

# BAYERISCHES ÄRZTEBLATT


MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN  
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Heft 2

München, Februar 1959

14. Jahrgang

## Arztrechtliche Probleme in der deutschen Strafrechtsreform

Vortrag, gehalten vor dem Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung im Reichssaal zu Regensburg,  am 9. Oktober 1958

von Eberhard Schmidt.

(mit dankenswerter Genehmigung des Veranstalters Herrn Prof. Dr. Jahn. Der Vortrag erscheint auch in einem Sonderheft „Festvorträge der Veranstaltungen des Regensburger Kollegiums“ bei F. K. Schattauer, Stuttgart.)

Ein Vortrag über die Behandlung arztrechtlicher Probleme in der deutschen Strafrechtsreform kann in diesem altehrwürdigen Reichstagssaal nicht ohne eine Erinnerung daran beginnen, daß in eben diesem Saal im Juli 1532 die Strafrechtsreform ihren Abschluß gefunden hat, deren Ergebnis, die Peinliche Gerichtsordnung Kaiser Karls V. (*Constitutio Criminalis Carolina*), mehrere Jahrhunderte hindurch die deutsche Strafrechtspflege bestimmt hat. Wir haben in unseren Tagen, in denen wieder einmal mit großer Intensität an einem neuen Strafgesetzbuch gearbeitet wird, allen Anlaß, an jenes großartige Gesetzgebungswerk zurückzudenken, das den Namen Karls V. trägt, das aber sein geistiges und geschichtswirkendes Gepräge einem ganz anderen verdankt, dem bambergischen Hofrichter Johann Freiherrn v. Schwarzenberg und Hohenlandsberg, der 25 Jahre zuvor in der von ihm geschaffenen *Constitutio Criminalis Bambergensis* das maßgebliche und in weitem Umfang wörtlich benutzte und wiederholte Vorbild für das Reichsgesetz Karls V. dargeboten hatte. Hier wurde erstmalig in der deutschen Strafrechtsgeschichte aus echt juristischem Geist die schwierige Problematik obrigkeitlicher Strafverfolgung und staatlichen Strafens zu meistern gesucht. Wenn das damals in einer noch heute zu bewundernden Weise gelungen ist, so deshalb, weil diese Gerichtsordnungen Bambergs und des Reiches bei aller Zeitgebundenheit auf die überzeitlichen Grundwerte der Gerechtigkeit und des gemeinen Nutzens gegründet gewesen sind und im Rahmen des damals Menschenmöglichen eine Harmonisierung dieser so oft auseinanderstrebenden Grundwerte zu erreichen verstanden haben.

Ich kann diesen bemerkenswerten Gesichtspunkt hier leider nicht weiter verfolgen, möchte aber im Hinblick auf mein heutiges Thema bemerken, daß auch in der Reformgesetzgebung von 1532 schon arztrechtliche Fragen eine Rolle gespielt haben. Das Bemühen des damaligen Gesetzgebers, für eine sorgfältigere und gerade auch im Interesse der Unschuld gründlichere und sachgemäßere Aufklärung der gerichtlich zu beurteilenden Sachverhalte zu sorgen, hat dazu geführt, in Tötungsfällen mit zweifelhaftem Kausalverlauf die Zuziehung des ärztlichen Sachverständigen anzuordnen. Die Leichenschau unter Mitwirkung von einem oder mehreren Wundärzten hat nach Art. 149 CCC stattzufinden insbesondere dann, wenn es sich darum handelt, festzustellen, welche von mehreren Wunden, die jemand bei einer Schlägerei davongetragen hat, als die tödliche anzusehen sei, sowie auch dann, wenn ein Verwundeter an der ihm zugefügten Verletzung nicht sofort, vielmehr erst „über etlich zeit danach“ gestorben ist, „also das zweifelich wer, ob er der geklagten streych halb gestorben war oder nit“.

Neben diesen prozeßrechtlichen Bestimmungen, die die Zuziehung des ärztlichen Sachverständigen — übrigens durchaus nicht erschöpfend — regeln, mögen uns kurz noch die materiellrechtlichen Normen interessieren, die sich auf den Arzt als Täter strafbarer Handlungen beziehen. Noch ist der Umkreis spezifisch arztrechtlicher Probleme sehr beschränkt. Die Verletzung der im Eide des Hippokrates vorgesehenen Schweigepflicht wird weder in der CCB noch in der CCC für strafbar erklärt. Auch spricht nichts dafür, daß die ärztliche Schwangerschaftsunterbrechung und die ärztliche Operation schon als gesetzgeberisches Problem erkannt gewesen seien. Sicher kann nach Art. 133 zu den Tätern einer strafbaren Abtreibung und der hier ebenfalls mit erwähnten Unfruchtbarmachung eines Mannes oder einer Frau auch ein Arzt gehören; aber ob hier Rechtfertigungsgründe auf Grund medizinischer Indikation schon damals haben in Betracht kommen können, ist dem Gesetz nicht zu entnehmen. Eine besondere strafrechtliche Norm wird nur für den Fall gebildet, daß „eyn Artzt durch sein artzenei tödtet“. Der internistische Kunstfehler wird also als besondere strafbare Handlung im Gesetz hervorgehoben, aber nur für den Fall, daß er zum Tode führt und auf „vnfleiß oder vnkunst“ beruht, also fahrlässig begangen worden ist. Zwar kennt die Carolina schon den allgemeinen Tatbestand der fahrlässigen Tötung, und es hätte nahegelegen, den zum Tode führenden unvorsichtigen Medizingebrauch nach dieser Bestimmung zu behandeln. Aber der Gesetzgeber stand dem Fahrlässigkeits- und auch dem Verursachungsproblem damals noch juristisch so unsicher gegenüber, daß es ratsam erschien, den Fall fahrlässiger Tötung durch den mit Arznei unvorsichtig umgehenden Arzt einer tatbestandlichen Sonderbehandlung zu unterwerfen, zumal hier offenbar zugleich noch ein für die Bestrafung möglicherweise wichtiger Unterschied eine Rolle gespielt hat: von dem Arzt nämlich, der „die artzenei leichtfertiglich und verwegentlich mißbraucht“, wird der Arzt unterschieden, der „sich vngegründter vnzulässiger artzenei, die jm nit geizmbt hat, vnderstanden“. Ob mit letzterem die reinen Kurpfuscher gemeint sind, oder ob und inwieweit hier innerhalb der Ärzteschaft im Hinblick auf fachliches Spezialwissen unterschieden werden soll, das ist eine Frage, deren Klärung ich der Geschichte der medizinischen Wissenschaft überlassen möchte.

Damit aber genug der durch diesen festlichen Saal angeregten historischen Reminiszenzen! Wenden wir uns nun den arztrechtlichen Problemen zu, die in der gegenwärtigen Strafrechtsreform einer Lösung harren! Dabel muß ich mich, will ich den Rahmen dieses Vortrages nicht von vornherein völlig sprengen, auf diejenigen Fragen

beschränken, bei denen ärztliches Verhalten als Gegenstand strafrechtlicher Bewertung eine Rolle spielt. Ich muß also an den außerordentlich wichtigen strafrechtlich-kriminologischen Fragen vorübergehen, deren Lösung nur mit Hilfe der medizinischen Wissenschaft möglich ist. Gerade diese Fragen werden im künftigen Strafrecht eine sehr viel größere Rolle spielen als bisher. Je differenzierter die kriminologische Einordnung der Straffälligen nach Maßgabe ihres geistig-seelischen Habitus und ihrer charakterlichen Eigenart werden muß, um in Strafe und sichernden Maßnahmen ihnen gegenüber den richtigen Weg zur Bekämpfung ihrer kriminellen Gefährlichkeit zu gehen, desto mehr wird der Strafrichter der Mitwirkung des medizinischen Sachverständigen bedürfen, desto bedeutsamer wird die ärztliche Mitwirkung aber zugleich auch im Bereiche des Vollzuges von Strafen und sichernden Maßnahmen werden. Ob und inwieweit darüber hinaus therapeutische Behandlungen von Kriminellen, insbesondere von strafbar werdenden Homosexuellen und von anderen Sexualverbrechern, im Rahmen der Strafrechtspflege verwertbar erscheinen, ist eine diskutierbare Sonderfrage. Die Große Strafrechtskommission, die seit 1954 mit der Ausarbeitung eines neuen Strafgesetzentwurfs beschäftigt ist, hat allen diesen Fragen ihre Aufmerksamkeit zugewendet, wobei ihr die Einzelgutachten medizinischer Autoritäten und die Stellungnahmen zahlreicher medizinischer Gesellschaften von Wert und Nutzen gewesen sind, die Sie in dem im Bundesministerium der Justiz gedruckten Bande „Gutachten und Stellungnahmen zu Fragen der Strafrechtsreform mit ärztlichem Einschlag“ veröffentlicht finden.

In diesem Sammelbande finden Sie nun auch gutachtliche Äußerungen aus medizinischen Kreisen über die spezifisch arztrechtlichen Probleme, mit denen ich mich heute befassen möchte, also über die Fragen, die die strafrechtliche Bewertung bestimmter ärztlicher Verhaltensweisen angehen: so die strafrechtliche Behandlung operativer Eingriffe (einschließlich der Sterilisation, Kastration und Refertilisierung), die Problematik der künstlichen Samenübertragung, der hirnchirurgischen Eingriffe und der ärztlichen Schwangerschaftsunterbrechung. Damit ist aber nur ein Ausschnitt aus der Gesamtproblematik gegeben, die uns unter der Überschrift „Arzt und Strafrecht“ seit langem und gerade in letzter Zeit in gesteigertem Maße beschäftigt. Es kommt zu den schon erwähnten Einzelthemen noch hinzu die strafrechtliche Behandlung der ärztlichen Schweigepflicht und das vielgestaltige Gebiet des ärztlichen Kunstfehlers.

Bei den intensiven Bemühungen, die auf die gesetzgeberische Meisterung aller dieser Probleme in den früheren Entwürfen und nun wieder in den Arbeiten der Großen Strafrechtskommission verwendet worden sind, ist die Begrenztheit gesetzgeberischer Möglichkeiten deutlich geworden. Wichtige arztrechtliche Fragen können, wenn sich der Gesetzgeber nicht in uferlose und letzten Endes doch unvollständige, ja gefährliche Kasuistik verlieren will, von speziellen strafrechtlichen Bestimmungen gar nicht erfaßt werden. Die Frage nach der Strafbarkeit des ärztlichen Kunstfehlers etwa, der zu gesundheitlicher Schädigung oder gar zum Tode des Patienten geführt hat, kann nur im allgemeinen Fahrlässigkeitsproblem des Strafrechts aufgehen und wird in jedem einzelnen vorkommenden Fall vom allgemeinen Fahrlässigkeitsbegriff aus juristisch beantwortet werden müssen. Es wird also immer um die Frage gehen, ob der Arzt, dem der Kunstfehler unterlaufen ist, diejenige Sorgfalt angewendet hat, deren Aufwendung zum Vorhersehen und zur Vermeidung der Schädigung des Patienten erforderlich und ihm zuzumuten gewesen ist. Der Richter kann nur unter sorgfältiger Berücksichtigung aller die

Eigenart des konkreten Falles ausmachenden Umstände die Frage beantworten, ob der fehlerhaft handelnde Arzt der ihm obliegenden Sorgfaltspflicht genügt hat. Dies gerade auch in den Fällen, wo es aus dem notwendigen Zusammenwirken des Arztes mit Assistenten und Hilfskräften aller Art zu einem schädigenden Ereignis gekommen ist. Die unendlich schwierige Frage, wie weit bei einer Operation, aber auch bei internistischen Behandlungen der den Eingriff oder die Behandlung durchführende Arzt für Fehlhandlungen und Versager seiner mitwirkenden Hilfskräfte verantwortlich ist, wie weit seine Kontrollpflicht hinsichtlich der von den Hilfskräften durchgeführten Maßnahmen geht, so daß ihm oder auch ihm der aus der Fehlhandlung entstandene Schaden strafrechtlich zur Last zu legen ist, entzieht sich jeder Regelung im Gesetz; an der ins Tausenfache gehenden Differenziertheit der vorkommenden Fälle würde jeder Versuch einer gesetzgeberischen Speziallösung des ärztlichen Kunstfehlerproblems mit allen seinen Verästelungen in die verschiedenen Sonderfragen, wie etwa die der Kontrolle mitwirkender Hilfskräfte, hoffnungslos scheitern. Was insofern nicht einmal eine auf ärztliches Handeln speziell eingestellte ärztliche Berufsordnung zu leisten vermöchte, kann erst recht nicht von einem Strafgesetzbuch verlangt werden, für das der fahrlässig gesetzte ärztliche Kunstfehler mit schädlichen Folgen für Gesundheit oder Leben nur ein Fall fahrlässiger Körperverletzung oder Tötung unter vielen anderen Fällen solcher Arten ist, die unter ganz anderen Voraussetzungen und in ganz anderen Lebensverhältnissen vorkommen. Daß gerade der ärztliche Kunstfehler an gerichtliche Rechtsanwendungskunst, aber auch an das einwandfreie Zusammenwirken des untersuchenden Gerichts mit den hier unentbehrlichen medizinischen Sachverständigen höchste Anforderungen stellt, hat sich ja gerade in letzter Zeit vielfach gezeigt.

Ganz ähnliches gilt von einem anderen Problem, dem ich seit Jahren meine besondere Aufmerksamkeit schenke, von der Frage der ärztlichen Hilfeleistungspflicht, genauer: der Frage, unter welchen Voraussetzungen ein Arzt rechtlich verpflichtet ist, einen Fall, mit dem er bisher nichts zu tun gehabt hat, zu übernehmen und für die ärztliche Versorgung eines Erkrankten oder Verunglückten zu sorgen. Bekanntlich gibt es im Strafgesetzbuch einen § 330 c, der denjenigen mit Strafe bedroht, der es unterläßt, bei Unglücksfällen oder bei gemeiner Gefahr oder Not Hilfe zu leisten, obwohl dies erforderlich und ihm den Umständen nach zuzumuten ist. Die Große Strafrechtskommission hat auch diesen § 330 c im Hinblick auf die mit ihm gemachten Erfahrungen in verbesserte Form zu bringen versucht und hat dabei geprüft, ob hierbei die erwähnte Frage ärztlicher Fallübernahmepflicht strafrechtlich gelöst werden könnte. Die Frage hat verneint werden müssen. Der an die Stelle des jetzigen § 330 c tretende neue Paragraph wird jeden Anklang an das spezifisch arztrechtliche Problem vermeiden. Und dies durchaus mit Recht. Die Strafdrohung gegen unterlassene Hilfeleistung richtet sich gegen den Jedermann, der durch Zufall, durch nachbarschaftliche Verhältnisse, durch Familien- und Hausgemeinschaft oder durch Teilnahme am Straßenverkehr mit einem Unfall in Berührung kommt. Für diesen Fall läßt sich eine generelle, den subjektiven Fähigkeiten eben jenes Jedermann angepaßte Hilfeleistungspflicht sozial ethischer Art statuieren und ihre Verletzung mit Strafe bedrohen. Möglicherweise kann natürlich auch ein Arzt einmal in diese Jedermannsrolle gelangen, so etwa dann, wenn er als Verkehrsteilnehmer eine Unfallstelle passiert, an der sich hilfsbedürftige Verletzte befinden, oder denken Sie an den vor einigen Jahren höchstrichterlich entschiedenen Fall eines Arztes,

der sich an einem See dem Angelsport widmete und in dessen unmittelbarer Nähe ein Bauernkind durch ein Ackerwerkzeug verletzt wurde. Wird aber in solchen Fällen für einen Arzt die Hilfeleistungspflicht akut, so trifft sie ihn durchaus nicht in seiner Eigenschaft als Arzt, sondern lediglich als den Jedermann, den der Zufall mit dem schädigenden Ereignis in Berührung gebracht hat. Das hat z. B. bei jenem Arzt, der am See angelte und in dessen unmittelbarer Nähe nun das Bauernkind verunglückte, nicht etwa bedeutet, daß er diesen Fall ärztlich zu übernehmen gehabt habe, sondern lediglich, daß er sein Auto, mit dem er zum See gefahren war, zum Abtransport des Kindes ins nächste Krankenhaus zur Verfügung zu stellen hatte. Und weil er dies grundlos verweigerte (aus Sorge, der Wagen könnte durch Blut verunreinigt werden), wurde er — mit Recht! — aus § 330 c bestraft.

Aber weder mit dem alten noch mit dem neuen, die Jedermanns-Hilfspflicht regelnden Strafrechtssatz kann die spezifisch arztrechtliche Frage gelöst werden, wann ein Arzt sich zur Übernahme eines Krankheitsfalles oder wenigstens zur ersten ärztlichen Versorgung zur Verfügung stellen muß und welches die Folgen sind, wenn er sich einer dementsprechenden Pflicht entzieht. Daß das Reichsgericht versucht hatte, diese arztrechtliche Problematik aus § 330c zu lösen, ist denn auch fast durchweg als abwegig erachtet worden, und es verdient Beachtung, daß der 5. Strafsenat des Bundesgerichtshofs in seiner berühmten Entscheidung über den ärztlichen Bereitschaftsdienst den § 330c überhaupt gar nicht mehr erwähnt hat. Eine Lösung dieses arztrechtlichen Problems ist im Strafgesetzbuch — jedenfalls in einer auf Jedermann bezüglichen Hilfeleistungsnorm — schon deshalb gar nicht möglich, weil eine wirkliche Lösung dieses Problems eine sehr differenzierte Behandlung der verschiedenartigen Ärztekategorien — praktische Ärzte, Fachärzte, Ärzte in Krankenanstalten — erforderlich machen würde, weil bei der Lösung dieser Frage nicht bloß auf Unglücksfälle, sondern auf Erkrankungsfälle überhaupt abgestellt werden müßte und weil endlich dabei die verschiedenartigen örtlichen Situationen — Orte mit zahlreichen Ärzten und überdies mit Krankenhäusern, Orte mit schwacher oder gar fehlender ärztlicher Besetzung — genauestens zu berücksichtigen wären. Eine solche, alle spezifisch ärztlichen Pflichten und Interessen berücksichtigende Lösung des schwierigen Problems der Fallübernahmepflicht kann nur in einer Bundesärzteordnung erfolgen, die ganz aus den Gesichtspunkten ärztlicher Berufspflichten und Berufssorgen geschaffen wird. Daß im Interesse ärztlicher Rechtssicherheit eine Lösung baldigst erstrebt werden sollte, legt die Tatsache nahe, daß das ganze Problem in den wissenschaftlichen Erörterungen der letzten 10 Jahre nicht zur Ruhe gekommen ist.

Aber lassen Sie mich nun in gebotener Kürze diejenigen Fragen durchmustern, die in den Arbeiten der Großen Strafrechtskommission Gegenstand gesetzgeberischer Lösungen geworden sind.

Ich beginne mit der ärztlichen Schweigepflicht.

Gegenüber dem heutigen § 300 StGB, der ja erst durch das 3. Strafrechtsänderungsgesetz vom 4. 8. 1953 eine neue, zeitgemäße Fassung erhalten hatte, haben sich nennenswerte Änderungen nicht als nötig erwiesen. An der Strafbarkeit einer rechtswidrigen Verletzung ärztlicher Schweigepflicht ist selbstverständlich festgehalten worden. Damit soll anerkanntermaßen durchaus nicht nur das individuelle Privatinteresse des Patienten am Schutz seiner Geheimsphäre geschützt werden, vielmehr ist das Rechtsgut, dessen Schutz die Strafbestimmung dienen soll, in dem hohen Sozialwert zu sehen, den das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient darstellt, da von seiner Ermöglichung und Existenz für eine erfolgreiche Gesundheitspflege außerordentlich viel abhängt.

Problematisch ist, wie weit der Täterkreis über die Ärzte im eigentlichen Sinne hinaus ausgedehnt werden soll. Insoweit wird es voraussichtlich dabei bleiben, daß der Schweigepflicht neben den Ärzten, Zahnärzten und Apothekern auch die Angehörigen anderer Heilberufe mit staatlich geregelter Ausbildung unterliegen. Bedeutsam aber ist der Vorschlag der Strafrechtskommission, den schweigepflichtigen Ärzten hinsichtlich der strafrechtlichen Verantwortlichkeit gleichzustellen nicht nur wie bisher die berufsmäßig tätigen Gehilfen und die Personen, die zur Vorbereitung auf den Beruf an der berufsmäßigen Tätigkeit teilnehmen, sondern, was bisher gefehlt hat, schlechthin auch die Bediensteten der Krankenanstalten, der medizinischen Zwecken dienenden Untersuchungsanstalten, der Krankenkassen und der ärztlichen Verrechnungsstellen.

