat erst auf die nachträgliche Befragung hin Beschwerden angegeben oder sich an früher nicht beachtete Krankheitszeichen erinnert. Jedenfalls aber waren diese Beschwerden nicht so laut mahndend, daß sie für den Träger Veranlassung waren zum Arzt zu gehen, um einer Röntgenuntersuchung zugeführt zu werden.

Beachtliche Tatsache bleibt damit, daß durch die ungerichtete gesetzlich verankerte RRU der Gesamtbevölkerung neben der intensiven Untersuchungstätigkeit der freipraktizierenden Ärzte, Kliniken und Tuberkulose-Fürsorgestellen an offener Lungentuberkulose

1956 noch 22,8% aller Neuzugänge

1957 noch 19,5% aller Neuzugänge

an aktiv geschl. Lungentuberkulose

1956 noch 24,2% aller Neuzugänge

1957 noch 21,3% aller Neuzugänge

der entsprechenden Diagnosengruppe ermittelt wurden. (Vgl. „Tuberkulose in Bayern 1957“.)

Um zu schildern, wie sehr die Schirmbildaktion auch die Lücken unserer Tuberkulosebekämpfung zeigt und uns die Wege weist, wo die Bekämpfungsmaßnahmen besonders intensiviert werden sollen, wird eine Zusammenstellung aus 17 Stadt- und Landkreisen wiedergegeben, die in den Jahren 1955 und 1956 durchgeschirmbildet worden sind. Vgl. Tabelle IV.

Daraus ersehen wir durch die Schirmbildaktion nicht bloß eine grundsätzliche Erhöhung des Bestandes an ansteckender Tuberkulose um 39,5% und an aktiv geschlossener Lungen-Tbc um 52,1% im Durchschnitt, sondern auch eine ganz verschiedene hohe Steigerung in den einzelnen Stadt- und Landkreisen. Abgesehen von regional bedingten Umweltseinflüssen dürfte diese Erscheinung

durch verschieden intensive Erfassungsarbeit zu erklären sein.

Über die Auswirkung der Schirmbildaktion auf das Tbc-Geschehen in den Stadt- und Landkreisen, die innerhalb kurzer Frist durchgeschirmbildet werden können, kann Entgültiges noch nicht gesagt werden; denn nur bei wenigen Kreisen lassen sich erst zwei volle Kalenderjahre nach erfolgter Schirmbildaktion überblicken. Es werden aber hierüber auf Weisung des Bayer. Staatsministeriums des Innern genaue statistische Erhebungen gepflogen, über deren Ergebnisse später noch gesondert berichtet werden wird. Sich vorerst schon in Vermutungen ergehen zu wollen, erscheint fehl am Platze.

Heilverfahren

In den Jahresberichten 1954 bis 1956 wurde eine Unterteilung der Heilverfahren für die durch das Schirmbild neuerfaßten aktiv geschlossenen Tuberkulösen und Offentuberkulösen leider nicht vorgenommen, weshalb Sewering hier wiederum zu Mutmaßungen veranlaßt war. Eine solche Aufteilung kann aber jetzt für das Jahr 1957 wiedergegeben werden. Vgl. Tabelle V.

Von den 1353 beantragten Heilverfahren waren

601 für Offentuberkulöse	= 44,4%
752 für aktiv Geschlossene	= 55,6%

Die Annahme von Sewering, daß für alle Offen-Tuberkulösen eine stationäre Unterbringung primär beantragt wurde, ist damit nicht richtig und damit ist auch der Beweis für den Rückschluß entwertet, „daß man bei der Einreihung der aktiv Geschlossenen wohl recht großzügig verfahren ist“.

Daß nicht für jeden Neuerfaßten — gleichgültig ob aktiv geschlossen oder offen — eine stationäre Behandlung schon durch den Schirmbildarzt beantragt wird, hat seine Begründung darin, daß — wie ich schon in einer früheren Veröffentlichung ausführte — „als Folge der überraschenden Eröffnung bei meist noch oder wieder leidlichem Allgemeinbefinden sich der Kranke verständlicherweise nicht sofort zu einem Heilverfahren entschließen kann oder, daß in manchen Fällen vorerst den Begutachtern noch kurze Kontrollen vertretbar erscheinen, zumal — wie die Schirmbildärzte einstimmig berichten — der Zug zur versuchsweisen ambulanten Behandlung zuzunehmen scheint“.

Für manche Neuerfaßte wird noch später nach Übernahme durch die Tbc-Fürsorgestelle eine Kur beantragt. Diese werden aber nicht mehr in der Schirmbildstatistik mitgezählt. Auch in der laufenden ärztlichen Praxis ist es doch so, daß manchmal Gründe vorliegen, die eine umgehende Verschickung eines Neuerfaßten nicht zulassen. So ist es durchaus erklärbar, wenn von den durch das Schirmbild neuerfaßten Offenen nur 79,7% und von den aktiv Geschlossenen 44,0% primär in stationäre Behandlung gegeben wurden.

Zur Tuberkulose-Situation

Über die „Tuberkuloselage in Bayern“ habe ich im November 1957 ausführlich in einem Vortrag vor der Ärzteschaft im Rahmen eines Fortbildungskurses in München berichtet. Meine damaligen Schlußfolgerungen hinsichtlich des Ablaufes der Tuberkulose (in den letzten zehn Jahren) waren ähnlich denen von Sewering, wenn er sagt: „Der epidemiologische Verlauf der Krankheit Tuberkulose ist günstig. Nach dem steten Rückgang der Mortalität folgen, wenn auch naturgemäß langsamer, der Rückgang von Neuzugängen und Bestand.“

Aber über diesen erfreulichen Trend des Zurückgehens und damit des Sich-Besserns der Tuberkulose allein dürfen wir die tatsächlichen Zahlen nicht bagatellisieren.

Wenn auch 1957 „nur“ noch 2038 = 2,2 auf 10 000 der Bevölkerung an Tuberkulose gestorben sind, so wurde am Ende des Jahres 1957 in Bayern ein Bestand von

Bayerisches Statistisches Landesamt

Bestand in Tuberkulosekranken in einzelnen bayerischen Kreisen vor Beginn und nach Beendigung der Schirmbildaktion 1955 und 1956

Tabelle IV

Gebiet	Kreisfreie Stadt bzw. Landkreis	Bestand an								Erhöhung der Bestandszahlen auf Grund der Schirmbildaktion bei			
		Ia und Ib. off. Lg.-Tbc		Akt. Ic = geschl. Lg.-Tbc		Ia und Ib off. Lg.-Tbc		Akt. Ic geschl. Lg.-Tbc		Ia u. Ib	Ic =		
		Fällen								Fällen			
		Vor Beginn der Schirmbildaktion				Nach Beendigung der Schirmbildaktion				Fällen			
Zahl		auf 10 000 d. Bev.		Zahl		auf 10 000 d. Bev.		Zahl		auf 10 000 d. Bev.		in v. H.	
Oberbayern	Krsfr. Stadt Bad Reichenhall und Lkr. Berchtesgaden	93	17,7	122	23,3	116	22,1	189	36,1	24,7	54,9		
	Krsfr. Stadt und Lkr. Rosenheim	251	22,5	345	30,9	295	26,5	444	39,8	17,5	28,7		
	Lkr. Garmisch-Partenkirchen	124	22,1	142	25,3	160	28,5	197	35,1	29,0	38,7		
Oberpfalz	Lkr. Schongau	84	22,8	120	32,6	103	28,0	167	45,3	22,6	39,2		
	Krsfr. Stadt Neumarkt i. d. Opf.	35	24,3	55	38,3	52	36,2	102	71,0	48,0	85,5		
	Lkr. Beilngries	38	22,6	26	15,5	77	45,8	73	43,4	102,6	180,8		
	Lkr. Neumarkt i. d. Opf.	81	23,9	85	25,1	150	44,3	187	55,2	85,2	120,0		
	Lkr. Parsberg	52	15,0	94	27,0	81	23,3	153	44,0	55,8	62,8		
Oberfranken	Lkr. Riedenburg	25	14,2	57	32,3	59	33,5	125	70,9	136,0	119,3		
	Krsfr. Stadt Bamberg	114	15,0	257	33,7	204	26,8	401	52,6	78,9	56,0		
Mittelfranken	Lkr. Hof	58	17,0	115	33,7	91	26,7	194	56,8	56,9	68,7		
	Krsfr. Stadt Weißenburg i. Bay.	24	17,2	46	32,9	31	22,2	57	40,8	29,2	23,9		
Unterfranken	Lkr. Feuchtwangen	48	14,4	113	33,9	73	21,9	180	53,9	52,1	59,3		
	Lkr. Weißenburg i. Bay.	42	11,6	70	19,3	54	14,9	125	34,4	28,6	78,6		
	Krsfr. Stadt Bad Kissingen	22	16,1	43	31,5	27	19,8	52	38,1	22,7	20,9		
Schwaben	Lkr. Aschaffenburg	94	15,0	114	18,2	108	17,2	143	22,8	14,9	25,4		
	Lkr. Bad Kissingen	90	22,5	124	30,9	109	27,2	176	43,9	21,1	41,9		
	Krsfr. Stadt Günzburg	21	18,2	35	30,4	32	27,8	47	40,8	52,4	34,3		
	Lkr. Günzburg	72	14,6	115	23,4	86	17,5	148	30,1	19,4	28,7		
Kreisfreie Städte Landkreise ¹⁾		216	16,7	436	33,6	346	26,7	659	50,8	60,2	51,1		
Kreisfreie Städte und Landkreise zusammen		1152	18,7	1642	26,7	1562	25,4	2501	40,6	35,6	52,3		
1368		18,4	2078	27,9	1908	25,6	3160	42,4	39,5	52,1			

¹⁾ Einschl. der kreisfreien Städte Bad Reichenhall und Rosenheim.

Anträge auf stationäre Behandlung auf Grund der Schirmbildaktion in Bayern 1957

Tabelle V

	offene Lungen-Tbc	aktiv geschl. Lungen-Tbc	ungeklärte Befunde	nicht tuberkulose Erkrankungen der Brustorgane
	Ia und Ib	Ic	IId	III
Durch die Schirmbildaktion ermittelte, bisher unbekannte, Befunde	754	1 710	310	4 044
Gestellte Heilverfahrensansprüche bzw. Anträge auf Krankenhausbeobachtung	601	752	59	102
v. H.	79,7	44,0	19,0	2,5

55 579 aktiv Tuberkulösen = 60,7 auf 10 000 der Bevölkerung gezählt; darunter

- offen Lungen-Tuberkulose (Ia + b) 18 419 = 20,1 a. 10 000 d. Bev.
- aktiv geschl. Lg.-Tuberkulose (Ic) 30 978 = 33,8 a. 10 000 d. Bev.
- aktive Tbc sonst. Organe (Id) 6 182 = 6,8 a. 10 000 d. Bev.

Mit 20 722 Zugängen (Neuzugänge + Verschlechterungen) an aktiver Tuberkulose — darunter 7499 offen Tuberkulose — ist die Tuberkulose im Jahre 1957 noch — wie vor 10 Jahren — die häufigste Infektionskrankheit, ausgenommen der epidemischen Grippe. Die Tuberkulose ist außerdem — und das müssen wir uns immer wieder vor Augen halten — eine außerordentlich chronische Infektionserkrankung, die vielfach in Schüben abläuft. Nicht

ARISTAMID

Seit Jahren bewährt
Zuverlässig wirksam
Besonders gut verträglich
bei

Pneumonie

Cholezystitis

Zystopyelitis

grippalen Infekten

Soft Tabletten Ampullen



ENZYNORM

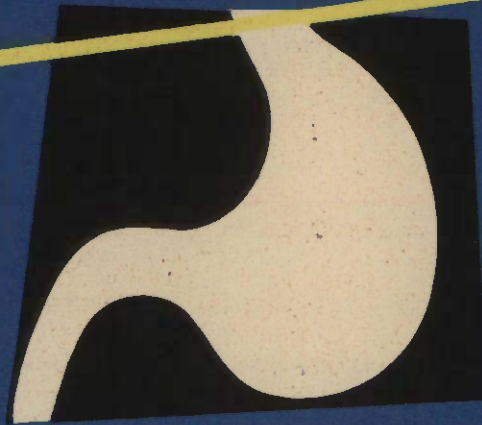
Hochwertiges Magenextraktpräparat

Bohnen Liquidum

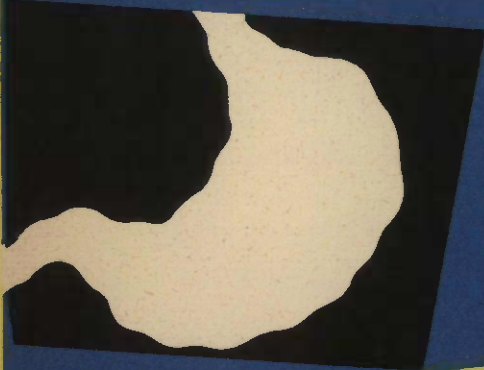
bei Magenptose



Fermentmangel im Alter



akuter und chronischer Gastritis



Zustand nach Magenresektion



wie Krebs und Abnutzungskrankheiten ist sie bloß schicksalsbestimmend für die ältere Generation, sondern sie beginnt sich schon außerordentlich spürbar zu machen in den leistungsfähigsten Lebensjahren von 20—50 und ist nachweislich (*Jusatz*) die häufigste Ursache für Invalidisierung in diesen Lebensjahren, wo gerade das Leben von der einzelnen Person den größten Kräfteinsatz fordert.

Das ist auch heute noch das Gesicht der Tuberkulose, obwohl eine sich beruhigende Tendenz sowohl in ihrem Ablauf wie in ihrer Häufigkeit beobachtet werden kann.

Der Tuberkulose-Kranke und die Allgemeinheit

(Tuberkulosehilfe)

Mag eine inaktive Tuberkulose mehr oder minder noch als Sache des einzelnen angesehen werden, so ist die ansteckende Tuberkulose nicht mehr nur Einzelschicksal, sondern sie trifft die Interessen der Allgemeinheit. Zu ihrem eigensten Schutze tritt deshalb die Allgemeinheit dafür ein, daß die Abheilung der Tuberkulose jedem einzelnen ohne Rücksicht auf seine wirtschaftlichen Verhältnisse gesichert wird.

Um die Heilbehandlung und wirtschaftliche Versorgung des einzelnen an Tuberkulose Erkrankten zum Schutze der Allgemeinheit sicherzustellen, hat der Staat die Verordnung über Tuberkulosehilfe geschaffen und in der Begründung des neuen Tuberkulosehilfe-Gesetzes, das noch zur Beratung im Bundestag vorliegt, wird aufgeführt, welche Summen für die Versorgung der Tuberkulosekranken im Bundesgebiet ausgegeben worden sind, nämlich:

Von den Rentenversicherungsträgern im Jahre 1955 für stationäre und ambulante Heilbehandlung usw. 251,5 Mill. DM, im Jahre 1956 von den Landesfürsorgeverbänden im Rahmen der Tuberkulosehilfe (Behandlung und wirtschaftliche Hilfe) 110 771 000 DM (ohne Berlin).

Wir sehen hieraus, wie sehr sich der Staat zum Wohle der Allgemeinheit für den einzelnen, der an Tuberkulose erkrankt ist, einsetzt, um ihm die Heilung zu sichern. Man möchte deshalb annehmen, daß auch jeder einzelne aus dem Gedanken heraus, daß für ihn im Tuberkuloseerkrankungsfall gesorgt ist, verständnisvoll einem Gesetz Folge leistet, das der Früherfassung dieser Erkrankung dient.

Freiwilligkeit oder Gesetz

Eine RRU, die effektiv sein soll, ist ohne gesetzliche Regelung nicht denkbar. War dies schon den Initiatoren des Bayer. RRU-Gesetzes auf Grund eigener Erfahrungen aus den Jahren 1948—1953 zur Überzeugung geworden, so wird dies von Jahr zu Jahr mehr bekräftigt durch die Gegenüberstellung der Beteiligung an der RRU sowie deren Ergebnisse bei der freiwilligen Methode und bei der Methode nach Gesetz.

Hier greife ich zurück auf eine umfassende Arbeit von Reinicke (zitiert nach Berichten des DZK). Reinicke schreibt hierzu: „Nach meinen Ermittlungen betrug die durchschnittliche Beteiligung der Bevölkerung an den RRU in den Ländern mit Pflichtuntersuchungen etwa 85—90 (95%), während sie bei der Freiwilligkeit im Durchschnitt der Länder, so auch in Nordrhein-Westfalen,

bei etwa 30—40% lag. Trotz intensivster Werbemaßnahmen ist es bisher nicht gelungen, freiwillig eine wesentlich höhere Beteiligung zu erzielen, lediglich Hessen gibt eine Teilnahme bis zu 60% an.“

In diesem Zusammenhang darf daran erinnert werden, was Rodewald in den Ärztlichen Mitteilungen vom 1. 3. 1958 auf Grund von Beobachtungen bei den Vorsorgeuntersuchungen in Dachau und Krefeld veröffentlichte. Rodewald schreibt:

„Von insgesamt 1350 in Frage kommenden Versicherten wurden also untersucht 671, d. h. 49,7%. Bei der sehr nachdrücklich betonten Freiwilligkeit ein unverhältnismäßig hoher Prozentsatz, der beweist, daß an den Vorsorgeuntersuchungen bei der Bevölkerung ein lebhaftes Interesse besteht.“

Soweit in Krefeld. Und in Dachau? Ich zitiere von Rodewald weiter:

„Mit Hilfe der Presse und durch die Rührigkeit und Umsicht des Herrn Kollegen Sewering konnte das Mißtrauen überwunden werden. In Dachau fanden sich 573 Männer zur Untersuchung ein; da hier die Gesamtzahl der Männer im Alter von 45—55 Jahren nicht festzustellen war, läßt sich nicht errechnen, wie groß der Prozentsatz der Untersuchten ist im Verhältnis zur Gesamtzahl.“

(Nach dem Stand vom 31. 3. 1958 gab es in der Stadt Dachau 12 484 Männer, im Landkreis Dachau (also einschl. Stadt Dachau) 30 270. Der Anteil der 45- bis unter 55jährigen Männer von der Gesamtzahl der Männer in Bayern beträgt nach Angaben des Bayer. Statistischen Landesamtes 14,05 v. H. Eine Umrechnung dieser Zahlen auf den Landkreis Dachau ergibt 4 253 Männer in der Altersgruppe 45 bis unter 55, nur auf die Stadt Dachau berechnet 1 754. Da man aber diese Zahlen nicht absolut genau bezeichnen kann (sie sind eine Verhältnisschätzung) wird man als Mindestgrenze für den Landkreis Dachau rund 3 800 zur Vorsorgeuntersuchung in Betracht kommende Männer und für die Stadt Dachau rund 1 500 angeben können. Da sich in Dachau 573 Männer der Altersgruppe 45 bis unter 55 Jahren zur Vorsorgeuntersuchung freiwillig gestellt haben, ergibt diese Umrechnung eine Beteiligung von 33 bzw. 38% für die Stadt Dachau und 14 bzw. 15% für den gesamten Landkreis.)

Damit wäre wohl hinreichend dargelegt, daß im Durchschnitt bei freiwilliger Aktion kein höherer Prozentsatz als 50 erreicht werden dürfte, auch nicht bei dem rührigsten Einsatz. Aber diese (ersten) 50% — das zeigt die Beobachtung immer wieder — haben den relativ geringsten Krankheitsdurchschnitt aufzuweisen. Denn es handelt sich bei diesen Personen um willige Menschen, die an und für sich schon auf sich selbst sehr achten und deshalb einer anempfohlenen Untersuchung — gleich welcher Art — gerne Folge leisten. Besonderer Wert ist gerade auf die anderen 50% zu legen, die freiwillig keine Zeit haben wollen und kein besonderes Interesse für eine nur empfohlene Untersuchung.

Die Bestätigung hierfür bringt deutlich die nachfolgende Gegenüberstellung der Ergebnisse bei gesetzlicher und freiwilliger Reihenuntersuchung (zitiert aus der Arbeit von Reinicke): „Unter rund 8,5 Millionen (8 483 872) Geröntgten des ersten Durchganges bei Gesetz wurden rund 28 000 (28 065) aktive, vor den RRU unbekannte Tuberkulose ermittelt, das 0,33 je hundert Untersuchten ent-



CEFAK
Kemphen/Allg.

Cefangipect

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

spricht. Beim ersten Durchgang der Länder ohne Gesetz wurden dagegen bei rund 1,5 Mill. (1 459 722) Geröntgten nach Angabe der Länder nur rund 2400 (2399) aktive, vorher unbekannt Tuberkulosen = 0,16 je hundert Untersuchte festgestellt.“

Bei den gesetzlich verankerten RRU ist darnach das Ergebnis doppelt so groß als bei den RRU auf freiwilliger Basis.

Strahlenschädigung

Etwa vor einem Jahr gab ein mißverständenes Interview von Prof. Oeser, Berlin, den Auftakt zu einem ausgesprochenen Strahlenwirrwarr in der Fach- und Tagespresse. Eine eventuell mögliche Gefährdung durch Röntgenstrahlen wurde in einer Weise herausgestellt, daß Gefahr bestand, auch die Durchführung anderer lebenswichtiger Röntgenuntersuchungen sehr zu gefährden. Durch erst zu nehmende Arbeiten und Veröffentlichungen wurde jedoch geklärt, daß die Gonadendosis — von der Oberflächendosis kann hier völlig abgesehen werden — bei den RRU, soweit sie fachmännisch und mit moderner Apparatur durchgeführt werden, so minimal ist, daß nach den jetzigen Erkenntnissen weder für den einzelnen noch für die Gesamtpopulation eine Schädigung angenommen werden kann. Die Gonadendosis bei einer Schirmbildaufnahme bewegt sich zwischen Werten von 0,25 bis höchstens 1 mr.

Wie unbedeutend diese Gonadendosis ist, kann ermaßen werden, wenn man von Lorenz (zitiert nach DZK) hört, daß „sie unter einer einzigen Tagesdosis der natürlichen Strahlenbelastung durch Höhenstrahlen und natürlicher Radioaktivität liegt“, oder wie neben Lorenz auch Schrag betont, „daß die bei einer Lungenschirmbildaufnahme bei Männern gefundene Gonadendosis der Strahlendosis entspricht, die man erhält, wenn man sieben Tage und Nächte eine Armbanduhr mit Leuchtziffernblätter trägt.“

Die Geringfügigkeit einer Strahlendosis einer Schirmbildaufnahme kann man des weiteren auch daraus entnehmen, wenn man berücksichtigt, daß die Internationale Strahlenschutzkommission eine Dosis von 10 r innerhalb von 30 Jahren als Grenzdosis — eine schon aus Sicherheitsgründen auf ein Viertel reduzierte Dosis — für zulässig erklärt hat, ohne eine besondere Schädigung „auf die Keimdrüsen größerer Bevölkerungsteile oder genetisch weitabgeschlossener Bevölkerungsgruppen“ (Seelentag) auszuüben.

Das Verhältnis der Strahlenbelastung durch RRU zu der Gesamtstrahlenbelastung aus natürlichen und künstlichen Strahlungen kann man am besten aus nachstehender Tabelle ersehen, in der die geschätzten Durchschnittswerte der wichtigsten Strahlenquellen aufgeführt sind.

1. Natürliche Strahlenbelastung,	
Höhen-, Erd-, Körperstrahlung	4,5 r
2. Zusätzliche Strahlenbelastung	
a) medizinische Anwendung	3,0 r
b) Atombombenversuche	0,02 r
c) 1 Schirmbilduntersuchung pro Jahr	
im Verlaufe von 30 Jahren	0,009 r
Gesamtstrahlenbelastung	
innerhalb 30 Jahren	7,529 r

Zitiert nach Liebschner.

Wenn auch bisher keine Schäden oder sicheren Schädigungsmöglichkeiten durch die RRU nachgewiesen werden konnten, verpflichtet der Grundgedanke des „Nil nocere“, die laufenden Forschungen genau zu verfolgen und deren Ergebnisse entsprechend zu würdigen.

Und das Ausland?

Der „Blick durch das Fenster“ ist bei uns außerordentlich beliebt; er wird verhängnisvoll, wenn wir nicht zu schauen und zu vergleichen verstehen. Er wird für uns lehrreich,

wenn wir die jeweiligen Maßnahmen und Entscheidungen des anderen Landes mit den jeweiligen landesgebundenen Eigenschaften in die richtige Relation zu bringen verstehen.

RRU werden in allen Ländern der Erde mit verschiedener Methodik, mit verschiedener Intensität und mit verschiedener Ergiebigkeit durchgeführt. Gesetzlich fixierte RRU bestehen seit 1947 in Norwegen (Breu) und seit 1951 in Japan (Griesbach).

Im Rahmen dieser Erwiderung kann nicht weiter auf die einzelnen Länder eingegangen werden. Da aber Sewering eine Veröffentlichung des US Department of Health, Education and Welfare zitiert und schreibt: „freiwillig und gezielt, das sind also die Leitgedanken für die Anwendung der RRU in der zivilisierten und demokratischen ‚westlichen Welt‘“, muß doch hervorgehoben werden, daß die Tuberkulose-Situation in den USA und in Bayern grundverschieden ist. Ja selbst innerhalb des ausgedehnten Gebietes der USA ist die Tuberkulose-Situation einzelner Staaten schon sehr different.

Daß in den USA die Rindertuberkulose schon seit Jahrzehnten praktisch ausgerottet ist, ist bekannt. Der Durchseuchungsgrad der Bevölkerung, der in Bayern im Jahre 1950 mit 75% Tuberkulin-Positiven bei 19jährigen noch außerordentlich hoch war, war in den USA (nach Palmer und seinem Arbeitsteam) in den Jahren 1949—1951, also um dieselbe Zeit, mit nur 8,8% Tuberkulin-Positiven bei 17- bis 21jährigen („white and colour subjects“), in einzelnen Staaten, wie z. B. Idaho und Nebraska, sogar mit nur 4% außerordentlich niedrig.

Dieser niedrige Durchseuchungsgrad der Bevölkerung ermöglicht es, daß — wie das amerik. Generalkonsulat in München unterm 10. 3. 1958 der Gesundheitsabteilung des Bayer. Staatsministeriums des Innern mitteilte — bei Reihenuntersuchungen in verschiedenen Gegenden von der Praxis der Röntgenuntersuchung, auf die Anwendung von Tuberkulintests überzugehen, empfohlen wurde. In diesem Brief heißt es wörtlich weiter: „Die Überlegungen, die diesen Entscheidungen in den Vereinigten Staaten zugrunde liegen, dürften wahrscheinlich auf die zur Zeit in Bayern herrschende Situation nicht anwendbar sein.“

Zusammenfassung:

1. Auch wenn sich die Tuberkulose-Situation besonders seit den Krisenjahren der Kriegs- und Nachkriegszeit beruhigt hat, ist die Tuberkulose, gemessen an der Zahl der jährlichen Zugänge, nach wie vor noch eine außerordentlich ernst zu nehmende Infektionskrankheit, die für den einzelnen ein schweres Schicksal bedeutet. Ihre Häufigkeit und ihr Charakter verpflichten die öffentliche Gesundheitsverwaltung — im Hinblick auf die Möglichkeiten der modernen Therapie (große Chirurgie und Chemotherapie) — gerade auch heute noch zu außerordentlichen Maßnahmen.
2. Die RRU auf gesetzlicher Basis haben sich neben der sonstigen intensiven Arbeit der Tuberkulose-Fürsorgestellen, der Kliniken und freipraktizierenden Ärzte bei der Auffindung der „stummen“ Tuberkulosen bewährt.
3. Die RRU auf gesetzlicher Basis zeigen nicht bloß die Lücken in unserer Tbc-Bekämpfung auf, sondern füllen sichtbare Lücken aus.
4. Die RRU auf freiwilliger Basis sind weniger effektiv; RRU bestimmter Berufsgruppen allein sind unwirtschaftlich und bei unserer Tuberkulose-Situation noch nicht vertretbar.
5. Kinder unter 15 Jahren sollen von der gesetzlichen RRU ausgeschlossen werden. Ein Tuberkulinvortestung (Schulseuchenerlaß) ist hier das bessere Verfahren.