Die eigentliche Problematik des ärztlichen Berufsgeheimnisses liegt nun freilich nicht in der Frage nach der Ausdehnung des Kreises der Schweigepflichtigen, sondern in der schwerwiegenden Frage, wieweit die Schweigepflicht überhaupt gilt, wo ihre Grenzen liegen und wo an die Stelle einer Pflicht zur Verschwiegenheit das Recht oder die Pflicht tritt, das Geheimnis des Patienten zu offenbaren. Hier liegen die zahlreichen Zweifel, von denen Ärzte aller Kategorien immer wieder geplagt werden, und damit auch die Anlässe zu einer Rechtsunsicherheit, die gerade der Jurist peinlich empfindet. Das ärztliche Berufsgeheimnis ist seit langem kein absoluter Wert, sondern stark relativiert, insbesondere durch die Ansprüche, die die Gesundheitsbehörden aus seuchenpolizeilichen und anderen Gründen und die die Versicherungsträger zwecks Erfüllung ihrer sozialen Aufgaben an die Auskunftspflicht der Ärzte stellen. Aber wie weit diese Ansprüche gehen dürfen, das zu regeln kann natürlich wieder nicht die Aufgabe der Strafrechtsreform sein, muß vielmehr bei der Regelung unseres öffentlichen Gesundheitsdienstes und bei der rechtlichen Ausgestaltung der sozialen Versicherungs- und Fürsorgegesetzgebung gesetzlich geklärt werden. In diesem Bereiche sollte allerdings endlich einmal energisch an eine Überprüfung der zahlreichen ärztlichen Auskunftspflichten herangegangen werden. Der Strafgesetzbuchgeber hat davon auszugehen, daß es Berechtigungen, ja auch Verpflichtungen zur Geheimnisoffenbarung gibt, die auf mannigfachsten Ge-

# Cefadysbasin<sup>®</sup>

TROPFEN

TABLETEN

AMPULLEN

CEFAK  
KEMPTEN

PERIPHERE UND KORONARE DURCHBLUTUNGSSTÖRUNGEN

sichtspunkten außerstrafrechtlicher Art beruhen können. Der Arzt muß berechtigt sein, zur Durchsetzung seines Honoraranspruchs in einer Zivilklage über die Krankheit und die Behandlung des zahlungssäumigen Patienten Erklärungen abzugeben; er muß berechtigt sein, der Dienstherrschaft die ansteckende Krankheit der in der Familie tätigen Hausangestellten zu offenbaren, und er kann sich den rechtlichen Offenbarungspflichten nicht entziehen, die sich aus der Seuchengesetzgebung und dem Versicherungs- und Fürsorgerecht ergeben. Wenn das Strafgesetzbuch zu diesen Fragen überhaupt Stellung nehmen soll — § 300 des geltenden Strafgesetzbuches tut das im Gegensatz zu dem berühmten, aber aufgehobenen § 13 Abs. 3 der Reichsärzteordnung von 1935 bekanntlich nicht —, so kann das nur in einer abstrakten, ausfüllungsbedürftigen Wertformel geschehen, die in der Strafrechtskommission folgenden Wortlaut erhalten hat:

„Die Tat (d. h. die Geheimnisoffenbarung) ist nicht strafbar, soweit der Täter zur Erfüllung einer Rechtspflicht, zur Ausübung eines Rechts oder zur Wahrnehmung eines berechtigten öffentlichen oder privaten Interesses handelt und seine Handlungsweise ein angemessenes Mittel zur Erreichung des angestrebten Zweckes ist.“

Diese Formel wird in Fällen, in denen sich die Berechtigung zur Durchbrechung der Schweigepflicht nicht aus ganz eindeutigen gesetzlichen Bestimmungen ergibt, dem Richter die Möglichkeit geben, unter abwägender Berücksichtigung aller den Einzelfall charakterisierender Umstände zu entscheiden, ob die vom Arzt vorgenommene Geheimnisoffenbarung berechtigt gewesen ist oder nicht. Ich bin überzeugt, daß sich für den seiner standesethischen Verpflichtungen bewußten Arzt irgendwelche strafrechtlichen Gefahren hier nicht ergeben können.

Das Hauptproblem, vor das sich die Große Strafrechtskommission in arztrechtlicher Hinsicht gestellt gesehen hat, ist zweifellos die Frage nach der strafrechtlichen Behandlung des ärztlichen Heileingriffs und der ärztlichen Schwangerschaftsunterbrechung gewesen. Wenn ich hier vom ärztlichen Heileingriff spreche, so habe ich nur diejenigen Eingriffe im Auge, die medizinisch streng indiziert und einwandfrei lege artis durchgeführt sind. Wie dringend notwendig es ist, daß der Strafgesetzgeber hier endlich eine klärende Regelung bietet, das haben ja aufsehenerregende höchstrichterliche Entscheidungen der jüngsten Zeit mit eindringlicher Deutlichkeit gezeigt. Ich denke einmal an die vielerörterte Elektroschockentscheidung des 6. Zivilsenats des BGH vom 10. 7. 1954, mehr noch aber an die strafrechtliche Entscheidung des 4. Strafsenats vom 28. 11. 1957, von der man wohl sagen kann, daß sie — geradezu wie für die Zwecke der Strafrechtsreform bestellt — die heutige, der grundlegenden Reform dringend bedürftige Rechtslage schlagartig beleuchtet hat. In dieser Entscheidung des 4. Strafsenats ging es bekanntlich um eine gynäkologische Operation, die wegen eines Myoms indiziert gewesen ist und mit der sich die Patientin einverstanden erklärt hatte. Im Laufe der Operation ergab sich nun die Notwendigkeit der völligen Entfernung der geschwulstzerfressenen, außer Funktion gesetzten Gebärmutter dieser 46jährigen über das gebärfähige Alter hinausgelangten Patientin. Der Arzt entfernte das Organ, hatte aber zu dieser Maßnahme die besondere Einwilligung der Patientin vor der Operation nicht erhalten. Die Lage war nun die: Es war eine lebenserhaltende, medizinisch indizierte und medizinisch völlig einwandfreie Operation durchgeführt worden, aber die Patientin war über die (sagen wir einmal: voraussehbare) Notwendigkeit der Gebärmutterentfernung nicht aufgeklärt worden und hatte demgemäß hierzu ihre Einwilligung nicht erteilt. Wegen dieses Einwilligungsmangels, der auf der unvorsichtig nichterfolgten Aufklärung der Patientin beruht hat, hat

der 4. Strafsenat die ganze Operation als fahrlässige „Körperverletzung“ im Sinne des § 230 StGB gewertet.

Ich will auf die ganzen Einzelheiten dieses Falles und auf das Labyrinth juristischer Probleme, in die sich hier der Strafrechtsdogmatiker stürzen und verlieren könnte, beileibe nicht eingehen, sondern nur das Prinzipielle herausstellen: Dieses Prinzipielle besteht darin, daß der BGH jeden operativen Eingriff, auch wenn er medizinisch strengstens indiziert ist und völlig einwandfrei durchgeführt wird, als tatbestandsmäßige Körperverletzung ansieht mit der Folge, daß der Arzt, will er nicht wegen Körperverletzung bestraft werden, der Einwilligung des Patienten bedarf, aber einer Einwilligung, die nur dann einen Rechtfertigungsgrund darstellt, wenn sie auf einer Aufklärung über den Befund und über die möglichen Folgen des Eingriffs beruht. Die Folge ist, daß unvollständige oder unrichtige Erklärungen über Befund oder Operationsfolgen eine Verletzung der Aufklärungspflicht bedeuten und zur Folge haben, daß eine hierauf beruhende Einwilligung unbeachtlich ist und die mit der Operation gesetzte Körperverletzung nicht zu rechtfertigen vermag.

Mit alledem setzt der BGH nur die Rechtsprechung des Reichsgerichts fort. Nun ist ja dieser Rechtsprechung seit jeher nicht nur von der Ärzteschaft, sondern genauso — fast einhellig — vom juristischen Schrifttum widersprochen worden. Der Kern des Widerspruchs besteht in dem Vorwurf, daß der die Gesundheitsinteressen des Operierten wahrnehmende und fördernde Arzt, wenn es an der Einwilligung des Patienten überhaupt oder an der Einwilligung in irgendeiner als wesentlich erscheinenden Beziehung fehlt, aus demjenigen Tatbestande des Strafgesetzbuches haftbar gemacht wird, der sinngemäß für solche Täter gilt, die nach dem Interesse eines andern an Erhaltung seiner körperlichen Integrität und Gesundheit nichts fragen, ihr Verhalten vielmehr gerade darauf einrichten oder in fahrlässiger Weise dahin wirksam werden lassen, daß ein anderer in diesen Interessen gerade verletzt und geschädigt wird. Was bei einem Messerstecher, einem Raufbold oder einem Täter sinnvoll ist, der leichtsinnig einen andern mit seinem Kraftrad überfährt, das kann — so lautet der Widerspruch gegen die Rechtsprechung des RG und des BGH — nicht sinnvoll sein bei dem Arzt, der mit sachgemäß durchgeführter Operation einem Patienten Gesundheit und Leben erhält, mag auch die Einwilligung des Patienten in den Eingriff ganz oder teilweise fehlen.

Natürlich macht der Arzt, der sich über den Willen des Patienten hinwegsetzt, ihn nicht gehörig aufklärt und Operationsfolgen setzt, bei deren Voraussicht der Patient sich schwer gehütet haben würde, sich auf die Operation einzulassen, etwas falsch. Er greift in der Tat in wichtige Persönlichkeitsinteressen des Patienten ein. Er verletzt das schutzwürdige Selbstbestimmungsrecht des Patienten, dessen Wille unbedingt maßgebend bleiben muß für die Frage, ob, wann und von wem er sich operieren lassen will. Aber das Unrecht eines das Selbstbestimmungsrecht des Patienten mißachtenden Arztes liegt qualitätsmäßig nicht in einer Verletzung der Körperinteressen, sondern in der Eigenmächtigkeit, mit der sich der Arzt beim Einwilligungsmangel über das Selbstbestimmungsrecht des Patienten hinwegsetzt. Dieses Unrecht muß durchaus als strafwürdig angesehen werden. Die Problematik der strafrechtlichen Behandlung der ärztlichen Heileingriffe ist daher in dem Augenblick auf das richtige juristische Gleis gebracht, wo für die eigenmächtige, über den Willen des Patienten sich hinwegsetzende Heilbehandlung ein strafrechtlicher Sondertatbestand geschaffen wird. Im Anschluß an alle bisherigen Strafgesetzentwürfe hat die Große Strafrechtskommission diesen Sondertatbestand ausge-

arbeitet. Seine Existenz hat die juristische Folge, daß medizinisch einwandfreie Eingriffe und Behandlungen, die nur unter dem Gesichtspunkt mangelnder oder unvollständiger Einwilligung zu beanstanden sind, aus dem Sinnzusammenhang mit der Körperverletzung herausgelöst sind. Das bedeutet also, daß die soziale Sinnbedeutung der ärztlichen Operation als einer Heilmaßnahme, also als des Gegensatzes zu dem, was „Körperverletzung“ bedeutet, nunmehr gesetzgeberisch anerkannt ist. Eine dementsprechende Norm ist übrigens auch für die eigenmächtige Unterbrechung der Schwangerschaft ausgearbeitet worden, um dafür zu sorgen, daß bei der medizinisch indizierten und lege artis ausgeführten Schwangerschaftsunterbrechung die Eigenmächtigkeit nicht (wie bisher) dazu führt, daß der medizinisch völlig richtig handelnde Arzt tatbestandsmäßig als „Abtreiber“ oder als Engelmacher abgestempelt wird.

Hierüber hinaus aber, d. h. ganz unabhängig vom Problem ärztlicher Eigenmächtigkeit, ist es erforderlich, den Sinngehalt medizinisch gebotener und lege artis erfolgter Operationen aus jeglichem Zusammenhang mit Körperverletzung und Abtreibung zu lösen und damit in ihrer spezifisch medizinischen Eigenbedeutung zu erfassen; das soll durch besondere Bestimmungen darüber zum Ausdruck gebracht werden, daß ärztliche Schwangerschaftsunterbrechungen und Perforationen — immer die medizinische Richtigkeit vorausgesetzt — nicht nach der Bestimmung über „Abtreibung“ bzw. „Tötung“ „strafbar“, und daß — ganz entsprechend — „Eingriffe und andere Behandlungen, die nach den Erfahrungen der Heilkunde und den Grundsätzen eines gewissenhaften Arztes zu Heilzwecken erforderlich sind und vorgenommen werden, nicht als Körperverletzung strafbar sind“. Es hätte hier — dafür habe ich mich seit vielen Jahren eingesetzt — weiter gegangen und gesagt werden können, daß ärztliche Operationen, einschließlich der Schwangerschaftsunterbrechung und der Perforation, soweit sie medizinisch geboten und lege artis durchgeführt sind, überhaupt gar nicht dem Sinngehalt des Tatbestandes der Körperverletzung oder der Abtreibung oder auch der Tötung entsprechen können. Damit wäre nämlich zugleich das Problem der einwandfrei indizierten und durchgeführten, aber allen Erwartungen und Hoffnungen zum Trotz unglücklich, vielleicht sogar tödlich, verlaufenden Operation strafrechtlich gelöst worden. Die Strafrechtskommission hat in ihrer Mehrheit so weit nicht gehen wollen und hat die Frage nach der strafrechtlichen Bewertung eines zu schädlichen Folgen (Slehtum, Tod) führenden operativen Eingriffs der Rechtsprechung überlassen. So sehr ich das bedaure, glaube ich doch, daß schon die erwähnten Bestimmungen einen sehr großen Fortschritt bedeuten, aus der falsch orientierten gegenwärtigen Rechtslage grundsätzlich hinausführen und damit einer Rechtsprechung den Weg weisen, ja eine Rechtsprechung erzwingen werden, die auf diesem so schwierigen Gebiet allen berechtigten ärztlichen Ansprüchen wird genügen können.

Ich muß zum Schluß eilen und möchte nur noch bemerken, daß die Strafrechtskommission natürlich auch die bei der Schwangerschaftsunterbrechung interessierenden

Indikationsprobleme, daß sie auch das Sterilisationsproblem und die Problematik der künstlichen Insemination unter maßgeblicher Berücksichtigung medizinischer Gutachten ins Auge gefaßt hat. Bei der Schwangerschaftsunterbrechung schlägt die Strafrechtskommission nicht nur die Berücksichtigung der medizinischen, sondern auch die der ethischen Indikation vor, nicht aber die der sozialen Indikation. Daß allenthalben mit strengen Kautelen gearbeitet werden muß, versteht sich von selbst. Die Mitwirkung einer Gutachterstelle wird bei der medizinischen Indikation, gerade im Interesse der Ärzte selbst, erforderlich bleiben, im Falle ethischer Indikation (d. h. also in Notzuchs- und dgl. Fällen) wird die Interruption nur auf Grund gerichtlicher Zulassung vorgenommen werden dürfen. Das Sterilisationsproblem kann nach Auffassung der Kommission nur in einem — m. E. sehr nötigen — Sondergesetz mit allen seinen schwierigen Einzelfragen (Indikationsprobleme, Mitwirkung von Gutachterstellen usw.) gelöst werden, daher wird sich die Berechtigung zu einem sterilisierenden Eingriff aus dem künftigen Strafgesetzbuch nur insoweit ergeben, als es sich um einen sterilisierenden Eingriff aus strenger medizinischer Indikation handelt, da insofern nichts anderes gelten kann als bei medizinisch indizierten Operationen mit Organverlust überhaupt. Bezüglich der künstlichen Insemination sind die Beratungen noch nicht zum Abschluß gekommen, aber die grundsätzlich gegnerische Einstellung, namentlich gegen die heterologe Insemination, wie sie in den uns vorliegenden Gutachten aus medizinischen Kreisen zum Ausdruck gekommen ist, hat ihren Eindruck nicht verfehlt, so daß mit dem Vorschlag einer Bestimmung zu rechnen ist, die wohl nur die homologe Insemination unter strengen Kautelen, namentlich unter der Voraussetzung der Einwilligung der Frau und nur bei ärztlicher Ausführung, zulassen wird.

Meine Damen und Herren! Wenn ich nach 47jähriger, unablässiger Beschäftigung mit den arztrechtlichen Problemen die Bilanz ziehe, so besteht sie in der Erkenntnis, daß es keiner gesetzgeberischen Arbeit, mögen bei ihrer Vorbereitung ärztliche und juristische Kommissionen noch so eingehend und verständnisvoll zusammenarbeiten, jemals gelingen kann, alle arztrechtlichen Fragen so eindeutig und klar zu beantworten, daß jeder Arzt bei jedem ärztlichen Handeln mit Sicherheit wissen kann, wie sein Handeln rechtlich bewertet wird, sollte es zu einer gerichtlichen Entscheidung darüber kommen müssen. Aber ich glaube, daß weder Sie, meine Herren Ärzte, noch wir Juristen deshalb verzweifeln müssen. Themis und Asklepios sind Gottheiten, die beide nur das Wohl der Menschen wollen. Bleiben ihre Jünger der von diesen Gottheiten repräsentierten Lebenswerte eingedenk, so muß sich daraus von selbst das Bemühen um ein gegenseitiges Verständnis für die spezifischen Verantwortungen und Sorgen ergeben, die das berufliche Leben der Ärzte einerseits, der Juristen, insbesondere der Richter, andererseits ausfüllen. Ich hoffe, daß das aus den Arbeiten der Großen Strafrechtskommission hervorgehende Werk ein Zeichen dafür ist, daß es an diesem gegenseitigen Verständnis nicht fehlt.

Anschrift des Verfassers: Heidelberg, Bergstraße 43.

# Tyrospirol

- zum Gurgeln und Tuschieren
- baktericid, nicht sensibilisierend
- keine erhöhte Keimresistenz

LYSSIA - WERKE WIESBADEN



# Unfallversicherungsreform

Von W. V o n t z, Kassenärztliche Bundesvereinigung Köln

Die Bundesregierung hat dem Bundesrat den Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung des Rechts der gesetzlichen Unfallversicherung (Unfallversicherungs-Neuregelungsgesetz) vorgelegt, womit nach der Rentenreform ein weiterer großer Komplex des Sozialversicherungsrechtes abschließend neu geregelt werden soll.

Dieses Gesetz ist vorläufig die letzte Phase einer 90jährigen Entwicklung der gesetzlichen Unfallversicherung, beginnend mit ersten Ansätzen in der Reichsgewerbeordnung vom 21. Juni 1869 und im Reichshaftpflichtgesetz vom 7. Juni 1871, über das Unfallversicherungsgesetz vom 6. Juli 1884 und die Kodifizierung des Unfallversicherungsrechts in der Reichsversicherungsordnung vom 19. Juli 1911 hinweg in vielen Ergänzungs- und Änderungsbestimmungen dem sozialen und technischen Fortschritt angepaßt, bis zum Entwurf eines Unfallversicherungsgesetzes, mit dem bereits der 2. Bundestag versuchte, zu einem einheitlichen und den Plänen zur Sozialreform entsprechenden Unfallversicherungsrecht zu kommen. Die zum Schluß jeder Legislaturperiode chronische Zeitnot ließ es nicht mehr zu, die Vorlage im ganzen abschließend zu beraten. Als besonders dringlicher Teil des Entwurfes wurde vorweg nur noch das Gesetz zur vorläufigen Neuregelung von Geldleistungen in der gesetzlichen Unfallversicherung vom 27. Juli 1957 beschlossen. Die damals unerledigt gebliebenen Reformpläne sollen durch den vorliegenden Entwurf verwirklicht werden, dessen Aufgabe die Bundesregierung nach der Begründung darin sieht,

„auch diesen Sozialversicherungszweig der wirtschaftlichen Gegebenheiten und den gesellschaftlichen Erfordernissen der Gegenwart anzupassen, sein Leistungssystem noch besser und gerechter als bisher zu gestalten, der Wiederherstellung der Rechts- und Gesetzes Einheit in der gesetzlichen Unfallversicherung zu dienen und mit alledem einen weiteren großen Schritt zu tun auf dem Wege zu einem den Anforderungen unserer Zeit genügenden, umfassenden und in seinem Geiste wie in seiner Form einheitlichen deutschen Sozialversicherungsgesetz“.

Der Entwurf verbindet eine weitgehende Anlehnung an den bisherigen Inhalt des Dritten Buches der Reichsversicherungsordnung, in dem die Bestimmungen über die gesetzliche Unfallversicherung enthalten sind, mit einer Anpassung an das Vierte Buch der RVO in der Fassung der Rentenversicherungs-Neuregelungsgesetze. Die Zusammenfassung bisher verstreuter Vorschriften unter den allgemeinen Bestimmungen des 1. Teiles — dessen Umfang dadurch allerdings stark vergrößert wird — soll der Verbesserung der Systematik dienen.

Da immerhin etwa 700 Paragraphen neu geregelt werden sollen, muß sich dieser Aufsatz auf die Darstellung der für die Ärzte wichtigsten Punkte des Entwurfes beschränken.

## I.

1. Ihrer überragenden sozialpolitischen Bedeutung entsprechend wird die Unfallverhütung als erste Aufgabe der Unfallversicherung herausgestellt.

Der traditionelle Grundsatz der Unfallversicherung, die Wiederergliederung in das Arbeitsleben einer dauernden Rentenleistung vorzuziehen, kommt darin zum Ausdruck, daß die Unfallentschädigung in erster Linie auf die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit des Verletzten einschließlich Berufsfürsorge sowie auf Maßnahmen zur Miiderung der

Verletzungsfolgen, und erst in zweiter Linie auf Geldleistungen ausgerichtet ist. Das bisherige Leistungsrecht wird im wesentlichen unverändert übernommen. An Stelle der Bezeichnung „Krankenbehandlung“ tritt der neue Begriff „Heilbehandlung“. Neu ist ferner, daß die Hilfsmaßnahmen zugunsten eines Verletzten, der seinen früheren Beruf nicht wieder aufnehmen kann, sich auch auf eine neue Erwerbstätigkeit erstrecken können, der die Merkmale eines Berufes fehlen.

2. Nach geltendem Recht sind kraft Gesetzes versichert u. a. Helfer und Retter bei Unglücksfällen, gemeiner Gefahr oder Not, aber nur, wenn sie „ohne besondere rechtliche Verpflichtung“ handeln. Über das Bestehen solcher (den Unfallversicherungsschutz ausschließenden) Verpflichtungen ist es oft zu Streitigkeiten gekommen. Es ist daher zu begrüßen, daß nach § 539 Abs. 1 Nr. 9 des Entwurfes diejenigen, die bei solchen uneigennütigen Handlungen zu Schaden kommen, in jedem Falle Unfallversicherungsschutz erhalten sollen, auch, wenn es sich z. B. um die Rettung des Ehegatten oder eines eigenen Kindes handelt.

Dasselbe gilt auch für Blutspender.

Die Neuregelung dürfte auch für den bei Unglücksfällen oft als ersten zur Hilfe berufenen und manchen Gefahren ausgesetzten Arzt wichtig sein.

In § 539 Abs. 1 Nr. 12 wird der gesetzliche Versicherungsschutz auf ehrenamtliche Tätigkeit für Körperschaften des öffentlichen Rechts ausgedehnt. Damit werden neben den — z. B. als Sozialrichter — ehrenamtlich tätigen Ärzten vor allem endlich die vielen Ärzte einwandfrei gesetzlich gegen Unfall versichert, die sich für ihre Berufskörperschaften ehrenamtlich betätigen.

3. Für Ärzte, Heilpraktiker, Zahnärzte, Dentisten und Apotheker bleibt es nach § 540 bei der gesetzlichen Versicherungsfreiheit. Voraussetzung hierfür war bisher die Ausübung einer freiberuflichen Tätigkeit, was aber bei den Heilpraktikern und den Apothekern zu Abgrenzungsschwierigkeiten geführt hat. Deshalb wird das Merkmal des freien Berufes durch selbständige Berufstätigkeit ersetzt.

4. Es bestand Streit darüber, ob die gesetzliche Versicherungsfreiheit bestimmter Personengruppen (siehe oben) mit der Möglichkeit freiwilliger Versicherung zu vereinbaren sei. In der Begründung zu § 540 des Entwurfes wird diese Frage positiv geklärt. Hier wird ausdrücklich die Möglichkeit der freiwilligen Unternehmensversicherung nach § 545 für freipraktizierende Ärzte erwähnt.

5. Nach geltendem Recht trägt die gesetzliche Krankenversicherung für ihre Versicherten während der ersten 45 Tage nach dem Unfall im Rahmen ihrer üblichen Leistungen die Aufwendungen für Heilverfahren und wiederkehrende Geldleistungen an den Verletzten, sofern nicht der Unfallversicherungsträger selbst Aufwendungen für Heilbehandlung der Verletzten gemacht hat, bei denen keine Arbeitsunfähigkeit eingetreten ist. Mit dem 45. Tage war also die Leistungspflicht der Krankenversicherung erloschen, während sie in Zukunft entsprechend der vorgesehenen Änderung des § 1504 RVO die Kosten der Krankenpflege nach § 182 Abs. 1 Nr. 1 RVO — also die gesamte ambulante Behandlung — unbegrenzt tragen soll. Das war auch ursprünglich in den Referentenentwürfen des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung vorgesehen, aber alle anderen Kosten soll-

ten vom ersten Tage an zu Lasten der Unfallversicherung gehen. Jetzt soll die Krankenversicherung für Krankenhausbearbeitung, Krankengeld usw. auch noch bis zum 18. Tage — statt, wie bisher, bis zum 45. Tage und, wie gesagt, unbegrenzt für die ambulante Behandlung aufgenommen. In der Übertragung der unbegrenzten ambulanten Behandlung liegt gewiß eine zusätzliche Belastung der Krankenversicherung, der in der Herabsetzung der 45-Tage-Frist auf 18 Tage keine entsprechende Entlastung gegenübersteht. Die Krankenversicherung hat zwar in Zukunft nach dem 18. Tage kein Krankengeld und keine stationäre Behandlung mehr zu bezahlen, aber das war bisher auch schon nicht so schwerwiegend, weil beim größten Teil dieser schwereren Fälle die Berufsgenossenschaften sowieso die Heilbehandlung selbst übernommen haben, womit die Leistungspflicht der Krankenversicherung entfiel.

Das seitens der Krankenversicherung angestrebte Ziel, nämlich die Gewährung des vollen Kostenersatzes durch die Unfallversicherung, dürfte bei der vorgesehenen Lösung verfehlt sein.

Nach der Begründung der Bundesregierung dient diese Regelung

„einer klaren Abgrenzung des von den Unternehmern zu tragenden Unfallrisikos. Sie beschränkt einerseits die mit der Abrechnung verbundene Verwaltungsarbeit auf das Maß des Unerläßlichen und trägt andererseits dem Gedanken Rechnung, daß die Lasten aus Unfallschäden in erster Linie von den Unternehmern finanziert werden sollen. Dabei wird zugleich berücksichtigt, daß die Unfallversicherung nicht nur Risiken trägt, die den Unternehmern zuzurechnen sind, sondern z. B. auch Wegeunfälle. Es erscheint daher billig, auch die Versicherten über die Krankenversicherungsbeiträge zu bescheidenen Anteilen an den Lasten der Unfallversicherung zu beteiligen“.

Was die Versicherten bzw. die Gewerkschaften zu diesen „bescheidenen Anteilen“ sagen werden, bleibt abzuwarten.

Der in diesem Zusammenhang gehörende § 556 des Entwurfes übernimmt die bisherige Regelung von Ansprüchen der Versicherten gegen die Versicherungsträger mit dem Ziel der Verhinderung einer Geltendmachung gleichartiger Ansprüche aus beiden Versicherungsarten. Solange die Krankenversicherung leistet, hat der Versicherte keine weitgehenden Ansprüche gegen die Unfallversicherung. Hat diese die Heilbehandlung selbst übernommen, sind die Ansprüche des Versicherten gegenüber der Krankenversicherung erloschen.

## II.

Für den Gesetzgeber ist es in den meisten Fällen weder möglich noch zweckmäßig, die Einzelheiten der Durchführung eines Gesetzes im Gesetz selbst zu regeln. Gegen eine Ermächtigung für die Exekutive, die Durchführung in Form von Verordnungen usw. zu bestimmen, ist des-

halb normalerweise nichts einzuwenden. Solche Ermächtigungen müssen aber so bestimmt sein, daß die der Exekutive für ihre Durchführungstätigkeit gesetzten Grenzen jedem Betroffenen klar erkennbar sind. Das Bundesverfassungsgericht hatte in dieser Beziehung kürzlich Anlaß zu einigen bemerkenswerten Entscheidungen.

Der Entwurf des Unfallversicherungs-Neuregelungsgesetzes enthält nun in Form gesetzlicher Ermächtigungen bzw. Aufträge einige Bestimmungen, die zu einer sehr kritischen Betrachtung herausfordern.

1. Nach geltendem Recht kann die Bundesregierung durch Verordnung bestimmte Krankheiten als Berufskrankheiten bezeichnen, auf welche dann die Vorschriften der Unfallversicherung anzuwenden sind. Bisher wurden fünf solcher Verordnungen erlassen, und die Liste der Berufskrankheiten nennt 42 Krankheiten. Diese Liste hat sich — besonders bei der Klärung des Ursachenzusammenhangs — bewährt und soll beibehalten werden. Die Bundesregierung

„wird ermächtigt, in der Rechtsverordnung solche Krankheiten zu bezeichnen, die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkungen verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre Arbeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind; sie kann dabei bestimmen, daß die Krankheiten nur dann Berufskrankheiten sind, wenn sie durch die Arbeit in bestimmten Unternehmen verursacht worden sind“.

In einer Zeit stürmischer technischer Entwicklung und dementsprechender Anpassung der Arbeitsbedingungen tauchen immer wieder neue Krankheiten auf, die sich einwandfrei auf berufliche Einwirkungen zurückführen lassen, nach dem Unfallversicherungsrecht aber nicht entschädigt werden können, weil sie noch nicht in die Liste der Berufskrankheiten aufgenommen wurden. Voraussetzung hierfür ist nun einmal exakte wissenschaftliche Klärung, und danach wird bis zur Verkündung der Verordnung auch noch eine gewisse Zeit benötigt. Hieraus sind viele Härten entstanden, die in Zukunft vermieden werden können, weil in § 551 Abs. 2 des Entwurfes den Versicherungsträgern die Berechtigung gegeben werden soll, auch andere, nicht in der Liste aufgeführte berufsbedingte Erkrankungen wie Berufskrankheiten zu entschädigen. Die fortschrittliche Tendenz dieses § 551 endet leider im 4. Absatz, nämlich dort, wo unmittelbar die ärztliche Schweigepflicht betroffen wird. Die Bundesregierung soll ermächtigt werden, durch Rechtsverordnung die Anzeigepflicht der Ärzte bezüglich festgestellter Berufskrankheiten neu zu regeln, die zur Zeit auf der in veränderter Form noch gültigen 3. Verordnung über die Ausdehnung der Unfallversicherung auf Berufskrankheiten vom 16. Dezember 1936 beruht. Hier handelt es sich nicht etwa um Anzeigepflicht für einen Arzt, der wegen einer Berufskrankheit konsultiert wird, sondern für jeden Arzt, der anlässlich irgendwelcher Untersuchungen oder Behandlungsmaßnahmen zur Feststellung oder Vermutung einer Berufskrankheit kommt.

**Stas**

Tube zu 18 g  
DM 1.45 o. U.

*Stada*

**Das percutane Expectorans**

Nachdem diese Verordnung nun schon 22 Jahre alt ist und sich die dem Persönlichkeitsrecht des Grundgesetzes entsprechende Auffassung von der ärztlichen Schweigepflicht mittlerweile bis zum Bundesfinanzhof durchgesetzt hat, ist es wohl nicht unbillig, zu erwarten, daß die neue Rechtsverordnung Anzeigepflicht und Schweigepflicht in Einklang bringt, — etwa derart, daß die Anzeige vom Einverständnis des Patienten abhängig gemacht wird, wie die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung es dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung bereits vorgeschlagen haben.

2. An die Stelle der §§ 848 ff. RVO über Unfallverhütung und Erste Hilfe sollen die neuen §§ 708 bis 720 treten. Es ist beabsichtigt, die Bestimmung des § 848, nach der die Genossenschaften „für eine wirksame erste Hilfe“ bei Verletzungen zu sorgen haben, in § 720 präziser zu fassen:

„Die Berufsgenossenschaften haben die Unternehmer anzuhalten, in ihren Unternehmen eine wirksame erste Hilfe bei Arbeitsunfällen sicherzustellen.“

Wenn man sich dann die §§ 708 bis 719, auf die anschließend ganz unscheinbar verwiesen wird, etwas näher ansieht, stellt sich heraus, daß die Vertreterversammlung der Berufsgenossenschaft Vorschriften erläßt über Einrichtungen, Anordnungen und Maßnahmen, welche die Unternehmer zu treffen haben, und über das Verhalten, das die Versicherten zu beobachten haben. Die Tatsache, daß diese Vorschriften der Genehmigung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung bedürfen, ändert nichts daran, daß in ihnen sehr vieles enthalten sein kann, was sich aus der Ermächtigung jetzt noch nicht herauslesen läßt. Von der Unbestimmtheit dieser Ermächtigung abgesehen, ist es doch sehr bedenklich, daß die Befugnis zum Erlass der Vorschriften und die ihre Befolgung garantierende Strafgewalt bei den Berufsgenossenschaften praktisch in einer Hand liegen, deren Vorstand Ordnungsstrafen bis zu 10 000 DM verhängen kann.

3. In § 557 werden die früheren Bestimmungen über den Umfang der Heilbehandlung zusammengefaßt, und der für die Ärzteschaft bedeutendste Punkt des ganzen Gesetzes ist der ergänzende zweite Absatz dieses Paragraphen:

„Die Träger der Unfallversicherung haben alle Maßnahmen zu treffen, durch die eine möglichst bald nach dem Arbeitsunfall einsetzende schnelle und sachgemäße Heilbehandlung, insbesondere auch — soweit nötig — eine fachärztliche oder besondere unfallmedizinische Versorgung gewährleistet wird.“

Hiermit soll gemäß der Begründung „der Selbstverwaltung der Unfallversicherungsträger die gesetzliche Grundlage zur Durchführung ihrer zahlreichen wichtigen Einzelaufgaben auf diesem Gebiet, wie beispielsweise der Errichtung von Unfallkrankenhäusern“

gegeben werden.

Diese sehr auslegungsfähige Bestimmung ist nichts anderes als die Ermächtigung für die Unfallversicherungsträger, ohne jede Bindung an vertragliche Vereinbarungen mit der Ärzteschaft das gesamte Heilverfahren, insbesondere auch das Durchgangsarztverfahren nach eigenem Ermessen zu regeln und zu handhaben, und zwar diesmal auf gesetzlicher Basis, während die entsprechende Bestimmung zur Zeit noch § 33 Abs. 1 der Verordnung über Krankenbehandlung und Berufsfürsorge in der Unfallversicherung vom 14. November 1928 ist.

Ursprünglich begründete § 558 RVO u. a. lediglich die Verpflichtung der Berufsgenossenschaften zur Gewährung von Krankenbehandlung. Erst durch Gesetz vom 14. Juli 1925 wurden in einem ergänzenden § 558 a die Ziele der Krankenbehandlung festgelegt und der für die Unfallverletzten so wichtige Unterschied des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens, für das „alle geeigneten Mittel“ einzusetzen sind, gegenüber den gemäß § 182 Abs. 2 RVO auf das „Zweckmäßige und Notwendige“ beschränkten Leistungen der allgemeinen Krankenversicherung geschaffen. Der praktischen Durchführung dieses erweiterten berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens diente die Verordnung vom 14. 11. 1928, aber bereits vorher hatte das Reichsversicherungsamt in § 1 der Bestimmungen vom 12. Oktober 1926 (später wörtlich übernommen in die Bestimmungen des Reichsversicherungsamtes vom 19. Juni 1936) eine entsprechende Vorschrift erlassen.

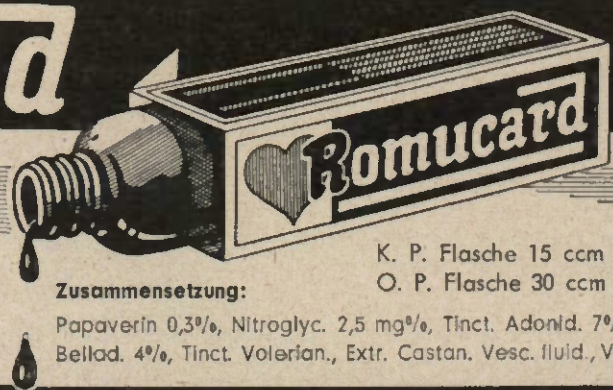
Die Berufsgenossenschaften haben aber schon früh erkannt, daß die Vorschriften des Reichsversicherungsamtes und die Verordnung von 1928 ohne Mitwirkung der Ärzteschaft wohl nicht die schnelle und erfolgreiche Durchführung der Heilverfahren garantierten. Ohne jede gesetzliche Verpflichtung vereinbarten sie — nach einem ersten Abkommen von 1921 — am 15. Juni 1929 das Abkommen des Verbandes der deutschen gewerblichen Berufsgenossenschaften mit dem alten Hartmannbund und dem Deutschen Ärztevereinsbund. Die Vertragsbeziehungen wurden später mit der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands fortgesetzt, das Abkommen mehrfach geändert und ergänzt. Nach Inkrafttreten des Gesetzes über Kassenarztrecht vom 17. August 1955 hat der Bundesminister für Arbeit die tatsächliche Entwick-

# Romucard

Das vorzügliche Herztonicum mit spasmolytischer Wirkung



**Indikation:**  
 Altersherz  
 Zirkulationsstörungen  
 Hypertonie  
 nervöse und  
 krampfartige  
 Herzbeschwerden



K. P. Flasche 15 ccm DM 1.60  
 O. P. Flasche 30 ccm DM 2.60

**Zusammensetzung:**

Papaverin 0,3%, Nitroglyc. 2,5 mg%, Tinct. Adonid. 7%, Tinct. Bellad. 4%, Tinct. Valerian., Extr. Castan. Vesc. fluid., Vit. B<sub>1</sub> u. C

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



lung dadurch anerkannt, daß er durch Verfügung vom 1. September 1955

„dem Vertragsabschluß (Anm. d. Verf.: der Kassenärztlichen Bundesvereinigung) mit Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung über ärztliche Behandlung Unfallverletzter“

als einer weiteren Aufgabe der Ärztlichen Versorgung gemäß § 368n Abs. 1 Satz 4 zustimmte.

Nach einer solchen Entwicklung in der Praxis kann man sich nur wundern, daß die Bundesregierung jetzt in § 557 Abs. 2 die den Unfallversicherungsträgern durch die Verordnung von 1928 gewährte Blankovollmacht auf gesetzlicher Grundlage erneuern will, während man hätte erwarten dürfen, daß endlich die in einer über drei Jahrzehnte hinweggehenden Entwicklung entstandenen und bewährten tatsächlichen Verhältnisse legalisiert worden wären. Dieses Beharren auf einem Standpunkt, der die Berufsgenossenschaften uneingeschränkt „Herren im Hause“ bleiben läßt, ist nicht recht zu verstehen, wenn man sich fragt, wie die Unfallversicherungsträger wohl ohne Mitwirkung der Ärzteschaft ihren Aufgaben gerecht werden könnten.

Es ist der Wunsch der Ärzteschaft, im Gesetz die Grundlage für eine vertragliche Regelung mit den Unfallversicherungsträgern zu finden, und man kann nur hoffen, daß der Gesetzgeber sich diesem wichtigen Anliegen der Ärzteschaft nicht verschließt — zum Wohle der Versicherten und nicht zuletzt auch zum Nutzen der Versicherungsträger.

Übrigens war in dem ersten Referentenentwurf in Verbindung mit der auch jetzt noch in § 564 vorgesehenen Ermächtigung der Bundesregierung zur Regelung der Ausstattung mit Prothesen usw. durch Rechtsverordnung auch eine Ermächtigung enthalten, nach welcher der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung Vorschriften über Art und Umfang der Heilbehandlung erlassen sollte — ein Musterbeispiel für eine zu allgemein und unbestimmt gefaßte Ermächtigung. Hiergegen haben die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung Bedenken geltend gemacht, und die Ermächtigung ist dann auch in dieser Form nicht wieder aufgetaucht — vielleicht deshalb, weil sie nun in dem weit gezogenen Rahmen des § 557 Abs. 2 mit enthalten sein soll. Der Unterschied wäre lediglich, daß in diesem Falle an Stelle eines Bundesministers die Berufsgenossenschaften ermächtigt wären. Wenn man aus § 557 Abs. 2 auch nicht expressis verbis die Berechtigung der Berufsgenossenschaften zur Bestimmung der Krankenhäuser für die Behandlung der Unfallverletzten

## Freies Wochenende

21./22. Februar

entnehmen kann, so wäre doch auch das aus einer so dehnbaren Formulierung herauszulesen, zumal die Berufsgenossenschaften diese Berechtigung schon immer aus § 1 der Bestimmungen des RVA vom 19. 6. 1936 und § 33 Abs. 1 der Verordnung des Reichsarbeitsministers vom 14. 11. 1928 abgeleitet haben. (Vergleiche hierzu auch: Abkommen Ärzte — Berufsgenossenschaften v. 1. 1. 1956 i. d. F. v. 13. 9. 1957, 2. Auflage, S. 17, zu 6.) Während der Vorarbeiten zum Entwurf des Unfallversicherungsgesetzes der 2. Legislaturperiode hat auch eine entsprechende ausdrückliche gesetzliche Ermächtigung zur Debatte gestanden — vgl. die Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in den „Ärztlichen Mitteilungen“ 1956, Heft 22, S. 572 ff.

Bei einem Vergleich dieses Gesetzentwurfes mit der bisherigen Gesetzgebung finden sich Abweichungen von politischen Grundsätzen. Im Gesetz über Kassenarztrecht hat sich der Gesetzgeber durch Senkung der Verhältniszahl zur freien Arztwahl bekannt. Hiervon soll anscheinend die Unfallversicherung unberührt bleiben, obwohl der Personenkreis in beiden Versicherungsarten weitgehend der gleiche ist, der aber bezüglich der Wahl der Ärzte seines Vertrauens ungleich behandelt wird, je nachdem, ob es sich um Arbeitsunfall oder sonstige Krankheit handelt.

Eine weitere Ungleichheit der Arztwahl liegt darin, daß der gemäß § 543 des Entwurfes kraft Satzung versicherte Unternehmer nach § 624 das Recht hat, seine Behandlung selbst zu wählen. Wenn das auch inhaltlich die Übernahme von § 559 1 RVO ist, der seit dem 17. Februar 1939 besteht, seit einer Zeit also, in der die Arbeitnehmer noch nicht an der Selbstverwaltung der Unfallversicherung beteiligt waren, so könnte es unter dem heute auch die Unfallversicherung beherrschenden Gedanken der paritätischen Selbstverwaltung ein Ausgangspunkt dafür werden, die Möglichkeiten für die Arztwahl des Arbeitnehmers derjenigen des Unternehmers anzugleichen oder doch anzunähern.

Bei allen  
Erkrankungen  
der Atmungs-  
organe

# ANTIBEX

## SIMPLEX · FORTE · CUM EPHEDRINO

125 ccm enthalten  
50 mg Dihydrokodein

PAUL LAPPE · CHEM. PHARM. FABRIK · BENSBERG-KÖLN

## DER AKTUELLE BRIEF

### Reform der sozialen Krankenversicherung auf dem Rücken der Ärzte?

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Im letzten Heft gab ich Ihnen einen Überblick über den Inhalt des Referentenentwurfs und versuchte dabei auch einige Punkte kritisch zu beleuchten.