Neu

**Niedrige Sulfonamiddosen
im 12-Stunden-Rhythmus**

Orisul[®]

**1 Gabe alle 12 Stunden
Hohe antibakterielle Wirkung
Ausgezeichnete Verträglichkeit**

**Tabletten mit 0,5 g
3-Sulfanilamido-2-phenyl-pyrazol**

12 Stück DM 2.95 o. U.

**Ampullen zu 5 ccm mit 1 g
als Natriumsalz**

C I B A

Lange Wirkungsdauer

Dauermedikation unschädlich

Nicomynon[®]

DBP.

Antirheumatikum • Antineuralgikum

Nicotinsäureamido-phenyldimethylpyrazolon DBP.

Dragées 0,2 g

Suppositorien 0,4 g



H. TROMMSDORFF

AACHEN

• • • GEGRÜNDET 1797

Rhythmochin[®]

Alle Formen extrasystolischer
Rhythmusstörungen
organischer und funktioneller Genese

Drohender Infarkt
Infarktnachbehandlung
Paroxysmale Tachycardie

Rhythmochin I
Chinidin + p-Amino-N-(2-diethylamino-
äthylbenzamid-)hydrochl. + Crataegus
Rhythmochin II
wie vor + Phenyläthylborbitursäure



D.P. zu 20 und 50 Dragées

CHEMISCHE FABRIK HELFENBERG A.G. vorm. Eugen Dieterich • WEVELINGHOVEN/Rhld.



Was

OVIBION

in den

Ovarial-Totalextrakt

Wechseljahren wirklich hilft

Was in den Wechseljahren wirklich hilft,

ist immer wieder OVIBION. So gehört es hier zu den ärztlich am meisten verordneten Mitteln. Daß es aber ein völlig ungefährliches ist, empfiehlt OVIBION noch ganz besonders. Auf OVIBION keine unerwünschte Wiederkehr der Menses nach der Menopause, keine bedrohlichen Blutungen, wenn die Patientin die Dosis leichtfertig überschreitet, keine Aktivierung bei Krebsanlage.

OVIBION

PER OS VOLLAKTIV

Ovarial-Totalextrakt



MÜNCHEN 23

6. Ein Abbau der RRU kann erst erwogen werden, wenn die Ergebnisse dieser RRU dazu Anlaß geben, oder wenn andere, „sinnvollere“ Mittel geschaffen sind.

Literatur kann vom Verfasser angefordert werden.

Anschrift des Verfassers: München, Briener Straße 55, Bayer. Staatsministerium des Innern.

Es freut mich, daß Herr Kollege Sixt so ausführlich zu meinem Aufsatz „Der Wert der Röntgenreihenuntersuchungen für die Bekämpfung der Tuberkulose in Bayern“ Stellung genommen hat. Wir haben seine Darlegungen ungekürzt veröffentlicht, obwohl sie zum Teil weit über eine Erwiderung hinausgehen und auch nicht ausschließlich Neues bringen, denn wir wollen ja die Aussprache

auf eine breite Grundlage stellen und das Für und Wider eingehend erörtern.

Um keine falschen Vorstellungen aufkommen zu lassen, darf nur eines klar herausgestellt werden: Es geht um die Kardinalfrage, ob Voraussetzungen und Ergebnis der in Bayern durchgeführten ungezielten Röntgenreihenuntersuchungen den gesetzlichen Zwang, also die Einschränkung erfassungsmäßig garantierter Grundrechte, zwingend erforderlich machen und rechtfertigen. Herr Kollege Sixt hat zu dieser Frage nur Zweckmäßigkeitserlegungen vorgetragen und mit der angeblich ungenügenden Beteiligung bei freiwilligen Untersuchungen argumentiert. Es lohnt sich, auf seine Erwiderung ausführlicher einzugehen. Das wird in unserer nächsten Ausgabe geschehen

Dr. Sewering

Kassenarzthonorar und Reform der sozialen Krankenversicherung

Von Dr. med. F. Wesehbach, Augsburg

Bei berufspolitischen Gesprächen mit vielen Kollegen in den verflissenen Monaten ergab sich die Beobachtung, daß die Diskussion über die Reform der sozialen Krankenversicherung (Reform) neben dem Unmut über die ungenügende Honorierung, ausgedrückt in der niedrigen Auszahlungsquote, einen immer breiteren Raum einnimmt.

Die früher vom Bundesarbeitsministerium gegebene Verlautbarung, daß die Regulierung der Honorarfrage bis zur Reform zurückgestellt werden würde, und das hiermit im Einklang stehende, bis jetzt trotz aller Protestkundgebungen festzustellende Stagnieren der Quoten, sind wohl als Ursachen hierfür anzusehen.

Vielerlei Vorschläge und die verschiedensten Ansichten zur Reform liegen vor. Sie bewegen sich von der radikalen Zerschlagung des bisherigen Systems, das durch das Dreiecksverhältnis Kasse-Arzt-Patient und die Existenz der KV als Körperschaft des öffentlichen Rechts gekennzeichnet ist, bis zur Beibehaltung des jetzigen Zustandes bei Vorschlägen zur Ausmerzung der bestehenden Mißstände und Einbaues von Sicherungsmaßnahmen gegen Ausnutzungsmöglichkeiten aller an dem System Beteiligten. Allen von ärztlicher Seite gemachten Plänen ist aber gemeinsam, daß eine Besserung der wirtschaftlichen Situation der in der sozialen Krankenversicherung tätigen Ärzte zum Ende resultiert.

Hier liegen meines Erachtens gefährliche Gedankengänge vor, die zu Illusionen führen, vor denen man sich am besten bewahrt, wenn man sich die Tatsache vor Augen hält, daß die Reform weder von den Ärzten noch für die Ärzte gemacht wird.

Ferner wäre es auch sehr unrealistisch, von der engen Plattform der Honorierungsfrage aus die Reform anzugehen und lösen zu wollen. Dies erscheint auch aus anderen Gründen wenig sinnvoll. Bis zur Verkündung der endgültigen Reform wird noch ein weiter Weg sein. Präzisierte Pläne des Bundesarbeitsministeriums liegen trotz Klausurarbeit der Experten und Sachbearbeiter noch nicht vor. Wenn eine klare Konzeption durch das federführende Ministerium erarbeitet sein wird, sind immer noch die Stellungnahmen des Bundeskabinetts, des Sozialpolitischen Ausschusses des Bundestages und schließlich des Bundestages selbst abzuwarten, deren Auswirkungen seitens der Ärzteschaft bis jetzt überhaupt nicht zu übersehen sind.

Schließlich ist die Bundesrepublik in die westeuropäische Gemeinschaft eingebettet, deren fortschreitender Ausbau auch in die Reform ausstrahlt. Selbst wenn bis jetzt kein westeuropäisches Land ein optimales System zur Sicherung gegen die durch Krankheit verursachte

Bedrohung der Existenz entwickelt hat, so wird doch die Bundesrepublik nicht die bis jetzt in den mit ihr assoziierten Staaten entwickelten Systeme unberücksichtigt lassen können. Eine gegenseitige Abstimmung, diesbezügliche Ab- und Übereinkommen werden nötig sein. Schon von diesem Gesichtspunkt aus wird der Gesetzgeber sehr behutsam bei der Reform vorgehen und sich vor allem Zeit lassen.

Für die Ärzteschaft muß dies nicht unbedingt ein Nachteil sein, da die Reform auf dem Sektor des gesamten ärztlichen Berufslebens zu einer direkten Schicksalsfrage des Standes werden wird und übereilte Entscheidungen unter Umständen bedrohliche Auswirkungen haben können.

Es erscheint daher notwendig, die Verquickung des Kassenarzthonorars mit Reformvorschlägen aufzugeben. Während auf der einen Seite die Pläne und Gedanken über die Reformvorschläge weiterlaufen können, sollte unabhängig davon zunächst darauf hingewirkt werden, daß die jetzt und bis jetzt bestehende Unterbezahlung umgehend beseitigt wird.

Auch wenn die kassenärztliche Gesamtvergütung sich in den letzten Jahren gebessert hat, so besteht doch kein Zweifel, daß wir immer noch weit von einem leistungsgerechten Honorar entfernt sind, wie die von den Herren Dr. Pfeifer, Augsburg, und Dr. Sieber, München, im Bayerischen Ärzteblatt, Heft 5, Seite 99, und Heft 8, Seite 178, gemachten Ausführungen deutlich beweisen.

Es ist eine Tragik für die in der Bundesrepublik tätigen Kassenärzte, daß bis vor kurzem die Vorstellungen an höchster Stelle über die wirtschaftliche Situation der Kassenärzte trotz dauernder Bemühungen der ärztlichen Organisationen und Verbände mit der Wirklichkeit nicht übereinstimmten. Erst die eingehenden Arbeiten des Bundeswirtschaftsministeriums anläßlich des Antrages auf Preugo-Erhöhung haben der erschütternden Tatsache Geltung verschafft, daß die frei praktizierende Ärzteschaft bezüglich ihrer Einkommensverhältnisse innerhalb der freien Berufe mit an letzter Stelle steht. Erst in letzter Zeit ist es Herrn Dr. Pfeifer und mir gelungen, auch dem Bundesarbeitsministerium diese Einsicht zu vermitteln, nachdem dort anscheinend andere Grundlagen vorhanden waren. So hat nunmehr in allerletzter Zeit das Bundesarbeitsministerium in einem Schreiben an mich zum Ausdruck gebracht, daß es „entschieden für eine angemessene und gerechte Honorierung des Arztes“ eintritt.

Weitere Aussprachen sind für die nächste Zukunft geplant.

Übrigens hat mir der Herr Bundeskanzler ausdrücklich versichert, daß ihm die Angelegenheit große Sorgen macht und besonders am Herzen liegt.

Wenn demnach jetzt die bisherige Einstellung bei den zuständigen Ministerien aufgeweicht ist, wird es Sache der gewählten Vertreter der Körperschaften sein, auf diesem Boden in der Honorarfrage im Sinne einer wesentlichen Verbesserung vorzustoßen. Die Aktivität der in Bayern gebildeten Aktionsausschüsse hat zweifellos zur Popularisierung der Frage beigetragen. Es bedarf aber meines Erachtens von jetzt ab sorgfältigster Überlegungen über alle weiteren Schritte, damit die auf höherer Ebene laufende Entwicklung nicht durch den Eindruck einer innerhalb der Ärzteschaft vorhandenen Uneinigkeit in Gefahr gebracht wird. Es war betrüblich, auf dem diesjährigen Ärztetag in Garmisch festzustellen, daß keine eindeutige Meinungsbildung und Stellungnahme der Ärzteschaft zur Reform wegen der divergierenden Ansichten und Tendenzen zustande kam, so daß es für mich als beauftragtem Berichterstatter der CDU/CSU-Fraktion nicht möglich war, der Regierungspartei ein befriedigendes Resümee hierüber vorzulegen. Dies sollte bei der Regulierung der Honorarfrage sich nicht wiederholen. Es

Freies Wochenende

27./28. September

muß daher dafür gesorgt werden, daß wenigstens in diesem Punkte ein einheitliches Vorgehen gewährleistet ist. Man muß sich darüber klar sein, daß der Besitzstand an kassenärztlichem Honorar, der jetzt erreicht wird, der Ausgangspunkt sein wird für die zukünftige kassenärztliche Vergütung, ganz gleichgültig, wie die Reform ausfallen wird.

Wenn man die Bedeutung der Honorarfrage von diesem Standpunkt aus betrachtet, sollte die Einigkeit innerhalb der Ärzteschaft eine Selbstverständlichkeit sein!

Das Bayerische Ärztegesetz

Eine kritische Betrachtung zu dessen Änderung und Ergänzung

Von Dr. med. Georg L. Oeckler M. d. L.

Allgemeine Vorgeschichte.

Am 16. September 1954 legte die damalige Bayerische Staatsregierung auf Grund eines Ministerratsbeschlusses dem Bayerischen Landtag einen Entwurf zur Änderung und Ergänzung des Bayerischen Ärztegesetzes (Landtag-Beilage 5858) vor.

Sie begründete ihre Vorlage mit dem Hinweis, das Bayerische Ärztegesetz (BÄG) vom 25. Mai 1946 (GVBl. S. 193) sei durch die nach seinem Erlaß eingetretene Rechtsentwicklung in mehreren, z. T. grundlegenden Bestimmungen gegenstandslos geworden und daher abänderungsbedürftig. Dies betreffe im wesentlichen den Abschnitt I mit der Überschrift: Allgemeine Rechte und Pflichten des Arztes. Der Artikel 1 des BÄG war bereits durch das vorläufige Gesetz zur Regelung des ärztlichen Niederlassungswesens vom 3. Juli 1947 (GVBl. S. 147) in Verbindung mit der Niederlassungsordnung für Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Dentisten vom 5. Mai 1948 (GVBl. S. 85) aufgehoben worden.

Die Bestimmung des Artikels 3 Abs. I Nr. 2 BÄG war durch eine Entscheidung des Bayerischen Verfassungsgerichtshofes vom 20. Juli 1951 als verfassungswidrig und

damit für nichtig erklärt worden. Diese außer Kraft gesetzte Bestimmung beinhaltete die obligate Untersagung der Ausübung des ärztlichen Berufes durch die Regierung, wenn dem Arzt vorher die Mitgliedschaft des Ärztlichen Bezirksvereins aberkannt worden war.

Nach Meinung des Bayerischen Verfassungsgerichtshofes hatten die damals bestehenden ärztlichen Berufsgerichte nicht die Eigenschaft von Gerichten „im Sinne des Verfassungsrechts“, ihr Aufgabenkreis war nur auf die Ausübung der Disziplinargewalt über die Mitglieder der Ärztlichen Bezirksvereine beschränkt. Eine Bindung der Verwaltungsbehörden an den Ausschließungsanspruch dieser ärztlichen Berufsgerichte widerspräche, so hieß es in der Begründung, den Erfordernissen der Rechtsstaatlichkeit.

Eine weitere Bestimmung über die Anfechtung von Verwaltungsakten auf Grund des BÄG war durch das Gesetz über die Verwaltungsgerichtsbarkeit vom 25. September 1946 (BVBl. S. 281) gegenstandslos geworden. Ebenso waren nach Ansicht der Regierung Änderungen des BÄG durch das Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde vom 31. März 1952 (BGBl. I, S. 221) und durch

Diathermie

auf chemischem Wege durch

Therment

· Salbe
u.
· flüssig



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

Indikationen:

Rheumatosen
Neuralgien
Arthropathien
Pleuritis
Durchblutungsstörungen
Segmenttherapie

die mit V. O. vom 15. 3. 1954 in Bayern eingeführte Bestallungsordnung für Ärzte vom 15. 9. 1953 (BGBl. I, S. 1334) bedingt.

Des weiteren bestand seitens der Standesorganisationen der Tierärzte und der Apotheker der Wunsch, daß auch sie in Anlehnung an die Regelung des Gesetzes über die Berufsvertretungen der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker vom 1. 7. 1927 den gleichen Rechtsstatus erhalten sollte wie die Ärzte und Zahnärzte.

Außerdem erschien es der Staatsregierung zweckmäßig, auch das Recht der Berufsvertretungen selbst in einzelnen Bestimmungen auf Grund der beim Vollzug des Gesetzes gesammelten Erfahrungen zu ändern und den Erfordernissen eines den neuzeitlichen Verhältnissen entsprechenden Arztrechtes anzupassen, insbesondere zur Vereinfachung der Ahndung von leichten Verletzungen der Berufspflichten, und damit zur Entlastung der Berufsgerichte ein vereinfachtes Ermittlungs-, Schieds- und Beschlußverfahren einzuführen, durch das die Mehrzahl der kleineren Verstöße gegen die Berufspflichten von den Berufsvertretungen selbst erledigt werden könnte.

Dieser Regierungsentwurf, der in den wesentlichen Bestimmungen einem von dem damaligen Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer, Dr. Karl Weiler, gestalteten Vorentwurf entsprach, und bereits vom Bayerischen Senat, dem damals Weiler ebenfalls angehörte, begutachtet worden war, kam wegen des Ablaufs der Legislaturperiode des Landtags dort nicht mehr zur Beratung. Er wurde von der nächstfolgenden Regierung in der Beilage 301 mit dem gleichen Wortlaut in Gesetzestext und Begründung am 28. März 1955 dem neu gewählten Parlament vorgelegt.

Die Landtagsabgeordneten Meixner, Dr. Soenning, Dr. Schedl und Fraktion hatten bereits am 10. 2. 1955 einen in der Landtagsbeilage Nr. 148 bekanntgegebenen Gesetzesentwurf eingebracht. Er deckte sich fast vollständig mit dem Gesetzesentwurf der Regierung, mit Ausnahme zweier Änderungen, auf die später noch eingegangen wird. Offensichtlich hatte der Antrag der Abgeordneten in erster Linie eine möglichst baldige Vorlage des erwarteten Regierungsentwurfes und damit eine baldige Behandlung der Gesetzesmaterie im Landtag zum Ziel. Als daher am 23. Mai 1955 die Beratungen über das Bayerische Ärztegesetz im Sozialpolitischen Ausschuß begannen, lagen dem Hohen Haus zwei Entwürfe zur Änderung und Ergänzung des BÄG vor. Der Ausgangspunkt dazu war das BÄG vom 25. Mai 1946. Dieses war ohne Mitwirkung des Parlaments zustande gekommen. Es war mit Zustimmung der amerikanischen Besatzungsmacht von der Regierung erlassen worden. Dank der Initiative des damaligen Ministerpräsidenten, Dr. Hoegner, hatte damit Bayern als erstes Land in der Bundesrepublik, nach dem Zusammenbruch des Jahres 1945, wieder ein eigenes Ärztegesetz erhalten. Dies war um so nötiger, als es darum ging, eine ausreichende ärztliche Versorgung der Bevölkerung in dieser schwierigen Zeit so rasch und so gut wie möglich sicherzustellen. Diese Versorgung konnte aber nur durch einen wohlgeordneten Ärztestand erfolgreich ausgeführt werden.

Das Gesetz entsprach in den Teilen, die die Bestimmungen über die ärztliche Berufsvertretung und die Berufs-

Asthmodem[®]

Asthmapulver zum Einnehmen
 bei Asthma bronchiale und cardiale,
 Emphysem, spastischen Bronchitiden

rasch wirkend, gut verträglich, preisgünstig
 16 Pulver = 1 OP = 1,80 DM o. U.

Angelehnt, Dr. Demmler-Arzneimittel, Schwäbisch Hall

gerichtsbarkeit enthalten, im wesentlichen den Vorschriften des Ärztegesetzes vom 1. Juli 1927, doch beschränkte es sich auf die Regelung der Berufsvertretungen der Ärzte und Zahnärzte. Dafür war hinzugetreten ein Abschnitt I „Allgemeine Rechte und Pflichten des Arztes“, der Bestimmungen über die ärztliche Approbation und das Recht der Berufsausübung enthielt. Dieser Abschnitt I war aus der Reichsärzteordnung übernommen worden. Diese Reichsärzteordnung war am 13. 12. 1935 erlassen worden. Es bestanden jedoch schon lange vor dem Beginn des Dritten Reiches Bestrebungen, die gesamte deutsche Ärzteschaft in einer Reichsärzteordnung zusammenzufassen. Nach dem Beschluß des 50. Deutschen Ärztetages am 18. 6. 1931 sollten auch Bestimmungen über die ärztliche Bestallung eingebaut werden. Solche finden sich dann im Abschnitt I der Reichsärzteordnung unter der Überschrift: Der Arzt. Regelungen der ärztlichen Berufsvertretung und der Berufsgerichtsbarkeit folgten in den nächsten Abschnitten.

Nach Inkrafttreten dieser Reichsärzteordnung wurden die bis dahin in den Ländern bestehenden gesetzlichen Ärztekammern, so auch die bayerische, aufgelöst und durch Landeskammern ersetzt, die nur mehr Untergliederungen der Reichsärztekammern waren.

Während nun in allen Ländern die Reichsärzteordnung vom Dezember 1935 nach dem Jahr 1945 weiter Geltung behielt, und auch — soweit sie nicht rein nationalsozialistisches Gedankengut enthielt — nicht aufgehoben worden war, hatte Bayern durch Erlass des Ärztegesetzes 1946 die gesamte Gesetzesmaterie an sich gezogen.

Der erste Teil, der das Recht der Bestallung umschrieb, stellte einen Bestandteil der konkurrierenden Gesetzgebung dar, die an sich dem Bund zusteht, und nur so lange bestehen konnte, als der Bund von seinem Gesetzgebungsrecht nicht Gebrauch machte.

Der Hauptteil II mit dem ärztlichen Standesrecht fällt jedoch eindeutig an die Kompetenz der Länder.

Nachdem aber Bayern die Reichsärzteordnung in toto aufgehoben hatte, war die Streitfrage die, ob der 1. Abschnitt des BÄG fortgeltendes Bundesrecht geworden oder Landesrecht geblieben sei. Die Bayerische Staatsregierung war letzterer Ansicht. Da jedoch am 15. 9. 1953 eine bundeseinheitliche Bestallungsordnung für Ärzte erlassen und damit das Bestallungsrecht auf eine völlig neue Grundlage gestellt worden war, hatte Bayern, um Nachteile zu vermeiden, die Bestallungsordnung als bayerisches Landesrecht eingeführt. Dies mußte auch bei einer

RECORSAN

RECORSAN-LIQUID

zur Crataegus - Kombinationstherapie des Altersherzens

30 ccm DM 1,95

RECORSAN-GMBH. APOTHEKER REINHARD & SOHN · MÜNCHEN-GRÄFELFING

Änderung des Bayerischen Ärztegesetzes Berücksichtigung finden.

Da einerseits das Bundesverfassungsurteil darüber, ob der Abschnitt I — also das Bestallungsrecht — fortgeltendes Bundesrecht geworden sei und damit nicht mehr in die Kompetenz der Ländergesetzgebung falle, noch ausstand, andererseits die Meinung die Oberhand gewann, der endgültige Entscheid würde wohl zugunsten des Bundes ausfallen, sprachen sich der Sozialpolitische Ausschuß und der Ausschuß für Rechts- und Verfassungsfragen für eine Trennung der ganzen Gesetzesmaterie in zwei Einzelgesetze aus. Damit war die Gefahr beseitigt, bei Änderung der Zuständigkeit das ganze ursprüngliche Gesetz einer neuerlichen Änderung unterziehen zu müssen.

In der Tat erfolgte kurz vor der Abstimmung im Plenum des Landtags das Urteil des Bundesverfassungsgerichtshofes, das, wie erwartet und befürchtet, ausfiel. Das Bundesverfassungsgericht hatte am 28. 5. 1957 — das Urteil ist in Bayern erst am 5. 7. 1957 eingelaufen — entschieden, daß Landesrecht unter den Voraussetzungen des Artikels 125 des Grundgesetzes auch dann Bundesrecht geworden ist, wenn eine frühere reichsrechtliche Gesamtregelung durch eine landesrechtliche Gesamtregelung ersetzt worden ist.

Demnach war der bisherige Abschnitt I — jetzt als

eigenes Gesetz vorgesehen, das die Zulassung zur Ausübung des ärztlichen Berufes regelt — nach Artikel 74 Nr. 19 des Grundgesetzes nicht in Einklang mit den Zuständigkeitsvorschriften des Grundgesetzes zustande gekommen und hätte bei Zugrundelegung des rechtlichen Maßstabes vom Ministerpräsidenten nicht ausgefertigt werden können.

Die Staatsregierung zog daher ihren diesbezüglichen Entwurf zurück, soweit dieser die Grundlage für die Beratung zum bisherigen Bayerischen Ärztegesetz, Abschnitt I, bildete, der jetzt einen Entwurf für ein eigenes Gesetz darstellt.

Der Abschnitt II des bisherigen Bayerischen Ärztegesetzes, der schließlich allein zur Beschlußfassung, vor das Plenum des Bayerischen Landtags kam, erhielt die Bezeichnung „Gesetz über die Berufsvertretungen und über die Berufsgerichtsbarkeit der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker (Kammergesetz)“.

Somit waren auch für Bayern dieselben Rechtsverhältnisse wieder geschaffen, wie sie bei den anderen Bundesländern bestanden. Wir haben es nun in Bayern nur mehr mit einem Kammergesetz zu tun, das die Berufsvertretung und die Berufsgerichtsbarkeit der angeführten Berufskategorien regelt, also ein reines Landesrecht darstellt.

(Fortsetzung folgt)

MITTEILUNGEN

Berichtigung

Durch ein bedauerliches Versehen wurden in Heft 8/1958 S. 187 des BÄBl. in dem Artikel „Vier namhafte Wissenschaftler aus Thailand in Bayern“ die Unterschriften unter zwei Bildern verwechselt. Das Bild in der linken Spalte wurde aufgenommen anlässlich des Empfangs in der Bayerischen Landesärztekammer. Das untere Bild der rechten Spalte ist ebenso wie das darüberstehende eine Aufnahme aus dem Empfang der „Bayer-Pharma“.

Die Schriftleitung

Zum Fall Dr. Eisele

In der Tagespresse wurde anlässlich des Falles Eisele mitunter die Meinung geäußert, die Landesorganisationen der Ärzteschaft hätten es versäumt, die verbrecherische Tätigkeit von Ärzten während des Dritten Reiches zu verurteilen, vor allem aber die Wiederaufnahme einer ärztlichen Tätigkeit derartiger Elemente zu verhindern.

Soweit es der Ärzteschaft — besonders in den verworrenen Zeiten nach Kriegsende — überhaupt möglich war, Einblick in kriminelle Handlungen von Ärzten zu gewinnen, hat sie sich unverzüglich und klar davon distanzieren. Schon unmittelbar nach der Gründung der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern, im Jahre 1944, wurde eine gemeinsame Entschlüsselung veröffentlicht, in welcher kriminelle Handlungen von Ärzten aufs schärfste verurteilt wurden. In zwei Broschüren hat die Arbeitsgemeinschaft ferner die Ergebnisse der Nürnberger Prozesse, soweit sie Ärzte betrafen, festgehalten und aller Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Die erste Schrift „Das Diktat der Menschenverachtung“ erschien bereits 1947, die zweite „Wissenschaft ohne Menschlichkeit — Medizinische und eugenische Irrwege unter Diktatur, Bürokratie und Krieg“ 1949.

Bei der Aufrollung des Falles Eisele, der mit rechtsgültigem Spruchkammerurteil als „Nichtbetroffener“ in München aufgetaucht war, kann gegen keine ärztliche Instanz der Vorwurf mangelnder Aufsicht erhoben werden, da erst durch den Prozeß gegen den KZ-Lagerverwalter Sommer die begangenen Verbrechen offenkundig wurden. Daß Dr. Eisele sich den weiteren Konsequenzen durch die Flucht entzog, ist nicht Schuld der Landesorganisation, die an und für sich keinen Anlaß hatte, gegen ihn vorzugehen, ehe nicht ein mit Sicherheit zu erwartendes rechts-

kräftiges Urteil vorlag. Nachdem diese Aussicht nun entchwunden ist, andererseits aber der Prozeß gegen den KZ-Lagerverwalter Sommer hinreichend eidlich erhärtete Unterlagen für eine Schuld Dr. Eiseles ergeben hat, hat die Bayerische Landesärztekammer bei der Regierung von Oberbayern angeregt, aufgrund des vorliegenden Tatsachenmaterials Dr. Eisele die Approbation als Arzt zu entziehen.