Am 14. Januar 1959 traten die Vorstände der ärztlichen Spitzenorganisationen (Bundesärztekammer, Kassenzentralverband, Marburger Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte) zu einer Beratung zusammen und beschlossen eine erste kurzgefaßte Stellungnahme zu diesem Entwurf. Der Wortlaut der Stellungnahme wurde verschiedentlich veröffentlicht. Ich möchte ihn aber der Vollständigkeit halber nachstehend noch einmal wiedergeben:

„Sie (die Vorstände) haben nach sorgfältiger Prüfung festgestellt, daß der Entwurf begrüßenswerte Gesichtspunkte für eine Verbesserung des gegenwärtigen Rechts erkennen läßt, z. B. hinsichtlich

einer besseren Abgrenzung des Versichertenkreises,

eines verbesserten Schutzes bei schweren und langdauernden Krankheiten,

sowie in dem Bestreben, den Versicherten die freie Arztwahl unter allen freipraktizierenden Ärzten zu ermöglichen.

Daneben finden sich aber in dem vorliegenden Entwurf zahlreiche Vorschläge, die einer gründlichen Prüfung und Überarbeitung bedürfen, z. B. hinsichtlich

des vertrauensärztlichen Dienstes, seiner Organisation und seiner Aufgaben,

der Bestimmungen über die Versorgung der Versicherten mit Arzneimitteln,

des erheblich gesteigerten Verwaltungsaufwandes bei Arbeitgebern, Krankenkassen und Ärzten, sowie der im Grundsatz zu begrüßenden Maßnahmen der Vorsorgehilfe.

Entschieden lehnt die Ärzteschaft den Versuch ab, die von Bundestag, Bundesrat und Bundesregierung stets geförderte Selbstverwaltung der Krankenkassen und der Ärzte und deren Zusammenarbeit, die im Rahmen des geltenden Rechts Vorbildliches für den Gesundheitsschutz der Bevölkerung geleistet und deren Versorgung auch in Krisenzeiten sichergestellt haben, praktisch auszulöschen und durch obrigkeitliche Lenkung zu ersetzen. Hierunter fallen auch die Bestimmungen über die vorgesehene Einheitsgebührenordnung für die soziale Krankenversicherung und die unzumutbare Erschwerung des Abrechnungswesens sowie die Vorschläge, durch die das Orga-

nisations- und Leistungsrecht der Krankenkassen im Sinne einer Einheitsversicherung so gleichgeschaltet wird, daß für eine wirksame Selbstverwaltung in Selbstverantwortung der Versicherungsgemeinschaften kein Raum mehr bleibt.

Abgelehnt wird auch die im Entwurf vorgesehene gesetzliche Aufhebung der ärztlichen Schweigepflicht.

Abgelehnt wird schließlich die vorgesehene Form der Beteiligung der Versicherten an den Arztkosten (Inanspruchnahmegebühr). Diese Regelung ist sozialpolitisch ungerecht, gesundheitspolitisch gefährlich und verwaltungsmäßig undurchführbar. Sie ist ferner mit einer vorbeugenden Gesundheitspflege nicht vereinbar und stärkt nicht die Selbstverantwortung der Versicherten.

Angesichts der schweren Mängel, von denen einige vorstehend aufgezeigt wurden, wird der Referentenentwurf in seiner vorliegenden Form nicht als eine geeignete Grundlage für die Reform der sozialen Krankenversicherung angesehen. Die Verbände werden zu gegebener Zeit detailliert Stellung nehmen und Gegenvorschläge machen.“

Die im Schlußabsatz enthaltene Feststellung, der Referentenentwurf werde in seiner vorliegenden Form nicht als geeignete Grundlage für die Reform der sozialen Krankenversicherung angesehen, ist sicherlich ein hartes Wort. Man war aber nach sehr langen und eingehenden Beratungen zu der Überzeugung gekommen, daß eine schwächere oder verbindlichere Formulierung nicht vertreten werden könnte. Am Freitag, den 30. Januar 1959 versammelten sich die genannten Vorstände neuerdings, um über eine detaillierte Begründung ihrer Ablehnung zu beraten. Die Arbeitsunterlage für diese Sitzung war von den ärztlichen Geschäftsführungen und Rechtsabteilungen der Bundesärztekammer, der Kassenzentralen Bundesvereinigung und des Hartmannbundes erarbeitet worden. Wenn die Vorstände der Verbände und Körperschaften trotzdem nach fast eine volle Nacht gemeinsam an den endgültigen Formulierungen arbeiteten, so mag das zeigen, mit welchem großem Verantwortungsgefühl diese schwere Aufgabe erfüllt wurde. Ich glaube, daß das Arbeitsergebnis die Zustimmung aller Arztgruppen finden kann, auch wenn der eine Abschnitt bei diesen, der andere bei jenen einige Bedenken auslösen wird. Es gibt nun einmal Fragen, in denen ganz natürlicherweise verschiedene Auffassungen vertreten werden können, wobei ich die Zulassung, die Art der Honorierung oder die Frage der Selbstbeteiligung nur als Beispiel erwähnen möchte. Diese verschiedenen Auffassungen stehen

aber – und das soll besonders hervorgehoben werden – nicht gegeneinander sondern nebeneinander. Das ist kein Wartspiel, sondern ein entscheidender Unterschied. Die gemeinsamen Beratungen waren in jeder Phase von dem Willen getragen, die Argumente des anderen zu verstehen, sie gegen die eigene Meinung abzuwägen und nach einem gemeinsam gangbaren Weg zu suchen. Daß dazu jede Gruppe das ihre beitragen mußte, liegt auf der Hand. Es wird sich aber immer wieder erweisen, daß das „Such-auf-einer-Mitte-finden“ der beste Weg für eine Fortentwicklung ist. Wenn aus solchen Beratungen kein Verband und keine Gruppe als absoluter Sieger hervorgeht, dann gibt es trotzdem oder besser gesagt gerade deshalb einen glücklichen Gewinner: die Gesamtarzteschaft Deutschlands. Diese Überlegungen sollten uns auch dann leiten, wenn wir nunmehr an die Erarbeitung von Gegenvorschlägen herangehen. Diese Arbeit könnte gefährlich gestört werden, wenn eine der beteiligten Gruppen die „Mitte“, auf der man sich treffen kann, allzuweit auf ihrer eigenen Seite sehen sollte. Machen wir uns nichts vor. Es liegt ein Weg vor uns, der alles andere als bequem und erfreulich sein wird. Wenn wir an jeder Gefohrenstelle immer wieder zusammenstehen und sie gemeinsam zu überwinden trachten, dann schadet es durchaus nichts, wenn sich zwischendurch der Black etwas lockert und jede Gruppe einmal ihre eigene Melodie pfeift.

Eines darf ich zur Klärung und Beruhigung bei dieser Gelegenheit herausstellen: Es handelt sich immer noch um einen Referenten-Entwurf und nicht um einen Regierungsentwurf. Im Laufe des Februar verhandeln die Referenten des Bundesministeriums für Arbeit mit den verschiedensten Körperschaften und Verbänden, die an der Reform der sozialen Krankenversicherung direkt beteiligt oder interessiert sind. Es kann angenommen werden, oder ist zu mindest zu hoffen, daß nach Abschluß dieser Beratungen die Referenten des Ministeriums ihren Entwurf noch einmal überprüfen, um gegebenenfalls den bis dorthin vorgebrachten Einwänden Rechnung zu tragen. Wie weit sie dazu bereit sein werden, läßt sich natürlich noch nicht vorhersagen. Sicher ist aber, daß erst nach dieser Überprüfung der Entwurf vom Minister dem Bundeskabinett vorgelegt wird, um so, wenn ihm das Kabinett zustimmt, zum Regierungsentwurf zu werden. Der weitere Weg führt dann zum Bundesrat, und erst wenn dieser seine Stellungnahme abgegeben hat, zum Bundestag, dessen Ausschüsse sich sicher sehr intensiv mit der Materie werden beschäftigen müssen.

Es wird also noch viel Wasser den Rhein hinabfließen, bis aus dem Entwurf ein Gesetz entsteht. Wir können nur hoffen, daß auch noch recht viel von dem, was jetzt im Referentenentwurf enthalten ist, in seinen Fluten versinken möge.

Dr. Sewering

## MITTEILUNGEN

### Erstes Ministerium für Arbeit, Wohlfahrt und Gesundheitswesen!

Neben den 3 Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen, die traditionsgemäß über eigene selbständige Gesundheitsverwaltungen verfügen, wogegen in den übrigen Bundesländern das Gesundheitswesen unterschiedlich in den Innen- bzw. Sozialministerien untergebracht ist, hat jetzt die neue hessische Regierung unter Führung der SPD als erste im Bundesgebiet ein Ministerium für Arbeit, Wohlfahrt und Gesundheitswesen durch Kabinettsbeschuß geschaffen. Erster Gesundheitsminister, in dessen Aufgabenbereich die Volksgesundheitspflege gleichberechtigt neben den anderen Sozialaufgaben der Arbeitspolitik und Wohlfahrt rangiert, ist der ehemalige nordrhein-westfälische Sozialminister Heinrich Hemsath. Einen kurzfristigen Vorläufer vor Gründung der Bundesrepublik hatte Minister Hemsath in dem ehemaligen Gesundheitsminister von Schleswig-Holstein, Kurt Pohle, SPD. Pohle ist heute als Bundestagsabgeordneter durch die seinerzeitige Tätigkeit als Gesundheitsminister noch eng mit allen Fragen der Gesundheitspflege verbunden. —

Der Beschluß des hessischen Kabinetts geht nicht zuletzt auf eine Stellungnahme des Landesverbandes Hessen der Arbeitsgemeinschaft sozialistischer Ärzte und Apotheker zurück, der sich in einem Schreiben vom 15. 1. 1959 u. a. in folgendem Sinne geäußert hat:

„... Die Arbeitsgemeinschaft sozialdemokratischer Ärzte begrüßt die Bildung eines eigenen Ministeriums für Arbeit und Soziales. Sie ist der Auffassung, daß angesichts der engen Verflechtung der Aufgaben der Gesundheits-sicherung mit den übrigen sozialen Leistungen die Einbeziehung der Abteilung Gesundheitswesen in das neue Ministerium sachlich begründet und von Vorteil ist. Alfred Grötjahn, der Begründer der Sozialmedizin in Deutschland, hatte bereits im Jahre 1922 unter Zustimmung des Augsburger Parteitages der SPD ein Ministerium für Soziale Sicherung, Gesundheitswesen und Bevölkerungspolitik gefordert.

Um aber dem Gesundheitswesen auch staatspolitisch die ihm heute zukommende Bewertung zu verschaffen, halten wir es für geboten, das neue Ressort zu bezeichnen „Ministerium für Arbeit, Sozial- und Gesundheitswesen“.

Dafür spricht nicht nur, daß der Gesundheitspolitik heute eine eigenständige Funktion innerhalb der Gesamtpolitik zukommt, sondern auch die Tatsache, daß dem Gesundheitswesen notwendigerweise auch eine Reihe von Aufgaben der Gefahrenabwehr, die dem Sozialwesen fremd sind, obliegen (Seuchenpolizei, allgemeine Medizinalpolizei, Lebensmittelüberwachung). Schließlich darf auch nicht verkannt werden, daß die Maßnahmen der Gesundheitssicherung sich an alle Bevölkerungskreise richten, während die Sozialpolitik vornehmlich die Teile der Gesellschaft mit ihren Maßnahmen erreichen will, die aus eigener Kraft nicht in der Lage sind, sich gegen bestimmte soziale Risiken zu sichern. Die Arbeitsgemeinschaft sozialdemokratischer Ärzte für das Land Hessen sieht in einer solchen, auch nach außen dokumentierten Verbreiterung der Aufgabenstellung des neuen Ministeriums einen politisch wirkungsvollen Hinweis auf die fortschrittliche Zielsetzung der neuen Hessischen Landesregierung.“ (Sozialist. Med. Pressedienst)

Zu dem obigen Schritt der hessischen Regierung bemerkt das „Hessische Ärzteblatt“ in seiner Januar-Nummer, daß die Kammern der Heilberufe in Hessen nach Bekanntgabe der Ausgliederung der Abteilung Öffentliches Gesundheitswesen aus dem Innenministerium in das neu errichtete Ministerium für Arbeit und Sozialordnung einen weiteren Schritt unternahmen und das nachfolgende Telegramm an den Herrn Hessischen Ministerpräsidenten Dr. h. c. Georg August Zinn richteten:

„Die unterzeichneten Kammern der Heilberufe haben mit Bestürzung davon Kenntnis erhalten, daß die dem

Innenminister unterstehende Abteilung „Gesundheitswesen“ in das neu errichtete Ministerium für Arbeit und Sozialordnung eingegliedert werden soll.

Die überragende Bedeutung des Gesundheitswesens steht außer Zweifel, seine organische Einfügung in das Aufgabengebiet des Innenministeriums entspricht nicht nur Überlegungen des Verwaltungsaufbaues, sondern der Tradition des Landes Hessen.

Wir bitten deshalb die Kammern der Heilberufe zu diesem Vorhaben zu hören. Eine Denkschrift zu unserem Anliegen werden wir Ihnen und der Öffentlichkeit unseres Landes in Kürze unterbreiten“.

Unterzeichnet ist das Telegramm von den Präsidenten der Landesärztekammer, Landes Zahnärztekammer, Landesapothekerkammer und Landestierärztekammer.

### Strahlenschutzärzte

Zum Antrag der SPD-Fraktion betr. Überwachung radioaktiver Verseuchung nahm Bundesminister Prof. Dr.-Ing. Siegfried Balke u. a. wie folgt Stellung: „Bereits seit 1954 wird unter finanzieller Förderung durch das Bundesministerium des Innern vom Deutschen Roten Kreuz ein Strahlenschutz-Ausbildungsprogramm durchgeführt. Die Lehrgänge finden ausschließlich in Universitätsinstituten statt und unterstehen Prof. Dr. Langendorff im Radiologischen Institut der Universität Freiburg im Breisgau und Prof. Dr. von Braunbehrens, Institut und Poliklinik für physikalische Therapie und Röntgenologie der Universität München. Zu diesen Lehrgängen werden Röntgenologen und radiologisch vorgebildete Ärzte zugelassen. Nach dieser Ausbildung werden im Rahmen einer Arbeitsgemeinschaft für DRK-Strahlenschutzärzte Fortbildungskurse gehalten. Bis zum Ende des laufenden Rechnungsjahres sind 121 DRK-Ärzte im Strahlenschutz ausgebildet. Für das Jahr 1959 ist die Ausbildung von weiteren 50 Ärzten geplant. — Neben der DRK-Ausbildung, die sich im übrigen auch auf Personen physikalisch-technischer Berufszweige erstreckt, werden Lehrgänge für die Ausbildung von Ärzten des öffentlichen Gesundheitsdienstes im Strahlenschutz vorbereitet. In die Lehrpläne der Akademie für Staatsmedizin sind im Einvernehmen mit den Ländern Strahlenschutzvorträge eingefügt worden. Ferner ist sichergestellt, daß in der Bundesdienststelle für zivilen Bevölkerungsschutz die Amtsärzte durch Lehrgänge im Strahlenschutz unterrichtet werden, soweit diese Ausbildung von den Ländern nicht selbst übernommen wird. Das Bundesministerium für Atomkernenergie und Wasserwirtschaft hat die Ausbildung von Strahlenbiologen und Strahlenschutzärzten durch Gewährung von Beihilfen zur Teilnahme an in- und ausländischen Kursen, wissenschaftlichen Konferenzen und Studienaufenthalten, insbesondere in England, in den Vereinigten Staaten von Amerika und Japan gefördert. Wenn die gesetzlichen Voraussetzungen für die Kompetenz des Bundes zur Regelung des Strahlenschutzes vorliegen, wird die Bundesregierung in enger Zusammenarbeit mit den Ländern der „Ausbildung der Ausbilder“ sowie des medizinischen und technischen Überwachungspersonals überhaupt verstärkte Aufmerksamkeit widmen können.“ ID/bay

Die Errichtung eines zentralen Blutspendedienstes in Bayern soll nach einem Beschlusse des Finanz- und Haushaltsausschusses des Bayer. Senates geprüft werden. Die Bayer. Staatsregierung wird gebeten, die in dieser Richtung mit dem Bayer. Roten Kreuz aufgenommenen Verhandlungen beschleunigt zum Abschluß zu bringen. — Senator Dr. Eppig hatte zur Begründung ausgeführt, daß ein echtes Bedürfnis für die Errichtung eines solchen zentralen Blutspendedienstes in Bayern bestehe. Unter Hinweis auf ein Gutachten verschiedener Münchner Universitätskliniken, daß angesichts der erheblichen Steigerung des Bedarfs an Blutkonserven bereits verschiedentlich Operationen wegen Mangels an Blutkonserven nicht

vorgenommen werden konnten, hatte Dr. Eppig betont, es könne keine Rede davon sein, daß die bestehenden Einrichtungen ausreichen, um diesen gesteigerten Bedarf an Blutkonserven zu decken. ID/bay

### Pocken in Heidelberg

Mitteilungen aus dem Bundesgesundheitsamt

Am 6. 10. 1958 reiste ein Arzt der Medizinischen Universitätsklinik Heidelberg mit dem Schiff von Marseille zu einer Urlaubsreise nach Indien. Er traf am 26. 10. in Bombay ein. In Indien besuchte er 17 größere Orte und verweilte u. a. ab 15. 11. zwei Tage in Madras. Am 27. 11. erkrankte er in Hatton an grippalen Erscheinungen. Am 3. 12. abends verließ er Colombo (Ceylon) mit dem Flugzeug und traf am 4. 12. abends in Genf ein. Von dort benutzte er das Flugzeug einer anderen Fluggesellschaft bis Zürich, um dann mit dem Zug nach Heidelberg weiterzureisen, wo er in der Nacht zum 5. 12. ankam. Am gleichen Tage wurde er wegen einer Pustel im Gesicht in die Medizinische Univ.-Klinik Heidelberg aufgenommen. Am 15. 12. erkrankte ein zweiter Arzt dieser Klinik an Pocken und am 16. 12. das 7 Monate alte Kind dieses Arztes. Am 18. 12. wurden die Fluggesellschaften fernmündlich von dem Erkrankungsfall verständigt und um Veranlassung der Desinfektion der Flugzeuge gebeten. Bis zum 31. 12. erkrankten unmittelbar in Heidelberg 9 Personen an Pocken, von denen inzwischen eine 70jährige Patientin, die außerdem an einer Leberzirrhose litt, und eine nicht gegen Pocken Schutzgeimpfte 26jährige Ärztin ihren Erkrankungen erlegen sind. Am 25. 12. erkrankte ferner ein Besitzer von Nachtlokalen in Kaiserslautern, der sich offenbar anlässlich einer poliklinischen Untersuchung in Heidelberg am 5. 12., bei der er dem ersterkrankten Arzt begegnet und von diesem mit Handschlag begrüßt worden war, infiziert hatte. Bemerkenswert für die Epidemiologie des Pockenausbruchs ist ferner, daß sich die Aufwartefrau des ersterkrankten Arztes an dessen abgelegter Wäsche (am 12. 12.) infiziert hat. — Das zuständige Innenministerium von Baden-Württemberg hatte von der Pockenerkrankung in Heidelberg am 18. 12. und das Bundesgesundheitsamt am 19. 12. 1958 Kenntnis erhalten.

In der Medizinischen Universitätsklinik Heidelberg sind zwei Quarantänestationen eingerichtet worden, eine für Erkrankungs- und Verdachtsfälle und eine zweite für Patienten, die mit den erkrankten Ärzten in Berührung gekommen waren. Der ersterkrankte Arzt ist als Kleinkind mit Erfolg gegen Pocken Schutzgeimpft, mit 12 Jahren revakziniert und schließlich während des Krieges noch einmal gegen Pocken geimpft worden. Vor seiner Ausreise nach Indien ist keine Schutzimpfung erfolgt. Er glaubt, daß er sich während seines Aufenthaltes in Madras infiziert hat.

Die Bekämpfungsmaßnahmen liefen am 19. 12. an. Sämtliche Gesundheitsämter, in deren Bereich Patienten der Medizinischen Universitätsklinik Heidelberg entlassen worden waren, sind aufgefordert worden, diese zu beobachten. Die Bevölkerung von Heidelberg und Kaiserslautern

ist zur öffentlichen, freiwilligen und kostenlosen Pockenschutzimpfung aufgerufen worden. In Heidelberg wurden bis zum 1. 1. 1959 30 000 Pockenschutzimpfungen durchgeführt. Das Bundesverteidigungsministerium hat die obligatorische Pockenschutzimpfung für alle Angehörigen der Bundeswehr angeordnet. Die Weihnachtsferien der Schulen und der Universität Heidelberg wurden bis zum 12. 1. 1959 verlängert

(Vgl. auch „Rundschau“, S. 47)

Bei der Beratung des Kapitels „Universitäten“ im Finanz- und Kulturpolitischen Ausschuss des Bayer. Senates wurde der Genugtuung darüber Ausdruck gegeben, daß heuer die Zahl der Privatdozenten- und Assistentenstellen an den drei Universitäten erhöht wurde. Die Aufmerksamkeit der Bayer. Staatsregierung soll auf das unverhältnismäßig starke Anwachsen der Studentenzahl an den bayerischen Hochschulen gelenkt werden, das eine weitere Vermehrung der Privatdozenten- und Assistentenstellen geboten erscheinen lasse. Es soll erneut die Forderung erhoben werden, daß die Kosten der Krankenversorgung endlich von denen getragen werden, die die Dienste der Kliniken in Anspruch nehmen. Gleichzeitig soll auf die Notwendigkeit einer entsprechenden Änderung der Bundespflegegesetzverordnung hingewiesen werden, da man den Krankenhäusern auf die Dauer nicht Pflegesätze zumuten könne, die unter den Selbstkosten liegen. Zum Wiederaufbau der Münchner Universitätsklinik am Stadtrand teilte Kultusminister Dr. Maunz auf Befragen mit, der Grundstückserwerb sei zu einem erheblichen Teil durchgeführt und das Vorprojekt abgeschlossen, so daß man hoffen könne, 1960 — nach Abschluß der Einzelplanung — mit den ersten Baumaßnahmen beginnen zu können. Der Ausschussvorsitzende und Münchner Stadtkämmerer Hiescher erklärte dazu, daß angesichts der Entwicklung der Finanzlage der Landeshauptstadt die Klinikplanungen etwas problematisch erscheine. — Minister Dr. Maunz erwiderte, eine offizielle Mitteilung der Stadt München, daß sie die vorgesehene finanzielle Beteiligung (Erschließungskosten usw.) nicht realisieren könne, liege beim Kultusministerium bisher nicht vor. Sollte eine solche Mitteilung erfolgen, dann gebe es eine Reihe anderer Wege, um das Projekt durchzuführen. ID/bay

### Sprunghafte Vermehrung der öffentlichen Apotheken

(PPI) Frankfurt — Wie die Pressestelle der Bundesapothekerkammer mitteilt, ist im Jahre 1958 eine sprunghafte Apothekenvermehrung zu verzeichnen gewesen. Während 1957 nur 349 neue Apotheken eröffnet wurden, waren es im Jahre 1958 707. Mehr als zwei Drittel (477) dieser neuen Apotheken entfallen auf die Länder Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein. Damit erhöht sich die Zahl der öffentlichen Apotheken im Bundesgebiet und West-Berlin auf 8149.