Bayerische Ärzteversorgung für angestellte Ärzte

Der „Marburger Bund, Landesverband Bayern“ teilt mit: Auf Grund einer Auskunft des Leiters der Bayerischen Ärzteversorgung, Herrn Oberregierungsrat Dr. Luber, brauchen angestellte nachgeordnete Ärzte den durch die Bayerische Ärzteversorgung für das Jahr 1957 herausgegebenen Erhebungsbogen nicht auszufüllen und einzusenden. Die Höhe der Beitragspflicht ergibt sich aus § 17 II b der Satzung.

Deutscher Medizinischer Sprachendienst

Die größere Inanspruchnahme des Deutschen Medizinischen Sprachendienstes durch deutsche und ausländische Institute bietet für sprachkundige Ärzte, ebenso für ausländische Gastärzte, die Möglichkeit, sich durch Übersetzungen einen guten Nebenverdienst zu sichern. Es handelt sich bei diesen wissenschaftlichen Übersetzungen fast durchweg um neue Ergebnisse und Methoden, so daß diese Tätigkeit auch von der medizinischen Seite her interessant und anregend sein dürfte.

Ärzte, die an einer solchen Arbeit interessiert sind, wollen sich melden: Deutscher Medizinischer Sprachendienst, München-Lochham, Mozartstraße 27.

Neuer Präsident der Ärztekammer Hamburg

Die neu konstituierte Vollversammlung der Ärztekammer, der 58 Vertreter der Hamburger Ärzteschaft angehören, wählte in ihrer ersten Sitzung am Montag, dem 15. September 1958, ihren neuen Vorstand für die bevorstehende vierjährige Legislaturperiode. Neuer Präsident wurde Chefarzt Dr. Ernst Fromm. Der neue Präsident gehört dem Vorstand des Weltärztebundes als Schatzmei-

Varicen

Venostasin



Tropfen + Salbe / Ampullen

Varicen

Krampfader-Beschwerden erleichtert *Venostasin*, weil es behebt, was Schmerzen macht, nämlich venöse Stase und Oedem. Auch bessert es die Gewebsernährung und damit etwaige entzündliche Veränderungen.

Am wirksamsten ist die **kombinierte Verordnung** von

Venostasin- **Tropfen** 2 x 20 gtt. oder abends 1 x 40 gtt.

Venostasin- **Salbe** Auf die gespannte Haut und an den Venensträngen über Nacht dick auftragen und abdecken.

In schwereren Fällen empfiehlt sich zunächst mit Venostasin- **Ampullen** 5 ccm **intravenös** zu behandeln.

Daß *Venostasin* den bei Varicen-Trägern oft stark verlangsamten venösen Rückstrom normalisiert, ist mittels Isotapentechnik nachgewiesen worden. Der günstige Einfluß auf Haemodynamik und Permeabilität macht den klinischen Erfolg mit *Venostasin* bei Krampfader-Beschwerden verständlich.



Venostasin
Vitamin B₁-haltiger
Roßkastanien-Extrakt



MÜNCHEN 23



bei
Ulcus ventriculi
Ulcus duodeni
Gastritiden

Schnelle Schmerzfremheit
 Abheilung der Geschwüre
 Keine Nebenerscheinungen

O.P. m. 24 Tabl. DM 2,55 o.U.
 O.P. m. 48 Tabl. DM 4,55 o.U.
 Kurpackung · Klinikpackungen



Literatur und Muster durch: H. TROMMSDORFF · CHEMISCHE FABRIK · AACHEN

Lemavit

dos standordisierte Colcium-Vitomin-Pröporot.

Zusammensetzung:

VITAMIN A + D₂ des Lebertrons
 VITAMIN C Konzentrot ous Citrusfrüchten
 VITAMIN B₁ Extrakt ous diostoseverzuckertem Molz
 CALCIUM gluconicum, Colcium phospholoticum
 KOHLEHYDRATE (Moltose, Fructose, Socchorose)

Durch die notürlichen Stobilisotoren sind die souerstoffempfindlichen Vitomine A + C ouch bei längerer Loderung gegen Oxydotion geschützt.

Vorzüge:

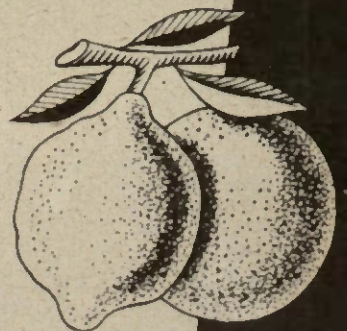
Angenehm fruchtiger Geschmock, besonders gute Verträglichkeit, optimole Resorption, ohne Konservierungsmittel, frei von Fettbestandteilen, ideole Colcium-Vitomin-Kombination.

Packungsgrößen:	Originolfasche	200 g	DM 2.75
	Doppelfosche	400 g	DM 4.70
	Klinik/Kurpackung	1000 g	DM 9.65

Ärztproben und Literotur auf Wunsch!

Maltextra

Dr. Schöpp & Böhringer GmbH.
 Freudenstadt/Schwarzwald



HOMBURG

Coronarinsuffizienz
Herzdekompensation

CORDALIN®

Oxyäthyltheophyllin · Hamburg ·

Ampullen · Suppositorien · Tabletten · Tropfen

CORDALIN®-STROPHANTHIN

Oxyäthyltheophyllin · Hamburg · + k-Strophanthin

Ampullen mit $\frac{1}{2}$ mg und $\frac{1}{4}$ mg

Suppositorien mit $\frac{1}{2}$ mg

Chemiewerk **HOMBURG** Aktiengesellschaft
Frankfurt/Main



Bei
Bronchitis u. Pertussis

Monapax®

Frischpflanzenperkolate von Drosera, Hedera Helix, Ipecac.,
Hyoscyam., Cuprum acet. u. a.

ohne Codein und Antibiotica

prompt wirksam, hervorragend verträglich

Tropfen 20 ccm DM 1.90 50 ccm DM 3.80
Dragees 40 Stck. 100 Stck.



A P O T H E K E R M Ü L L E R G M B H · B I E L E F E L D

ster an. Er ist außerdem Vizepräsident der Bundesärztekammer.

Zum Vizepräsidenten wurde Facharzt Dr. Kurt Woltereck, der Landesvorsitzende des „Verbandes der Ärzte Deutschlands“ (Hartmannbund) gewählt.

Päckchen durchbrechen den Eisernen Vorhang

Gerade jetzt: Dein Gruß in die Zone —
Was darf versandt werden?

Können wir die „Briefbrücke“ in die Zone ausbauen? Der neue „harte Kurs“ drüben läßt viele Menschen ihr Los als besonders drückend empfinden. Sie warten mehr denn je auf unser Zeichen! Deshalb ist jeder Westdeutsche aufgerufen, Briefpate eines Deutschen in der Sowjetzone zu werden. Wer die folgenden Regeln beachtet, darf sicher sein, daß seine Sendung den Empfänger erreicht.

Adressen jeder Art vermitteln die örtlichen, karitativen Verbände. Sie geben auf Wunsch auch sachdienliche Hinweise.

Versendungsform: Jede Art der „organisierten“ Versendung, etwa unter Gruppenabsender, scheidet aus. Alle Briefe und Päckchen müssen von einem privaten Absender kommen. Als Einwickelpapier sind keine Tageszeitungen zu benutzen, Kartons und Pappen müssen frei von Werbeaufdrucken sein. Die Sendung darf nur dem persönlichen Gebrauch des Empfängers dienen.

Was kann versandt werden? Lebensmittel (Butter, Fett, Wurstwaren, Kakao [bis 250 g], Öl usw.), Genußmittel [Schokolade bis 300 g], Kaffee [bis 250 g], Keks, Plätzchen, Pralinen, Obstkonserven, Bonbons usw.), Kleidungsstücke, neu oder in gutem Zustand (Schuhe, Strümpfe, Blusen, Handschuhe, Schals usw.), Bücher, angefangen vom Bilderbuch bis zum Roman, Fachbuch oder Kunstband. Arzneimittel oder Gebrauchsgegenstände nach dem besonderen Wunsch der Briefpartner.

Dies ist eine Aufgabe, die jeden angeht. Kein Westdeutscher sollte sich ausschließen! Deshalb lautet die Losung: Werdet Briefpaten eines einsamen Menschen von drüben. Noch heute . . .!

Abgabe von Krankenurkunden aus Privatbesitz an die Krankenbuchlager der Kriegsofferversorgung

Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung teilt uns mit:

Durch die Kriegereignisse und insbesondere den Zusammenbruch 1945 sind die Krankenurkunden der ehemaligen Wehrmacht zu einem großen Teil in Verlust geraten. Den nach dem Kriege errichteten Sammelstellen ist es gelungen, noch erhaltene Bestände weitgehend zusammenzufassen und sie den als Verwaltungsbehörden der Kriegsofferversorgung errichteten Krankenbuchlagern in Berlin (West), Berlin-Schöneberg, General-Pape-Straße, Haus 16; Kassel, Graf-Bernadotte-Platz 3, und München 13, Winzererstraße 45, zuzuführen. Es ist mir aber bekanntgeworden, daß auch heute noch Krankenurkunden sich in Privatbesitz, vor allem in Händen ehemaliger Wehrmachtssanitätsoffiziere, befinden.

Aus diesem Grunde wäre ich dankbar, wenn Sie in Ihrem Mitteilungsblatt die Ärzte bitten würden, die ggf. bei ihnen noch vorhandenen Krankenurkunden ehemaliger Wehrmachtangehöriger an eines der vorstehend aufgeführten Krankenbuchlager abzugeben. Ich nehme an, daß es auf diese Weise möglich sein wird, die noch in privatem Besitz befindlichen Krankenunterlagen über Angehörige der ehemaligen Wehrmacht für die Arbeit der Kriegsofferversorgung zu erfassen und nutzbar zu machen. Die Entscheidung über Versorgungsleistungen ist häufig dadurch erschwert oder unmöglich, daß der Nachweis über Verwundungen, Erkrankungen und Lazarettaufenthalte nicht erbracht werden kann.

I. A.: Dr. Goetz

Ausbildung an den Hochschulen

wurde vom Badisch-Württembergischen Arbeitsminister Hohlwegler für notwendig gehalten. Seinem Vorschlag gemäß müsse sich die akademische Selbstverwaltung sowohl mit der Errichtung eigener Lehrstühle für

Sozialmedizin als auch mit der Ausarbeitung entsprechender Lehrpläne und Prüfungsbestimmungen befassen. Zumindest aber sollten zunächst einmal die Sozialbehörden und Versicherungsträger gemeinsam mit den Universitäten sozialmedizinische Fortbildungskurse für alle Ärzte im öffentlichen Dienst einrichten. HD

Für die Harmonisierung auf dem Gebiet der Sozialmedizin

In der Zeit vom 22.—24. März 1958 veranstaltete in Paris der Französische Rat der Europäischen Bewegung die Europäischen Tage der Sozialmedizin. In einer Resolution empfahlen die Delegierten besonders eine Harmonisierung der Titel und Diplome der medizinischen Berufe sowie eine Koordinierung der sozialmedizinischen Systeme und die Ausarbeitung eines einheitlichen Heilmittelkodex. Außerdem wurden noch Entschlüsse gefaßt über die biologisch-medizinischen Probleme, die durch die Verwendung der Atomenergie entstehen, und über die Forschungen auf dem Gebiet der Silikose. Diese Resolutionen sollen der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft, der Atomgemeinschaft und der Montanunion übergeben werden.

Zum letzten Male „Dynamik“

Das Bundesfinanzministerium hat bei den letzten Verhandlungen um die Unfallversicherungsreform erneut Einwendungen gegen die „Dynamisierung“ der Unfallrenten nach dem Muster der Altersrenten vorgebracht. Im Bundesarbeitsministerium glaubt man jedoch, daß Bundesarbeitsminister Blank bei den kommenden Kabinettsberatungen — sie sollen noch im Sommer stattfinden — seinen Standpunkt durchsetzen wird. Man könne die Unfallrenten, so heißt es im Bundesarbeitsministerium, nicht anders behandeln als die Altersrenten. Man erwartet jedoch im Bundesarbeitsministerium, daß das Kabinett einen Grundsatzbeschluss zur „Dynamik“ fassen wird: Die automatische Renten Anpassung soll auf die Alters- und Unfallversicherung beschränkt bleiben. Dieser Beschluss würde sich vornehmlich gegen Bestrebungen richten, auch in der Kriegsofferversorgung „dynamische“ Renten einzuführen.

Genesung verringert die Krankenhauskosten

Unter dieser Überschrift berichtete der Wiesbadener Kurier vom 1. 8. 1958 über ein außerordentlich interessantes Experiment, den Genesungswillen des Patienten in den Heilplan einzubauen. Nach der Devise „Geht es dem Patienten besser, wird die Krankenhausrechnung kleiner“, hat das amerikanische Manchester Memorial Hospital eine revolutionäre Umorganisation seiner Stations- bzw. Klasseneinteilung vorgenommen. Ein schwerkranker oder gerade operierter Patient bekommt besonders intensive Pflege und Betreuung und zahlt dafür einen Tagessatz von 20 bis 25 Dollar (84 bis 105 DM, die Krankenhausbühren sind in Amerika weit höher als in Deutschland). Geht es dem Patienten besser, wird sein Bett in eine andere Station des Krankenhauses gebracht, wo er nur noch soviel Pflege erhält, wie er benötigt.

Gleichzeitig sinkt seine Rechnung auf 16 bis 18 Dollar (67,20 bis 75,60 DM) pro Tag. Ist seine Genesung dann erheblich fortgeschritten, kommt der Patient in die Station mit der geringsten Wartung durch geschultes Pflegepersonal, in eine Art „Selbstbedienungsstation“, in der er nur 8 bis 12 Dollar (33,60 bis 50,40 DM) pro Tag oder noch weniger zahlt. Hier gehen die Patienten bereits allein in den Speisesaal oder ins Bestrahlungszimmer, sie kleiden sich alleine an und verrichten andere Dinge, mit denen sie den Schwestern Arbeit und sich selbst Geld ersparen.

Durch Umorganisation war es möglich, in der Abteilung für intensive Pflege die meisten und erfahrensten Schwestern zusammenzuziehen, so daß dort Tag und Nacht der gleiche sorgfältige Dienstplan aufrechterhalten werden kann. Das hat sich so ausgewirkt, daß jeder Schwerkranker 24 Stunden am Tag von einer Krankenschwester, die sich nur ihm widmet, betreut wird, ohne daß er für eine solche Sonderschwester zahlen muß. In dieser Abteilung befinden sich auch die wertvollsten lebensrettenden Einrichtungen, Apparate und Drogen. — Verschiedene Leiter amerikanischer Krankenhäuser haben die „gestaffelte Patientenbetreuung“ als revolutionäre Idee begrüßt und schätzen, daß 20 bis 50% der Patienten in einem normalen

Krankenhaus in Selbstbedienungsstationen überwiesen werden können. Diese Stationen können in Gebäuden eingerichtet werden, die durch Tunnels oder Brücken mit den Hauptgebäuden verbunden sind. Auch die Baukosten für solche Krankenhäuser könnten erheblich vermindert werden.

Ob ein Patient in ein Einzelzimmer oder ein Mehrbettzimmer der Intensivpflegestation gelegt wird, hängt nicht mehr davon ab, wieviel er bezahlen kann, sondern von den besonderen Erfordernissen seiner Pflege. Der Preis für Unterbringung in der Intensivpflegeabteilung ist für Mehrbettzimmer und Einzelzimmer der gleiche. Von hier wird der Patient später in die Station mit mittlerer Pflege und schließlich in die Selbsthilfeabteilung überwiesen. — Es bleibt abzuwarten, wie das zur Zeit von der US-Gesundheitsbehörde überprüfte System auf die Dauer funktionieren wird.

Nichtärzte für Beibehaltung des Röntgenreihenuntersuchungsgesetzes

Das bayerische Röntgenreihenuntersuchungsgesetz, das nicht zuletzt durch die ausführlichen und statistisch belegten Darlegungen des Präsidenten der Bayer. Landesärztekammer Dr. Hans Joachim Sewering im Bayerischen Ärzteblatt gegen dieses Gesetz im Mittelpunkt bemerkenswerter Diskussionen steht, wurde in einer Sendung des Bayerischen Rundfunks am 11. Juli 1958 von Abg. Karl Weishäupl, dem ehemaligen Staatssekretär im Bayer. Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge verteidigt. Im allgemeinen ist es üblich, daß man zu Fachproblemen Fachleute sprechen läßt oder zu mindestens auch ihre Meinung anhört. Deshalb muß es als auffallend bezeichnet werden, daß sich der Bayerische Rundfunk mit der Zwiesprache von Frau Feuer-senger mit dem genannten Abgeordneten begnügte.

I. D.

Landärzte kritisieren Dorfgemeinschaftshäuser

Die Arbeitsgemeinschaft der Landärzte im Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) nimmt in ihrem Organ „Der Landarzt“ zur Gesundheitspflege in Dorfgemeinschaftshäusern kritisch Stellung. Die Arbeitsgemeinschaft der Landärzte begrüßt zwar alle Bestrebungen und Maßnahmen, die auf eine Verbesserung der ländlichen Lebens- und Arbeitsbedingungen, vor allem derjenigen der Landfrau, gerichtet sind. Einrichtungen, die zur Pflege und Behandlung von Kranken dienen, gehören nach Ansicht der Arbeitsgemeinschaft jedoch nicht in ein solches Dorfgemeinschaftshaus.

„Der Landarzt“ kritisiert unter anderem die Aufstellung von Höhensonnen in diesen Gemeinschaftshäusern, da die vorbeugende Wirkung der Höhensonnen weit überschätzt, ihre Nachteile und Gefahren hingegen unterschätzt würden. Die Kritik richtet sich außerdem gegen die Einrichtung von sogenannten Krankenpflegestationen in den Dorfgemeinschaftshäusern, in denen „Behandlungsräume“ für die Gemeindeschwester vorgesehen sind. Die Landärzte betonen, daß jede Behandlung von Kranken grundsätzlich in die ärztliche Praxis gehöre, für die der Arzt die persönliche Verantwortung zu tragen hat.

Sind die Arzneimittel-Ausgaben für die Krankenkassen tragbar?

Im Durchschnitt verbraucht jeder Bewohner der Bundesrepublik jährlich 20 bis 30 DM für Arzneimittel. An den Kosten des Gesamtverbrauchs waren die Kassen der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahre 1957 mit rund einer dreiviertel Milliarde DM beteiligt. Die Ausgaben für Arznei-, Hell- und Hilfsmittel aus Apotheken erreichten 13% der Gesamtausgaben aller Krankenkassen. Der Deutsche Apothekertag glaubte kürzlich feststellen zu dürfen, daß dieser Ausgabenanteil für Arzneimittel gerechtfertigt sei. Die Arzneimittelkosten seien nicht so stark gestiegen wie andere Kosten der Krankenversicherung. Diese Argumentation, die sich auf Prozentberechnungen stützt, kann nicht die Tatsachen verdecken, daß die Geldmittel der Krankenkassen seit Jahren zunehmend für Arzneikosten beansprucht worden sind. Die Arzneimittelausgaben haben nicht nur ein statistisches Interesse, sie müssen durch Beitragsleistungen gedeckt werden. Daß von Jahr zu Jahr mehr Geld für Arzneimittel ausgegeben werden muß, beklagen neben den Krankenkassen auch die Ärzte. Sie beunruhigt die zunehmende Arzneimittelflut, in der sich der Arzt kaum noch zurechtfinden kann. Allein die „Rote Liste“ der Pharmazeutischen Industrie für 1957 enthält 5900 Präparate in den verschiedensten Zubereitungen. Zur Zeit sind mindestens 150 Kopfschmerzmittel im Handel, über deren Wirksamkeit auch die Meinungen in Ärztekreisen auseinandergehen. Daneben unterstützt eine handfeste Laienpropaganda den wahllosen Verbrauch frei verkäuflicher pharmazeutischer Erzeugnisse. Neben sozialwirtschaftlichen Erwägungen stehen also auch Bedenken über die Auswirkungen der zunehmenden Arzneimittelausgaben im Vordergrund. Daraus wird verständlich, daß heute vielen Ärzten eine Selbstbeteiligung als wirksames Mittel zur Einschränkung des Arzneiverbrauchs notwendig erscheint.

Spenden des Stifterverbandes für die Deutsche Wissenschaft

Wie auf der in dreijährigem Turnus stattfindenden ordentlichen Mitgliederversammlung des Stifterverbandes für die Deutsche Wissenschaft mitgeteilt wurde, betrug das Spendenaufkommen des Verbandes

1955: DM 11,5 Mill.

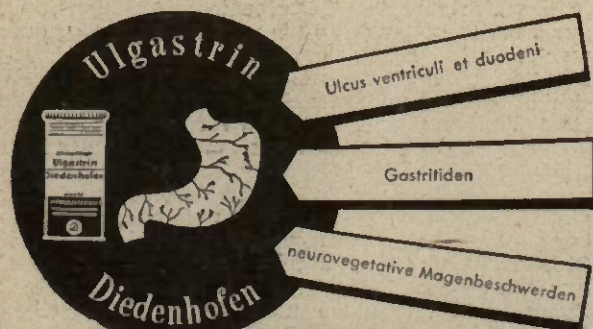
1956: DM 14,0 Mill.

1957: DM 17,2 Mill.

In diesem Betrag sind in ständig zunehmendem Maße Spenden enthalten, die für die Förderung der grundlegenden Forschung und der Geisteswissenschaften von entscheidender Bedeutung sind. Einschließlich der über den Stifterverband geleiteten Spenden hat die Wirtschaft im Jahre 1956 der Wissenschaft und Forschung Spenden in Höhe von insgesamt DM 44,3 Mill. zur Verfügung gestellt. Darüber hinaus wurden von der Wirtschaft rund DM 691,8 Mill. für betriebseigene und verbandsgemeinschaftliche Forschung ausgegeben. Die entsprechenden Zahlen für 1957 liegen noch nicht vor.

Pensionsalter

Auf seinem Kongreß in Norderney beschäftigte sich der „Bund Deutscher Medizinalbeamter“ mit dem Pro-



- Schnelle Beseitigung der subjektiven Beschwerden
- Sichere Heilung durch direkte Wirkung auf die entzündete Magenschleimhaut
- Normalisierung der gestörten Säureverhältnisse
- Ambulante Behandlungsmöglichkeit ohne strenge Diät
- Gute Verträglichkeit
- Keine unerwünschten Nebenwirkungen

O. P. 42 Tabletten DM 3,90 a. U., Kurpackung 84 Tabletten DM 7,20 a. U. und Klinikpackungen

Verlangen Sie bitte Ärztemuster und Literatur von:
Apotheker A. Diedenhofen KG., Bad Gadesberg/Rhein

Ulgastrin Diedenhofen

Neurobellal

SEDATIVUM

Cordovasín

CARDIACU

Ärztmuster und Literatur erbeten von

NEUROBELLAL

CORDOVASIN

Bitte das Gewünschte ankreuzen.

DRUCKSACHE

U P H A · G M B H

H A M B U R G 2 0

POSTFACH 2957

Stempel und Unterschrift

blem der Altersgrenze für Pensionierung. In einer Resolution, die allen Bundes- und Länderinstanzen zugeleitet werden soll, fordern die Medizinalbeamten eine Heraufsetzung der Altersgrenze für Beamte und Angestellte im öffentlichen Dienst. Sie sind der Ansicht, daß die um die Jahrhundertwende erarbeiteten Grundlagen für das Pensionierungsverfahren heute nicht mehr der neuen Wirklichkeit unseres Lebens entsprechen.

Zucker und Zähne

Bei Experimenten an Ratten- und Hundezähnen in vivo und an extrahierten Menschen- und Hundezähnen konnten die Engländer Holloway, Mellanby und Stewart (Brit. Dent. J. 1958. 104. 9. 305—309) folgende interessante Beobachtungen machen:

Fruchtgetränke verursachen an den Zähnen Erosionen. Kohlensäure Getränke erwiesen sich als nicht so erosiv wie Fruchtgetränke und saure Zuckerlösungen. Je nach Menge und Art des beigemischten Zuckers wurde die Erosion gesteigert oder gemindert. Stets konnte durch Zuführung von Natriumfluorid die erosive Kraft des Getränkes erheblich verringert werden.

Die Autoren folgern aus ihren Untersuchungen, daß Fruchtsäfte, besonders bei Kindern, den Zahnschmelz angreifen können. Um den Schaden dieser Fruchtsäfte zu kompensieren, müßten Fluoridierungsmaßnahmen durchgeführt werden. Das kann in Form der Trinkwasserfluoridierung, durch Verabreichung fluorhaltiger Tabletten oder durch lokale Fluorapplikation geschehen. An sich wäre es naheliegend, daß sich die Fruchtsaftindustrie entschließt, ihren Getränken ein Fluorid zuzusetzen, um damit nachteilige Wirkungen auf den Zahnschmelz zu vermeiden. Das dürfte aber in der Praxis nicht realisierbar sein. Auf alle Fälle aber sollte man sich bemühen, diese neuentdeckte weitere Ursache für das Zustandekommen kariöser Zahnschäden auszuschalten oder in geeigneter Weise zu kompensieren.

Zur Frage der Trinkwasserfluoridierung

Es ist heute nicht selten, daß ein vierjähriges Kind bereits neun kariöse Zähne hat. Werden diese Zahnschäden nicht rechtzeitig behandelt, können schwerwiegende Folgen für den gesamten Organismus auftreten, bei vorzeitigem Verlust der Milchzähne z. B. auch Kieferdeformierungen. Es ist heute möglich, die Frequenz der Zahnkaries durch eine konsequent durchgeführte Fluorprophylaxe um durchschnittlich 60% zu reduzieren — eine Tatsache, die größte Beachtung verdient und von allen zuständigen Stellen, die für die Volksgesundheit verantwortlich sind, einer objektiven Prüfung unterzogen werden sollte.

Vor einigen Jahren (1955) wurde nun in einer Arbeit, die aus Jena kam, behauptet, daß bei steigendem Fluoridgehalt des Trinkwassers auch die Zahnkaries zunimmt (Vgl. ZR 1955, 64, 4, 83). Diese Veröffentlichung wurde viel diskutiert und auch sofort von den Gegnern der Trinkwasserfluoridierung aufgegriffen. Gleich nach Erscheinen dieser Publikation wurde von Obermedizinalrat

Dr. Hornung/Kassel darauf hingewiesen, daß die der Arbeit zugrundegelegten Trinkwasseranalysen unrichtig wären. Nunmehr konnte Professor Dr. Heinkel/Jena beweisen, daß auch in Thüringen die gleiche Korrelation besteht, wie sie in den USA und in fast allen europäischen Ländern schon gefunden wurde: Bei erhöhtem Fluoridgehalt des Trinkwassers ist die Zahnkarlesfrequenz wesentlich geringer. Prof. Heinkel erklärte gleichzeitig (ORCA-Tagung 1958 in Brüssel), daß die früheren Jenaer Untersuchungen und die daraus gezogenen Schlüsse falsch gewesen sind.

Damit dürfte die einzige allen bisherigen Veröffentlichungen widersprechende Publikation endgültig widerlegt sein. Es wäre zu wünschen, wenn in Zukunft derartige absolut vereinzelt dastehende und irreführende Publikationen entsprechend bewertet würden. Bedauerlicherweise wurde gerade diese Arbeit an maßgebender Stelle überbewertet und gab Anlaß zu Entscheidungen, die für die vorbeugende Gesundheitspflege weiter Bevölkerungskreise von Nachteil sind.

Behörden, Ämter und Dienststellen, die sich mit der Frage einer generellen Fluorprophylaxe befassen müssen, werden eingeladen, sich mit der deutschen Zentralstelle für das internationale Fluorschriftum in Stuttgart-Degerloch, Leonorenstraße 25, in Verbindung zu setzen. Hier erhalten sie jederzeit gern objektive Auskunft über alle einschlägigen Fragen.

Unterlagen über exakte internationale anerkannte Wasseranalysen stellt Chemierat Dr. Quentin, München 23, Leopoldstraße 175, gern zur Verfügung.