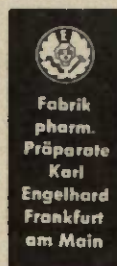
Im Bundesdurchschnitt wurden am 31. Dezember 1958 6634 Einwohner von einer Apotheke versorgt. Am 31. Dezember 1957 kamen noch 7803 Einwohner auf eine Apotheke.



KREWEL-WERKE  
Eitorf b. Köln

# ASTHMO-KRANIT

Bronchial-Antispasmodicum



### Zahl der Arzneimittelhersteller und Arzneispezialitäten

(PPI) — Nach einer vom Arzneibüro der Arbeitsgemeinschaft der Berufsvertretungen Deutscher Apotheker durchgeführten Untersuchung gibt es in der Bundesrepublik Deutschland und West-Berlin etwa 2600 Firmen, die Arzneispezialitäten herstellen bzw. ausländische Präparate vertreiben oder ausliefern. In der vom Arzneibüro der Apothekerschaft herausgegebenen Großen Deutschen Spezialitätentaxe sind 23 332 Arzneispezialitäten in 32 214 Zubereitungen, 38 777 Stärken und 76 879 Positionen aufgeführt. Diese Überflutung des deutschen Arzneimittelmarktes mit Arzneispezialitäten zeigt die Notwendigkeit eines Arzneimittelgesetzes und einer strengen Kontrolle und Überwachung der industriellen Arzneimittelherstellung.

### Präsident der Deutschen Apothekerschaft 75 Jahre alt

(PPI) — Pharmazierat Dewald, Neumagen, Präsident der Arbeitsgemeinschaft der Berufsvertretungen Deutscher Apotheker, der Spitzenorganisation des deutschen Apothekerstandes, Ehrenpräsident der Landesapothekerkammer Rheinland-Pfalz, Mitglied des Bundesgesundheitsrates, beging am 17. Januar seinen 75. Geburtstag. Pharmazierat Dewald hat sich besonders Verdienste um den Wiederaufbau des Apothekenwesens in Rheinland-Pfalz und um den Aufbau der Organisation des Apothekenwesens erworben.

Der Bundespräsident hat ihn vor Jahren mit dem Bundesverdienstkreuz 1. Klasse ausgezeichnet.

### Gefahr schematisierender Harmonisierung

Die Berichte der Kommissionen der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft sind nur einem kleinen Kreis unmittelbar Beteiligten zugänglich. Im allgemeinen werden sie die an der Sozialversicherung Interessierten nicht erhalten. Aus einem Beispiel ergibt sich aber, wie wichtig sie gerade auch für das Gebiet der Sozialversicherung sein können. Wir haben in dem Gesamtbericht über die Tätigkeit der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft, der den Zeitraum vom 1. 1. bis 17. 9. 1958 umfaßt (S. V-12 vom 17. 9. 1958) unter Ziffer 120 folgenden Satz gefunden: „Um die Gesetzgebung der Mitgliedsstaaten einander schrittweise anzugleichen, sind verschiedene Maßnahmen vorzuschlagen (z. B. die Normung der Verwaltungsverfahren, der Altersgrenzen, der verschiedenen Fristen und die Vereinheitlichung der Liste der Berufskrankheiten und ihrer Entschädigung). Später wird man sich darum bemühen, den vom Europarat vorbereiteten europäischen Kodex für soziale Sicherheit und sein Zusatzprotokoll in den Mitgliedsstaaten einzuführen sowie darum, der zukünftigen Entwicklung der Sozialversicherungssysteme eine gemeinsame Richtung zu geben.“ Es wird niemand beruhigen, daß die Tendenz besteht, eine solche Gleichrichtung herbeizuführen.

Wir haben schon vor vielen Jahren auf die Gefahren hingewiesen, die der deutschen gegliederten Sozialversicherung durch die internationalen Abmachungen und Zusammenschlüsse drohen. Wir würden uns nicht gegen natürliche Entwicklungsprozesse wehren, wohl aber haben wir schwerste Bedenken gegen Nivellierungsbestrebungen, die allein aus der Sphäre einer Institution stammen, die um des Schemas willen unter Mißachtung alles natürlichen Gewachsenen Gleichheit konstruieren will. Die Gefahr der EWG ist nicht nur auf sozialpolitischem Gebiet die Neigung, von der Spitze her zu konstruieren und dabei anstelle lebendiger Organisationen rein verwaltungsmäßig erdachte Konstruktionen zu setzen.

Auf jeden Fall bedarf die Entwicklung der EWG gerade auch auf sozialpolitischem Gebiet größerer Aufmerksamkeit auch der Sozialpolitiker. So wenig eine gute Sozialpolitik ohne eine gute Wirtschaftspolitik denkbar ist, so gefährlich ist eine Sozialpolitik, die allein von wirtschaftspolitisch erdachten Plänen her gemacht wird.

GPK.

### Autohobby

Nach den Ermittlungen verschiedener Arbeitsämter hat sich die Zahl Arbeitsloser, die Autobesitzer sind, in den letzten zwei Jahren verdreifacht. Im Oktober 1958 wurden 356 750 Arbeitslose registriert, davon waren 72 000 stempelnde Autobesitzer.

Es gibt manche einleuchtende Gründe, daß Erwerbslose Autobesitzer sind, und wegen einer vorübergehenden Arbeitslosigkeit wird niemandem zugemutet, sein Auto zu verkaufen. Das Ziel einer allgemeinen Verwaltungsaktion ist jedoch, diejenigen autofahrenden Arbeitslosen genauer unter die Lupe zu nehmen, die das Arbeitslosengeld lediglich als „Benzinpfeffig“ betrachten und deren „Nebenverdienst“ das Mehrfache der Unterstützung ausmacht.

In zwei Bundesländern wurden 11 Fälle bekannt, in denen sich Dauerstempler alle 2 Jahre einen anderen Gebrauchtwagen zulegte. Es gibt aber noch Geschäftstüchtigere: sie kaufen sich alle 3 Monate ein gebrauchtes Auto und verkaufen das vorige jeweils mit einem Gewinn von 300 bis 800 DM. Sie nannten das „Autohobby“, man kann das auch schlicht und einfach mit „unkonzessioniertem Autohandel“ bezeichnen. Nachdem ein knappes Viertel aller Arbeitslosen Autobesitzer ist — und das ist doch wohl zu viel —, sollen die Hintergründe des Autobesitzes bei den Unterstützungsempfängern des Staates genauer durchleuchtet werden.

### Das Land ohne Krankenkasse

Niemand wird behaupten wollen, daß die Amerikaner den Schutz einer sozialen Krankenversicherung nicht nötig hätten. Tatsache ist, daß die Krankheitskosten für Millionen von Amerikanern geradezu unerschwinglich sind. Noch heute gilt wie vor zehn Jahren die Feststel-

Röntgen- und elektromedizin. Apparate

**KURT PFEIFFER**

Ärzte- und Krankenhausbedarf

NURNBERG, Marienargaben 17

FRANKFURT a. M., Elbestr. 50

Generalvertretung der Firmen: Röntgenwerk F. Hofmann GmbH., Erlangen

Elektrofrequenz F. Schwarzer GmbH., München, und Albert Dargatz, Hamburg

Projektorung und Ausführung kompletter Ärzte- und Krankenseinrichtungen

Besuchen Sie bitte unsere Ausstellungsräume!

lung des damaligen Präsidenten Truman, wonach sich von fünf Amerikanern nur einer jene Betreuung im Krankheitsfall leisten könne, die er benötige . . . Wie unbefriedigend die Entwicklung in dieser Hinsicht ist, beleuchtet schlagartig eine Meldung aus den USA, wonach fast jede Gewerkschaft heute über Ambulanzstellen, wenn nicht sogar über fahrbare und mit allen modernen Geräten ausgestattete Kliniken oder eigene Krankenhäuser verfüge . . . Es kommt wohl nicht von ungefähr, daß in den Vereinigten Staaten — im Gegensatz zu anderen Ländern — die Gewerkschaften auf dem Gebiete des Gesundheitswesens und der Krankenfürsorge eine erhebliche Rolle spielen. Nicht Geschäftigkeit mag sie zur Wahrnehmung dieser Aufgaben veranlassen, sondern der Zwang der Verhältnisse, die weitgehende Schutzlosigkeit ihrer Mitglieder gegenüber dem Risiko — und das alles im reichen Amerika, das nach der Meinung vieler schweizerischer Hinterwälder das geübte „Land ohne Krankenkassen“ ist.

(Schweizerische Krankenkassen-Zeitung Nr. 21/1958)

### Geld für 1,7 Millionen Kinder

1,7 Millionen Kinder in der Bundesrepublik werden ihren Eltern im nächsten Jahr 730 Millionen D-Mark an Kindergeld einbringen, wenn der Bundestag der geplanten Erhöhung des Kindergeldes von 30 auf 40 DM monatlich



zustimmt. Der Mehraufwand von rund 180 Millionen DM muß von den über vier Millionen Mitgliedern der Familienausgleichskassen getragen werden. Für eine Reihe von Angehörigen des Mittelstandes und der freien Berufe bedeutet die Kindergeldaufbringung eine spürbare zusätzliche Abgabenbelastung. (Z 577)

### Bettenzahl in den Krankenanstalten

Nach der Jahresstatistik 1957 erhöhte sich die Zahl der planmäßig bereitgehaltenen Krankenhausbetten im Bundesgebiet gegenüber dem Jahre 1938 um 15 v. H. Während damals im Reichsdurchschnitt für je 10 000 der Bevölkerung nur 93 planmäßige Betten in den Krankenanstalten zur Verfügung standen, hat sich die Betten-

ziffer am 31. 12. 1957 auf 107 je 10 000 Einwohner erhöht. Insgesamt standen in 3362 Krankenanstalten 544 424 Betten für Krankheits- und Entbindungsfälle zur Verfügung. 6,5 Millionen Kranke wurden stationär behandelt. Im Bundesdurchschnitt war jedes planmäßige Bett 327 Tage belegt. Die Bettenausnutzung je Tag erreichte 90 v. H. der Belegungsmöglichkeit. Ein stationär behandelter Kranker verweilte rund 29 Tage in einer Krankenanstalt. Sieht man von den Tuberkulose-, Kur- und psychiatrischen Krankenanstalten sowie von den Krankenabteilungen der Strafanstalten ab, so ergibt sich eine durchschnittliche Verweildauer von 20 Tagen in den übrigen Krankenanstalten. An der Krankenhausbehandlung waren am 31. 12. 1957 rund 20 600 hauptamtliche Krankenhausärzte beteiligt. Dazu kamen rund 6900 hauptberuflich in freier Praxis niedergelassene Ärzte, die ihre Kranken im Krankenhaus selber behandelten. Diesen sogenannten Belegärzten standen in 897 Beleg-Krankenhäusern 61 000 Betten zur Verfügung. Der Umbau und Ausbau der Krankenanstalten in der Bundesrepublik wurde im Jahre 1958 fortgesetzt. Im Saarland wurden im Jahresdurchschnitt 91, in West-Berlin 131 Krankenhausbetten je 10 000 Einwohner bereitgehalten.

### Aus der Tätigkeit des Deutschen Medizinischen Sprachendienstes

Der DMS steht nun in seinem dritten Arbeitsjahr. Mit heute mehr als 120 freien wissenschaftlichen Mitarbeitern hat er eine Entwicklung erlebt, die weder seine Gründer noch der bei der Gründung Geburtshilfe leistende Vorstand der Bundesärztekammer erwartet hat. Er hat ganz einfach eine echte Lücke ausgefüllt in den immer weiter und tiefer werdenden Verbindungen von Medizin Pharmazie, Chemie und Sozialwissenschaften mit alier Welt.

Längst mußte erkannt werden, daß Übersetzungen von neuen Ergebnissen wissenschaftlicher Forschung auf irgendeinem Fachgebiet am besten eben nur von sprachkundigen Vertretern dieses Fachgebietes angefertigt werden sollten, wenn wirklich zuverlässige, verantwortungsbewußte Übertragungen erzielt werden sollen. Die wachsende Inanspruchnahme zwingt also den DMS laufend zur Heranziehung weiterer Mitarbeiter, um dieser Forderung gerecht zu werden. Mit dem Bekanntwerden des DMS über Deutschlands Grenzen hinaus wuchs auch die Zahl der zu übersetzenden Sprachen und damit wieder in fast geometrischer Reihe die Suche nach neuen Mitarbeitern. Denn fast jede Übersetzung muß nach Fertigstellung durch den sprachkundigen Wissenschaftler noch durch einen reinen Sprachler überprüft werden, also durch einen Angehörigen des betr. Fremdsprachenlandes. Heute ist der so erweiterte DMS auch bei starker Inanspruchnahme sowohl personell wie terminell diesen Anforderungen gewachsen.

Über die Vielfalt der dem DMS übertragenen Aufgaben zu berichten, erscheint auf knappem Raum schwer. Die Übersetzungen sind meist Kongreßreferate, wissenschaftliche Publikationen vielfältigster Art, Arbeiten für die pharmazeutische und medizintechnische Industrie (Prospekte, Gutachten, Sonderdrucke etc.) usw. Immer häufiger wird der DMS von Gerichten und Rechtsanwälten zu Übersetzungen ausländischer Krankenpapiere herangezogen sowie von Sozialgerichten und Versorgungsämtern für ausländische medizinische Dokumente in Rentenverfahren. Für die zahlreichen Fälle ehemaliger Wehrmachtangehöriger, die während der Gefangenschaft in ausländischen Lazaretten lagen und naturgemäß ausländische Bescheinigungen erhielten, ist die

genaue medizinische Übersetzung für ihre Rentenverfahren usw. von besonderer Bedeutung. Günstig erscheint hier, daß es ja Ärzte sind, die diese Papiere übersetzen, so daß das Berufsgeheimnis weitgehend gewahrt bleibt. Mehrere Bücher wurden für Fachverlage übersetzt, fremdsprachliche Résumés erscheinen laufend in Fachzeitschriften.

Diese Übersetzungsarbeiten beschäftigen den DMS das ganze Jahr hindurch, während den Sommermonaten noch zusätzlich die sehr lebhafteste Tätigkeit für medizinische Kongresse vorbehalten bleibt. So hat das Simultandolmetscherteam des DMS im vergangenen Jahr eine Reihe internationaler medizinischer Kongresse verdolmetscht (darunter z. B. den Europäischen Kongreß für Herz- und Gefäßchirurgie u. a. m.), die hoffentlich zur echten wissenschaftlichen Verständigung beitragen konnten. Im laufenden Jahre wurde der DMS mit der Simultandolmetschung des Internationalen Radiologenkongresses, des Internationalen Chirurgenkongresses und einer Anzahl weiterer, kleinerer Kongresse beauftragt. Die Verpflichtung und vor allem die sorgfältige terminologische Vorbereitung des Teams, seine Leitung und Betreuung während des Kongresses und die Verbindung zum Kongreßveranstalter sind ebenso interessante wie verantwortungsvolle Aufgaben.

Zu diesen großen internationalen Kongressen kommt noch die Betreuung von ausländischen Studienreisen in Deutschland, ausländischen Gästen, Kolloquien und ähnlichen Veranstaltungen, die je nach Eigenart von einzelnen Mitarbeitern des DMS durchgeführt werden.

Daß sich bei dieser noch keineswegs vollständigen Vielzahl von Aufgaben und Kontakten für Leitung und Mitarbeiter des DMS eine Reihe interessanter, oft auch heilerer Erfahrungen ergibt, liegt auf der Hand. Darüber soll zu einem späteren Zeitpunkt berichtet werden.

Klitscher

Anschrift des DMS: München-Lochham, Mozartstr. 27

keit der Frauen über 65 ist demgegenüber weit geringer. Zweifellos gehen viele der Älteren noch ihrer täglichen Arbeit nach, ohne aus wirtschaftlichen Gründen dazu gezwungen zu sein. Gleichwohl wird eine verbesserte Altersversorgung, wie sie zum Beispiel in der Bundesrepublik seit 1957 eintrat, manchem Älteren das Ausscheiden aus dem Erwerbsleben erleichtern.

**Vereinigung deutscher Sanitätsoffiziere (VdSO) e. V.**

Die „Vereinigung deutscher Sanitätsoffiziere (VdSO) e. V.“, die in Wahrung der Tradition der früheren Militärärztlichen Gesellschaft, auch die Mitarbeit bei der Auswertung und Erhaltung der organisatorischen und wissenschaftlichen Erfahrungen auf dem gesamten Gebiet der Wehrmedizin zum Ziele hat, will durch eine quer durch ihre Gruppen gehende Arbeitsgemeinschaft das Interesse für wehrmedizinische Fragen in der Ärzteschaft wecken, und zur Verbreitung wehrmedizinischer Erkenntnisse beitragen. Sie nimmt an, daß sie dabei besonders bei den Kollegen Anklang findet, die künftig als Reserve-Sanitätsoffiziere mit der Bundeswehr in nähere Beziehungen treten werden.

Da jetzt in der Bundeswehr auch die Apotheker, Veterinäre und Zahnärzte Sanitätsoffiziere sind und im Hinblick auf ihre Bestrebungen auf wehrmedizinischem Gebiet können Mitglieder der VdSO werden:

- a) die aktiven Sanitätsoffiziere und alle ehemaligen Sanitätsoffiziere (einschließlich des Bundesgrenzschutzes, der Polizei und des Beurlaubtenstandes),
- b) Ärzte, Apotheker, Tierärzte und Zahnärzte, die als Soldaten oder Wehrmachtbeamte des höheren Dienstes am Kriege im Sanitäts- oder Truppendienst teilgenommen haben,
- c) Persönlichkeiten, die ihr besonderes Interesse für die Ziele der VdSO insbesondere für das Gebiet der Wehrmedizin bekunden.

Die VdSO hat zur Zeit folgende Gruppen:

Berlin, Kiel, Hamburg, Lübeck, Niedersachsen, Weser-Ems, Detmold, Düsseldorf, Bonn, Kurhessen-Waldeck, Wiesbaden-Mainz, Frankfurt/M., Darmstadt, Franken, Niederbayern-Oberpfalz, Oberbayern-Schwaben.

Der Zusammenschluß der Mitglieder zu Gruppen in Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz wird angestrebt.

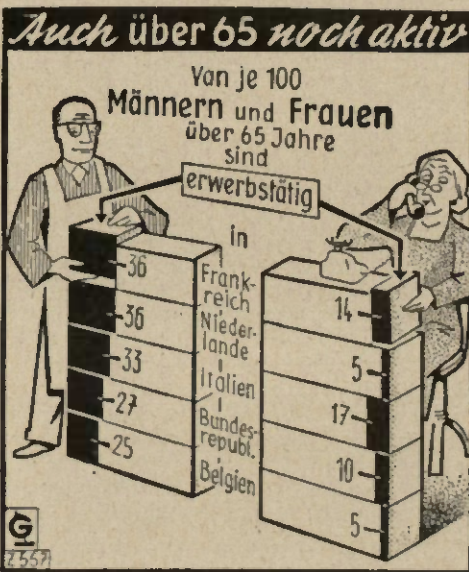
Anfragen und Anmeldungen als Mitglied — der Mitgliedsbeitrag beträgt monatlich 1,— DM neben einem einmaligen Beitrag beim Eintritt von 3,— DM und einem bis zum Ende des ersten Jahres der Mitgliedschaft zu entrichtenden einmaligen Beitrag für den Hilfs- und Reservefonds von 5,— DM — bitten wir zu richten an den Schriftführer der VdSO, Dr. Werner He y d t, Bad Godesberg, Quellenstr. 11.

Die VdSO erbittet und erhofft bei ihren Bestrebungen die Unterstützung der ärztlichen Standesorganisationen.

Vereinigung deutscher Sanitätsoffiziere (VdSO) e. V.