Franz-Redeker-Preis

Das Präsidium des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose hat einen Preis für eine bisher noch nicht veröffentlichte wissenschaftliche Arbeit auf dem Gebiet der sozialhygienischen Tuberkulosebekämpfung (unter Ausschluß der medikamentösen oder operativen Therapie) für das Jahr 1958 ausgesetzt.

Der Franz-Redeker-Preis besteht aus einem Geldpreis von DM 2000.— welcher für eine oder mehrere, höchstens jedoch drei, Arbeiten zur Verteilung kommt.

Bewerbungsberechtigt sind alle Personen, die sich beruflich mit der Tuberkulosebekämpfung in Deutschland beschäftigen und ihre Arbeit unter Hinweis auf diese Ausschreibung dem Deutschen Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose, Augsburg, Schießgrabenstraße 24, bis zum 30. 6. 1959 einreichen.

Über die Bewertung der Arbeiten entscheidet ein durch den Präsidialbeirat des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose gebildetes Preisrichterkollegium unter Vorsitz von Prof. Dr. Franz Redeker. Die Entscheidung des Preisrichterkollegiums ist unter Ausschluß des Rechtsweges für die Bewerber bindend.

Für die Einsendung der Arbeiten, ihre Prüfung, die Preisverteilung und alle übrigen Fragen sind die Bestimmungen des Franz-Redeker-Preises des Deutschen

Nein!

Spasmocyclon

gegen
Durchblutungs-
störungen

CHEMISCHE FABRIK G. ROBISCH GMBH. MÜNCHEN 25

Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose verbindlich.

Mit Zuerkennung eines Preises geht die Arbeit in das ausschließliche Verfügungsrecht des DZK über, welches auch über die Veröffentlichung an geeigneter Stelle entscheidet.

Nähere Angaben sind im Deutschen Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose, Augsburg, Schießgrabenstraße 24, zu erhalten.

Der Generalsekretär: gez. Griesbach

Sammlung des ASTA der Universität München für geplante Universitätsstadt

Der Allgemeine Studentenausschuß der Universität München hat für den geplanten Bau einer „Universitätsstadt“, die 5000 Studenten, darunter 2500 Ausländer, aufnehmen soll, 10 000 DM aufgebracht. Staat und Wirtschaft sollen dadurch angeregt werden, ihrerseits Mittel bereitzustellen.

Missionsärztliche Arbeit

In evangelischer missionsärztlicher Arbeit sind zur Zeit aus Deutschland 38 Ärzte, 29 Ärztinnen, 1 Zahnarzt, 140 Schwestern und sonstige Hilfskräfte tätig z. B. in Indien mit Unterstützung der großen christlichen Indischen Akademien. Krankenpflegeschulen sind in Afrika an vielen Hospitälern entstanden und in Bumbull (Usambara, Tanganjika) werden junge Männer zu einer Art von Hilfsärzten herangebildet. Sie sollen nach Abschluß ihrer Ausbildung in den verschiedensten Teilen Tanganjikas Busch- und Urwaldkliniken übernehmen, für die sie dann verantwortlich sind oder dort an Krankenhäusern wertvolle Arbeit leisten.

Trotz Bedenken Eingliederung der Gesundheitsämter?

Der Ausschuß des Bayer. Landtages für die Verwaltungsvereinfachung hat den Beschluß gefaßt, die staatlichen Gesundheitsämter und die Regierungsveterinärärzte sollen in die Landratsämter eingegliedert werden (siehe ID 21/1958), und die Staatsregierung soll die entsprechenden Gesetzentwürfe dem Landtag vorlegen. Auf Antrag des Abg. Dr. Rudolf Soennig (CSU) überwies der Landtag die Angelegenheit dem sozialpolitischen Ausschuß zur Beratung.

Laufbahn der Sanitätsoffiziere: Offizier auf Zeit, Berufsoffizier

Der Bundesminister für Verteidigung hat mit Stand vom Mai 1958 Hinweise zur Beratung über die Laufbahn der Sanitätsoffiziere herausgegeben, von denen wir die wesentlichen Punkte, soweit sie den ärztlichen Dienst betreffen, nachstehend bekanntgeben:

I. Allgemeines

Das Sanitätswesen der Bundeswehr umfaßt ärztliche und sanitätsdienstliche Aufgaben. Diese schließen die Gesundheitserziehung, die Heilfürsorge und die wehrmedizinische Forschung ein.

In der Bundeswehr gibt es nur eine Sanitätsoffizierlaufbahn. Sie umfaßt die Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und Veterinäre.

II. Verwendungsmöglichkeiten

Der Arzt in der Bundeswehr nimmt in erster Linie ärztliche Aufgaben bei der Truppe und in den Lazaretten wahr. Als Truppenarzt, Schiffsarzt oder Arzt einer Sanitätsstaffel der Luftwaffe öffnet sich ihm ein weites Betätigungsfeld, das die präventive und kurative Medizin umfaßt. In den mobilen und in den bodenständigen Lazareteinheiten findet der Sanitätsoffizier die Möglichkeit zur fachlichen Fort- und Weiterbildung. Der wechselnde Einsatz bei der Truppe und in den Lazaretten bietet vielseitige Arbeitsmöglichkeiten. Für geeignete Sanitätsoffiziere kommt auch eine Verwendung auf organisatorischem Gebiet im Sanitätsdienst der Führungsstäbe in Betracht.

III. Einstellungsvoraussetzungen

1. Bewerber, die vor dem 9. Mai 1945 mindestens sechs Monate Wehrdienst geleistet haben:

Für die Laufbahn der Offiziere des Sanitätsdienstes (Berufsoffizier) kann eingestellt werden, wer

- ein entsprechendes Studium an einer wissenschaftlichen Hochschule abgeschlossen hat,
- die staatliche Bestallung als Arzt besitzt,
- vor dem 9. Mai 1945 mindestens sechs Monate Wehrdienst geleistet hat, wobei dieser Wehrdienst nicht im Sanitätsdienst abgeleistet worden zu sein braucht,
- als ehemaliger Berufssoldat oder Berufsbeamter im Zeitpunkt der Einstellung als Stabsarzt das 50. Lebensjahr, als Oberstabsarzt das 52. Lebensjahr, als Oberfeldarzt das 53. Lebensjahr, nicht überschritten hat.

Andere Bewerber dürfen im Zeitpunkt der Einstellung nicht älter als 49 Jahre sein.

Für Bewerber für die Laufbahn der Offiziere des Sanitätsdienstes (Offizier auf Zeit) gelten die gleichen Einstellungsvoraussetzungen. Sie dürfen jedoch im Zeitpunkt der Einstellung das 37. Lebensjahr nicht überschritten haben. Die Bewerber werden zunächst mit dem Dienstgrad, der dem letzten vor dem 9. Mai 1945 rechtmäßig verliehenen Dienstgrad entspricht, mindestens jedoch mit dem Dienstgrad Stabsarzt zu einer Eignungsübung nach § 60 des Soldatengesetzes einberufen. Nach erfolgreichem Abschluß können sie nach ihrem Wunsch zu Berufssoldaten oder Soldaten auf Zeit ernannt werden.

Die Mindestverpflichtungszeit für Soldaten auf Zeit beträgt drei Jahre, die Höchstverpflichtungszeit 12 Jahre.

2. Sonstige Bewerber:

Im übrigen kann als Bewerber für die Laufbahn der Offiziere des Sanitätsdienstes eingestellt werden, wer

- im Zeitpunkt der Einstellung das 37. Lebensjahr noch nicht überschritten hat,
- nach Abschluß eines entsprechenden Studiums an



KREWEL-WERKE
Eitorf b. Köln

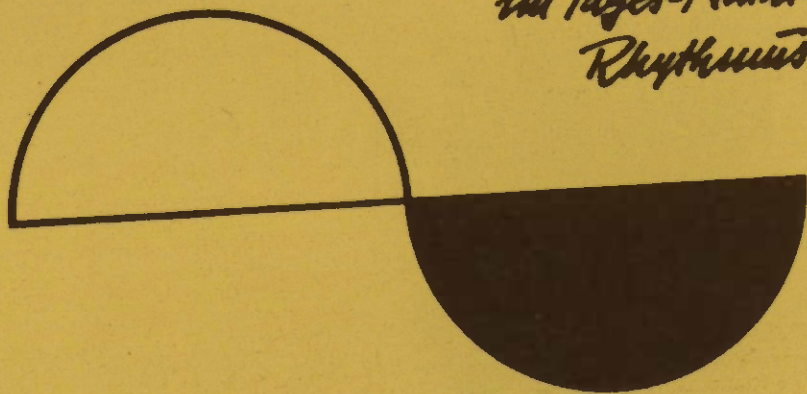
MIGRÄNE-KRANIT

Cerebral-Antispasmodicum

Zweiphasen-Antihypertonicum

RAUPENTIN[®]

*im Tages-Nacht-
Rhythmus*



O. P. mit 21 Dragées DM 1.90



Bei der Hypertonie ist zumeist auch das vegetative „Gleichgewicht“ gestört. Dies bedeutet eine Störung im rhythmischen Wechsel von relativer Sympathikotonie am Tage und relativer Parasympathikotonie in der Nacht, deren Werte unter physiologischen Verhältnissen in einer festen Beziehung zueinander stehen. Das erste Antihypertonikum, das mit entsprechend unterschiedlicher Tages- und Nacht-Medikation in die Rhythmusstörung eingreift, ist

Raupentin

Das „Tagesdragée“, mit Rauwolfia, Hexamethoniumbromid, N-Methylphenylaethylbarbitursäure und Strychnin, paralyisiert die überstarke Sympathikusdominanz. Das „Nachtdragée“ mit dem Parasympathikomimetikum Carbaminoylcholinchlorid, mit Crataegus und Phenylaethylbarbitursäure, verstärkt den Sympathikusantagonisten in therapeutisch vorteilhafter Weise.

Diese Zweiphasenbehandlung mit Raupentin stellt den physiologischen Rhythmus des autonomen Nervensystems rasch wieder her, greift auch zentral an und wirkt so, unterstützt durch die Herzwirkung des Weißdorns, mehrschichtig hypotensiv. Besonders eindrucksvoll beeinflußt Raupentin die subjektiven Beschwerden.

Handelsformen und Preise:

O. P. mit 21 Dragées (14 gelbe für den Tag
7 braune für die Nacht) DM 1,90 o. U.

Kurpackung mit 105 Dragées (70 gelbe für den Tag
35 braune für die Nacht) DM 8,75 o. U.

Muster und Literatur auf Wunsch



DR. RUDOLF REISS · CHEMISCHE WERKE
BERLIN WEST · HAMBURG · MÜNCHEN



Keine Tachykardie
bei der Blutdrucksteigerung mit

novadral[®]

m - Oxyphenyl (1) - äthanol (1) - amin (2) hydrochl.
stabile Noradrenalinwirkung

Die herzschonende Behandlung
des kreislaufschwachen Patienten

DIWAG

NOVADRAL: 20 DRAGEES • 10 ccm LIQUIDUM • 5 AMPULLEN • DEPOT-NOVADRAL • 5 AMPULLEN

® Reg. Wz.

*bei Husten, Bronchitis,
Grippe ...*

Priatan[®]
DBP.

▶ Hustensaft

▶ Hustensaft
mit 0,1% Dihydrocodein

▶ Husten-Tropfen

(enthalten 0,5% Dihydrocodein. hydrochloric.)



CHEMISCHE WERKE MINDEN GMBH · MINDEN / WESTF.

Schon über 2 Millionen Mitglieder

hat der Bertelsmann Lesering – Europas größte Buchgemeinschaft – und der Zustrom reißt nicht ab!

Der Grund: überragende Leistung und vorteilhafte Mitgliedsbedingungen. Machen Sie mit und sichern Sie sich ebenfalls diese Vorteile.

- Nur 3,90 DM monatlicher Beitrag
- Freie Wahl unter mehr als 400 Büchern
- In jedem Quartal 40–50 neue Titel
- In jedem Quartal kostenlos die farbige, 72seitige Lesering-Illustrierte
- Partafreie Zusendung der Wahlbände
- Treueprämien für längere Mitgliedschaft
- Freundschaftswerbungsprämien
- Sonderangebote für Heim u. Buch-Möbel
- Sonderangebote für Schallplatten



Weitere interessante Einzelheiten lesen Sie in der neuesten Lesering-Illustrierten, die wir Ihnen gern zuschicken.

Bitte mit einer Karte anfordern von:

CARL GABLER GMBH. · Abt. Buchgemeinschaft
München 2 · Kaufingerstraße 10

Dolorsan

einfache Anwendung
zuverlässige Wirkung

tiefgreifende Hyperämisierung
beschleunigte Schmerzstillung

bei

- rheumatischen Affektionen
- Arthralgien
- Neuralgien
- Myalgien
- Schmerzen nach Distorsionen

Johann G. W. Opfermann & Sohn
Arzneimittelfabrik seit 1907 · Bergisch Gladbach

Eusedon
Sedotivum u. Nervinum

Bestehend durch die wohlausgewogene Komposition der Wirkstoffe ist dem Eusedon ein überaus harmonischer Beruhigungseffekt eigen. Bei individuell eingestellter quantitativ niedriger Dosierung qualitativ hochwertige Therapieerfolge in Klinik und Praxis aller Fachdisziplinen. Weitgespanntes Indikationsspektrum: Funktionelle Neurosen, Agrypnie, vegetative Dystonie, Unruhe- u. Angstzustände exo- und endogener Art, Cerebralsklerose, Klimakterium.

KREWEL-WERKE · EITOLF B. KÖLN

einer wissenschaftlichen Hochschule die staatliche Bestallung als Arzt besitzt und

e) Offizier der Reserve ist.

Die Bewerber werden entsprechend ihrem Wunsch als Offizier auf Zeit oder als Berufsoffizier mit dem Dienstgrad Stabsarzt eingestellt.

Bis zum 30. September 1964 können Bewerber auch dann eingestellt werden, wenn sie nicht Offizier der Reserve sind. Solche Bewerber werden zunächst als Soldat auf Zeit mit dem Dienstgrad Stabsarzt, eingestellt. Die Umwandlung in das Dienstverhältnis eines Berufssoldaten ist frühestens nach einjähriger Dienstzeit in der Bundeswehr zulässig. Diese Sanitätsoffiziere erhalten zunächst eine mehrmonatige militärische Ausbildung an der Sanitätstruppenschule.

IV. Besoldung

Sanitätsoffiziere im Dienstverhältnis eines Berufssoldaten oder eines Soldaten auf Zeit erhalten Dienstbezüge nach dem Bundesbesoldungsgesetz vom 27. 7. 1957 (BGBl. I S. 993). Dienstbezüge sind Grundgehalt, Ortszuschlag, Kinderzuschlag und Stellenzulagen. Sie werden monatlich im voraus gezahlt.

Das Grundgehalt wird nach Besoldungsgruppen für jeden Dienstgrad und innerhalb dieser Gruppen nach Dienstaltersstufen bemessen. Es steigt von zwei zu zwei Jahren um die vorgesehene Dienstalterszulage bis zum Endgrundgehalt.

Für die Bemessung des Grundgehaltes, das beim Eintritt bezogen wird, und für das Aufsteigen in die Dienstaltersstufen ist das Besoldungsdienstalter maßgebend. Hierfür ist in erster Linie das Lebensalter entscheidend, wobei in der Regel unter Anrechnung der Ausbildungszeit vom 23. Lebensjahr ausgegangen wird, so daß die 2. Dienstaltersstufe in der Regel mit Vollendung des 25. Lebensjahres erreicht wird. Bei Soldaten der früheren Wehrmacht wird die Zeit vom 9. Mai 1945 bis zur Wiedereinstellung in die Bundeswehr auf das Besoldungsdienstalter angerechnet.

Die Anfangs- und die Endgrundgehaltsätze der Dienstgrade bis zum Oberstarzt betragen

Stabsarzt	— A 13 —	DM 735.— bis DM 1155.—
		(wie Regierungsrat),
Oberstabsarzt	— A 14 —	DM 807.— bis DM 1335.—
		(wie Oberregierungsrat),
Oberfeldarzt	— A 15 —	DM 914.— bis DM 1490.—
		(wie Regierungsdirektor),
Oberstarzt	— A 16 —	DM 1051.— bis DM 1735.—
		(wie Ministerialrat).

Die Ortszuschläge richten sich nach Familienstand und Dienstort. Sie betragen z. B. bei Verbeirateten mit zwei Kindern zwischen DM 232.— und DM 138.— monatlich.

Neben den Dienstbezügen wird ein einmaliger Bekleidungszuschuß zur Zeit in Höhe von DM 965.— für Heer und Luftwaffe und DM 1370.— für die Marine sowie eine laufende monatliche Abnutzungsentschädigung in Höhe von DM 28.— bei Heer und Luftwaffe und DM 27,50 bei der Marine gewährt.

Der Kinderzuschlag beträgt für Kinder bis zum vollendeten 6. Lebensjahr monatlich DM 30.—, bis zum vollendeten 14. Lebensjahr monatlich DM 35.— und bis zum vollendeten 25. Lebensjahr monatlich DM 40.—. Nach Vollendung des 18. Lebensjahres wird Kinderzuschlag jedoch nur gewährt, wenn das Kind in einer Schul- oder Berufsausbildung steht, die seine Arbeitskraft überwiegend in Anspruch nimmt.

Außerdem werden Trennungsentschädigung, Reise- und Umzugskosten und Beihilfen in Krankheits-, Geburts- oder Todesfällen von Familienangehörigen gewährt, soweit die Voraussetzungen dafür jeweils vorliegen.

V. Versorgung

Die Versorgung der Sanitätsoffiziere im Dienstverhältnis eines Berufssoldaten ist im Soldatenversorgungsgesetz geregelt. Sie entspricht weitgehend der Regelung für Beamte auf Lebenszeit.

Wird der Berufssoldat in den Ruhestand versetzt, so erhält er Ruhegehalt.

Sanitätsoffiziere im Dienstverhältnis eines Soldaten auf Zeit erhalten Übergangsgebührensätze und Übergangsbeihilfe.

Kinderzuschläge werden neben den Übergangsgebühren

nissen nach den Vorschriften des Besoldungsrechts in voller Höhe gewährt.

VI. Urlaub

Für die Urlaubsdauer sind das Lebensalter und die Besoldungsgruppe maßgebend, die von dem Soldaten vor Beendigung des Urlaubsjahres erreicht werden.

Darüber hinaus kann aus besonderen Anlässen Sonderurlaub gewährt werden.

VII. Bewerbungen

Bewerbungen sind formlos an den Bundesminister für Verteidigung (368), Bonn, Ermekeilstraße 27, zu richten. Es empfiehlt sich, von der Beifügung von Unterlagen zunächst abzusehen. Auf Grund einer formlosen Bewerbung erhält der Bewerber Bewerbungsformblätter, die ausgefüllt zurückzubringen werden. Anschließend wird der Bewerber zu einer persönlichen Vorstellung und zur Annahmeuntersuchung zum Kommando der Freiwilligenannahme nach Köln geladen. Im Anschluß an diese Vorstellung hat der Bewerber Gelegenheit, sich auch mündlich über seine persönlichen Wünsche hinsichtlich seiner Verwendung in der Bundeswehr zu äußern.

Medizinstudenten, welche die Laufbahn der Offiziere des Sanitätsdienstes einzuschlagen beabsichtigen, wird empfohlen, sich möglichst frühzeitig beim Bundesminister für Verteidigung (368), Bonn, Ermekeilstraße 27, vormerken zu lassen. Ein formloser Antrag genügt; die Auswahl ist allerdings frühestens nach dem Staatsexamen möglich.

Aus dem Bayerischen Landtag

Zur Röntgenreihenuntersuchung

In seiner Stellungnahme zum Röntgenreihengesetz machte der Abg. Dr. Klaus Dehler (FDP) im Bayerischen Landtag anläßlich der Haushaltsdiskussion des Bayer. Staatsministeriums des Innern am 8. 7. 1958 folgende Ausführungen:

„... Genau vor fünf Jahren, am 6. Juli 1953, hat dieses Hohe Haus ein Gesetz über die Röntgenreihenuntersuchungen beschlossen. Die Röntgenreihenuntersuchungen nach diesem Gesetz sind in der heutigen Diskussion schon einige Male angesprochen worden, so daß ich ganz zum Schluß doch noch, wenigstens in einigen Minuten, auch aus ärztlicher Sicht dazu einige Sätze sagen will, und zwar, meine Damen und Herren und insbesondere sehr geschätzte Frau Collega Laufer, bestimmt nicht aus dem Egoismus einer — bzw. meiner — Berufsgruppe, sondern aus der Verantwortlichkeit heraus, die wir Ärzte nun einmal für die Volksgesundheit haben.

Es wäre fehlerhaft zu meinen, daß die Einwände der ärztlichen Fachleute gegen die Praktizierung dieses Gesetzes aus wirtschaftlichen Motiven kommen. Denn kein Geringerer als Professor Griesbach, der Generalsekretär des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose — bestimmt ein begeisterter Anhänger dieser Form der gesetzlichen Perfektionierung —, hat auf dem Internistenkongreß in Wiesbaden gesagt, daß dieses Gesetz und die Reihenuntersuchungen direkt Zubringerdienste für die Praxen der zuständigen Fachleute, nämlich der Lungenfachärzte, leisteten.

Der Herr Staatsminister hat in seiner Haushaltsrede das Ergebnis von 1957 verkündet: Von rund 970 000 untersuchten Fällen 2460 erkannte. Es ist mir nicht möglich, diese Zahl von 1957 aufzuschlüsseln. Aber für 1956 kann ich es. Bei 962 637 Untersuchungen wurden 920 Fälle bakteriologisch oder klinisch-offener Tuberkulose erkannt. Das Interessante ist, wie sich diese Zahl aufsplittet. Für die Lebensalter von 5 bis 14 Jahren fanden sich unter insgesamt 84 000 untersuchten Fällen ganze 2 offene Tuberkulosen.

(Hört! — Abg. Dr. Elsen: Sehr interessant!)

Bei den Lebensaltern von 5 bis 19 Jahren — also das Alter der Jugendlichen — wurden bei rund 189 000 Untersuchungen 31 offene Fälle entdeckt. Für das gesamte Generationsalter, nämlich von 5 bis 50 Jahren, wurden bei rund 643 000 Untersuchungen 438 Fälle offener Tuberkulose neu entdeckt. Natürlich, meine Damen und Herren, gebe ich Ihnen zu, daß 438 eine imponierende Zahl ist. Es stellt sich die Frage, wie viele dieser Fälle vielleicht auch so entdeckt worden wären. Nach der Erfahrung der

Vergangenheit sind das 90 Prozent; 20 Prozent der offenen Tuberkulosen bleiben praktisch stumm und stellen damit für die Öffentlichkeit eine eklatante Gefahr dar. Das wären umgerechnet, soweit eine solche Umrechnung überhaupt erlaubt ist, bei 920 entdeckten. Fällen 184.

Die Gefahr der Gen-Schädigung ist schon angedeutet worden. Dieses Gebiet ist noch nicht bis zum Ende durchuntersucht. Aber eines kann man heute sagen — es ist wenigstens noch nicht widerlegt —, daß eine unindizierte, also nicht unbedingt ärztlich notwendige Röntgenbestrahlung auf jeden Fall eine Schädigung des Erbgutes setzen kann.

Ich möchte daher zusammenfassend meinen: Es hat keinen Zweck, dieses Gesetz und die Röntgenreihenuntersuchungen mit Leidenschaft und Zorn zu diskutieren. Aber man sollte doch, fußend auf den Ergebnissen und Erfahrungen der Vergangenheit, zumindest die Untersuchungen im jugendlichen Alter, die Untersuchungen derjenigen, die sich noch fortpflanzen können, auf das unbedingt notwendige reduzieren und sollte dafür lieber die besonders exponierten, also gefährdeten Berufsgruppen, die heute auch schon angeführt worden sind, häufiger und damit gezielter untersuchen. (Sehr gut!)

Man sollte, meine sehr verehrten Damen und Herren — das ist ja der Zweck der praktischen Tuberkulosebekämpfung —, das dabei einzusparende Geld dafür verwenden, eine echte soziale Unterstützung der an offener Tuberkulose Erkrankten zu praktizieren.

Denn alle Perfektionierung der Diagnostik ist dann sinnlos, wenn den Leuten keine Wohnungen und nicht die sozialen Verhältnisse gegeben werden können, die sie als Gefährdung der Öffentlichkeit ausschalten. Ich möchte daher meinen, daß es richtig wäre, den Endkampf gegen die Tuberkulose in Zukunft mit Maßnahmen und Überlegungen zu führen, die zumindest nicht wieder die Gefahr in sich bergen, daß man mit dem allzu großen und guten Willen neue Schäden setzt.“ (Beifall, vor allem bei den Koalitionsparteien.)

Ferner hat Dr. Dehler (FDP) zusammen mit den Abgeordneten des Bayer. Landtags Staatssekretär Junker (CSU), Dr. Haas (FDP), Muth (FDP), Heinrich (FDP) und Dr. Brentano-Hommeyer (BP) am 22. Juli folgenden Antrag eingebracht:

„Die Staatsregierung wird ersucht, ein Gesetz zur Änderung und Ergänzung des Gesetzes über Röntgenreihenuntersuchungen vom 6. Juli 1953 (GVBl. Nr. 16 S. 103) vorzulegen. In diesem sollen vor allem die praktischen Erfahrungen der vergangenen 5 Jahre berücksichtigt, die neueren Forschungsergebnisse über mögliche genetische Schädigungen durch ungezielte Massendurchleuchtungen gewürdigt und die Konzentration auf besonders exponierte Bevölkerungsgruppen durch gezielte Untersuchungsgruppen festgelegt werden.“

Für Eingliederung der Gesundheitsämter

Zur Frage der Eingliederung der staatlichen Gesundheitsämter in die Landkreisverwaltung hatte der Verwaltungsvereinfachungs-Ausschuß des Bayer. Landtags bereits vor Jahresfrist dahin Stellung genommen, daß er die in den Vorschlägen des Kollmann-Ausschusses in diesem Punkt vertretene Auffassung teile, wonach die staatlichen Gesundheitsämter und die Regierungsveterinärärzte in die Landratsämter eingegliedert werden sollen.

Bei der neuerlichen Erörterung der Angelegenheit im Rahmen der Weiterberatung des Zweiten Teils des Kollmann-Gutachtens wurden im Ausschuß von Regierungsseite nach wie vor erhebliche Bedenken gegen eine solche

Maßnahme vorgebracht. Der Leiter der Gesundheitsabteilung des Innenministeriums, Ministerialrat Dr. Walter Schmelz, erklärte, außer den bereits früher vorgebrachten ärztlichen Vorbehalten spreche gegen eine solche Maßnahme, daß dadurch eine Verwaltungsvereinfachung kaum zu erzielen sei. Da zur Zeit nicht jeder Landkreis ein Gesundheitsamt habe, müßten unter Umständen sogar neue Ämter errichtet werden. Ferner entstehe die Frage, ob die Gesundheitsämter beim Landratsamt oder bei der kreisfreien Stadt eingegliedert werden sollen. Das würde gegebenenfalls zur Errichtung eigener Gesundheitsämter bei den kreisfreien Städten führen. Im übrigen sei auf jeden Fall für eine solche Maßnahme ein Gesetz notwendig. Reg.-Direktor Wilhelm Knies unterstrich ebenfalls die Notwendigkeit einer gesetzlichen Regelung. Die Eingliederung der Gesundheitsämter würde bedeuten, daß der Zuständigkeitsbereich des Landratsamts auf dem Sektor des Gesundheitswesens auch auf die kreisfreien Städte ausgedehnt würde, was mit dem Kommunalrecht unvereinbar sei.

Unter Aufrechterhaltung seines früheren Beschlusses, daß entsprechend der Anregung des Kollmann-Gutachtens die staatlichen Gesundheitsämter und die Regierungsveterinärärzte in die Landratsämter eingegliedert werden sollen, kam der Ausschuß überein, die Staatsregierung zu bitten, dem Landtag die notwendigen Gesetzesvorlagen zu unterbreiten.