**Preisstiftung der Quarzlampen Gesellschaft Hanau**

Die Preisstiftung der Quarzlampen Gesellschaft mbH, Hanau, zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung hat am 10. 12. 1958 auf einer Sitzung des Preisgerichts (Professor Dr. B. R a j e w s k y, Direktor des Max-Planck-Instituts für Biophysik, Frankfurt a. M., Professor Dr. G. L e h m a n n, Direktor des Max-Planck-Instituts für Arbeitsphysiologie, Dortmund, Professor Dr. B. de R u d d e r, Direktor der Universitäts-Kinderklinik, Frankfurt am Main., Dr. E. O. S e i t z, Direktor der Quarzlampen Gesellschaft mbH., Hanau a. M.) für das Jahr 1958 den



**Altersarbeit weit verbreitet**

Mehr als ein Viertel aller Männer im Pensions- bzw. Rentenalter sind in den Ländern der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft noch erwerbstätig. Die Erwerbstätig-

**upha**  
HAMBURG

# Khellicor

20 ccm DM 2,30

zur digitalisfreien Herztherapie

1. Preis in Höhe von DM 4000.— Frau Dr. Ellen Seidl, Max-Planck-Institut für Arbeitsphysiologie, Dortmund, für ihre Arbeit „Zur Wirkungsweise der Ultraviolettbestrahlung beim gesunden Erwachsenen“ zuerkannt. Der 2. Preis in Höhe von 1000.— wurde der Arbeit „Die Darstellung spektraler Intensitäten mit Normalgitter“ von Herrn Reinhold Gerharz, Bethesda, Md. (USA), zugesprochen.

Auf der 5. Hanauer UV-Tagung wurde verkündet, daß auch für 1959/60 die Preisstiftung weiterbesteht. Die Bedingungen der Preisstiftung sind bei Herrn Direktor Dr. E. O. Seitz, Quarzlampen Gesellschaft mbH., Hanau a. M., Höhensonnenstraße, anzufordern.

#### Franz-Redeker-Preis 1958

Das Präsidium des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose hat für bisher noch nicht veröffentlichte wissenschaftliche Arbeiten auf dem Gebiet der sozialhygienischen Tuberkulosebekämpfung (unter Ausschluss der medikamentösen oder operativen Therapie) den Franz-Redeker-Preis gestiftet, der jährlich ausgeschrieben wird und aus einem Geldpreis von DM 2000.— besteht, welcher für eine oder mehrere, höchstens jedoch drei Arbeiten, zur Verteilung kommt.

Das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose weist in diesem Zusammenhang darauf hin, daß der Einsendeschluß für die Arbeiten zum Franz-Redeker-Preis 1958 der 30. Juni 1959 ist. Arbeiten, die nach diesem Termin einlaufen, können nicht mehr berücksichtigt werden.

Bewerbungsberechtigt sind alle Personen, die sich beruflich mit der Tuberkulosebekämpfung in Deutschland beschäftigen und ihre Arbeit an das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose, Augsburg, Schießgrabenstraße 24, bis zum oben aufgeführten Termin einreichen.

#### Nachlaßverkauf

Aus dem Nachlaß eines praktischen Arztes sind Instrumente (für kleine Chirurgie und Geburtshilfe) sowie eine Reihe von Büchern der Fachliteratur zu veräußern.

Anfragen an Frau Edeltraut Luft, Altstadt/WN 132 über Weiden/Opf.

#### Berichtigung

In der in dem Dezember-Heft BÄbl. veröffentlichten Liste der gewählten Delegierten und Ersatzmänner zur Bayer. Landesärztekammer sind folgende Adressenänderungen zu vermerken:

#### Stimmkreis D (Ärztl. Kreisverband Ansbach und Umgebung):

Dr. Dr. Wendelstein Helmut, FA.HNO, Ansbach, Promenade 6.

Dr. Rumbaur Waldemar, FA. Augen, Ansbach, Bischof-Meiser-Straße 2a.

Dr. Schmidt Horst, Med.-Direktor, Ansbach, Merckstraße 5 (nicht Fürth, Blumenstraße 3).

#### FAKULTÄT und PERSONALIA

**München:** Der Priv.-Dozent der Anatomie, Dr. Paul Dziallas (wiss. Assistent des Anatom. Instituts) ist mit ME Nr. V 92 831 vom 15. 12. 58 zum außerplanmäßigen Professor ernannt worden.

Dem planmäßigen außerordentlichen Professor für Geschichte der Medizin, Dr. Werner Leibbrand (Vorstand des Instituts für Geschichte der Medizin) wurden mit ME Nr. V 62 418 vom 17. Dezember 1958 die Amtsbezeichnung sowie die akademischen Rechte eines ordentlichen Professors verliehen.

Der Privatdozent für Kinderheilkunde, Dr. med. Hans-Dietrich Pache (Oberarzt an der Universitäts-Kinderklinik) ist mit ME Nr. V 92 830 vom 5. Dezember 1958 zum außerplanmäßigen Professor ernannt worden.

Der Privatdozent für Chirurgie, Dr. med. Wilhelm Sehnk ist mit ME Nr. V 93 960 vom 15. 12. 58 von der Universität Marburg an die Universität München. unihabilitiert worden.

## Dr. Wilhelm Wack ein Siebziger

Am 22. Februar 1959 feiert der Schriftleiter des Bayerischen Arzteblattes, Dr. Wilhelm Wack, seinen 70. Geburtstag.

In einer Zeit, in der es nur Rudimente einer ärztlichen Organisation gab und niemand wußte, wie lange die Auswirkungen des Besatzungsregimes anhalten werden, übernahm Dr. Wack das damals besonders mühevollste Amt des Schriftleiters des Bayerischen Arzteblattes, der ehrenden Aufforderung jener Kollegen folgend, die nicht ohne Hoffnung auf eine bessere Zukunft waren. In jener Zeit waren so vielfältige Klippen gerade bei allen schriftstellerischen Arbeiten zu beachten, daß nur ein Mann von Takt und kulturellem Hochstand in der Lage war, das Arzteblatt nach jahrelangem Erliegen wieder aufzuheben. Dies ist Dr. Wack in all den Jahren nach 1946 in steigendem Maße gelungen, was um so mehr Anerkennung verdient, als er niemals früher in ähnlicher Weise sich betätigt hatte. So ist heute das Bayerische Arzteblatt eines der angesehensten deutschen Standesblätter, was allein schon durch die Mitarbeit hervorragender Ärzte und die häufige Zitierung des Bayerischen Arzteblattes bewiesen ist.

An seinem 70. Geburtstag werden sich nicht nur seine engeren Freunde einfinden, um ihm Glückwünsche zu überbringen, sondern weit darüber hinaus aus der Freundeskreis, den er sich durch seine Arbeit und durch sein Wesen geschaffen hat. Der Bayerischen Landesärztekammer ist es mehr als eine Pflicht, ein Bedürfnis, Kollegen Wack für sein Wirken als Schriftleiter des Bayerischen Arzteblattes herzlichst zu danken und ihm für seinen weiteren Lebenslauf die besten Wünsche zu übermitteln.

Dr. H. J. Sewering

Der Ordinarius für Physiologie, Professor Dr. Richard Wagner (Direktor des Physiologischen Instituts) ist von der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte zum 1. Vorsitzenden gewählt worden, außerdem wurde er vom „Wissenschaftlichen Verein der Ärzte in Steiermark“ zum Ehrenmitglied der Gesellschaft ernannt.

**Würzburg:** Zum apl. Professor ernannt wurde der Privatdozent Dr. med. Fritz Holle.

Zu Privatdozenten ernannt wurden die Wissenschaftlichen Assistenten:

Dr. med. Heinrich Sehröer für Physiologie;

Dr. med. Joachim Sehröder für Innere Medizin;

Dr. med. Eckart Wiesenhütter für Medizinische Psychologie und Psychotherapie.

Zu Privatdozenten unter gleichzeitiger Verleihung der Amtsbezeichnung apl. Professor wurden wieder ernannt:

Dr. med. Otto Dyes;

Dr. med. et phil. Friedrich Keiter;

Dr. med. Moritz Weber.

Zu Privatdozenten wurden wieder ernannt:

Dr. med. Günther Bahls;

Dr. med. Ernst Fahrs;

Dr. med. Eberhard von Oettingen.

Der apl. Professor Dr. Friedrich Turba, München, wurde zum o. Professor der „Physiologischen Chemie“ in Würzburg berufen.

Professor Dr. Dankwart Ackermann wurde zum Ehrendoktor der Naturwissenschaftlichen Fakultät der Universität Würzburg und



Professor Dr. Hans Rietschel zum Ehrendoktor der Medizin von der Medizinischen Akademie zu Dresden ernannt.

Professor Dr. Karl Burger wurde von der Türkischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie in Istanbul zum Ehrenmitglied gewählt.

Professor Dr. Kaspar Niederecker, Direktor der Orthopädischen Klinik, wurde zum Vorsitzenden der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft gewählt.

Professor Dr. Ernst Wollheim, Direktor der Medizinischen Klinik, wurde zum Mitglied des Internationalen Komitees für Hypertonie des American College of Chest Physicians gewählt.

## IN MEMORIAM

### Dr. Julius Spanier †

In seiner Vaterstadt München, in der er sein ganzes Leben hindurch gewirkt hatte, starb am 27. 1. 1959 ein großer Arzt und Menschenfreund, Dr. Julius Spanier. Die Höhen und die Tiefen seiner Vaterstadt und seines Landes hat er mit offenen Augen miterlebt. Schon bald nach seiner Niederlassung als Kinderarzt im Jahre 1907 widmete er den Hauptteil seiner Arbeitskraft den Fürsorgebedürftigen und richtete, zusammen mit Prof. Dr. Hecker, die Säuglingsfürsorge ein. Als nach dem Weltkrieg 1914/18, den er als Truppenarzt mitmachte, die Not für die karitativen Einrichtungen immer größer wurde, übernahm er 2 Jahre lang selbst aus eigenen Mitteln die Finanzierung

der Mütterberatungsstelle und die Speisung bedürftiger Kinder in der Kirchenschule, deren Vertrauensarzt er war.

Von den Machthabern des dritten Reiches wurde er als Leiter des jüdischen Kranken- und Siechenhauses zusammen mit dessen Insassen nach dem Getto Theresienstadt deportiert, wo er mit aufopfernder Unterstützung seiner Gattin als Arzt in vorbildlicher Weise seinen Mitgefangenen ärztliche und menschliche Hilfe leistete. Unter den wenigen Überlebenden kehrte auch Dr. Spanier und seine Gattin im Jahre 1945 nach München zurück.

Trotz allem, was er erlitten und erlitten hatte, nahm er frei von Haß und Verbitterung seinen Dienst für das Allgemeinwohl wieder auf. Seine erste Sorge galt der Wiederausführung der Israelitischen Kultusgemeinde, deren Präsident er bis September 1951 war. Seit Gründung des Bayerischen Senats gehörte er diesem als Mitglied an, ebenso wie vorübergehend auch dem Bayer. Landtag.

Die Ärzteschaft dankt dem Verstorbenen vor allem, daß er in den schwierigen Zeiten des Übergangs 1945/46 tatkräftig an der Wiedererrichtung der Standesorganisationen mitgearbeitet hat, besonders in seiner Eigenschaft als kommissarischer Vorsitzender des Ärtzl. Bezirksvereins München.

Die bayerische Ärzteschaft betrauert den Hingang eines Arztes, der auch in den schwersten Situationen die höchsten Ideale des Arztes erfüllt hat! Eine äußere Anerkennung seiner Verdienste, außer einer Reihe von Kriegsauszeichnungen aus dem 1. Weltkrieg, wurde ihm mit der Verleihung des Bundesverdienstkreuzes und des Bayer. Verdienstordens zuteil.

## GESETZES-, RECHTS- UND STEUERFRAGEN

### Beitrag zur ärztlichen Berufsvertretung

Die Pflicht des Arztes zur Beitragszahlung an seine ärztliche Berufsvertretung ist in Bayern seit jeher gesetzlich festgelegt. Das sog. Kammergesetz von 1957 hat dazu eine Neuerung gebracht: nach Artikel 20 des Kammergesetzes haben die ärztlichen Kreisverbände, die ärztlichen Bezirksverbände und die Bayer. Landesärztekammer für die von ihnen festgesetzten Beiträge usw. gegenüber den Mitgliedern der ärztlichen Kreisverbände das Vollstreckungsrecht. Dieses Vollstreckungsrecht ist für die ärztlichen Berufsvertretungen deshalb bedeutsam, weil leider verschiedene Ärzte ihrer Beitragspflicht freiwillig nicht nachkommen und damit die Gefahr besteht, daß die finanziellen Lasten der ärztlichen Berufsvertretung nur von den regelmäßig beitragszahlenden Ärzten getragen werden. Um hier eine Gleichbehandlung aller Mitglieder zu garantieren, müssen die ärztlichen Berufsvertretungen von der Möglichkeit, gegen säumige Zahler im Wege der Zwangsvollstreckung vorzugehen, Gebrauch machen.

Dies geschieht praktisch dadurch, daß die ärztliche Berufsvertretung ein sog. „vollstreckbares Ausstandsverzeichnis“ über die Beitragsrückstände usw. aufstellt und dieses mit einer sog. „Vollstreckungsklausel“ versieht. Die nach Artikel 20 des Kammergesetzes maßgebenden Vorschriften sehen vor, daß jene Urkunde durch den Gerichtsvollzieher dem betroffenen Arzt zugestellt werden muß; der Gerichtsvollzieher kann dabei den fälligen Beitrag in Zahlung entgegennehmen oder auch zur Pfändung schreiten.

Bei diesem Verfahren ist die Rechtsfrage aufgetaucht, welches Gericht für die Entscheidung über Einwendungen zuständig ist, die der betroffene Arzt gegen seine Beitragspflicht, gegen die Beitragshöhe und überhaupt gegen den Bestand der Forderung geltend machen will. Nachdem bereits mehrere Amtsgerichte beschlußmäßig ausgesprochen hatten, daß für derartige Einwendungen nur das Verwaltungsverfahren (Einspruch bei der Berufsvertretung selbst) und allenfalls die Anfechtungsklage zum Verwaltungsgericht gegeben ist, hat diese Rechtslage nunmehr auch das Landgericht Nürnberg/Fürth in dem nachfolgenden Beschluß vom 15. 10. 1958, Az 5 T 36/58 bestätigt.

**Beschluß des Landgerichts Nürnberg-Fürth vom 15. 10. 1958**  
Aktenzeichen: 5 T 36/58

#### Leitsatz:

1. Die ordentlichen Gerichte sind bei Erinnerungen nach § 766 ZPO gegen vollstreckbare Ausstandsverzeichnisse einer ärztlichen Berufsvertretung (Art. 20 KaG) nicht für Einwendungen zuständig, die sich gegen Bestand und Ausmaß der Forderung richten. Derartige Einwendungen können nur im Verwaltungsverfahren bei der zuständigen Verwaltungsbehörde erhoben werden (Art. 7 Abs. 2 AGZPOKO).
2. Die Beiträge zu einer ärztlichen Berufsvertretung sind „öffentliche Abgaben“ im Sinne des § 51 Abs. 2 VGG; Einsprüche und Anfechtungsklagen gegen die Beitragsbescheide der ärztlichen Berufsvertretung haben somit keine aufschiebende Wirkung.



# PRURIDERM H

Pruriginöse Ekzeme

25 g Tube 4.95 H. AT.

HYDROCORTISONSALBE MIT SCHIEFERÜLEN

Rhinitis  
Angina  
Grippe-  
Schutz

# Rhino-Vasogen

enthält  
Kamillen-  
Extrakt

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

O.P. 15 g  
mit Tropfplättchen DM 1,60

#### Aus den Gründen:

Die Gläubigerin (BayLÄK) betreibt gegen den Schuldner die Vollstreckung aus einem vollstreckbaren Ausstandsverzeichnis vom 26. 2. 1958. Die Gläubigerin behauptet, der Schuldner . . . habe Beiträge an sie zu leisten. Auf solche Beiträge lautet das Ausstandsverzeichnis.

Der Schuldner hat gegen die Vollstreckung Erinnerung zum Amtsgericht Erlangen als dem zuständigen Vollstreckungsgericht eingelegt. Er hält die Vollstreckung für unzulässig und bestreitet, daß ein gültiges Ausstandsverzeichnis gegen ihn vorliege, wobei er im wesentlichen vorbringt: er sei nicht Mitglied der Gläubigerin und könne bei der im Grundgesetz verbürgten Freiheit auch gar nicht zur Mitgliedschaft gezwungen werden; die Beitragsfestsetzung sei zudem ohne Spezifikation und hinreichende gesetzliche Grundlage erfolgt; dem Ausstandsverzeichnis sei kein erkennendes Verfahren vorausgegangen; er habe gegen das Ausstandsverzeichnis das zulässige Rechtsmittel eingelegt, und dieses habe aufschiebende, die Vollstreckung verhindernde Wirkung.

Die Gläubigerin beantragte die Zurückweisung der Erinnerung und brachte vor: Das Rechtsmittel habe nach § 51 Abs. 2 bayer. VGG keine aufschiebende Wirkung, da es sich um einen Streit über öffentliche Abgaben handle. Alle übrigen Einwendungen des Schuldners, die übrigens sachlich unbegründet seien, seien vom Vollstreckungsgericht gemäß Art. 7 Abs. 2 bayer. AG z. ZPO nicht zu beachten; diese Einwendungen müsse der Schuldner bei der zuständigen Verwaltungsbehörde geltend machen. Das Vollstreckungsgericht Erlangen hat durch Beschluß vom 17. 7. 1958 die Erinnerung des Schuldners zurückgewiesen. Es hat in der Begründung des Beschlusses ausgeführt, daß es sich um die Zwangsvollstreckung einer Körperschaft des öffentlichen Rechts im Rahmen ihrer Befugnisse handle, und daß daher nach Art. 6 und 7 AG ZPO das ordentliche Gericht nur über Einwendungen, welche das formelle Vollstreckungsverfahren betreffen, entscheiden dürfe. Von allen Einwendungen des Schuldners falle nur eine einzige unter diese Kategorie, nämlich der Einwand, die Zwangsvollstreckung dürfe nicht weiter betrieben werden, weil das vom Schuldner gegen das Ausstandsverzeichnis eingelegte Rechtsmittel aufschiebende Wirkung habe. Die Prüfung dieses Einwandes ergebe aber, daß er unbegründet sei; denn nach § 51 Abs. 2 VGG entfalle die aufschiebende Wirkung eines Rechtsmittels bei Streitigkeiten über öffentliche Abgaben und Kosten. Die von der Gläubigerin betriebenen Mitgliedsbeiträge seien aber in diesem Sinn öffentliche Abgaben.

Der Schuldner erhob gegen diesen Beschluß des Vollstreckungsgerichtes die nach § 793 ZPO statthafte sofortige Beschwerde in zulässiger Weise. Diese Beschwerde ist aber sachlich nicht begründet.

Der Beschluß des Vollstreckungsgerichtes ist in allem zu billigen; er wird der Rechtslage völlig gerecht. Zu den einzelnen Beschwerdegründen des Schuldners, die im

wesentlichen eine Wiederholung seines früheren Vorbringens sind, ist zu sagen:

Die Einwendungen bezüglich der Mitgliedschaft des Schuldners bei der Gläubigerin, Kenntnis oder Nichtkenntnis von seiner Mitgliedschaft, Unzulässigkeit einer Zwangsmitgliedschaft, Fehlen einer gültigen Beitragsordnung, mangelnde Begründung der Beitragshöhe können vom Vollstreckungsgericht und Beschwerdegericht nicht sachlich geprüft werden. Sie sind Einwendungen dahingehend, „ob die Forderung, für welche die Vollstreckung stattfindet, überhaupt oder in der angesprochenen Größe entstanden ist“. Da die Gläubigerin laut ausdrücklicher gesetzlicher Bestimmung (Art. 16 Abs. 3 und 4 und Art. 20 des bayer. Ärztekammergesetzes vom 15. 7. 1957) das Vollstreckungsrecht nach Art. 6 und 7 AG ZPO hat, sind derartige Einwendungen, soweit das Verhältnis, in welchem die Forderung ihren Grund hat, dem Verwaltungsgebiet angehört, bei den zuständigen Verwaltungsbehörden geltend zu machen (Art. 7 Abs. 2 AG ZPO). Dies trifft auf die genannten Einwendungen zu. Die Behauptung des Schuldners, er trage mit diesen Einwendungen vor, es liege ein zur Zwangsvollstreckung geeigneter Titel überhaupt nicht vor, da die Gläubigerin zur Erlassung eines Ausstandsverzeichnisses gegen ihn als Nichtmitglied absolut unzuständig sei, und den Mangel eines Titels überhaupt habe das Vollstreckungsgericht in jedem Fall nachzuprüfen, verkennt die in Art. 7 Abs. 2 AG ZPO vorgenommene Trennung der Zuständigkeiten. Daß ein formelles vollstreckbares Ausstandsverzeichnis vorliegt — daß also der Gerichtsvollzieher nicht etwa auf Grund einer bloßen brieflichen Mitteilung vollstreckt hat —, kann der Schuldner nicht bestreiten. Ob dieser formelle Titel inhaltlich rechens ist oder nicht — z. B. weil die zum Erlaß solcher Titel grundsätzlich befugte Gläubigerin in diesem Fall ihre Zuständigkeit überschritten hat, da sie niemanden zu ihrer Mitgliedschaft zwingen kann —, das ist eine Frage nach dem Bestand der Forderung, die nach der oben zitierten Fassung des § 7 Abs. 2 AG ZPO eindeutig von den Verwaltungsbehörden zu entscheiden ist.

Wie das Vollstreckungsgericht zu Recht ausgeführt hat, ist die einzige von den ordentlichen Gerichten zu entscheidende Einwendung des Schuldners die Behauptung, infolge Einlegung eines Rechtsmittels gegen das Ausstandsverzeichnis sei die Vollstreckung aus ihm aufgeschoben. Das ist keine Einwendung gegen Bestand und Ausmaß der Forderung, sondern der Einwand, aus dem rein formell in Ordnung gehenden Titel könne aus einem rein formellen Grund — Aufschub der Vollstreckbarkeit — nicht vollstreckt werden. Auch diesen Einwand hat das Vollstreckungsgericht aber zu Recht, in diesem Fall nach gebotener sachlicher Prüfung, zurückgewiesen. Nach § 51 Abs. 2 VGG entfällt die aufschiebende Wirkung verwaltungsgerichtlicher Rechtsmittel bei „Streitigkeiten über öffentliche Abgaben“. Ob zu irgendeiner Zeit Unklarheit darüber bestanden hat, ob die ärztlichen Berufsverbände als eine öffentliche Körperschaft und die ihnen geschul-

upha  
HAMBURG

# Khellicor

20 ccm DM 2,30

zur digitalisfreien Herztherapie

**VICOL** Wohlgeschmeckende Multivitamin-Tropfen für Kleinstkinder, Kinder und Erwachsene.

(Hydrosol-Polyvitamin)

Wichtig zur Erhöhung der Resistenz besonders während der sonnenarmen Jahreszeit.