I. D.

Zusatzurlaub für gefährdete Ärzte und Pfleger.

Auf Grund einstimmigen Beschlusses des Beamtenrechts- und Besoldungsausschusses des Bayer. Landtags soll die Staatsregierung ersucht werden, den § 6 Abs. 2 der Urlaubsverordnung vom 28. Juli 1954 so zu fassen, daß auch Ärzte und Pfleger, die in besonders hohem Maße ansteckungsgefährdet sind, einen Sonderurlaub von vier Tagen erhalten. Nach dem bisherigen Text dieser Vorschrift steht dieser Zusatzurlaub nur Beamten zu, die als Ärzte oder Pfleger in Heil- und Pflegeanstalten tätig sind. Die Beschlußfassung ging zurück auf einen vom Ausschuß schon einmal beratenen Antrag der Abg. Engel und Dr. Brentano-Hommeyer (BP).

Erforschung von Gesundheitsschäden der Schulkinder

Auf Empfehlung der beiden Berichterstatter Gerda Laufer (SPD) und Dr. Franz Heubl (CSU) billigte der kulturpolitische Ausschuß des Bayer. Landtages den Antrag der Abg. Dr. Hildegard Brücher (FDP), in Anbetracht der alarmierenden Berichte über Überbeanspruchung und Überbelastung von Schulkindern im Haushalt des Kultusministeriums einen neuen Titel „Erforschung von Gesundheits- und Entwicklungsschäden der Schulkinder“ zu schaffen und für diesen Zweck 20 000 DM zur Verfügung zu stellen. Es wurde als Tatsache bezichnet, daß die Anfälligkeit der Schulkinder erheblich zugenommen hat, daß man sich aber über die Ursachen noch nicht im klaren sei. Der Antrag verfolgt den Zweck, bereits vorhandene Initiativen — Dr. Brücher bezog sich vor allem auf die auch außerhalb Bayerns anerkannten Arbeiten des Münchener Privatdozenten Dr. Hellbrügge — zu fördern.

I. D.

Angestrebtes Verbot der künstlichen Befruchtung

Bei zwei Stimmenthaltungen billigte die Vollversammlung des Landtags den Antrag Dr. Brentano-Hommeyer, Engel, Dr. Fischbacher (BP) und Dr. Soenning (CSU) in der von den zuständigen Ausschüssen empfohlenen Fassung, wonach die Staatsregierung gebeten wird, beim Bund vorstellig zu werden mit

Rationelle  Fluor-Behandlung mit

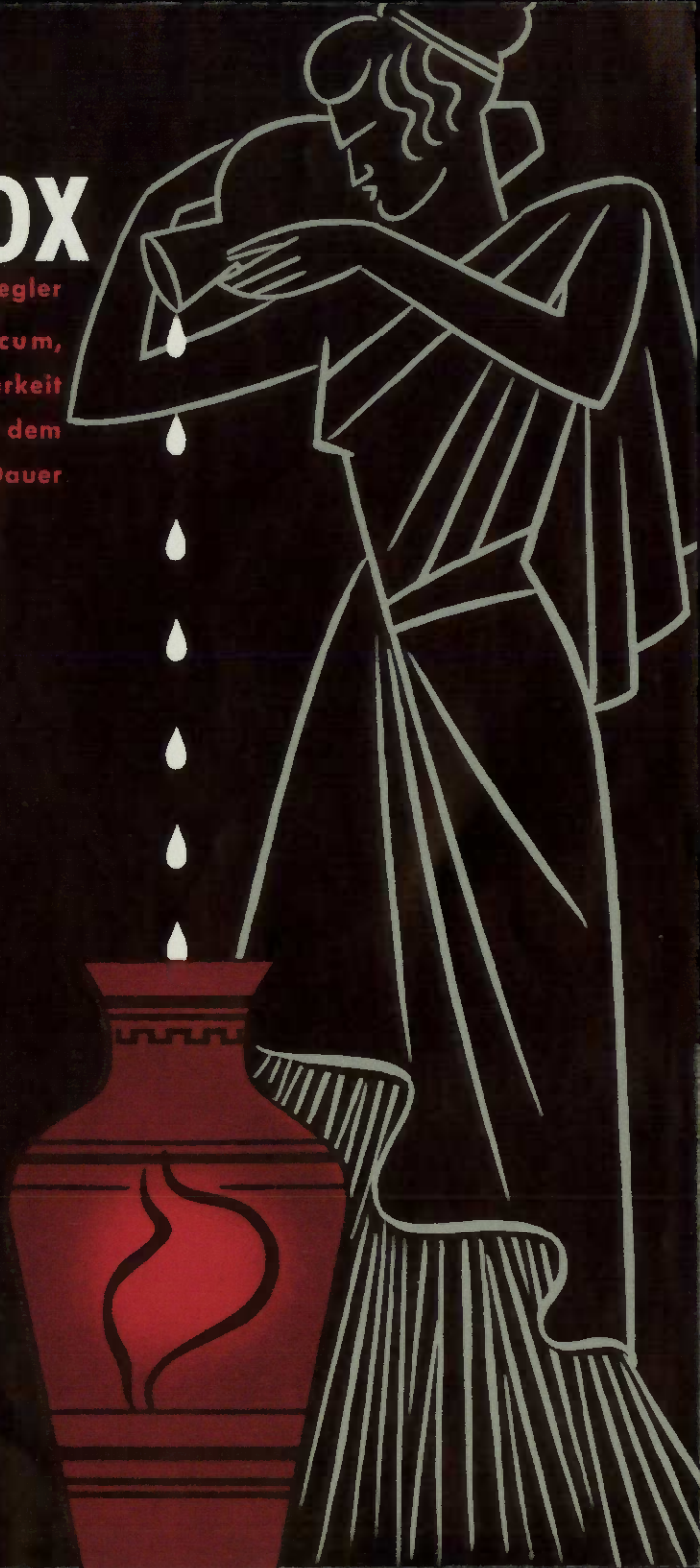
COLPAN®

Kapseln · Tübe

Titratio curativa mit

PARABROX

dem physiologischen Säureregler
bei Gastritis, Ulcus pepticum,
Hyperacidität • Die Tropfbarkeit
jeder einzelnen Tablette gibt dem
Magen Doppelschutz von Dauer.



PARABROX

die medikamentöse
Sicherheitsbarriere von
unbedingter
Zuverlässigkeit

PARABROX

Physiologischer Säureregler für die Therapie der Hyperacidität, der Gastritis und des Ulcus pepticum.

Zusammensetzung

Eine Tablette enthält:

Aluminiumglycinot 0,9 g
(Dihydroxy-Aluminium aminoocticum)

Magnesiumcarbonat 0,1 g

PARABROX ein neuartiger intragastraler Puffer, dient der Therapie der Hyperacidität, der Gastritis und des Ulcus pepticum.

PARABROX - Tabletten läßt man langsam im Munde zergehen. Vergleichbar dem Ablauf einer „Titration organique“, kommt es zu einem gleichmäßigen Zutropfen des entwickelten oberflächenaktiven Aluminiumhydroxyd-Gels und des antacid-spasmolytischen Glycins. Dadurch resultiert ein dos Mageninnere homogener netzender Doppelschutz.

PARABROX stellt das Milieu des Gaster amni tempore auf einen therapeutisch erwünschten pH-Bereich von 3,5–4,5 ein und gibt somit Sicherheit vor Magenkrisen. Für den Patienten bedeutet das eine „Securitas continuo“.

Indikationen und Gebrauchsanweisung

Das Neuartige der

PARABROX - Medikation besteht in der Ablösung der früher üblichen Alkalisierungs-Methaden mit Mitteln vom Bicarbonat-Typus u. ähnl. Während die älteren Maßnahmen den Therapie-Erfolg durch Eingriff in das Säure-Basen-Gleichgewicht oder durch einen der Neutralisation folgenden reaktiven Säureanstieg beeinträchtigen, läßt PARABROX, dessen sanierende Wirkung von dem chemisch genau definierbaren Aluminiumglycinat ausgeht, die Verdauungsvorgänge in physialogischen Bahnen ablaufen.

PARABROX entfaltet bei Hyperacidität, Gastritis und Ulcus pepticum eine konstant - gleichmäßige Regulierung der Säurewerte. Dieser optimal gesteuerte Effekt ist mit der Stetigkeit der „intra-oesophagealen Zutropf-Medikation“ zu erklären.

PARABROX ein „ideal antacid“, gestattet dem Patienten den Kurzgebrauch auch ohne Einhaltung der Bettruhe.

Ein abgestimmter Zusatz von Magnesium carbonicum levissimum beugt etwaiger Obstipation vor, ohne jedach Alkalisierung folgen zu lassen.

PARABROX wird in angenehm schmeckenden Tabletten angeboten, die sich bequem mitführen lassen und damit die regelmäßige Einnahme des Mittels gewährleisten.

HYPERACIDITÄT:
(Sodbrennen)

Bei Bedarf 1 Tablette langsam im Munde zergehen lassen. Die Einnahme kann im Abstand von zwei Stunden wiederholt werden. (Oft genügt 1/2 Tablette.)

ULCUS PEPTICUM:
GASTRITIS:

Falls der Arzt nichts anderes verordnet, 3-5 mal täglich 1 Tablette langsam lutschen.

HANDELSFORMEN:

Packung mit 20 Tabletten DM 2,38 a.U.

Anst.-Packung mit 200 Tbl.: Preis auf Anfrage

LITERATUR:

Morét, Bada E. & Klappe, W.: „Ärztliche Wochenschrift“ 10, 34/35, 1955.

Morét, Bodo E. & Klappe, W.: „Ärztliche Wochenschrift“ 11, 29, 1956.

Schmidt, W. & Winter, H.: „Therapie der Gegenwart“ 95, 10, 1956.

Gore, D. N., Martin, B. K. & Tolyar, Mary P.: „J. Pharm. & Pharmacol.“, 10, 686—691, 1953.

Douthwaite, A. H.: „Practitioner“, 173, 46, 1954.

Rider, J. A., Gibbs, J. O., Swoder, J., von der Reis, L. & Lee, J.: „Amer. J. Digestive Diseases“ 1, 287—293, 1956.



Verlangen Sie bitte Arztemuster und Literatur
mit einlegender Anforderungskarte

Wz. und Lizenz von **C. L. BENCARD LTD.**, London

GESELLSCHAFT FÜR CHEMISCHE SPEZIALPRÄPARATE M. B. H., Berlin SO 36

dem Ziel, daß er in der Frage der künstlichen Befruchtung beim Menschen baldigst gesetzgeberisch tätig wird, und zwar zunächst im Sinn des Verbots einer künstlichen Befruchtung mit fremdem Samen.

Schutz dem Krankenhauspatienten!

Auf Grund des Antrags der Abg. Essl und Gen. (SPD) auf Kennzeichnung von medizinischen Substanzen beschäftigte sich am 13. März der Sozialpolitische Landtagsausschuß mit dem Antrag, die Staatsregierung zu ersuchen, beim Bund dahin zu wirken, gesetzliche Grundlagen dafür zu schaffen, daß alle nur für den äußerlichen Gebrauch bestimmten medizinischen Substanzen, soweit sie für medizinische Zwecke Verwendung finden, als solche, bzw. ihre jeweiligen Aufbewahrungsbehälter, auffällig gekennzeichnet werden.

Abg. Erwin Essl stellte voran, es müßten alle Mittel und Wege gefunden werden, um soweit als nur irgend möglich menschliche Unzulänglichkeiten auszuschalten und schlug vor, sämtliche für die innere Anwendung bestimmten Medikamente sollten in Flaschen geliefert werden, die nicht mehr nachgefüllt werden können, und sämtliche Spritzen sollten nur aus Ampullen verabreicht werden dürfen.

Berichterstatter Abg. Dr. Karl Brentano-Ho-meyer kritisierte, daß die Krankenkassen den Ärzten Schwierigkeiten machen, wenn sie Arzneien „mit nicht unbedingt notwendiger Verpackung“ verordnen. Zu den bekanntesten zwei Unfällen in Münchner Kliniken verwies er auf die „katastrophale Überlastung“ des Klinik- und ärztlichen Hilfspersonals in den Krankenhäusern, wo sie auch heute noch 60, 70 und 80 Wochenstunden arbeiten müßten. Es sei wirklich nicht zu verwundern, wenn unter solchen Umständen einmal eine Schwester die Nerven verliere.

Abg. Dr. Georg Oeckler (SPD) machte darauf aufmerksam, daß auf Grund der Apothekenbetriebsordnung alle flüssigen Arzneimittel in ganz bestimmt unterschiedenen Flaschen untergebracht werden und sah einen Fehler darin, daß sie dann im Krankenhaus in andere Flaschen umgefüllt werden. Hier müsse angesetzt und dafür Sorge getragen werden, daß die Apothekenrichtlinien in den Krankenhäusern — und nicht nur für Flüssigkeiten — Berücksichtigung finden und daß schon die chemische Industrie darauf hinarbeite, daß die Verpackungen entsprechend aussehen.

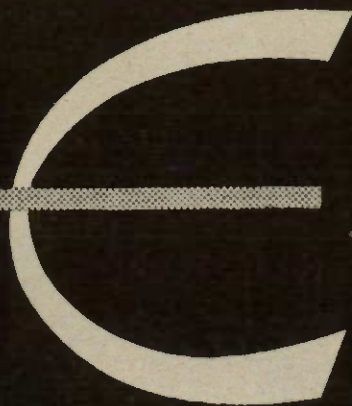
„Solange es Menschen gibt, werden menschliche Pannen eintreten können“, meinte Abg. Dr. Klaus Dehler (FDP). Er begrüßte aber warm den Antrag, damit alles getan werde, was man zur Ausschaltung von Fehlerquellen tun könne. Die außerordentlich verantwortliche Tätigkeit aller Kräfte in den Krankenhäusern dürfe nicht durch eine ständige Überforderung an den Grenzbereich der Fehlerhandlung herankommen. Leider komme es immer noch, selbst in den größten Kliniken des Landes, vor, daß beispielsweise ein chirurgischer Diensthabender vom Samstag Morgen bis zum Montag Abend im Geschirr steht, sogar im Operationsdienst. Hochwirksame Substanzen sollten nur aus der Ampulle entnommen werden dürfen. Es sei anzuerkennen, daß ein Teil der pharmazeutischen

Werke dazu übergegangen sei, auf der Etikette durch entsprechende Kennzeichnung die Art der Anwendung deutlich zu machen — ein nicht unerheblicher Schritt, durch den man schon weitergekommen sei. Die nachträgliche Auffüllung von Medizinflaschen sollte unmöglich gemacht werden. Zur besseren Kennzeichnung ließe sich noch Wesentliches tun, wenn etwas mehr Mittel zur Verfügung ständen und wenn sich die Versicherungsträger bereit erklären würden, „einige Mark mehr aufzuwenden“.

Dankbar für den Antrag war auch Abg. Dr. Rudolf Soennig (CSU), der daran erinnerte, daß die beiden Münchener Fälle nicht darauf zurückzuführen sind, daß Arzneimittel verwechselt worden sind. Es gebe Vorfälle, die auf menschliche Unzulänglichkeit zurückgehen und Angelegenheiten von Sparmaßnahmen der Krankenkassen, „die auf die Dauer einfach nicht verantwortet werden können“. Es liege nicht daran, daß die pharmazeutische Industrie nicht „narrensichere“ Behälter liefere. Unsere Krankenhausschwester und das übrige Pflegepersonal müßten, weil kein Nachwuchs beschafft werden könne, zum größten Teil auch heute noch weit über 60 Stunden in der Woche arbeiten. Er sprach sich dafür aus, den Antrag dem Landesgesundheitsrat zu überweisen.

Für die Staatsregierung erklärte Regierungsrat Palntner, daß jeder Klinikchef die Möglichkeit habe, in seinem Anstaltbereich Vorkehrungen zu treffen, die auf eine größere Sicherheit abzielen. Oberregierungsrat Mann versicherte, daß der Mangel an gesetzlichen Vorschriften nicht daran hindere, in den Krankenanstalten Anordnungen zu treffen, die solche Vorfälle zu verhindern geeignet sind. Grundsätzlich solle der ärztliche Beruf so wenig als möglich reglementiert werden. Es könne sich nur darum handeln, durch gesetzliche Vorschriften der pharmazeutischen Industrie bestimmte einheitliche Kennzeichnungen vorzuschreiben. Das könne nicht auf Landesebene, sondern im kommenden Bundes-Arzneimittelgesetz geschehen. Von Abg. Essl und Dr. Korff (BP) wurde betont, daß die Möglichkeit bestehe, im Bundesrat Vorschläge vorzubringen. Abg. Dr. Soennig betonte bezüglich der den Ärzten von den Krankenkassen vorgeschriebenen Regelsätze, man könne einem Arzt nicht zumuten, daß er „wie ein Roboter“ feststelle, ob er am Ende des Vierteljahres sich im Durchschnitt an den Regelsatz bei den verordneten Arzneien gehalten habe. Der Ausschussvorsitzende Abg. Heinrich Stöhr (SPD) stellte fest, daß es im Bereich des Sozialen Grenzen gebe, die nicht übersprungen werden könnten. Heute schon sei der schaffende Mensch mit über 25% für soziale Zwecke belastet, und eine weitere Belastung sei nicht mehr tragbar. Die Krankenkassen könne man für die erwähnten Unglücksfälle nicht verantwortlich machen. Es liege nicht an der Sparsamkeit eines Institutes allein, wenn Ampullen oder Gläser wieder aufgefüllt werden, denn es liege an dem Chefarzt, darüber zu bestimmen. Grundsätzlich sagte er: „Ich glaube, daß die Vorstellungen, die vielleicht für einen Sozialpolitiker im Bereich der Gesundheitspolitik gegeben sind, nicht realisiert werden können mit den Mitteln, die uns zur Verfügung stehen.“ Es wurde beschlossen, ein Gutachten vom Landesgesundheitsrat einzuholen.

„Bayer“ Leverkusen



EDINOL®

Multivitaminpräparat mit Hefeextrakt
und Spurenelementen

O. P.: Glas mit 20 Kapseln

KONGRESSE UND FORTBILDUNG

Das Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung veranstaltet im Auftrag der Bayerischen Landesärztekammer vom 9. bis 12. Oktober 1958 den 21. Fortbildungskurs für Ärzte in Regensburg.
Kursleitung: Professor Dr. Dietrich Jahn in Nürnberg

Donnerstag, 9. Oktober 1958

Festvortrag: **Arztrechtliche Probleme in der Deutschen Strafrechtsreform.**

Prof. Eberhard Schmidt, Heidelberg, o. ö. Prof. der Rechte.

Freitag, 10. Oktober 1958

Hauptthema: Steinerkrankungen

Prof. E. Uehlinger, Zürich:

Die Steinbildung in pathologisch-anatomischer Sicht.

Prof. H. L. du Mont, Würzburg:

Die pathophysiologischen Voraussetzungen der Steinbildung.

Prof. H. Franke, Würzburg:

Die Steinbildung der Gallengänge und ihre interne Behandlung.

Dozent Dr. W. Schega, Mainz:

Die operative Behandlung der Gallensteinerkrankung.

Priv.-Doz. Dr. W. H. Becker, Gießen:

Die Behandlung der Steinbildung im Pankreas und der akuten Pankreopathie.

Prof. H. U. Gloor, Zürich:

Die konservative Therapie und die Prophylaxe der Nierensteinerkrankung.

Prof. R. Hasche-Klünder, Göttingen:

Die chirurgische Behandlung der Konkremeente der ableitenden Harnwege.

Prof. K. Denecke, Fürth/Bay.:

Differentialdiagnose und Therapie der Darmkonkremente.

Prof. D. Jahn, Nürnberg:

Hormonelle Ursachen der Steinbildung und die Beziehungen zur latenten Tetanie.

Samstag, 11. Oktober 1958

Hauptthema: Blutungen

Priv.-Doz. Dr. A. Winterstein, Riehen bei Basel:

Die physiologischen Schutzfunktionen gegen Blutungen.

Prof. R. Jürgens, Riehen bei Basel:

Thrombose und Thrombolysie.

Prof. F. Koller, Zollikerberg bei Zürich:

Die haemorrhagischen Diathesen.

Prof. H. Fleischhacker, Wien:

Die Therapie der Blutungen durch haemorrhagische Diathesen.

Prof. F. Kuhlmann, Essen-Werden:

Blutungen des Intestinaltraktes und deren interne Therapie.

Prof. B. Zenker, München:

Die Frühoperation der Blutungen des Magen-Darmtraktes.

Dr. H. Wörn, Hemer/Westfalen:

Differentialdiagnose und Therapie der Lungenblutungen.

Prof. H. Bertha, Graz:

Blutungen und Durchblutungsstörungen des Gehirns und ihre Behandlung.

Prof. W. Blckenbach, München:

Gynäkologische Blutungen.

Sonntag, 12. Oktober 1958

Hauptthema: Ernährungs- und Genußmittelschäden

(Veranstaltet in Gemeinschaft mit der Deutschen Gesellschaft für Ernährung — Präsident Professor Dr. J. Kühnau, Hamburg)

Prof. J. Kühnau, Hamburg:

Mögliche Gefahren durch die moderne Ernährung.

Priv.-Doz. Dr. L. Acker, Frankfurt/Main:

Erlaubte und unerlaubte Lebensmittelzusätze.

Prof. H. D. Cremer, Gießen:

Schädigung der Lebensmittel durch Denaturierung.

Dr. D. Schmähl, Freiburg i. Br.:

Mögliche Gefahren durch cancerogene Substanzen in Lebensmitteln.

Prof. A. Fleisch, Lausanne:

Antibiotica und Vitamine als Lebensmittelzusätze.

Prof. K. Lang, Mainz:

Radioaktive Verseuchung von Lebensmitteln.

Prof. Brüggemann, München:

Der Einsatz von Stoffen mit Sonderwirkungen in der Tierernährung und seine Bedeutung für den Menschen.

Prof. F. Bär, Berlin:

Aktuelle Genußmittelschäden.

Prof. K. Mellinshoff, Wuppertal-Elberfeld:

Die ärztliche Bewertung von Ernährungs- und Genußmittelschäden.

Prof. K. Schreier, Heidelberg:

Gefahren für die Säuglingsernährung durch Zusätze und Konservierung.

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

9. Wissenschaftliche Ärztetagung in Nürnberg vom 14. bis 16. November 1958

Veranstaltet von der Bayer, Landesärztekammer München unter der Leitung von Prof. Dr. F. Meythaler

Die auf dieser Tagung behandelten Themata sind:

1. Anfallkrankheiten
2. Rheumatologie und Arthritis

Unter anderen Rednern sprechen zu den einzelnen Themata folgende Professoren:

Seibach, Berlin: Pathogenese des epileptischen Anfalles vom Standpunkt des Regelkreisprinzips.

Tönnis, Köln: Anfälle bei Hirntumoren.

Schiefer, Erlangen: Unfälle bei Zirkulationsstörungen des Gehirns.

Jesserer, Wien: Tetanie: Diagnose, Differentialdiagnose und Therapie.

Kühn, Lübeck: Pathogenese und Therapie des Coma hepatic.

Bayer, Berlin: Klinik und Therapie des Myocardinfarktes.

Fensun

SUPPOSITORIEN für Kinder

L. MERCKLE G. m. b. H. Blaubeuren

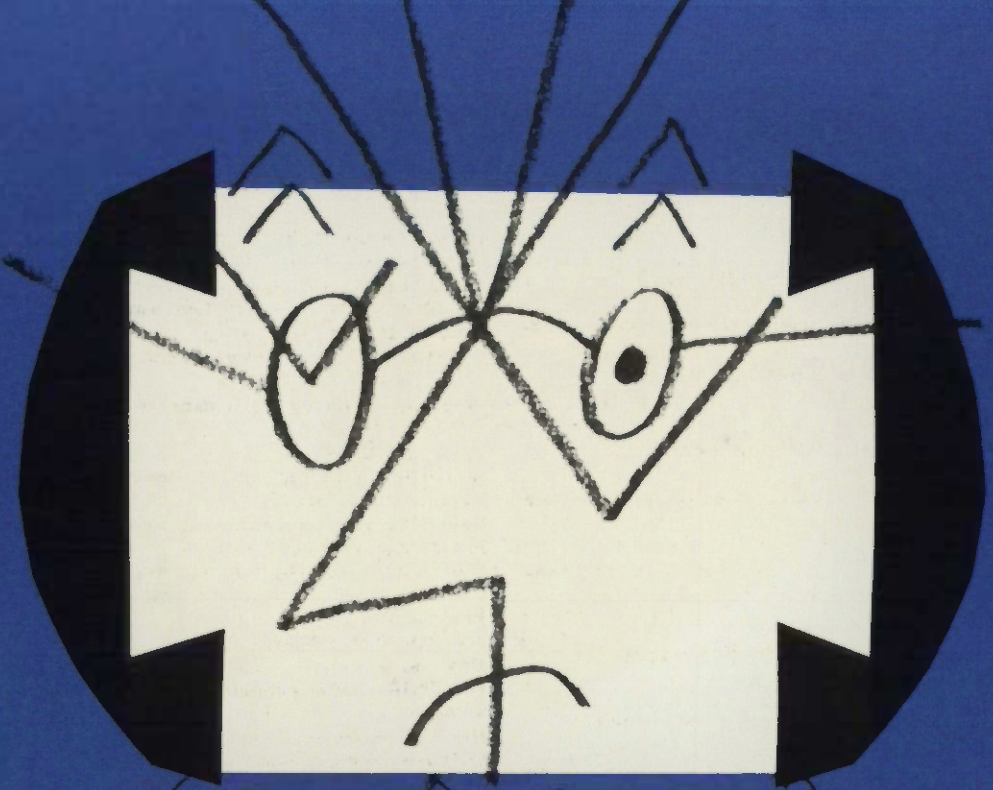
ANALGETICUM

ANTIPYRETICUM

1 SUPPOS. enthält:

Acid. acetylsalicylic.	0,065
Saures, acetylsalicylsaures Coffein	0,006
Phenacelin	0,100
Codein, phosphoric.	0,005





Wer managt, der hat nichts zu lachen:
das kann den Stärksten fertigmachen.
APIFORTYL gibt neue Kraft,
sodaß man's wieder spielend schafft.



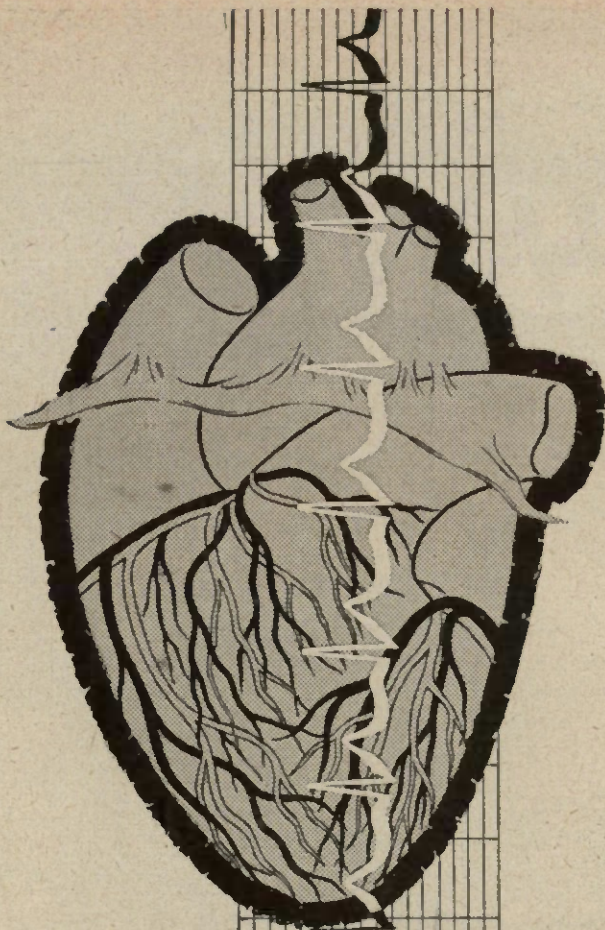
Als größter europäischer Bienenzucht-
betrieb und pharmazeutische Fabrik
beschäftigen wir uns seit Jahrzehnten mit
den Bienenfuttersäften, seit Jahren
gemeinsam mit verschiedenen Universitäts-
Instituten. Das Ergebnis dieser
Forschungen ist APIFORTYL, ein standar-
disiertes, stabiles Gelée-Royale-Präparat
von zweitägigen Bienenköniginnenlarven,
dessen Hauptwirkstoffe so angereichert
sind, daß sie 200 g nativem Futtersaft
pro Kapsel entsprechen. Bewährt bei
Ermüdungserscheinungen, Rekanvaleszenz,
Altersbeschwerden, Atherosklerose,
Vitaminmangelercheinungen, Appetitlosigkeit.

Zusammensetzung:

Vit. A 2000 I. E., Vit. B₁ 2 mg, Vit. B₂ 1 mg,
Vit. B₁₂ 1 γ, Vit. C 25 mg, Vit. D₂ 500 I. E.,
Vit. E 5 mg, Folsäure 0,1 mg, Nikotin-
säureamid 10 mg, Pantothensäure 30 mg,
Spurenelemente (Co, Cu, Mn) 0,3 mg, ferner:
Acetylcholin 10 γ, Biotin 1 γ, Biotin 4 γ,
10-Hydroxy-Δ⁸-decensäure 0,27 mg.

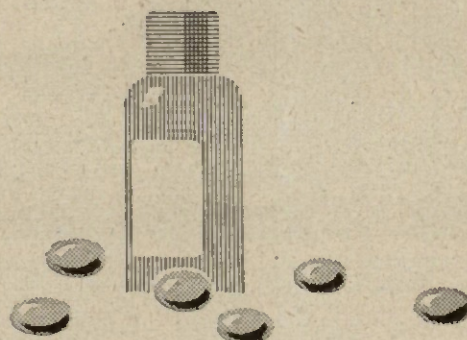
Dasierung: Täglich 1 - 2 Kapseln.

HEINRICH MACK NACHF. ILLERTISSEN/BAY. GEGR. 1849



Rationelle Digitaloid-Therapie

rasche und anhaltende Wirkung
gute Verträglichkeit
erhöhte Resorption durch Saponin
angenehmer sedativer Effekt



jetzt auch in Dragéeform

CARD-OMPIN[®]

CARD-OMPIN Dragées sind besonders für Geschmacksempfindliche und Berufstätige geeignet.

Altersherz, nicht dekompensierte Herzerkrankungen, Linksinsuffizienz, nervöse und klimakterische Herzstörungen, Stenocardie.

Zusammensetzung: Convallaria, Adonis, Crataegus, Valeriana, blattfremdes Saponin, Oleum Menthae piperitoe.

Tropfflosche mit 25 ccm (1 ccm = ca. 4900 MSE)
DM 1.85 a. U. Packung mit 50 Dragées
(1 Dragée = ca. 800 MSE) DM 1.85 o. U.

LUDWIG HEUMANN & CO., NURNBERG
Chemisch-pharmazeutische Fabrik



Aescosulf

bewährt bei
venöser Stase

Tropfen
und Dragees

Neu: **Salbe**

- percutan -

mit Aesculus, Arnico, Homomel., Vitamin B₁.
Bei Thrombophlebitis, Myalgien, Myoge-
losen, Rheumo, Perniones, Frostbollen

O. P. DM 1.55



A P O T H E K E R M Ü L L E R G M B H · B I E L E F E L D

Felsolyn

Suppositorien pro infantibus

bei spastischer Bronchitis
Tracheo-Bronchitis · Pseudokrupp
fiebrhaften grippalen Infekten



R O L A N D G · M · B · H · C H E M I S C H E F A B R I K · E S S E N

Knebel, Nauheim: Asthma cardiale und Lungenoedem.
 I. Övgren, Stockholm: Syndroma Reiter.
 Schreck, Erlangen: Augenstörungen bei rheumatischen
 Erkrankungen.
 Becker, Mainz: Klinik und Therapie der Speichel-
 drüsenkrankungen.

Endgültiges Tagungsprogramm erscheint Mitte Oktober
 und wird incl. Anmeldeformulare an sämtliche Ärzte
 des Bundesgebietes versandt. Anfragen sind zu richten an
 den Leiter der Tagung: Professor Dr. Meythaler,
 städt. Krankenanstalten, Nürnberg, Flurstr. 17, Tel. 29 31.

KONGRESSKALENDER

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

INLAND

Oktober:

- 2.—4. 10. in Tübingen: 6. Arbeitstagung der Deutschen Gesell-
 schaft für Arzneipflanzenforschung e. V. Auskunft:
 Dr. H. Tombergs, Münster, Wienburgstraße 17.
- 7.—9. 10. in Bad Nauheim: Tagung der Deutschen EEG-Gesell-
 schaft. Auskunft: Privatdozent Dr. Götze, Berlin-
 Charlottenburg, Spandauer Damm 130.
- 8.—12. 10. in Essen: 4. Internationaler Vitalstoff- und Ernährungs-
 konvent. Auskunft: Internationale Gesellschaft für
 Nahrungs- und Vitalstoff-Forschung e. V., Hannover-
 Kirchrode, Bemeroder Straße 81.
- 9.—10. 10. in Köln: 5. Öffentliche Arbeitstagung des Arbeitsaus-
 schusses Medizin der Deutschen Gesellschaft für Doku-
 mentation (9. 10. 58). Sitzungen der Arbeitskreise
 „Innere Medizin“ und „HNO-Krankheiten“ (10. 10. 58).
 Auskunft: Dr. O. Nacke, Bielefeld, Stapenhorststr. 62.
- 9.—12. in Regensburg: 21. Fortbildungskurs für Ärzte veranstaltet
 vom Regensburger Kollegium für Ärztliche Fortbildung.
 Auskunft: Sekretariat der Kurleitung, Regensburg,
 Altes Rathaus.
- 10.—12. 10. in Bad Nauheim: Gemeinsamer Kongreß der Deutschen
 Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde und
 der Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psycho-
 therapie. Auskunft: Priv.-Doz. Dr. Dr. B. Pauleikhoff,
 Universitäts-Nervenklinik, Münster/Westfalen, Roxeler
 Straße 131.
- 11.—12. 10. in Bremen: Tagung der Deutschen Gesellschaft für
 Rheumatologie. Auskunft: Oberreg.-Med.-Rat Dr. Scho-
 ger, Chefarzt der Versorgungskuranstalt Bad Münster
 am Stein.
- 13.—15. 10. in Bremen: 40. Jahrestagung der Deutschen Röntgen-
 gesellschaft. Leitung: Prof. Dr. R. du Mesnil de Roche-
 mont. Auskunft: Prof. Dr. H. Lossen, Direktor des Uni-
 versitäts-Röntgeninstituts der Universität Mainz, Langen-
 beckstraße 1.
- 19.—26. 10. in Bad Neuenahr: 54. Deutscher Bädertag. Auskunft: Deut-
 scher Bäderverband, Bonn, Poppelsdorfer Allee 27.
- 23.—25. 10. in Baden-Baden: 2. Balneologisch-physikalischer Fort-
 bildungskurs 1958. Auskunft: Kurdirektion, Baden-Baden,
 Augustaplatz 1.
- 24.—26. 10. in Erlangen: 5. Fortbildungskurs in der Elektrokardi-
 ographie. Auskunft: Sekretariat der Med. Poliklinik
 Erlangen, Östl. Stadtmauer. 29.
- 25.—26. 10. in München: Tagung der Südwestdeutschen Kinder-
 ärzte. Auskunft: Prof. Dr. G. Weber, Direktor der
 Kinderpoliklinik, München 15, Pettenkofenstraße 8a.
- 27.—31. 10. in Gießen: Fortbildungskurs in Ernährungslehre an
 der Medizin. Fakultät der Universität Gießen. Auskunft:

Prof. Dr. Georg Herzog, Gießen, Pathologisches Institut,
 Klinikstr. 32 g.

- 29.—31. 10. in Frankfurt a/M.: 3. Kongreß der Deutschen Zentrale
 für Volksgesundheitspflege e. V. Auskunft: Dr. K. G.
 Adrian, Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege,
 Frankfurt/M., Alte Rothofstraße 6.

Oktober/November:

26. 10.—1. 11. in Bad Lauterberg/Harz: 11. Ärztlicher Fortbildungs-
 lehrgang „Die Kneipp-Therapie in der Praxis“. Aus-
 kunft: Geschäftsstelle des Kneippärztebundes e. V.,
 Hannover, Jordanstraße 17.
27. 10.—7. 11. in Neutrauchburg: 2. Fortbildungslehrgang in
 manueller Wirbelsäulen- und Extremitätentherapie.
 Auskunft: Dr. Karl Sell, FA. f. Orthopädie, Schloß-
 gut Neutrauchburg über Isny/Allgäu.
31. 10.—10. 11. in Ulm: Tagung der Arbeitsgemeinschaft für Erfah-
 rungshelkunde. Auskunft: Arbeitsgemeinschaft für Er-
 fahrungshelkunde, Ulm, Neue Straße 70.

November:

- 3.—7. 11. in Gießen: Hochschulkurs in Psychiatrie und Neurologie.
 Auskunft: Prof. Dr. Georg Herzog, Gießen, Pathologisches
 Institut, Klinikstr. 32 g.
4. 11. 1958—28. 2. 1959 in München: Lehrgang für den öffentlichen
 Gesundheitsdienst. Auskunft: Bayer. Staatsministerium
 des Innern, München, Odeonsplatz 3.
- 14.—18. 11. in Nürnberg: 9. Wissenschaftliche Ärzttagung. U. a.
 werden folgende Themata abgehandelt: Herz, Tuberku-
 lose, Arthritis, Anfallskrankheiten. Leitung: Prof. Dr.
 Meythaler, Nürnberg.
- 10.—21. 11. in Neutrauchburg: 1. Fortbildungslehrgang in
 manueller Wirbelsäulen- und Extremitätentherapie.
 Auskunft: Dr. Karl Sell, FA. f. Orthopädie, Schloß-
 gut Neutrauchburg über Isny/Allgäu.

Nov./Dez.:

24. 11.—5. 12. in Neutrauchburg, Isny/Allg.: Einführungslehrgang in
 die manuelle Wirbelsäulen- und Extremitäten-Therapie.
 Auskunft: Dr. Karl Sell, Schloßgut Neutrauchburg, Isny
 (Allgäu).

Dezember:

- 8.—19. 12. in Neutrauchburg: Ausbildungsabschluß in manu-
 eller Wirbelsäulen- und Extremitätentherapie. Aus-
 kunft: Dr. Karl Sell, FA. f. Orthopädie, Schloßgut
 Neutrauchburg über Isny/Allgäu.

AUSLAND

Oktober 1958:

- 2.—5. 10. in Padua: IV. Kongreß der Internationalen Vereinigung
 für Audiologie. Auskunft: Generalsekretär Prof. M.
 Arslan, 37, Via Altinate, Padua/Italien.
- 3.—8. 10. in Lacco Ameno (Ischia): Internationaler Kongreß für Balneo-
 logie und Klimatologie. Auskunft: Prof. Dr. med. Pfeleiderer,
 Univ.-Institut für Bioklimatologie und Meeresheilkunde,
 Westerland/Sylt.
- 17.—21. 10. in Straßburg: 6. Kongreß der Internationalen Gesell-
 schaft für prophylaktische Medizin. Auskunft: Prim. Dr.
 A. Rottmann, Wien IX, Liechtensteinstr. 32/4.
- 18.—23. 10. in Meran: Weltkongreß für prophylaktische Medizin und
 Sozialhygiene. Auskunft: Generalsekretariat des Welt-
 kongresses für prophylaktische Medizin, Wien VII, Glau-
 vistengasse 41.
- 19.—26. 10. in Paris: III. Internationaler Allergie-Kongreß. Auskunft:
 Dr. B. N. Halpero, 197 Boulevard St Germain, Paris 6^e.

November 1958:

- 15.—16. 11. in Innsbruck: 12. Klinisches Wochenende der Medizi-
 nischen Universitätsklinik. Auskunft: Doz. Dr. M. J.
 Hallhuber, Innsbruck, Medizinische Universitätsklinik.

LITRADERM

Die rationelle Hydrocortisonsalbtherapie

50 mg Hydrocortisonacetat (0,2%) in hautoffiner Grundloge
 25 g Tube DM 4,95 o. U

DESITIN-WERK · CARL KLINKE · HAMBURG

MYKESTRON



Lösung 30 ccm DM 1.75 o. U.
Salbe und Puder

SCHI-WA CHEMISCH-PHARMAZEUTISCHE FABRIK GMBH, GLANDORF BEZIRK OSNABRÜCK

Mikrobielle Dermatosen vom pyogenen Ekzem bis zur Epidermophytie sowie superfizierte Ekzeme anderer Genese. Besonders wirksam in der Behandlung und Prophylaxe der Interdigitalmykase.

Antimykoticum

GESETZES-, RECHTS- UND STEUERFRAGEN

Berufsgerichtliche Entscheidungen

Da die Erfahrung zeigt, daß Kollegen vielfach nur durch Unbedachtsamkeit, durch Nichtdurchdenken der Fragen in Unrecht und gerichtliche Bedrängnis kommen — sie hören ja auch als Studenten über diese Fragen nichts — will die Schriftleitung zum Zwecke der Aufklärung laufend berufsgerichtliche Entscheidungen im Auszug bringen, und zwar in einer Form, welche die Diskretion nicht verletzt und damit auch nicht etwa eine Maßnahme im Sinne des Art. 38 (4) KG (Veröffentlichung rechtskräftiger Entscheidungen bei Vorliegen besonderer Gründe) erfolgt. Die Kammer empfiehlt dringend das Studium dieser Fälle, da ja bekanntlich auch hier Unkenntnis nicht vor Strafe schützt.

Dr. Sondermann

Fall 1

Dr. X. ist schuldig einer Verletzung seiner Berufspflichten und wird mit einer Geldbuße belegt.

Er hat gegen einen anderen Arzt in einer Gerichtssache ein ärztliches Gutachten abgegeben lediglich auf Grund von Gerüchten und Erklärungen von Verwandten, die in krassem Widerspruch zu den Tatsachen standen. Auch hat er sich nicht vorher mit dem angeklagten Kollegen in Verbindung gesetzt, um ein möglichst umfassendes Bild der tatsächlichen Vorgänge zu erlangen.

Damit hat sich Dr. X. einer Verletzung nach § 8 Abs. 1 der Berufsordnung schuldig gemacht, wonach jeder Arzt verpflichtet ist, bei Ausstellung ärztlicher Gutachten und Zeugnisse mit der größten Sorgfalt zu verfahren. In leichtfertiger Weise hat der Beschuldigte einem Kollegen einen Kunstfehler in seinem Gutachten vorgeworfen. Hierdurch hat der Beschuldigte auch gegen § 12 der Berufsordnung verstoßen. Dort ist niedergelegt, daß herabsetzende Äußerungen über die Behandlungsweise oder das berufliche Wissen eines anderen Arztes mit der ärztlichen Standeswürde nicht zu vereinbaren sind.

Fall 2

Dr. Y. ist schuldig einer Verletzung seiner Berufspflichten und wird mit einer Geldbuße belegt. Er hat anlässlich seiner Niederlassung als Facharzt in der lokalen Zeitung eine Anzeige erscheinen lassen, die außer seinem Namen, der Angabe seiner Praxisräume und seiner Fernsprechnummer auch noch einen Zusatz enthält, in welchem er „exakte“ Untersuchungsmethoden ankündigt. Ferner hat er in der gleichen Zeitung zum Jahreswechsel eine Anzeige erscheinen lassen, in welcher er allen Patienten in einer recht törichten Weise zum neuen Jahr gratuliert.

Nach § 24 Abs. 1 der bis 1. 4. 1958 gültig gewesenen Berufsordnung wird bestimmt, daß eine aus Anlaß der Niederlassung aufgegebene Zeitungsanzeige außer der Wohnungsangabe nur die für die Schilder des Arztes gestatteten Aufschriften enthalten darf.

Nach § 25 Abs. 1 der genannten Berufsordnung dürfen auf dem Schild des Arztes nur angebracht sein: Dessen Name, seine ärztlichen und akademischen Titel, die Bezeichnung als Arzt oder als Facharzt, die Angabe der Sprechstunden und die Fernsprechnummer. Solche Zusätze, wie der Beschuldigte sie seinen beiden Zeitungsanzeigen beifügte, sind auf dem Schild eines Arztes und damit auch in einer Zeitungsanzeige nicht erlaubt.

Das Berufsgericht ist nicht davon überzeugt, daß der Beschuldigte diese Bestimmungen nicht kannte; er ist bereits seit Jahren als Arzt niedergelassen. Mit diesen einfachsten Bestimmungen des ärztlichen Berufes mußte er vertraut sein. Die Tatsache, daß einem Arzt eine besondere Werbung nicht erlaubt ist, ist nicht nur allen Ärzten geläufig, sondern darüber hinaus auch im Volke allgemein bekannt. Außerdem gehört es zu den Pflichten jeden Arztes, daß er sich über die für ihn geltenden besonderen Bestimmungen unterrichtet. Der Beschuldigte hat die Kosten des Verfahrens und die Verfahrensgebühr zu tragen.

Fall 3

Dr. XY. hat sich durch Ausübung der Heilkunde im Herumziehen einer Berufspflichtverletzung schuldig gemacht. Er wird mit einer Geldbuße belegt. Er hat die Kosten des Verfahrens sowie die Verfahrensgebühr zu tragen.

Der Beschuldigte trat als sogen. „beratender Arzt“ in den Dienst einer Firma, die sich mit dem Vertrieb von Schwachstromgeräten befaßt. Er wurde verpflichtet, Vorträge über die Anwendung des galvanischen Feinstroms zu halten. Zu seiner Tätigkeit gehört es auch, die Kunden über die Anwendung des Geräts in ihrem speziellen Fall zu beraten. Er hielt durchschnittlich 2mal monatlich Vorträge, die in den Tageszeitungen in einer recht reißerischen Art angekündigt wurden.

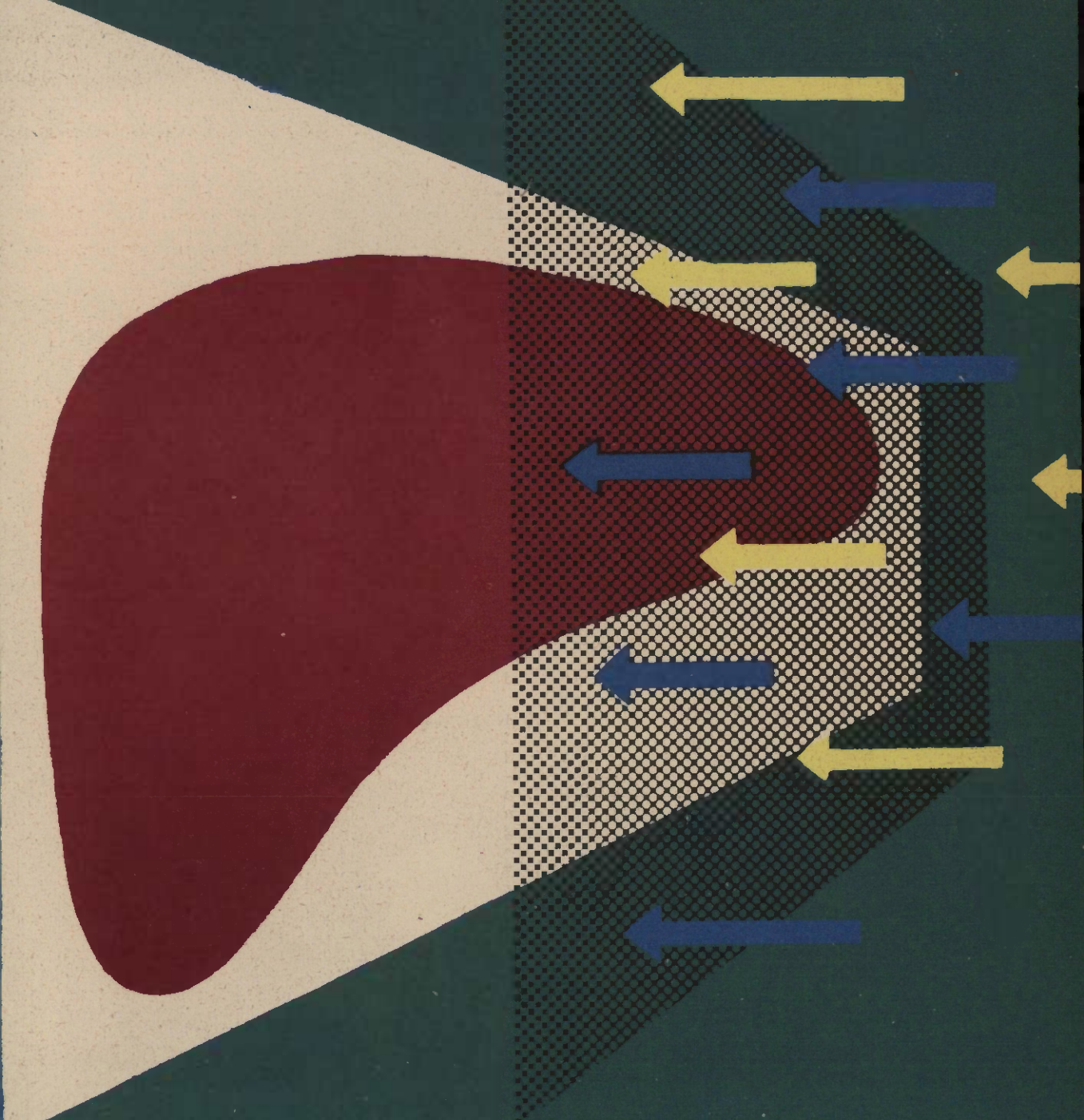
Der Beschuldigte, der in der Hauptverhandlung einen unsicheren Eindruck macht, behauptet zwar, seine Beratung nach Beendigung der Vorträge habe nur darin bestanden, die Ratsuchenden an einen Arzt zu verweisen oder ihnen technische Ratschläge über die Anwendung des Gerätes zu erteilen. Das Berufsgericht kann diesem Vorbringen nicht folgen. Nach seiner Überzeugung erfordert das Eingehen auf den speziellen Fall ärztliches Wissen. Damit übte der Beschuldigte eine ärztliche und nicht eine technische Tätigkeit aus, wie es sich auch aus den Ankündigungen ergibt, in denen von ärztlicher Beratung und von einer Arztsprechstunde die Rede war. Der Beschuldigte war ja auch als beratender Arzt und nicht als beratender Techniker bei der Firma eingestellt worden.

Nach § 6 der Berufsordnung ist es dem Arzt nicht gestattet, seinen Beruf im Umherziehen auszuüben. Aus-



Vaporin

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





Thrombophlebitis

Oberflächliche Thrombose

Ulcus cruris

THROMBOPHOB

Salbe



frau des Patienten, persönlich „überzeugt“ war, daß sich der Ehemann den Fuß mit der bezeichneten Folge wirklich verstaucht habe, so liegt darin nur ein für den Schuldspruch bedeutungsloser Strafrechtsirrtum vor.

Mit der Ausstellung des unrichtigen Gesundheitszeugnisses ist das Vergehen nach § 278 StGB bereits vollendet. Für die Strafbarkeit des Arztes ist es ohne Belang, ob von dem Gesundheitszeugnis gegenüber der Behörde oder Versicherungsgesellschaft auch wirklich Gebrauch gemacht worden ist.

Unter „Gesundheitszeugnis“ im Sinne des § 278 StGB versteht die Rechtsprechung ein Zeugnis, das sich über den Gesundheitszustand eines lebenden Menschen äußert. Aus diesem Grunde gilt ein Totenschein nicht als „Gesundheitszeugnis“, selbst wenn er eine bestimmte Krankheit als Todesursache angibt. Vgl. RGSt. Bd. 65 S. 78. Ein Zeugnis über den Erfolg einer Impfung hingegen ist ein „Gesundheitszeugnis“.

Nicht für die Strafbarkeit, sondern nur für das Strafmaß entscheidend ist der Umstand, ob ein Arzt mit langjähriger Praxis oder ein noch jüngerer, wenig Erfahrung besitzender Arzt als Täter in Frage steht, denn auch der jüngste Arzt muß wissen, daß er ohne Untersuchung keinen Befund bestätigen kann und darf.

Wird über den beschuldigten Arzt eine Gefängnisstrafe verhängt, so kann vom Strafgericht gleichzeitig auch auf Verlust der Bürgerlichen Ehrenrechte erkannt werden. § 280 StGB. Notar Dr. Herold, Augsburg

Wer kann „nachuntersuchen“ lassen?

Die Versicherte einer Krankenkasse, die vom behandelnden Arzt (Kassenarzt) als arbeitsunfähig befunden worden war, unterzog sich auch noch einer von ihrem Arbeitgeber unter Androhung fristloser Entlassung verlangten amtsärztlichen Untersuchung zur Nachprüfung ihrer Arbeitsunfähigkeit. Der Amtsarzt nahm Arbeitsunfähigkeit an. Zu gleicher Zeit veranlaßte die Krankenkasse eine zu ihren Sorgfaltspflichten gehörende vertrauensärztliche Nachuntersuchung. Der Arzt der Vertrauensärztlichen Dienststelle nahm den Eintritt der Arbeitsfähigkeit erst für einen acht Tage später liegenden Zeitpunkt an als der Arzt des Gesundheitsamtes. Obgleich die Krankenkasse bis zum Ablauf der vom Vertrauensärztlichen Dienst angenommenen Arbeitsunfähigkeit Krankengeld zahlte, entließ der Arbeitgeber seine Angestellte fristlos, weil sie ihre Arbeit nicht entsprechend dem amtsärztlichen Gutachten sofort wieder aufnahm. Das unterschiedliche Ergebnis der beiden ärztlichen Untersuchungen beweist wiederum, daß über „Arbeitsunfähigkeit“ und „Arbeitsfähigkeit“ nicht immer eindeutig entschieden werden kann. Jeder der hier beteiligten Ärzte hat sicherlich nach bestem Wissen entschieden. Zu den nachfolgenden Auseinandersetzungen hätte es aber nicht zu kommen brauchen, wenn Arbeitgeber und Versicherte sich von vornherein über ihre Rechte und Pflichten im klaren gewesen wären und sich danach verhalten hätten. Der Arbeitgeber ist nicht berechtigt, von seinem erkrankten Arbeitnehmer ein amtsärztliches Attest über Bestehen und Dauer einer Arbeitsunfähigkeit zu verlangen. Der Arbeitnehmer ist nicht verpflichtet, sich zu diesem Zweck amtsärztlich untersuchen zu lassen. Er muß aber einer Aufforderung seiner Krankenkasse zur Untersuchung durch den Arzt der Vertrauensärztlichen Dienststelle nachkommen. Eine solche „Nachuntersuchung“ kann aber nur die Krankenkasse in Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben veranlassen. Weder kann der Arbeitgeber sie verlangen, noch hat der Versicherte ein eigenes Recht auf eine vertrauensärztliche Nachuntersuchung.

Beschäftigung von Praxishelferin-Anlernling

Urteil des Landesarbeitsgerichts Kiel vom 20. März 1958 (1 Sa 186/57).

Das nächstehend wiedergegebene Urteil des Landesarbeitsgerichtes Kiel für die Beschäftigung von Praxishelferin-Anlernlingen wird allen Kolleginnen und Kollegen, welche solche Anlernlinge beschäftigen oder dies zu tun beabsichtigen, zur Beachtung empfohlen.