Zum Schutz und zur Vorbeugung gegen Krankheiten.

Enthält: Vitamin A — Vitamin D<sub>2</sub> — Die Vitamine B<sub>1</sub> — B<sub>2</sub> — B<sub>6</sub> — B<sub>12</sub> — Vitamin C — Nikotinsäureamid — Panthenol — in den RICHTIGEN Mengenverhältnissen.

Artikel Nr. 17000

Flasche mit Pipette à 15 ccm DM 6.05 oU

YARON München 2, Weinstraße 9, Tel. 2 43 56



denen Beiträge daher als öffentliche Abgaben anzusehen sind, ist heute uninteressant geworden, da durch das Ärztekammergesetz vom 15. 7. 1957 eindeutige Klarheit geschaffen ist: „Die Landesärztekammer ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts“ (Art. 10) und „die Landesärztekammer ist berechtigt, zur Erfüllung ihrer Aufgaben... Beiträge zu erheben“ (Art. 16 Abs. 3). Damit steht fest, daß das der angefochtenen Pfändung zu Grunde liegende Ausstandsverzeichnis eine „öffentliche Abgabe“ zum Inhalt hat, und daß daher ein gegen es eingelegtes Rechtsmittel nach dem VGG keine aufschiebende Wirkung hat.

Die Beschwerde des Schuldners war daher zurückzuweisen.

RA Poellinger, München

#### Krankheitskosten eines Arztes als Betriebsausgaben bei der steuerlichen Einkommensermittlung

Die Tätigkeit eines Arztes bringt es mit sich, daß er im besonderen Maße der Erkrankung ausgesetzt ist. Die finanziellen Folgen, die sich daraus ergeben, sind für ihn in der Regel sehr gravierend, da er dagegen häufig wirtschaftlich ungenügend geschützt ist.

Eine Möglichkeit, diese Mehrkosten aufzufangen, gibt das geltende Einkommensteuerrecht. Zwar zählen Krankheitskosten grundsätzlich zu den Kosten der Lebenshaltung, die das zu versteuernde Einkommen nicht mindern dürfen, es gibt aber hiervon zwei sehr wichtige Ausnahmen, bei denen die Krankheitskosten zur Einkommensteuererminderung führen können.

Heute wohl allgemein bekannt ist der eine Weg, den durch die Krankheitskosten verursachten sog. Überbelastungsbetrag vom steuerlichen Einkommen abzusetzen und nur den verbleibenden Einkommensbetrag zu versteuern. Die rechtliche Bestimmung hierzu findet sich insbesondere in § 33 Einkommensteuergesetz. Die Anrechnung setzt aber voraus, daß eine bestimmte Eigenbelastung überschritten wird, die das Gesetz dem Steuerpflichtigen zumutet. Diese zumutbare Eigenbelastung richtet sich nach der Einkommenshöhe und dem Familienstand. Nur der die Grenze der zumutbaren Eigenbelastung übersteigende Aufwand für die Krankheit kann abgesetzt und damit steuerlich berücksichtigt werden. Die übrigen Kosten bleiben solche des privaten Lebensbereichs ohne steuerliche Berücksichtigung.

Eine Änderung des Gewinnes aus der ärztlichen Tätigkeit tritt durch den oben erwähnten Abzug von Krankheitskosten vom Einkommen nicht ein. Der Vorgang spielt sich außerhalb der Gewinnermittlung ab. Deshalb bleibt ein solcher Abzug auch ohne Auswirkung auf alle die Abgaben und Beiträge, die den Reingewinn als Bemessungsgrundlage haben, wie beispielsweise den Beitrag zur ärztlichen Versorgungskasse.

Um so wichtiger ist daher die zweite Möglichkeit, die das Einkommensteuerrecht kennt. Danach können Krankheitskosten in bestimmten Fällen als Betriebsausgaben bereits bei der Ermittlung des Reingewinnes berücksichtigt werden. Dies ist dann der Fall, wenn es sich um

Kosten handelt, die für eine typische Berufskrankheit oder für eine im Beruf erworbene Krankheit schlechthin angefallen sind. Es ist im allgemeinen schwer, bei einem Arzt eine Krankheit als berufstypisch herauszustellen. Häufig wird es aber vorkommen und leichter wird es zu beweisen sein, daß eine Krankheit im Beruf erworben wurde. Zu denken ist hier insbesondere an die Infektionskrankheiten, bei denen der Kausalzusammenhang zwischen behandeltem Patienten und tätig gewordenem Arzt häufig offensichtlich ist. Diese Fälle, neuerdings in den Vordergrund des Interesses durch die verschiedenen in der Presse erörterten Vorkommnisse gerückt, sind für den Arzt steuerlich besonders zu beachten.

Der Bundesfinanzhof führt dazu in seinem Urteil vom 6. Juni 1957 IV 158/56 U (Amtsblatt des B. Staatsministeriums der Finanzen Nr. 41 vom 27. 8. 1957 S. 880) aus:

„Nach ständiger Rechtsprechung des Reichsfinanzhofs und des Bundesfinanzhofs sind Krankheitskosten im allgemeinen Kosten der Lebenshaltung... Die Rechtsprechung hat bislang hiervon Ausnahmen nur für den Fall zugelassen, in dem es sich um Kosten zur Heilung sogenannter typischer Berufskrankheiten handelt. Sie hat in diesen Fällen deshalb typisiert, weil bei vielen Krankheiten in der Regel überhaupt nicht mit Sicherheit festgestellt werden kann, ob sie infolge der Berufsausübung entstanden sind oder nicht. Aus diesem Grunde läßt sie deshalb nur bei den eigentlichen Berufskrankheiten zu, daß die Kosten der Heilung die Einkünfte mindern. Dem hiergegen erhobenen Einwand... daß die Typisierung dann nicht in Betracht komme, wenn die Krankheit unstreitig eine Folge der Berufsausübung sei, sondern die Abzugsfähigkeit sich ohne weiteres aus § 4 Abs. 4 EStG und der Verursachung durch die Berufsausübung ergebe, vermag der Senat die Berechtigung nicht abzuspochen. Die Tatsache, daß die Ursache der Krankheit in der Berufsausübung liegt, wird sich zwar mit absoluter Sicherheit nur in ganz wenigen Ausnahmefällen feststellen lassen. In der ganz überwiegenden Mehrzahl wird daher die Entscheidung nur auf Grund mehr oder weniger großer Erfahrungen und Wahrscheinlichkeitserwägungen getroffen werden können. Damit ist eine gewisse Typisierung gerade für die Fälle der Berufskrankheiten nicht völlig zu entbehren. Die Rechtsprechung des Bundesfinanzhofs hat deshalb auch bis in die neueste Zeit in vorsichtigem Umfang an der typischen Betrachtungsweise festgehalten...“

Die typische Betrachtungsweise darf allerdings keinesfalls dazu führen, über offensichtliche Besonderheiten des Einzelfalles hinwegzugehen und ungleiche Fälle gleich zu behandeln. Denn gerade bei der Einkommensteuer müssen die besonderen Verhältnisse des Steuerpflichtigen weitestgehend berücksichtigt werden. Dabei darf keinesfalls die Typisierungslehre als ein einseitiges Tatbestandswürdigungsprinzip zuungunsten des Steuerpflichtigen angesehen werden. Sie ist selbstverständlich auch zuungunsten des Steuerpflichtigen anzuwenden.

Es besteht aber nach Ansicht des Senats dann kein An-

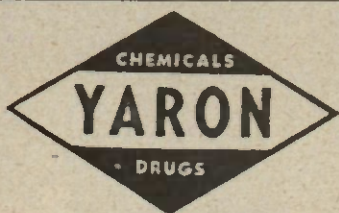
#### INTRANOL DAS Präparat zur Unterstützung der optimalen Blutbildung.

(Hämatin-Konzentrat mit Intrinsic-Faktor)

Indikation: Bei Anämie jeglicher Genese: Makro- und mikrocytäre Anämien, sekundäre Anämien, alimentäre Anämien, Anämien nach Blutverlust, eisenresistente Anämien, Anämien bei Leberschäden, Magenresektionen und Resorptionsstörungen im Magen-Darmkanal.

Zusammensetzung: Spezial-Leber-Magen-Konzentrat (enthaltend Intrinsic-Faktor) — Vitamin B<sub>12</sub> mit Intrinsic-Faktor-Konzentrat USP — Vitamin B<sub>6</sub> (Aktivitätsäquivalent) — Eisensulfat, anhydriert — Ascorbinsäure — Folsäure.

Artikel-Nr. 12050 Flasche à 10 Kapseln DM 6.05 oU YARON München 2, Weinstraße 9, Tel. 2 43 56



lung, die wie hier zur Anerkennung der Berufskrankheit laß, an der Typisierung, die zum mindesten für den Fall der Berufskrankheiten im wesentlichen nur eine Beweisvermutung schafft, festzuhalten, wenn der Beweis erbracht ist, daß es sich um eine unzweifelhaft im Beruf erworbene Krankheit handelt und über diese Frage zwischen dem Steuerpflichtigen und dem Finanzamt kein Streit besteht; die Typisierung bezweckt nur, rein steuerliche und in ihren Ergebnissen oft nicht zu kontrollierende Beweiserhebungen auszuscheiden. Vor allem wird auch ein Unterschied in der steuerlichen und sozialrechtlichen Behand-

geführt hat, nicht verstanden werden...“

Ergänzend sei noch bemerkt, daß selbstverständlich nur die im Endergebnis tatsächlich entstandenen Kosten zu einer Gewinnminderung führen dürfen. Wird also von einer dritten Seite, z. B. einer Krankenkasse Kostenersatz geleistet, so ist dieser Zufluß als Betriebseinnahme (umsatzsteuerfrei) anzusehen. Es kann dabei vorkommen, daß hierbei verschiedene Jahre und damit Veranlagungszeiträume betroffen werden.

Anschrift des Verfassers: Dr. Hans Degmayr, München-Solln, Grünbauerstraße 30.

## KONGRESSE UND FORTBILDUNG

### Vortragsveranstaltung des Hartmannbundes

Am Freitag, den 27. Februar 1959, 20 Uhr c. t., findet im großen Hörsaal der I. Universitätsfrauenklinik in München, Maistraße 11, eine Vortragsveranstaltung des Landesverbandes Bayern im Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) statt. Es sprechen: Dr. Dr. v. Guggel, Mitglied des Bayer. Senats, „Arzt und Reform der sozialen Krankenversicherung“ und Dr. Ludwig Franz, MdB, Mitglied des Sozialpolitischen Ausschusses des Deutschen Bundestages, „Der Stand der Diskussion der Reform der sozialen Krankenversicherung“.

### Strahlenschutzkursus

Vom 10. bis 12. März 1959 führt das Bundesgesundheitsamt in Berlin einen Fortbildungskursus für Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes auf dem Gebiet des Strahlenschutzes durch. Die Hauptthemen lauten: Rechtsgrundlagen (ORR Dr. Ralsch, Bonn); Physikalische Grundlagen und Maßeinheiten (Dr. Mehl, Dr. Jacobi, Dr. Schmier); Strahlenbiologie und Klinik der Strahlenschäden (Dr. Laskowski, Priv.-Doz. Dr. Birkner und Dr. Ueberschär, Prof. Nachtsheim, Dr. Aurand); Durchführung des Strahlenschutzes (Dr. Kettner, Prof. Naumann, Prof. Schormüller, Prof. Lundt, Priv.-Doz. Dr. Frommhold, ORR Dr. Vaupel). Außer den Referaten finden Besichtigungen von Isotopen-Laboratorien, des Berliner Reaktors und einer Kobaltbombenanlage statt. Tagungsort: Berlin-Dahlem, Corrensplatz 1. Anmeldungen und Anfragen an Bundesgesundheitsamt — Referat C I 2 — Berlin W 35, Reichpietscher 72/76. Wegen beschränkter Teilnehmerzahl ist umgehende Anmeldung erforderlich.

### Deutscher Krebskongreß 1959

Die 6. wissenschaftliche Tagung des Deutschen Zentralausschusses für Krebsbekämpfung und Krebsforschung e. V. findet in der Zeit vom 12. bis 14. März 59 in Berlin statt. Unter dem Präsidium von Prof. Dr. H. Martius werden folgende Referate gehalten: Oberling, Paris-Villejuif: Virus und Krebs; Hueper, Bethesda, Maryland/USA: Luftverunreinigung und Krebs; Büngeler, München: Trauma und Krebs; Linder, Berlin: Bronchialkrebs; Flaskamp, Oberhausen; Kirchhoff, Göttingen; Schultze-Rhondof, Münster; Zinser, Köln, und andere sprechen über organisatorische Fragen der Krebsbekämpfung. Auskunft: Prof. Dr. med. H. Hartl, Oberarzt der Univ.-Frauenklinik, Göttingen, Kirchweg 3.

### 7. Bayerischer Internisten-Kongreß im Messehaus Nürnberg vom 13.—15. März 1959

Freitag, den 13. März 1959

Prof. Althaus, Erlangen:  
Medizin und Ethik

Prof. Grote, Glotterbad:

Der kranke Mensch und die Zeit

Doz. Halhuber, Innsbruck:

Der Mensch im Hochgebirgsklima

#### Themen der Chirurgie und Inneren-Medizin:

Prof. Hegemann, Erlangen:

Die Chirurgie der Speiseröhre

Prof. Heinsen, Zeven:

Zur Klinik der chronisch-rezidivierenden Pankreatitis

Prof. Franke, Nürnberg:

Über Klinik und Therapie der Pankreaszysten

Samstag, den 14. März 1959

#### Bluttransfusion in med. und rechtlicher Sicht:

Prof. Dahr, Göttingen:

Über Bluttransfusions-Zwischenfälle

Dir. Wolf, Bad Homburg v. d. H.:

Prof. Wagner, Mainz:

Bluttransfusionszwischenfälle in der Rechtsprechung

Prof. Heim, Berlin:

Bluttransfusion im Blickfeld der Klinik

#### Zoonosen

Prof. Schoop, Frankfurt/Main:

Epidemiologie der wichtigsten Zoonosen

Prof. Lentze, Köln:

Über Aktinomykose

Sonntag, den 15. März 1959

Prof. Hofmann, Regensburg:

Über bakterielle Infektion

Prof. Mohr, Hamburg:

Klinik und Therapie der Zoonosen

Dr. Westphal, Hamburg:

Laboratoriumsdiagnostik der Toxoplasmose

Prof. Kimig, Hamburg:

Klinische und pathologische Bedeutung der sog. dermatotropen Viren

Prof. Weyer, Hamburg:

Zur Frage der Psittakose und Ornithose in Deutschland

Dr. Schindler, Hamburg:

Probleme der Tollwut

Versendung des endgültigen Programmes erfolgt Mitte Februar. Die Leitung des Kongresses liegt in Händen von Prof. Meythaler, Nürnberg, an dessen Sekretariat: Nürnberg, Flurstraße 17, Anmeldungen zwecks Kongreßteilnahme zu richten sind.

### Der KNEIPPÄRZTEBUND e. V.

Ärztliche Gesellschaft für Hydrotherapie, Physiotherapie  
Bad Wörishofen

veranstaltet in der Zeit vom 3.—9. Mai 1959 in Bad Wörishofen den

#### 12. Ärztlichen Fortbildungslehrgang

Physikalische Medizin und Kneipp-Therapie in Lehre und praktischer Anwendung

mit anschließendem einwöchigem Praktikum vom 10. bis 16. Mai 1959. Die Kurse werden in Verbindung mit dem Verband Deutscher Badeärzte, Bad Oeynhausen und dem Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren, Stuttgart, durchgeführt und zählen zu den Ausbildungsmaßnahmen für den „Arzt für Naturheilverfahren“.

Anmeldungen erfolgen an das Sekretariat des Kneippärztebundes e. V., Bad Wörishofen, Postfach 6.

#### Studienfahrten deutscher Akademiker

Die Studienfahrten deutscher Akademiker, Prof. Artur Kutscher, werden im Sommer und Herbst 1959

## NEPHROLITH »RHEIN-CHEMIE«®

Therapie und aktive Prophylaxe  
der Nephrolithiasis



RHEIN-CHEMIE PHARMAZEUTISCHE ABTEILUNG HEIDELBERG

gende Reisen veranstalten: Vom 20. Juli bis 6. August England, Wales und Schottland mit dem Besuch der Shakespeare-Festspiele in Stratford-on-Avon. Es folgt vom 7. bis 23. September eine Schiffsreise „Griechenland und Türkei“ auf dem eigens dafür gecharterten Dampfer Hermes, verbunden mit einem fünftägigen Aufenthalt in Istanbul. Vom 20. 9.—4. 10. wird die Fahrt Apulien und Kalabrien wiederholt, und vom 15. bis 31. 10. geht es im Flugzeug nach Lissabon und von dort im Autobus durch ganz Portugal.

Große Studienfahrten führen vom 6. 9.—6. 10. nach Japan und Hinterindien und zum vierten Mal vom 30. 12. 59—23. 2. 60 nach Nepal und Ceylon.

Programme, Auskünfte und Anmeldungen durch Studienfahrten deutscher Akademiker Prof. Dr. Artur Kutscher, München 13, Habsburger Platz 1.

### KONGRESSKALENDER

Ba 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:

##### März:

- 2.—25. 3. in Gießen: Fortbildungskurs in Bäder- und Klimahelkunde. Auskunft: Prof. Dr. G. Herzog, Gießen, Pathol. Institut, Klinikstraße 32 g.
- 4.—6. 3. in Lübeck: Fortbildungstagung des Bundes der Deutschen Medizinalbeamten. Auskunft: Med.-Dir. Dr. Glawatz, Lübeck, Schildstraße 12.
- 7.—9. 3. in Heidelberg: Tagung der Südwestdeutschen Dermatologischen Vereinigung. Auskunft: Sekretariat der Universitäts-Hautklinik, Heidelberg, Voßstraße 2.
- 10.—12. 3. in Berlin: Fortbildungskurs für Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes auf dem Gebiet des Strahlenschutzes. Auskunft: Bundesgesundheitsamt — Referat C I 2 —, Berlin W 35, Reichpitscher 72/76.
- 12.—14. 3. in Berlin: 6. Wissenschaftliche Tagung des Deutschen Zentralkomitees für Krebsbekämpfung und Krebsforschung e. V. (Deutscher Krebskongreß 1959). Auskunft: Prof. Dr. H. Hartl, Oberarzt der Universitäts-Frauenklinik, Göttingen, Kirchweg 3.
- 13.—15. 3. in Nürnberg: 7. Bayerischer Internisten-Kongreß. Auskunft: Prof. Dr. Meythaler, Nürnberg, Städt. Krankenanstalten, Flurstraße 17.
- 14.—21. 3. in Bad Pyrmont: 16. Kurs für Naturheilverfahren des Zentralverbandes für Naturheilverfahren e. V. Aus-

kunft: Dr. med. H. Haferkamp, Mainz, Adam-Karrillon-Straße 13.

- 15.—21. 3. in München: Frühjahrskurs 1959 für „Ganzheitsmedizin und Naturheilverfahren“ veranstaltet vom Bund Deutscher Ärzte für Naturheilverfahren e. V. Auskunft: Prof. Dr. K./Saller, München 2, Richard-Wagner-Straße 10/I.
- 19.—21. 3. in Bisseldorf: 6. Arbeitswissenschaftlicher Kongreß der Gesellschaft für Arbeitswissenschaft e. V. Auskunft: ORR. Dr.-Ing. H. Kellner, München 6, Schneckenburgerstraße 41.
- 20.—21. 3. in Bad Nauheim: Jahrestagung 1959 der Deutschen Gesellschaft für Verkehrsmedizin e. V. Auskunft: Dr. Großjohann, Mainz, Institut für Gerichtliche Medizin, Langenbeckstraße 1.
- 20.—22. 3. in Augsburg: Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin. Gesamtthema: „Neue Entwicklungen der Sulfonamid-, Antibiotica- und Corlisontherapie in Praxis und Klinik“. Auskunft: Prof. Dr. Schretzenmayr, Augsburg, Schälzerstraße 19.
- 21.—25. 3. in Bad Pyrmont: 12. Psychotherapie-Seminar in Verbindung mit dem 15. Kurs des Zentralverbandes der Ärzte für Naturheilverfahren. Auskunft: Dr. Graf Wittgenstein, München 23, Königinstraße 101.

##### April:

- 1.—2. 4. in Bad Nauheim: Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Herdforschung und Herdbekämpfung. Auskunft: Prof. Dr. Hattemer, Gau Algesheim, Ingelheimer Straße 75.
- 1.—2. 4. in Mainz: Wissenschaftlicher Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Ernährung. Auskunft: Dr. H. Rausch, Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V., Frankfurt a. Main, Börsenplatz 1.
- 1.—4. 4. in München: 76. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Auskunft: Prof. Dr. A. Hübner, Berlin-Charlottenburg 9, Preußenallee 42.
- 3.—5. 4. in München: 4. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Ästhetische Medizin und ihre Grenzgebiete. Auskunft: Dozent Dr. H. C. Friedrich, Tübingen, Schellingstraße 7.
- 3.—5. 4. in Bad Nauheim: Deutsche Gesellschaft für Kreislauforschung. Auskunft: Prof. Dr. R. Thauer, Bad Nauheim, William-G.-Kerckhoff-Institut der Max-Planck-Gesellschaft.
- 6.—9. 4. in Wiesbaden: 65. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. Auskunft: Prof. Dr. Fr. Kauffmann, Wiesbaden, Städt. Krankenanstalten.