Das Landesarbeitsgericht hat in dem o. a. Urteil festgestellt, daß es rechtlich nicht zulässig, weil nämlich sittenwidrig ist, in einem praxiseigenen Laboratorium eine Hilfskraft zu Bedingungen einzustellen, die an sich nur für eine ordnungsgemäße Lehrlingsausbildung in Betracht kommen. In dem betreffenden Fall hat das Gericht einen solchen Anstellungsvertrag daher als nichtig erklärt, der Hilfskraft aber im Hinblick auf die tatsächliche Beschäftigung einen Lohnanspruch zuerkannt, der für eine ungelernete Hilfsarbeiterin üblich ist.

Durch das o. a. Urteil wurde ein Kollege, der ein junges Mädchen als „Laborhilfe“ bzw. „technische Hilfe“ auszubilden versprach, zu Schadenersatz verurteilt. Die Ausbildung zum zahntechnischen Beruf kann nach dem von der Bundesversicherungsanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung herausgegebenen Berufsbild nur durch Zahntechnikermeister erfolgen.

Da immer wieder beobachtet werden muß, daß einzelne Zahnärzte glauben, in der Lage zu sein, selbst Hilfspersonal für ihre Praxis heranbilden zu können, ohne die Vorschriften zu beachten, die für die Ausbildung von Zahntechnikern im praxiseigenen Laboratorium bzw. von zahnärztlichen Helferinnen maßgebend sind, weisen wir mit besonderem Nachdruck auf das obige Urteil hin.

Sicherung abgestellter Kraftfahrzeuge

„Der Führer eines ohne Bewachung auf der Straße abgestellten Kraftfahrzeugs hat zur Verhütung einer unbefugten Benutzung des Kraftfahrzeugs nicht nur den Zündschlüssel abzuziehen, sondern in der Regel auch die Wagentüre abzuschließen.“

Handelt er dieser Verpflichtung zuwider, und ermöglicht er dadurch, daß ein Dieb oder Schwarzfahrer den Wagen benutzt, so kann er für den Schaden ersatzpflichtig sein, den der unbefugte Benutzer des Fahrzeugs bei einem Verkehrsunfall schuldhaft verursacht.“

(BGH, Urt. v. 1. 4. 1958 — DAR 58, 191) — ADAC-Pressedienst.

Wer haftet bei Gefälligkeitsfahrten?

ADAC: Haftungsbeschränkung erspart viel Ärger

Bei unentgeltlicher Beförderung eines Fahrgastes im Kraftfahrzeug spricht man von einer sogenannten Gefälligkeitsfahrt. Wird der Fahrgast auf einer solchen Fahrt verletzt, so ist die Rechtslage grundsätzlich so, daß die reine Gefährdungshaftung, also die Haftung ohne Verschulden ausgeschlossen ist. Der Halter bzw. Fahrer haften nur, wenn die Verletzung des Fahrgastes vorsätzlich oder fahrlässig durch einen Unfall herbeigeführt wurde.

Die Haftung für Verschulden, auch für grobe Fahrlässigkeit, kann vertraglich ausgeschlossen werden. Der Vertrag bedarf keiner besonderen Form. Er kann schriftlich oder mündlich, ja sogar stillschweigend abgeschlossen werden. Nur die Haftung für Vorsatz kann nicht im voraus erlassen werden (§ 276 Abs. 2 BGB).

Um den vertraglichen Ausschluß der Haftung bei einem evtl. Prozeß leichter beweisen zu können, empfiehlt der ADAC, bei Mitnahme eines Fahrgastes sich jedesmal eine Haftungsverzichtserklärung unterschreiben zu lassen. Kann eine solche im Prozeß vorgelegt werden, so ist die Haftung auch bei grobfahrlässigem Verhalten des Fahrers, ausgeschlossen. Voraussetzung für den wirksamen Ausschluß ist jedoch, daß der Fahrgast voll geschäftsfähig, also 21 Jahre alt und auch sonst in der Geschäftsfähigkeit nicht beeinträchtigt ist. Im übrigen hat die Haftungsbeschränkung Wirksamkeit auch gegenüber dem Unterhaltsanspruch der Hinterbliebenen des etwa tödlich verunglückten Fahrgastes.

Der völlige Haftungsausschluß geht in erster Linie zugunsten der Versicherung und zugunsten des Fahrgastes. Trifft den Fahrer kein Verschulden, so haftet weder er noch der Fahrzeughalter, noch braucht die Haftpflichtversicherung Deckungsschutz zu gewähren. Trifft aber den Fahrer an der Verletzung des Fahrgastes ein Verschulden, so muß die Haftpflichtversicherung für den Schaden bis zur vertraglichen Versicherungssumme aufkommen. Ist jedoch die Haftung völlig ausgeschlossen, so ist auch die Versicherung von der Leistung frei, so daß der Fahrgast auch von der Versicherung nichts erhalten

Wir betonen bereits mehr als 40 000 Ärzte-Versicherungen

Ich bitte um kostenfreie Zusendung Ihrer Kundendienst-Schrift W 380 „Nutzanwendung aus der Steuerreform“

Ich bitte unverbindlich um einen Zahlenvorschlag

1. für eine steuersparende WA-Versorgung

Ich bin geboren am

2. für eine Aussteuer-Versorgung

Ich bin geboren am

Meine Tochter am

3. für eine Berufsausbildungs-Versorgung

Ich bin geboren am

Mein Sohn am

Name

Beruf

Ort

Straße

W 0379

Beiträge steuerbefreit • Kapitalauszahlung einkommensteuerfrei

Werbeantwort

Nicht
Ireimachen!
Gebühr zahlt
Empfänger.

Deutsche Ärzteversicherung

Zweigniederlassung der

CONCORDIA

Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft

BERLIN - ZEHLENDORF

Potsdamer Straße 47/48

**Zur Steuerreform
Zum Jahresende**

**Ganz niedrige laufende Beiträge
und
das Recht freiwilliger Zuzahlungen**

um – wenn man will –
die von Jahr zu Jahr unterschiedlichen
Steuerspitzen **steuersparend**
auszunutzen, sind die Eigenarten der

CONCORDIA - WA - VERSORGUNG

Hohe Kapital-Auszahlung im Todesfall /
Planmäßiger Aufbau einer
ausreichenden Altersversorgung / Und

**auf Wunsch Auszahlung nach 5 Jahren
einkommensteuerfrei**

**einkommen-
steuerfrei**



Hydrocortison SALBE FETTFREI

NEU: Tube 20g **7,60** DM o. U.

Tube 5g 4,60 DM o. U.
mit Injektionsspitze

Hochwirksam baktericid

Reizlos und ohne jegliche Nebenwirkungen

anti {
- allergisch
- phlogistisch
- proliferativ
- pruriginös
- bakteriell
- mykatisch

Akute und chronische Ekzemformen,
auch nässende und superinfizierte Ekzeme
Endogene Ekzeme
Dermotitiden verschiedener Ätiologie
Säuglingsekzeme Seborrhoische Ekzeme
Gewerbe-Ekzeme Pruritus ana-genitalis



DEUTSCHE MILCHWERKE DR. A. SAUER ZWINGENBERG/BERGSTR

D.W. A1/58U

Aufgepeitscht!

Ausgleich der vegetativen Tonuslage durch

Reginerton

Das wirkungsstarke Umstimmungstherapeuticum
bei vegetativ-dystanisch-dysharmanalen
Krankheitszuständen

25 Dragées DM 1,55 o. U.



Bei
RHEUMA

Thermulsion

Die zuverlässig
wirkende Einreibung

kann. Es ist daher zum Schutze des Fahrgastes wünschenswert, die Haftung nur insoweit auszuschließen bzw. zu beschränken, als Versicherungsschutz nicht besteht oder der Anspruch die Versicherungssumme übersteigt. Formulare für die vertragliche Haftungsbeschränkung sind bei den ADAC-Geschäftsstellen gegen einen kleinen Unkostenbeitrag erhältlich.

Angesichts dieser Rechtslage wird häufig die Frage aufgeworfen, ob neben der gesetzlichen Haftpflichtversicherung der Abschluß einer Insassenunfallversicherung überhaupt noch zweckmäßig oder empfehlenswert erscheint. Die Frage ist zu bejahen, weil der Schutz der Insassenunfallversicherung in gewisser Beziehung weiter ist und andere Risiken deckt. Während die Haftpflichtversicherung für Schäden der Insassen nur dann eintritt, wenn der Unfall durch ein Verschulden des Fahrers oder Halters herbeigeführt wurde, spielt die Verschuldensfrage in der Insassenunfallversicherung keine Rolle. Außerdem sind z. B. Schäden des Versicherungsnehmers selbst, seiner nahen Angehörigen und der beim Betrieb des Fahrzeuges beschädigten Personen von der Haftpflichtversicherung ausgeschlossen, dagegen in die Unfallversicherung einbezogen. Des weiteren kann der Versicherungsnehmer die Summe aus der Insassenunfallversicherung dafür verwenden, die verletzten Insassen des Fahrzeuges zu entschädigen und so etwa persönlich gegen ihn gerichtete Ansprüche befriedigen, die entweder die Haftpflichtversicherungssumme übersteigen oder wegen fehlenden Versicherungsschutzes nicht gedeckt sind.

Ärzte erhalten Überstundengeld Offenbach verlor einen Musterprozeß

Offenbach hat einen Musterprozeß gegen einen Arzt des Städtischen Krankenhauses verloren. Die Stadt wird vom Arbeitsgericht verurteilt, dem Kläger für die 1955 und 1956 geleisteten Überstunden 3365 Mark nachzuzahlen. Die ursprüngliche Forderung des Arztes in Höhe von 10 000 Mark wurde zwar nicht in vollem Umfang anerkannt, für die Stadt ergeben sich aber weit höhere Gesamtkosten, weil außerdem ein Oberarzt und zehn Assistenzärzte des Krankenhauses auch Überstunden bezahlt haben wollen.

Im Prozeßverlauf kam die starke Belastung der Ärzte in dem unterbesetzten Krankenhaus zur Sprache.

Sie hatten wöchentlich bis zu 250 Überstunden geleistet. In seiner Urteilsbegründung führte der Richter aus, daß die Tarifordnung keine Leibeigenschaft bedeute. Nach dem Grundgesetz und der hessischen Verfassung müßten der Achtstundentag und die private Sphäre gesichert bleiben. Deshalb sei für die Überstunden ein Entgelt zu zahlen. Der Vertreter der Stadt Offenbach hatte erklärt, die Krankenhaustarifordnung verpflichte die Ärzte, ihre ganze Arbeitskraft zur Verfügung zu stellen, so daß keine Überstunden bezahlt zu werden brauchten (s! Die Schriftleitung). Inzwischen hätten sich die Verhältnisse im Krankenhaus gebessert.

In dem für die Ärzteschaft wichtigen Urteil vertritt das Gericht die Auffassung, daß für den Krankenhausarzt nur die Leistungen als Mehrarbeit anerkannt werden können, die über sechzig Wochenstunden hinausgehen. Bei

festen Nachtdiensten wird die Arbeitszeit laut Tarif als Mehrarbeit anerkannt, wenn sie 72 Wochenstunden überschreitet. Für die Überstunden sind Pauschalsätze festgelegt, die bis 1956 noch 3,50 Mark, inzwischen aber vier Mark je Stunde betragen. „Die Welt“ v. 3. 7. 58

AMTLICHES

Lehrgang für den öffentlichen Gesundheitsdienst Bek. des BStMdl vom 6. 8. 1958 Nr. III 2 - 5009 b 9

Das Bayer. Staatsministerium des Innern wird in der Zeit vom 4. November 1958 bis 28. Februar 1959 in München einen Lehrgang für den öffentlichen Gesundheitsdienst abhalten. Zu diesem Lehrgang können 30 Teilnehmer zugelassen werden. Die Teilnahme am Lehrgang ist Voraussetzung der Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst (Bekanntmachung des Bayer. Landespersonalamtes vom 21. Dezember 1951 Nr. P 1110/46 — 8/51 über Lehrgang, Prüfung und laufende Beurteilung für die Anstellung als Arzt im öffentlichen Gesundheitsdienst — Bay-BSVI I S. 225 —). Ärzte, die an dem Lehrgang teilnehmen wollen, haben ihr Gesuch bis spätestens 4. Oktober 1958 beim Bayer. Staatsministerium des Innern, Odeonsplatz 3, einzureichen.

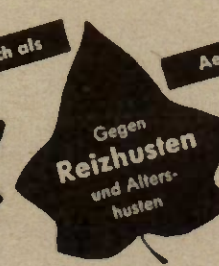
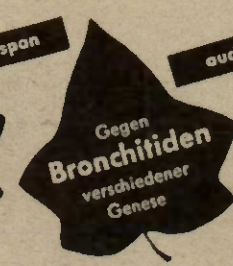
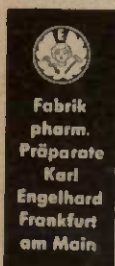
Die Voraussetzungen zur Teilnahme an dem Lehrgang sind:

1. Die medizinische Doktorwürde, die an einer Universität des Bundesgebietes oder vor dem 8. Mai 1945 an einer Universität des ehemaligen deutschen Reichsgebietes erworben worden sein muß,
2. eine ärztliche Tätigkeit von mindestens 3 Jahren nach der Approbation als Arzt,
3. eine Tätigkeit von mindestens je 3 Monaten als Arzt an einer Anstalt für Geisteskranke und als Arzt oder Medizinalassistent an einem Gesundheitsamt.

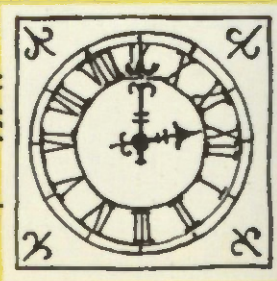
Der Bewerbung sind folgende Unterlagen beizufügen:

1. Die Approbation als Arzt in Urschrift; für volksdeutsche Flüchtlinge gilt § 92 des Bundesvertriebengesetzes,
2. das Doktordiplom der medizinischen Fakultät einer deutschen Universität in Urschrift oder amtlich beglaubigter Abschrift; für volksdeutsche Flüchtlinge gilt die Entschl. des Bayer. Staatsministeriums für Unterricht und Kultus über Vollzug des Flüchtlingsgesetzes; hier Anerkennung ausländischer akademischer Grade vom 19. Oktober 1948 (BayBSVK I S. 320),
3. ein Nachweis über die bisherige ärztliche Tätigkeit,
4. der Ausweis über den Besitz der deutschen Staatsangehörigkeit,
5. der Spruchkammerbescheid in amtlich beglaubigter Abschrift.

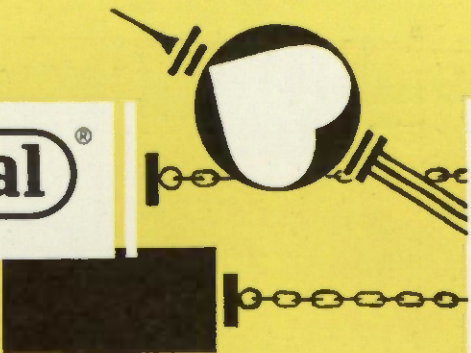
Die Lehrgangsgebühr beträgt 150 DM; sie ist nach Zulassung zum Lehrgang an die Staatsoberkasse München, Postscheckkonto München Nr. 94 80 einzuzahlen. Unterkunft kann nicht gestellt werden.



VASODESTAL



das
spasmolytisch-
sedative
Kreislauf-
regulans



Vasodestal[®]
Krügmann

Muster auf Wunsch

Vasodestal[®]
Krügmann

Spasmolytisch-sedatives
Kreislaufregulans
durchblutungsfördernd
vegetativ regulierend
zur Prophylaxe und Therapie
bei Angina pectoris,
Infarkten und Gefäßschäden

Packungen zu
30 Drogees DM 1.95 a.U.
100 Drogees DM 5.30 a.U.
6 Suppositorien



KRUGMANN & CO. · HAMBURG 11

Die Teilnahme am Lehrgang und das Bestehen der Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst begründen keinen Rechtsanspruch auf Anstellung im Staatsdienst.

Für die Meldung zur Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst gilt Abschnitt B der Bekanntmachung des Bayer. Landespersonalamtes vom 21. Dezember 1951 Nr. P. 1110/46 — 6/51 betreffend Lehrgang, Prüfung und laufende Beurteilung für die Anstellung als Arzt im öffentlichen Gesundheitsdienst (BayBSVI I S. 225).

Untersagung ärztlicher Berufsausübung

Mit rechtskräftigem Bescheid der Regierung von Oberbayern vom 13. 5. 1958 wurde dem Arzt Dr. med. Erwin Goebel, München, die Ausübung des ärztlichen Berufes untersagt.

RUNDSCHAU

25,20 DM für Magenoperation. (Hbg. Echo, 18. 8. 58): Die an Krankenhäusern arbeitenden frei praktizierenden hessischen Fachärzte, die sogen. Belegärzte, haben den Krankenanstalten den Kampf angesagt. — Sie protestierten am 16. 8. in Bad Homburg gegen die skandalösen Verhältnisse, unter denen sie in den meisten Krankenhäusern arbeiten müßten, und schlossen sich zu einem „Verband frei praktizierender Krankenhaus- und Belegärzte in Hessen“ zusammen. — Es könne von den Belegärzten auf die Dauer nicht mehr hingeworfen werden, sagte der vorläufige Vorsitzende des neuen Ärzteverbandes, Dr. Garkisch, daß sie von den ihnen zustehenden Honoraren bei der Krankenhausbehandlung ihrer Patienten Mittel an das Krankenhaus zahlen müßten, „nur damit sie überhaupt dort arbeiten dürfen“.

Für eine Magenoperation an einem Kassenpatienten im Krankenhaus mit allen Voruntersuchungen und Nachbehandlungen, für die er nach den geltenden Gebührensätzen 166 DM berechnen dürfe, blieben dem Arzt oft nur 25,20 DM, weil er häufig sogar noch den Assistenzarzt des Krankenhauses bezahlen müsse. „Diese Zustände sind, nicht nur wegen der Bezahlung, eines Arztes unwürdig.“

Ausreiseverbot für Ostzonen-Ärzte. Ärzte aus der Sowjetzone dürfen erst nach einer „Änderung der politischen Lage“ in Westdeutschland und nach der Herstellung einer „Konföderation“ beider Teile Deutschlands an wissenschaftlichen Kongressen in der Bundesrepublik teilnehmen, erklärte das Mitglied des SED-Zentralkomitees, Hermann Axen...

(Auszug aus einer Meldung der „NWZ Göppinger Kreisnachrichten“ vom 22. 8. 1958.)

Systematische Überprüfung der KZ-Ärzte gefordert. Um Ruhe zu haben und sicher sein zu können, daß fernerhin nicht mehr Mörder und freventliche Experimentatoren den Arztberuf ausüben, hat der Verfasser des Buches „Der SS-Staat“, Eugen Kogon, vorgeschlagen, in die Angelegenheit der KZ-Ärzte „endlich System“ zu bringen. In einem von dem SPD-Pressedienst abgedruckten Artikel weist Kogon eine Reihe von Quellen nach, denen entnommen werden könne, welche Ärzte in den Konzentrationslagern tätig gewesen seien, wobei er darauf hinweist, daß nicht jeder von ihnen schuldig geworden sei, denn es habe Ausnahmen gegeben. Sämtliche in Betracht kommenden Staatsstellen und Länderorganisationen sowie die medizinischen Fakultäten der wissenschaftlichen Hochschulen könnten ohne Schwierigkeit Verzeichnisse darüber erhalten, welchen KZ-Ärzten schuldhaftige Beteiligung an Morden oder an Menschenversuchen nachgewiesen worden sind. Daß sich die Amerikaner geweigert hätten, die Hintergründe der Verurteilung von KZ-

Ärzten deutschen Stellen mitzuteilen, bezeichnete Kogon als eine „Alibi-Legende“. Der KZ-Arzt Dr. Eisele sei nur einer unter vielen, freilich, einer der allerschlimmsten gewesen. Die Vorzugsbehandlung, die ihm durch die Entlassung 1952 zuteil geworden sei, „ging auf politische Intervention zurück“. Eisele habe sich nun in Ägypten zu den zahlreichen früheren SS-Angehörigen zugesellt, die sich der Verantwortung für ihre Taten entziehen konnten und unentwegt, sei es in arabischen, sei es in südamerikanischen Ländern, „auf die Wiederkehr ihrer Stunde bei uns warten“.

(Auszug aus einer Meldung der „Stuttgarter Zeitung“ vom 23. 8. 1958.)

Medikamentenmißbrauch „Dreimal täglich“. (FAZ, 28. 7. 58): In dem Artikel „Dreimal täglich“ wird mit vollem Recht der Medikamentenmißbrauch gerügt und der tiefste Grund dafür darin gesehen, daß der Mensch die Fähigkeit verloren habe, mit seinen Problemen fertig zu werden. Nur behutsam deutet Friedrich Sieburg am Rande an, ob nicht vielleicht auch der Arzt durch die unheimliche Menge pharmazeutischer Muster etwas mitschuldig sei. Dies kann nicht bestritten werden. Mehr aber noch ist es die heute (trotz des vielen Ganzheitsgeredes und einer oft wieder ins andere Extrem sich wieder überschlagenden Psychosomatik) in weitesten Kreisen immer noch mechanistische Ausrichtung des ärztlichen Denkens, was weniger dem Arzt als seinen Lehrern zugeschrieben werden muß. Jene weise Einsicht in die Rückwirkung der zahllosen menschlich-sozialen Konflikte auf den Organismus mit ihren dadurch bedingten vielseitigen Störungen des vegetativen Gleichgewichts, die sich in Herz, „Kreislauf“, Verdauungs-, Atem-, Schlafstörungen oder Schmerzen auswirken, werden tagaus tagein nicht nur in der Praxis, sondern auch in den Krankenhäusern immer wieder verkannt als „Herzklappenfehler“, „Herzmuskelerkrankung“, „Kranzadererkrankung“, „Herzschwäche“, „Überfunktion der Schilddrüse“ usw. und dementsprechend einer rein chemotherapeutisch-organischen an Stelle einer psychologisch unterbauten, entspannenden Behandlung zugeführt. Bei dieser Einschaltung auf ein unzutreffendes Gleis kommt es dann naturgemäß — sicher meist in guter Absicht — auch zur Verordnung zahlreicher und oft recht „differenter“ Medikamente. Die einzige erfolgversprechende Hilfe ist, die Reform unserer medizinischen Ausbildung, wobei es nach meinen Erfahrungen besonders zweckmäßig wäre, Studierende und auch fertige Ärzte solchen Krankenhäusern zuzuführen, in denen sie die neue Sicht und Methodik erlernen und sich von den in jahrelanger Erfahrung gesammelten, jederzeit demonstrierbaren Erfolgen überzeugen können.

Prof. Dr. F. Curtius, Lübeck.

Gesundheitspaß für Soldaten

Ergebnisse der Hygieniker-Tagung — Tabletten statt Spritzen

Welchen Impfungen muß sich der Soldat in der Bundeswehr unterziehen, und wie schützt man in anderen NATO-Staaten die Angehörigen der Armee gegen Seuchen und gefährliche Infektionen? Darüber haben sich zwei Tage lang verantwortliche Ärzte der Bundeswehr mit den uniformierten Kollegen aus Amerika und einigen benachbarten Ländern unterhalten. Über den Erfolg dieser Besprechungen gab der Inspekteur des Sanitäts- und Gesundheitswesens der Bundeswehr, Generalarzt Dr. Joedicke, unlängst interessante Einzelheiten. An der Pockenimpfung zum Beispiel will man auf jeden Fall festhalten. Jeder, der Soldat wird, erhält noch einmal eine Nachimpfung gegen diese Seuche. Nur wer aus besonderen Gründen vorher noch nie gegen Pocken geimpft wurde, ist ausgenommen. Bei Erwachsenen sind mit einer erstmaligen Impfung zu große Gefahren verbunden.

Außerdem erhält jeder Angehörige der Bundeswehr eine kombinierte Impfung gegen Typhus, Paratyphus und Wundstarrkrampf. Selbst kleinste Verletzungen — die bei der

NEPHROLITH
»RHEIN-CHEMIE«®

Therapie und aktive Prophylaxe
der Nephrolithiasis



RHEIN-CHEMIE PHARMAZEUTISCHE ABTEILUNG HEIDELBERG

militärischen Ausbildung unvermeidlich sind — können nämlich den leider noch meist tödlich ausgehenden Tetanus, den Wundstarrkrampf, zur Folge haben. Wer aus der Bundeswehr ausscheidet, bekommt einen Gesundheitspaß, in dem neben allen Impfungen auch die genaue Blutgruppe des Inhabers verzeichnet ist — eine wertvolle Hilfe bei etwaigen Unfällen.

Diskutiert wird im Augenblick noch die Möglichkeit, dem Soldaten den Schutz gegen Typhus und Paratyphus nicht in Form einer Spritze, sondern einer Tablette zu verabfolgen. Bei dieser „Tabletten-Impfung“ hat man nämlich den Vorteil, daß die Immun- und Abwehrstoffe gegen die Infektion im Verdauungskanal konzentriert werden, das heißt an der Stelle, an der die gefährlichsten Erreger angreifen.
„Die Welt“, vom 26. 6. 58

Österreich: Vor dem Medizinstudium warnt die Österr. Ärztekammer im Hinblick darauf, daß die Berufsberatungsstellen das Medizinstudium empfehlen, da angeblich ein Mangel an Spitalärzten besteht. Die Ursache liegt darin, daß mit Jungärzten nur kurzfristige Verträge abgeschlossen werden.
I. D.

Tschechoslowakei: Prag verstaatlicht die Ärzte. (FAZ, 19. 8. 58): Wien: In der Tschechoslowakei dürfen die Ärzte vom 1. 1. 59 an keine Privatpraxis mehr ausüben. Das Gesundheitsministerium hat nach einer Meldung tschechoslowakischer Zeitungen soeben einen Erlaß herausgegeben, der die Schließung verfügt. Nur medizinische Kapazitäten, Universitätsprofessoren und Dozenten sollen in einigen Fällen davon ausgenommen werden, jedoch müssen sie sich gleichzeitig dem staatlichen Gesundheitsdienst zur Verfügung stellen. Es wird ihnen aber nicht gestattet, die Krankheit eines Arbeiters oder Angestellten zu bescheinigen, Patienten in Kurorte zu schicken und Medikamente zu verschreiben, deren Kosten vom staatlichen Gesundheitsdienst übernommen werden.

BUCHBESPRECHUNGEN

Körperliche und geistige Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen bei Hirnverletzten. Von Dr. A. Großjohann, Georg Thleme Verlag, Stuttgart 1957. 84 S., Kartoniert DM 7.50

Diese Arbeit des Leiters der Med. Psychol. Instituts für Verkehrssicherheit beim technischen Überwachungsverein Stuttgart entstand mit Unterstützung des Bundesministers für Arbeit. In einem einleitenden Abschnitt: „Die Anforderungen des Straßenverkehrs an den Menschen“, wird besonders darauf hingewiesen, daß die Bedeutung der Persönlichkeitsstruktur für das sichere Fahren von Kraftfahrzeugen in den Mittelpunkt der Untersuchungsverfahren gerückt ist. Die Erfahrungen zeigten, daß dem Versagen körperlicher Funktionen beim Zustandekommen von Unfällen eine geringere Bedeutung zukommt, als dem auf Grund psychopathologischer Vorgänge.

Die angewandten Untersuchungsverfahren zur Ermittlung des Leistungsbildes und der Persönlichkeitsstruktur werden übersichtlich dargestellt und einer ersten Kritik unterzogen. Der Verf. vertritt die Ansicht, daß der psychologische Befund jeweils nur eine Ergänzung des psychiatr. neurol. Untersuchungsergebnisses darstellen sollte. Durchaus mit Recht erklärt er es für „nicht ausreichend, wenn pathologische Veränderungen der Persönlichkeit unabhängig vom klinischen Bild allein aus dem Verhalten bei der psychophysischen Leistungsprüfung und aus den Ergebnissen der Untersuchung abgeleitet werden.“ Die geistige Eignung eines Hirnverletzten zum Kraftfahrer sei keineswegs vom Psychologen unter Ausschaltung des Psychiaters zu bestimmen.

Einer kurzgefaßten Darstellung der Symptomatik der Hirnverletzung folgen kritische Ausführungen über die Bedeutung der Verletzungsfolgen für die Eignung des Betroffenen zur Führung von Kraftfahrzeugen.

Der Verf. berichtet dann über die Untersuchungsergebnisse bei 224 dem Institut überwiesener Hirnverletzten, darunter 83 im Zusammenhang mit dem Führerscheinantrag. Auf Einzelheiten der erwogenen vielfältigen Fragestellungen und der kritischen Beurteilung kann hier nicht eingegangen werden. Das Studium der sehr dankenswerten Arbeit ist allen, die sich mit den einschlägigen Fragen zu befassen haben, dringend zu empfehlen.

Bedauerlich ist die — wie der Verf. selbst sagt — nicht repräsentative Zahl der dem Institut zugeführten Hirnver-

letzten. Seine Forderung, daß mindestens alle Hirnverletzten, bei denen eine mehr als 50%ige Minderung der Erwerbsfähigkeit bestätigt ist, einer eingehenden med. psychol. Untersuchung vor Erteilung des Führerscheins unterzogen werden sollten, ist nach den Ergebnissen der bisherigen Untersuchungen als sehr bescheiden zu bezeichnen.

Weiler

Krankengymnastik. Aufgaben, Anwendung, Ausbildung. Eine Zusammenstellung von Asta von Müllmann, München, und Priv.-Doz. Dr. med. J. Harff, Hamburg. Zentralverband Krankengymnastik e. V., München 13. 30 Seiten, 11 Bilder, brosch.

Über eine Therapiemethode, die in ihrer Bedeutung immer noch zu wenig bekannt und gewürdigt ist, hat die Vorsitzende des Zentralverbandes für Krankengymnastik e. V., Asta von Müllmann, München, zusammen mit Priv.-Doz. Dr. med. J. Harff, Hamburg, eine Broschüre herausgebracht, die über die wesentlichen Indikationsgebiete der Methode wie auch über den Gang der Ausbildung für Krankengymnastik berichtet. Die mitunter staunenswerten Erfolge der Methode sind nicht zuletzt auch der durchaus neuzeitlichen Einstellung zu verdanken, die den Kranken aus dem Treibhausmilieu der Krankensäle herauslöst und ihn durch seine eigene Mitarbeit an dem Fortschritt seines Erfolges interessiert. Prof. D. Dr. Neuffer und der Wissenschaftliche Beirat hat die Schrift mit den Worten empfohlen: „Es möge sie doch jeder Arzt lesen.“

Zu beziehen durch: Zentralverband Krankengymnastik e. V., München 13, Hohenzollerstraße 97/II, Postscheckkonto Amt München, Nr. 125 208. Preis 1 DM.

Gutachtensammlung aus dem Gebiet der Versicherungs- und Versorgungsmedizin. Von Dr. Otto Hirt, Walter-Stutz-Verlag, München 15. Lose-Blatt-Ausgabe, 432 Seiten, Kunstleder-Buchordner, DM 32.—.

Bei der großen Anzahl von Kriegsbeschädigten und Hinterbliebenen in Bayern wird nicht nur der Krankenhausarzt als Gutachter, sondern auch der freipraktizierende Arzt mit dem Problem der Kriegsopferversorgung befaßt werden. Aus diesem Grunde ist es für jeden Arzt äußerst wichtig, Entscheidungen über Anerkennungen als Kriegsleiden zu erfahren. Nicht für den Beschädigten, sondern auch für das Ansehen des Arztes ist von großer Bedeutung, daß seine gutachterliche Äußerung wissenschaftlich fundiert ist. Deshalb ist es genauso wichtig zu wissen, welche Leiden nicht mit dem Wehrdienst in Verbindung gebracht werden können. Die vorliegende Gutachtensammlung stützt sich auf positive und negative Urteile des Bayerischen Landessozialgerichts; sie kann allen Ärzten zur Anschaffung dringend empfohlen werden.
Sl.

Bellagenbinweis:

Dieser Ausgabe liegen Prospekte folgender Firmen bei:

KLINGE GmbH., München 23
KLINGE GmbH., München 23
UPHA GmbH., Hamburg 20
Dr. Rudolf Reiß, Berlin-West
Ges. f. chem. Spezialpräparate mbH., Berlin SO 36
Heinrich Mack Nachf., Illertissen/Bay.
Deutsche Ärzteversicherung, Berlin-Zehlendorf

Außerdem ist einer Teillauflage ein Prospekt der Firma Krugmann & Co., Hamburg 11, beigelegt.

„Bayerisches Ärzteblatt.“ Herausgeber: Bayer. Landesärztekammer. Schriftleitung: München 23, Königstr. 85/III, Telefon 36 11 21—25, Schriftleiter Dr. W. Wack, München. Die Zeitschrift erscheint monatlich im Richard Pflaum Verlag, München 2, Lazarettstraße 2—6, Telefon 8 31 21—23, 8 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, zuzüglich Zustellgebühr. Postscheckkonto München 139 00, Richard Raum Verlag (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Anzeigenverwaltung: Carl Gabler, München 1, Theaterstraße 8, Telefon-Sammelnummer 2 86 86, Fernschreiber 05 2362. Telegrammadresse: Gablerpreß. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharfänger, München. Druck: Richard Pflaum Verlag München.



Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrokopie sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlags. Rücksendung nichtverlangter Manuskripte erfolgt nur, wenn vorbereiteter Umschlag mit Rückporto beiliegt. Bei Einsendungen an die Schriftleitung wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, wenn gegenteilige Wünsche nicht besonders zum Ausdruck gebracht werden.

Dralinsa

das klinisch erprobte Stuhlregulans und Dampflage-Mittel auf Leinsamenbasis

- Chronische Obstipation und Darmträgheit
 - zur Operations- und Röntgenvorbereitung
 - während der Schwangerschaft und im Wochenbett
 - postoperativ zur Erzielung eines schmerzlosen Stuhlganges
- keine Gewöhnung, zuverlässig wirksam, wirtschaftlich.
Nähere Hinweise und Literatur durch
Dragenopharm, Apatheker Püschl K.G., Traunreut/Obb.

Astronomie
Geologie
Geographie
Klimakunde
Wirtschaft
Bevölkerungskunde

GOLDMANN'S GROSSER WELTATLAS

Ein ganz neuartiges kartographisches Werk, das eine Riesenfülle von Informationen bietet, so daß man es eine Enzyklopädie des geographischen und wirtschaftlichen Wissens nennen kann.

340 Seiten, in Leinen gebunden DM 173.— Teilzahlung: 10 Monatsraten zu je DM 19.—

Verlangen Sie kostenlosen, mehrfarbigen Prospekt von

CARL GABLER GMBH
MÜNCHEN 2
Kaufingerstraße 10



HEILSTÄTTEN · BÄDER · KURORTE

Sanatorium ST. BLASIEN

südlicher Schwarzwald — 800 m ü. d. M.

Deutschlands höchstgeleg. Privatheilanstalt

für Lungenkranke

und andere Formen der Tuberkulose — Alle neuzeitlichen Behandlungsmethoden.

Chefarzt: Obermedizinalrat Dr. Fritz BRECKE

Frankenwald-Sanatorium

Wirsberg/Bayern

Offene Privatnervenklinik



Alle Indikationen und modernen Behandlungsmethoden der Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie.

Leit. Arzt: Dr. H. J. Wellend — Tel. Neuenmarkt 5



Kurbetrieb ganzjährig BAD STEBEN

Bedeutendes Radiumbad

Heilanzeigen
Herz und Kreislauf
Rheuma Gicht
Ischias - Nerven
Frauenleiden
Schilddrüse
Leiden der ableitenden
Harnwege



Auskunft/Werb. beschriften
Staatliche Kurverwaltung
Bad Steben
i. Frankenwald

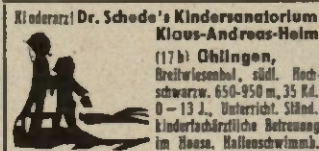
BAYERISCHES STAATSBAD

Jodschwefelbad BAD DEUTSCH-ALTENBURG bei Wien

Stärkste Jodschwefeltherme
Österreichs
Rheumatische Erkrankungen
Lähmungen, Kinderlähmung
Frauenkrankheiten

Modernes Kurhotel
Pauschalkuren
Bäder im Hause

Auskunft: Bade- u. Kurhausverw.
Bad Deutsch Altenburg
Niederösterreich, Tel. 17



Kinderarzt Dr. Schode's Kinder-Sanatorium
Klaus-Andreas-Helm
(17 b) Ohltingen,
Breitwiesenbad, südl. Hoch-
schwarzw. 650-950 m, 35 Rd.
0-13 J., Unterricht, Ständ.
Kinderärztliche Betreuung
im Hause, Halbeschwimm.

Privatnervenklinik GAUTING

Heilschlaf, Elektroschock-
Therapie, Stickstoff-Anoxie,
Psychotherapie, Streck-
behandlung etc.
Chefarzt Dr. med.
C. Ph. Schmidt
Anmeldung: Tel. München
8 82 26

Beachten Sie unsere Beilagen

Des Arztes

bei Katarren, Asthma,
Herz- u. Kreislaufkrankheiten
(Managerkrankheit)

guter Rat:

Mildes Schönklima
Neue Kuranrichtungen · Natürliche
Kohlensäure-Thermen · Tögl. Konzerte
Prospekte durch Kardirektion

BAD EMS

Heilanzeigen deutscher Bäder, Kurorte und Sanatorien

Aibling (491 m) Moorbad gegen Rheuma, Frauenleiden, Nervenentzündungen (Ischias), Kreislaufstörung.
Brückenau-Bad (300 m). Säuerlinge, Moorbäder gegen Erkrankungen des Nierenbeckens, der Blasen- und Harnwege, Kreislaufstörungen, Rheuma, Frauenleiden.
Bad Dürnhelm (700-800 m). 27%ige Solquelle. Indikationen: Atemwege, Rheuma, Hilusdrüsen, Kreislaufstörungen.
Füssen-Faulenbach (804 m ü. d. M.) Sanatorium Notburgaheim. Moor- und Schwefelheilbad / Knelpkuranstalt. Neuerbautes Kurmittelhaus — Ärztliche Leitung.
Pflege durch Ordensschwestern — Heilmassagen — Diätküche. Indikationen: Rheuma (Arthritis) und verwandte Erkrankungen), Frauenleiden, Nervenentzündungen (Ischias), Hautkrankheiten, Erkrankungen des vegetativen Nervensystems, Stoffwechselerkrankungen.

Sanatorium Dr. Ketterer, Bad Mergentheim, Tel. 540, ruhige Lage, Haus ersten Ranges mit allen erforderl. diagn. u. therapeut. Einrichtungen, 50 Betten.

Oy (937 m). Thor-radiumhaltige Quelle gegen Ischias, Rheuma, deformierende Gelenkleiden. Auskunft: Kurverwaltung.

Wildbad Wemding (424 m). Schwefel- und Stahlquellen gegen Gicht, Rheuma, Ischias, Kreislaufstörungen, Ekzeme u. v. a.

Solbad Windsheim/Mfr. Rheumatismus der Gelenke und Muskeln, Neuralgien und Neuritiden (Ischias, Lumbago). Frauenleiden, Affektion der Gallenwege und des Darms (Obstipation, gastrokardialer Symptomenkomplex), Fettsucht, Nieren- und Harnleitersteine.

WARUM EMPFIEHLT DER ARZT DAS MOORBAD AIBLING/OBB.?

Weil außergewöhnliche Heilerfolge bei Rheuma, Frauenleiden, Arthrosen, Ischias erzielt werden. Herbstkur ruhiger und intensiver.

Stellenangebote

An der Chirurgischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses Weissenburg i. Bay. — 50 Betten — ist zum 1. Dezember 1958 die Stelle des

Oberarztes

zu besetzen. Vergütung wird nach TO A II berechnet. Bewerbungen mit handgeschriebenem Lebenslauf, Lichtbild und beglaubigten Abschriften von Urkunden und Zeugnissen sind bis 15. Oktober an den Stadtrat Weissenburg i. Bay. zu richten.

Am städtischen Krankenhaus München-Schwabing ist voraussichtlich im Laufe des nächsten Jahres die Stelle des

CHEFARZTES

einer in Ausbau befindlichen medizinischen Abteilung zu besetzen (ca. 300 Krankenbetten, dazu soll später evtl. eine geriatrische oder Tuberkulose-Abteilung kommen). Gefordert werden: Erfahrung in der Leitung einer großen Krankenhausabteilung, umfassende klinische und wissenschaftliche Kenntnisse. Anstellung auf Sonderdienstvertrag in Vergütungsgruppe I mit Aussicht auf spätere Übernahme in das Beamtenverhältnis, Liquidationsrecht bei Patienten der I. und II. Klasse. Bewerbungen unter Beifügung eines Lebenslaufes mit Lichtbild, Zeugnisabschriften, Verzeichnis der wissenschaftlichen Arbeiten, Belegen über akademische Grade (Dozent, Professor) bis 15. November 1958 an das Personalfreferat der Stadt München, Rathaus, Zimmer 385/III, erbeten. Persönliche Vorstellung nur auf Ersuchen.

In der chirurgisch-gynäkologischen Abteilung (100 Betten) des neugebauten Stadtkrankenhauses Memmingen/Allgäu ist sofort die Stelle des

Oberarztes

neu zu besetzen. Bewerber müssen die Facharztanerkennung für Chirurgie besitzen und die Unfallchirurgie beherrschen. Geboten werden Bezahlung nach Verg.-Gruppe II TO A und Nebeneinnahmen aus Gutachtertätigkeit und Chefarztvertretung. Dienstwohnung in neugebautem Personalhaus ist vorhanden. Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen und Lichtbild werden umgehend an das Personalamt der Stadt Memmingen erbeten.

Am Kreiskrankenhaus Gunzenhausen/Mittelfranken (10 000 E.), mit 180 Betten und 6 Fachabteilungen, ist die

1. Assistentenstelle (Vertreter des Chefarztes)

der chirurgischen Abteilung ab sofort zu besetzen. Vergütung nach der TO A Verg.-Gruppe II, Nebeneinnahmen durch Beteiligung an umfangreicher Gutachtertätigkeit nach Vereinbarung mit dem Chefarzt der chirurgischen Abteilung. Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen sind an das Landratsamt Gunzenhausen zu richten.

Das Kreiskrankenhaus Mallersdorf (Neubau) sucht möglichst bis 1. Oktober 1958 (spätestens 15. Januar 1959) für die interne Abteilung (80 Betten) einen

Assistenzarzt

Vergütung nach TO A III. Unterkunft und Verpflegung im Hause möglich. Bewerbungen mit Lichtbild und den üblichen Unterlagen an den Landrat des Kreises Mallersdorf (Ndb.) erbeten.

Für das neuerbaute Kreiskrankenhaus Naila/Bayern (Frankenwald) werden gesucht:

1 Assistent

für die chirurgische Abteilung, Vergütung nach TO A III evtl. II,

1 Medizinalassistent

Vergütung $\frac{1}{2}$ TO A III, Unterbringungsmöglichkeit im Hause. Bewerbungen an die Landkreisverwaltung Naila/Ofr.

Beim Kreiskrankenhaus Viechtach, Niederbayern, ist bis zum 1. 1. 1959 die Stelle eines

Assistenzarztes

zu besetzen. Bewerber, die über Ausbildung und Erfahrung auf dem Gebiete der Gynäkologie oder der Kinderkrankheiten verfügen, werden bevorzugt.

Die Vergütung erfolgt nach Verg.-Gr. III TO A. Bewerbungen sind bis spätestens 1. 11. 1958 an das Landratsamt Viechtach zu richten. Dem Bewerbungsschreiben sind beizugeben:

1 handgeschriebener Lebenslauf

1 Lichtbild

1 begl. Abschrift der Bestellung als Arzt

Nachweise über die Ableistung der Medizinalassistentenzeit und über die geforderte Ausbildung.

Chirurg.-gynäkol. Privatklinik mit urolog. Abteilung in einer Stadt des Chiemgaaus sucht zu sofortigem oder späterem, möglichst baldigem Eintritt einen jüngeren, wohnungshalber ledigen

2. Assistenzarzt

Wohnung und beste Verpflegung wird zur Verfügung gestellt. Bezahlung nach TO A III mit Vorrückungsmöglichkeit nach TO A II. 2 Jahre werden zur chirurg. Fachausbildung angerechnet. Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen, auch handgeschriebenem Lebenslauf, Gesundheitszeugnis und Fotos sind unter 331/1295 über CARL GABLER, WERBEGESELLSCHAFT MBH., München 2, Karlsplatz 13, zu richten.

Medizinal-Assistent(in)

für gynäkologisch-geburtshilfliche Fachabteilung des Städt. Krankenhauses Traunstein gesucht. Bewerbungen an den Chefarzt Dr. G. Kneier, Traunstein, Sepp-Köstler-Straße 2

Am Kreiskrankenhaus Auerbach/Opf. ist die Stelle eines

Assistenzarztes

zu besetzen. Besoldung erfolgt nach TO A III. Bewerbungsgesuche wollen beim Landratsamt Eschenbach/Opf. eingereicht werden.

Der Bezirk Oberbayern sucht für das Nervenkrankenhaus Haar eine med.-techn. Assistentin

für das klinische Labor. Vergütung nach Vergütungsgruppe VII TO A mit Vorrückungsmöglichkeit nach Vergütungsgruppe VIb TO A. Wohnung und Verpflegung im Krankenhaus gegen mäßiges Entgelt. Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen sind zu richten an die Direktion des Nervenkrankenhauses des Bezirks Oberbayern, Haar bei München.

Planm. 2. Assistenzarzt (-Ärztin) für die chirurgische Abteilung des Kreiskrankenhauses Obergünzburg/Allg. zum 1. Oktober 1958 oder später gesucht. Vergütung entspr. TO A III und freie Wohnung. Zweijähr. Anerkennung zur Facharztausbildung. Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen an den Chefarzt Dr. med. Rudolf Mogl.

Med. techn. Assistentin oder Gehilfin

zum 1. 11. 1958 in Dauerstellung bei Bezahlung nach TO A VII gesucht. Gute Kenntnisse in Schreibmaschine und Stenografie erforderlich. Angebote an das Staatl. Gesundheitsamt Naila/Ofr.

Beim Städt. Marienkrankenhaus Amberg (Ortski. A) wird zum 1. 10. 1958 eine jüngere, staatl. gepr.

Krankengymnastin

eingestellt. Bezahlung nach TO A VIII, bzw. VII. Dauerstellung mit zusätzlicher Altersversorgung. Bewerbungen mit Lichtbild, Examenszeugnis und Arbeitsbescheinigungen sind zu richten an die Stadt Amberg — Personalamt

Im Kreiskrankenhaus Mainburg/Ndb. ist ab sofort die Stelle eines Medizinalassistenten

zu besetzen. Unterhaltszuschuß monatlich 200.— DM und freie Kost und Wohnung im Kreiskrankenhaus. Arbeit als Medizinalassistent für 14 Monate auf chirurgischer und urologischer Abteilung anrechenbar. Bewerbungen mit handgeschriebenem Lebenslauf und den übrigen Unterlagen werden erbeten an das Landratsamt — Personalabteilung — Mainburg/Ndb.

Für die chirurgische Abteilung des Städt. Krankenhauses Passau wird zum baldmöglichsten Eintritt ein

Assistenzarzt

gesucht. Bezahlung nach Verg.-Gr. III TO A. Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbeten an das Personalamt der Stadt Passau.

Für interne Krankenhauspraxis wird sofort erfahrene

Chefarztsekretärin

gesucht. Bedingungen sind perfekte Kenntnisse in Steno, Maschinenschreiben u. Kassenabrechnung. Bewerbungen mit Zeugnisabschriften u. Gehaltsansprüchen erbeten unter 331/1262 ü. CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH., München 2, Karlsplatz 13

Beachten Sie die Bäderseite



Stellengesuche

Med.-techn. Assistentin (21)

sucht nach einjähriger Praxis in großer Klinik der französischen West-Schweiz interessanten neuen Wirkungskreis in Labor, Röntgen oder Histologie im Raume München für 1. 11. 58. Zuschr. erb. u. 331/1303 ü. CARL GABLER, WERBEGESELLSCHAFT MBH., München 2, Karlsplatz 13.

Jod-Vel

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

3%, DM 1,10 o. U. •NEOS• - DONNER KG., BERLIN SO 36 6½ DM 1,20 o. U.

Stellengesuche

Dr. med., 38 Jahre, verh., kath., z. Z. in ungekündigter Stellung, sucht chir. Assistentenstelle im Raum Unter-, Mittel- und Oberfranken. Bisherige Tätigkeit 1 Jahr Innere, 4 Jahre Chirurgie, bes. Unfallchirurgie. Zuschriften erbeten unter 331/1294 über CARL GABLER, WERBEGESSELLSCHAFT MBH., München 2, Karlsplatz 13.

Gynäkologe

34 J., op. Ausb. (2 J. Chir.), Kolposk., cyt., wiss. Interesse, 3 J. Praxis-Dauervertr. m. Beleg-Abt., sucht f. 1959 I. Ass.-Stelle an groß. Klin. (auch chir.-gyn.), Praxis-Übern. od. Assoz.-Kap. vorh. Zuschr. erb. u. 331/1298 ü. CARL GABLER WERBEGESSELLSCHAFT MBH., München 2, Karlsplatz 13

Verschiedenes

Wegen Praxisaufgabe Eichen-schreibtisch (mit Resopalplatte, Instrumentenschrank, Glastischen etc. baldigst zu verkaufen. Angebote erb. u. 331/1265 über CARL GABLER, WERBEGESSELLSCHAFT MBH., München 2, Karlsplatz 13

Webrmachts- u. Marineferngläser 8x30, 8x30 u. 8x45, preiswert u. erstklassig.

Optiker Aulke

Sassenberg/Westf., Postfach 32

Wegen Todesfalls

vollständige Praxis-Einrichtung gegen Barzahlung zu verkaufen. Zuschriften erbeten unt. 331/1293 über CARL GABLER WERBEGESSELLSCHAFT MBH., München 2, Karlsplatz 13.

Kassenerfahrener prakt. Arzt (kein Führerschein) übernimmt ab sofort Vertretungen. Angeb. mit Mittellung des evtl. Tages-satzes erb. u. 331/1264 ü. CARL GABLER WERBEGESSELLSCHAFT MBH., München 2, Karlsplatz 13

Kaufl.-prakt. Arzthelferin, 23 Jahre, sucht ab 15. 10. 58 Stellung. Besuche z. Z. Berufsfach-lehrgang bei Dr. Buchholz, Frei-burg. Zuschriften erb. u. 331/1268 ü. CARL GABLER WERBEGESSELLSCHAFT MBH., München 2, Karlsplatz 13

Arztin, 42 Jahre alt, erfahren in Stadt- und Landpraxis, sucht Dauervertretung mit Praxis-übernahme. Möglichst in Mün-chen-Stadt oder -Land. Eigener Wagen vorhanden. Angebote er-beten unter 331/1289 ü. CARL GABLER WERBEGESSELLSCHAFT MBH., München 2, Karlsplatz 13

Kaufe stets:

Alte Drucke botanischen, medi-zinischen u. naturwissensch. In-halts, auch Gegenstände wie Apotheckergefäße aus Fayence, Antiquitäten, Gemälde usw.

Heinr. Meyer

München 2, Residenzstr. 3

Guterhaltener, vollarbeitsfähiger Röntgenapparat, Marke: Siem-ens-Monophos-Tumat mit Tele-Pleoskop und Bucklende preiswert zu verkaufen. Zuschr. erb. u. 331/1261 ü. CARL GABLER WERBEGESSELLSCHAFT MBH., München 2, Karlsplatz 13

Beachten Sie unsere Beilagen

RHODOS UND SIZILIEN

zwei besonders empfehlenswerte Ziele für sannige Herbstferien!

Wir bieten an:

1. Flugreise nach RHODOS

ab Düsseldorf und München

Dauer: 15 Tage (14 Tage auf Rhodos)

Beginn: 8. und 22. Oktober 1958

Preis: ab DM 636,— (bei Halbpension)
(ab Düsseldorf DM 60,— Zuschlag)

2. Flugreise nach TAORMINA/Sizilien

ab Düsseldorf, Frankfurt und Stuttgart

Dauer: 15 Tage (14 Tage auf Taormina)

Beginn: 13., 20. und 27. Oktober 1958

Preis: ab DM 649,— (bei Halbpension)

Ausführlicher Prospekt und Anmeldung bei:

PROGRESS-REISEN G m b H.

München

Schillerstraße 28, Telefon 55 54 55, Fernschreiber 052/3489



Das orale Kalium-Diureticum
Diathen
Wassersucht, Fettsucht
Kalium-Mangelzustände
SEPDELEN-WERKE GmbH
Abt. W 41, Hamburg 1

„Stetophon“

Herzton-Apparat

Gleichzeitig Rufanlage
Erfolg für jede Praxis

Prospekt und Lieferung: Sanitest., Frankfurt-Eckenheim 358

Kleinklavieren

einzigartige Auswahl
bis zu 30 Monatsraten

Pianohaus Lang

München, Kaufingerstraße 28/1
Augsburg, Bahnhofstraße 15/1
Regensburg, Kassiansplatz 3

Gegen Enuresis nocturna

hat sich NICOTON als Spezifikum seit Jahrzehnten bestens bewährt! In allen Apotheken erhältlich. Prospekt und Muster kostenlos durch den Allein-Hersteller „MEDIKA“ Pharm. Präparate. (13b) München 42

Anzeigenschluß

für die Oktober-Ausgabe
ist am 5. Oktober 1958

BAYERISCHE
BEAMTEN
VERSICHERUNG



MÜNCHEN
LENBACHPLATZ 4

Die
Versicherung
für
Jedermann

Depot-Solamin®

Wirkung
spontan
und lang-
anhaltend

Bei Asthma
bronchiale
und cardiale

SOLAMIN-WERK

Apotheker Döbelmann GmbH., Iserrahn

Antiherpeditem-
Salbe

bei Herpes, Impetigo,
Pyodermien, Rhagaden,
bakteriellen Ekzemen etc.
Quecksilberfrei!

Bestandteile:
Acid. salicyl. Sulfathiazol, Bism. subnit. Zinc. oxyd.

Preis 1,80 DM o. U.
Angelopharm, Dr. Demmler-Arzneimittel, Schwäbisch Hall

2 Mittel der Wahl

Zur perkutanen Jod-Medikation

Jod-Vasogen

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

bei Rhinitis, Angina - Gripeschutz

Rhino-Vasogen

enthält Kamillen-Extrakt

O.P. 15 g mit Pipette DM 1,40
O.P. 30 g z. Nachläufen DM 1,55

PEARSON & CO. A.G.
UETERSEN/HOLSTEIN

gegr. Hamburg 1883

Jede Stufe

wird genommen

Individuelle Therapie des jeweiligen Krankheitsbildes durch Wahl der geeigneten Applikationsform

RHEUMASAN

Gelenk- und Muskelrheumatismus

Arthritiden, Arthrasen, Lumbago,
Ischias, Migräne, Spandylasen,

Neuritiden und Neuralgien,

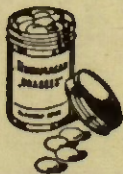
Periarthritis humerascapularis,

rheumatisch. Endo- und Myocarditis.

Kutane Segmenttherapie,
periphere Durchblutungsstörungen.



Salbe
22 ccm
DM 1,20



Dragées
20 Stück
DM 1,85

DR. RUDOLF REISS CHEMISCHE WERKE
BERLIN WEST
HAMBURG MÜNCHEN