## OLIVYSAT Bürger

- ◀ wirkt gefäßerweiternd und durchblutungsfördernd
- ◀ beseitigt subjektive Hypertensionsbeschwerden
- ◀ ist gut verträglich, auch bei Dauermedikation

Dosierung: 2–3 mal täglich 30–40 Tropfen

Handelsfarm: O. P. 30 ccm DM 1.50  
O. P. 60 ccm DM 2.85

Johannes Bürger Ysartfabrik G. m. b. H. • Goslar am Harz Werk Bad Harzburg

- 9.—12. 4. in Mannheim: 48. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Pathologie. Auskunft: Prof. Dr. C. Krauspe, Pathologisches Institut der Universität Hamburg, Hamburg-Eppendorf, Martinstraße 52.
- 21.—24. 4. in Hamburg: 4. Europäische Konferenz der Psychosomatischen Forschung. Auskunft: Prof. Dr. H. Freyberger, II. Med. Univ.-Klinik und Poliklinik, Hamburg-Eppendorf, Martinstraße 52.
- 22.—25. 4. in Essen: 27. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie. Auskunft: Prof. Dr. J. Wüstenberg, Gelsenkirchen, Rothhauser Straße 19.
- 24.—29. 4. in Freudenstadt: 8. Atemtherapie-Seminar mit Atemmassage-Lehrgang. Leitung und Auskunft: Dr. Glaser, Freudenstadt, Lauterbadstr. 24.
- 26.—29. 4. in Freudenstadt: Atemtherapeutisches Praktikum (System Pfister). Leitung und Auskunft: Dr. Naber, Freudenstadt.
- 28.—30. 4. in Klei: 6. Symposium der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie. Auskunft: Dozent Dr. H. Nowakowski, II. Med. Univ.-Klinik Hamburg-Eppendorf.

**April/Mai:**

30. 4. — 2. 5. in Freudenstadt: Arbeitstagung der AFA (Atemtherapie). Leitung: Dr. L. Schmitt, München. Auskunft: Dr. Glaser, Freudenstadt, Lauterbachstr. 24.

**Mai:**

- 1.— 3. 5. in Baden-Baden: Tagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden unter dem Vorsitz von Prof. Dr. med. H. Groh. Auskunft: Dr. Hermann G. Bauer, Baden-Baden, Lichtenthaler Straße 90.
- 3.— 9. 5. in Bad Wörishofen: 12. Ärztlicher Fortbildungslehrgang Physikalische Medizin und Kneipp-Therapie in Lehre und praktischer Anwendung. Auskunft: Sekretariat des Kneippärztebundes e. V., Bad Wörishofen, Postfach 8.
- 3.— 9. 5. in Düsseldorf: 4. Konferenz der Internationalen Union für Gesundheitserziehung. Auskunft: Geschäftsstelle des Bundesausschusses für gesundheitliche Volksbelehrung, Bad Godesberg, Plittersdorfer Straße 17.
- 4.— 9. 5. in Lindau: 9. Lindauer Psychotherapiewoche. Leitung: Dr. Helmuth Stolze. Auskunft: Dr. Helmuth Stolze, München 2, Dinerstraße 17.
- 8.— 7. 5. in Düsseldorf: 4. Kongreß für Pathologie, Therapie und Begutachtung der Heimkehrerkrankheiten. Auskunft: Kongreßbüro des Verbandes der Heimkehrer, Kriegsgefangenen und Vermissten-Angehörigen Deutschlands e. V., Bad Godesberg, Heerstraße 17.
- 7.— 8. 5. in Berlin: 23. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs-, Versorgungs- und Verkehrsmedizin. Auskunft: Berliner Gesellschaft für Unfallheilkunde und Versicherungsmedizin, Berlin-Charlottenburg 8, Brixplatz 4.
- 8.—10. 5. in Essen: Deutscher Sportärztekongreß 1959. Auskunft: Prof. Dr. F. Kuhlmann, Essen-Werden.
- 10.—14. 5. in Bad Godesberg: 30. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft der H-N-O-Ärzte. Vorsitz: Prof. Dr. F. Zöllner, Heidelberg. Auskunft: Prof. Dr. A. Meyer zum Gottesberge, Direktor der H-N-O-Klinik der Medizinischen Akademie Düsseldorf, Moorenstr. 5.
- 20.—23. 5. in Bad Nauheim: 25. Tagung der Deutschen Physiologischen Gesellschaft. Auskunft: Prof. Dr. R. Thauer, Bad Nauheim, William-G.-Kerckhoff-Herzforschungsinstitut der Max-Planck-Gesellschaft.
- 20.—24. 5. in Berlin: 8. Deutscher Kongreß für ärztliche Fortbildung. Auskunft: Kongreßgesellschaft für ärztliche Fortbildung e. V., Berlin-Steglitz, Klingsorstraße 21.
- 22.—24. 5. in Passau: 9. Tagung der Süddeutschen Tuberkulose-Gesellschaft. Auskunft: OMR Dr. Liebknecht, Augsburg-Stadtbergen, Südstraße 5.
- 23.—24. 5. in Heidelberg: Tagung der Südwestdeutschen Kinderärzte. Auskunft: Prof. Dr. Ph. Bamberger, Universitäts-Kinderklinik, Heidelberg.

**Juni:**

- 7.—21. 6. in Langeoog: Fortbildungskurs für praktische Medizin. Auskunft: Kurverwaltung des Nordseeheilbades Langeoog.
- 10.—13. 6. in Bad Nauheim: 9. Wissenschaftlicher Kongreß des Bundes der Deutschen Medizinalbeamten. Auskunft: OMR Dr. Kläß, Fürth 1. B., Blumenstraße 22.
- 22.—27. 6. in Lübeck: 62. Deutscher Ärztetag. Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.

- 23.—27. 6. in Gießen: Hochschulkurs für Ärzte „Arzneitherapie und ihre pharmakologischen Grundlagen“. Auskunft: Prof. Dr. Georg Herzog, Leiter der ärztlichen Fortbildungskurse der Medizinischen Fakultät Gießen, Patholog. Institut, Klinikstraße 32g.

**AUSLAND:****März:**

- 8.—21. 3. in Badgastein: 4. Internationaler Lehrgang für praktische Medizin der Deutschen Bundesärztekammer. Auskunft: Bundesärztekammer — Kongreßbüro — Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
- 9.—21. 3. in Davos: 7. Internationaler Lehrgang für praktische Medizin der Deutschen Bundesärztekammer. Auskunft: Bundesärztekammer — Kongreßbüro — Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
- 14.—15. 3. in Innsbruck: 2. Klinisches Wochenende der Chirurgischen Universitäts-Klinik. Auskunft: Dr. H. Steiner, Oberarzt der Chirurg. Univ.-Klinik Innsbruck.
- 14.—28. 3. in Selva-Wolkenstein/Dolomiten: 2. Skikurs des Deutschen Sportärztebundes e. V. Auskunft: DER, Frankfurt a. Main, Mainzer Landstraße 42.
- 21.—28. 3. in Bad Hofgastein: 4. Fortbildungskurs für Geriatrie der Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie. Auskunft: Primarius Dr. Walter Doberauer, Wien XIV, Hütteldorfer Straße 188.

**Mai:**

- 6.—10. 5. in Mailand: 2. Internationaler Kongreß für parasitäre Infektionskrankheiten. Auskunft: Prof. Dr. C. Zanussi, Via Francesco Sforza 35, Mailand.

**Mal/Juni:**

28. 5.—7. 6. in Terme Montecatini: 2. Europäischer Fortbildungskongreß für deutschsprechende praktische Ärzte. Auskunft: Europäischer Fortbildungskongreß für deutschsprechende praktische Ärzte, Organisationsausschuß, München 15, Schwanthalerstraße 49.

**Juni:**

- 1.— 8. 6. in Edinburgh: 11. Internationaler Krankenhauskongreß. Auskunft: Gen.-Sekr. Capt. J. E. Stone, King Street, London E. C. 2.
- 1.—13. 6. in Grado: Internationaler Lehrgang für praktische Medizin, veranstaltet von der Bundesärztekammer. Auskunft: Bundesärztekammer — Kongreßbüro — Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
- 2.— 3. 6. in Paris: 23. Internationale Neurologentagung. Auskunft: Dr. J. Sigwald, 68 boulevard Courselles, Paris XVII e.
- 7.—13. 6. in Amsterdam: 3. Weltkongreß der Internationalen Gesellschaft für Fertilität. Auskunft: Prof. B. S. ten Berge, Academisch Ziekenhuis, Groningen/Holland.

**AMTLICHES****Mitglieder der Fakultäten als Delegierte zur Bayer. Landesärztekammer**

Nach § 20 der Wahlordnung für die Wahl der Delegierten zur Bayer. Landesärztekammer steht den Medizinischen Fakultäten der drei Landesuniversitäten das Recht zu, eines ihrer Mitglieder als Delegierte zur Bayerischen Landesärztekammer zu benennen. Die Fakultäten haben folgende Herren als Delegierte benannt:

München: Professor Dr. Hans von Braunbehrens, Direktor des Instituts für Physikalische Therapie und Röntgenologie,

Erlangen: Professor Dr. Rudolf Dyrhoff, Direktor der Universitäts-Frauenklinik,

Würzburg: Professor Dr. Hans Franke, Direktor der Medizinischen Universitäts-Poliklinik.

**Stellenausschreibung für die staatlichen Gesundheitsämter**

Beim Staatlichen Gesundheitsamt Erding ist eine Hilfsarztstelle (Vergütungsgruppe III TO A) neu zu besetzen. Bewerbungen können sich Ärzte, die die Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst abgelegt haben und in der Anwärterliste für den öffentlichen Gesundheitsdienst

geführt werden. Bewerbungsgesuche sind bei der für den Wohnort zuständigen Regierung einzureichen, für außerhalb Bayerns wohnhafte Bewerber beim Bayer. Staatsministerium des Innern in München. Die Gesuche müssen bis spätestens 1. März 1959 eingegangen sein.

Beim Staatlichen Gesundheitsamt Eschenbach ist die Stelle des mit der Führung der Geschäfte der Nebenstelle Kemnath betrauten Hilfsarztes (Beamtenstelle der Besoldungsgruppe A 13) neu zu besetzen. Bewerben können sich Ärzte, die die Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst abgelegt haben und in der Anwärterliste für den öffentlichen Gesundheitsdienst geführt werden. Bewerbungsgesuche sind bei der für den Wohnort zuständigen Regierung einzureichen, für außerhalb Bayerns wohnhafte Bewerber beim Bayer. Staatsministerium des Innern. Die Gesuche müssen bis spätestens 1. März 1959 eingegangen sein.

Beim Staatlichen Gesundheitsamt Marktheidenfeld ist die Stelle des mit der Führung der Geschäfte der Nebenstelle Lohr am Main betrauten Hilfsarztes (Beamtenstelle der Besoldungsgruppe A 13) neu zu besetzen. Bewerben können sich Ärzte, die die Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst abgelegt haben und in der Anwärterliste für den öffentlichen Gesundheitsdienst geführt werden. Bewerbungsgesuche sind bei der für den Wohnort zuständigen Regierung einzureichen, für außerhalb Bayerns wohnhafte Bewerber beim Bayer. Staatsministerium des Innern. Die Gesuche müssen bis spätestens 10. 3. 1959 eingegangen sein.

I. A. gez. Dr. Riedl, Ministerialdirektor

## RUNDSCHAU

**Lockerung des Impfwanges zu erwarten.** Im Bundesministerium des Innern wird eine Änderung des Impfgesetzes vorbereitet. Man denkt an ein neues Rahmengesetz. In einer Presseverlautbarung der Deutschen Volksgesundheitsbewegung heißt es dazu:

„Das Dogma von der schützenden Wirkung der Pockenimpfung ist endgültig erschüttert; ihre Gefahren sind weitaus größer als ihr vermeintlicher Nutzen. Die ständig ansteigende Gefahr der durch die Pockenimpfung ausgelösten Gehirnentzündung (Encephalitis) und die völlige Unmöglichkeit, dieses unübersehbare und außerordentlich gefährliche Risiko durch irgendeine Form der Voruntersuchung auszuschalten, lassen sich nicht mehr leugnen.“

Jedes zur Pockenimpfung gebrachte Kind muß mit der Möglichkeit rechnen, durch die Impfung die Gehirnentzündung zu bekommen. Unter dem Einfluß der vielfachen Zivilisationsschäden sind die natürlichen Widerstandskräfte im kindlichen Organismus bereits zu geschwächt, daß er das eingepflichte Pockengift nicht mehr verarbeiten kann. Während noch bis in die letzten Tage hinein verantwortungsbewußte Eltern, die ihre Kinder diesem Risiko nicht aussetzen wollten, durch eine übersteigerte Medizinbürokratie schikanier, verhört und bestraft wurden und erst kürzlich der Leiter eines süddeutschen Großstadt-Gesundheitsamtes ankündigte, man werde in solchen Fällen die Kinder mit

polizeilicher Gewalt zur Impfung bringen und den Eltern das Sorgerecht über ihre Kinder entziehen, hat jetzt erstmals ein Land der Bundesrepublik, nämlich Berlin, unter dem Druck der Entwicklung verfügt, daß alle Kinder über drei Jahre endgültig von der Pockenimpfung befreit sind und nicht mehr vorgeladen werden, und die Impfarzte angewiesen, Eltern, die den Wunsch äußern, daß diese Kinder geimpft werden, auf die erhöhte Gefährdung durch die Pockenimpfung hinzuweisen.

Bei diesen Maßnahmen kann es aber nicht bleiben. Da die Gefahr der Gehirnentzündung auch in den ersten Lebensjahren in gleicher Weise nicht ausgeschlossen werden kann, ist eine befriedigende Lösung dieses schwierigen Problems nur auf dem Wege über die Aufhebung der Impfpflicht durch die Einführung der Gewissensklausel möglich, durch die es allein in die verantwortungsbewußte Entscheidung der Eltern gelegt wird, ob sie ihre Kinder impfen lassen oder nicht. Die Gewissensklausel, die seit Jahrzehnten mit bestem Erfolg in England, Irland, Holland, Finnland, in der Schweiz und in anderen Ländern eingeführt ist, wird auch bei uns in der Bundesrepublik von fortschrittlichen Ärzten und Wissenschaftlern seit Jahren mit Nachdruck gefordert. Dem Deutschen Bundestag, in dessen Schublade seit langem ein Antrag auf Einführung der Gewissensklausel ruht, obliegt die Entscheidung über diese für unsere Volksgesundheit entscheidend wichtige Frage.“

Ges. Pol. Umschau 12/58

**Bevölkerungszunahme in Algerien:** Dank den von französischer Verwaltung eingeführten sozialen Maßnahmen, vor allem aber durch die Fortschritte im Gesundheitswesen mit der Ausmerzung der Volksseuchen, gehört der algerische Bevölkerungszuwachs (mit dem Koeffizienten 8) zum größten der Welt. Während die Bevölkerungsziffer um 1900 noch ca. 2,5 Millionen betrug, hat sie sich nach gegenwärtigen Schätzungen auf rund zehn Millionen erhöht. Die Bevölkerungsziffer steigt jährlich um 165 000 an. Daraus erklärt sich unter anderem, daß die Bevölkerung außerordentlich jung ist: über 50% der Einwohner haben ein Alter von unter 20 Jahren und rund 40% von unter 15 Jahren. In Kabylien ist z. B. die Bevölkerungsdichte 50% höher als in Frankreich.

i. b.

## BUCHBESPRECHUNGEN

**Chirurgenverzeichnis.** Im Einvernehmen mit der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie herausgegeben von Prof. Dr. A. Hübner, (1948) 4. Auflage., Springer-Verlag, Berlin W 35. 1002 Seiten, Ganzln., DM 60,—.

Das im Jahre 1920 erstmals als „Deutscher Chirurgen-Kalender“ erschienene Werk liegt in wesentlich erweiterter Auflage nunmehr als „Chirurgenverzeichnis“ vor.

Im Hinblick auf die immer mehr sich verdichtenden internationalen Beziehungen der Wissenschaft ist es zu begrüßen, daß nunmehr auch eine große Anzahl von Chirurgen aus allen Kulturstaaten aufgenommen wurde. Im alphabetischen Verzeichnis ist unter dem Namen auch der wissenschaftliche Werdegang und ein ausführlicher Katalog der Publikationen aufgeführt. Der Anhang bringt außer den Direktoren der chirurgischen Universitätskliniken auch den Namen der lei-

# BB12

## ANKERMANN

**ANKERMANN & CO.**

FRIESOYTHE (OLDB.)



**Injektionen · Tropfen**

Indikationstabelle auf Anforderung

Bei  
RHEUMA

# Thermulsion

Die zuverlässig  
wirkende Einreibung

tenden Ärzte der chirurgischen Abteilungen öffentlicher Krankenhäuser in Deutschland und in den europäischen Nachbarländern.

Wa.

Augenheilkunde in Klinik und Praxis von W. Rohrschneider, Ferdin. Enke Verlag, Stuttgart, mit 117 Abbildungen und 42 Tabellen, 1958, 398 Seiten, geheftet DM 36,50, Ganzleinen DM 39,50.

Die Augenärzte werden es sehr dankbar begrüßen, daß Rohrschneider es unternommen hat, die Vorträge des Fortbildungskurses 1957 für Augenärzte in München, in einem „Augenheilkunde für Klinik und Praxis“ betitelten Bande zusammenzustellen. Und zwar keineswegs nur diejenigen, denen es nicht vergönnt war, an dem Kursus teilzunehmen, sondern ebenso die seinerzeitigen Teilnehmer, die aus der erdrückenden Fülle des s. Z. Gebotenen nun Gelegenheit haben, in das eine oder andere Kapitel sich zu vertiefen. Handelt es sich doch nicht um Referate, sondern jeweils um die Originalarbeit der ersten Autoritäten unseres Faches. Der Titel Augenheilkunde mag zunächst etwas zu umfassend erscheinen, da es sich doch nur um ausgewählte Kapitel, wie sie eben auf jener Tagung vorgetragen wurden handelt, doch würde eine Bezeichnung wie Fortbildungsvorträge dem Gebotenen nicht Genüge tun.

Es kann nicht Aufgabe einer kurzen Besprechung sein, fachlich-sachlich auf 30 Vorträge namhafter Autoren aus aller Herren Länder einzugehen; doch sei noch eigens darauf hingewiesen, daß bei einer hohen wissenschaftlichen Warte der Zweck der Fortbildung in den wenigsten Fällen zu kurz kam. Rohrschniders Eröffnungsansprache umreißt diese Aufgabe, während Amsler in einem ebenfalls einleitenden Vortrag, in dem er über „die notwendige Synthese zwischen wissenschaftlicher Arbeit und dem Überhandnehmen der Technik“ spricht, richtungweisende und mahnende Worte findet für „Entwicklung, Fortschritt und Fortbildung“.

Dr. H. Sautier, München

„Zigarette und Lungenkrebs“ von Fritz Liekint, Hohenekverlag GmbH., Hamm/Westf., 1957, 80 Seiten, Preis DM 3,50.

Der bekannte Vorkämpfer gegen die Tabakschäden erörtert kurz die Ursachen der Krebsbildung und die Schädlichkeit des Tabakrauches, berücksichtigt die Ergebnisse des Tierexperimentes, die Symptome des Raucherkrebses, die Gründe für die Bevorzugung des Mannes, die Bedeutungslosigkeit der Großstadtluft, der Industrie- und Motorenabgase für die Krebsentwicklung.

Während Zigarre und Pfeife im Bereiche der oberen Rauchstraße (Lippen, Kehlkopfingang) cancerogen wirken, sind die Teerstoffe des in h a i e r t e n Zigarettenrauches im Bereiche der unteren Rauchstraße (Kehlkopf—Lungen), wo eine mechanische Reinigung durch Essen, Trinken, Putzen, nicht möglich ist, besonders gefährlich. Die angeborenen Adenocarcinome spielen gegenüber dem Raucherkrebs fast keine Rolle.

Für dessen Entstehung sind neben der individuellen Disposition die Dauer der Inhalation (30 bis 40 Jahre), die Menge (ca. 100 000 Stück) von Bedeutung. Starke Raucher müssen daher in 72,4 v. H. mit Lungenkrebs rechnen, während bei 25,8 v. H. noch gesunde Lungen vorgefunden wurden. Selbst disponierte „Passivraucher“ in rauchgeschwängerten Arbeitsräumen sind gefährdet, wie überhaupt bei allen Krankheiten Aniaie und Umwelteinfluß maßgeblich beteiligt sind.

Die ersten Zeichen der Präcancerose sind die chron. Bronchitis (Raucherhusten) und die Gewichtsabnahme. Röntgenkontrollen sind zu empfehlen, da der Lungenkrebs oft lange symptomlos verläuft oder sich überraschend in Metastasierung von Nebenorganen bemerkbar macht. Der ursächliche Zusammenhang von Zigarettenverbrauch und Lungenkrebs ist statistisch erwiesen, ging in Europa von Rußland aus, griff auf Dresden (erste Zigarettenfabrik) über und hat sich schließlich die ganze Welt erobert, die Tbc und den Magenkrebs zabiennmäßig überflügelt. Nach den bisher gewonnenen statistischen Unterlagen ist es möglich, die Folgen des heutigen Zigarettenkonsums in 30 bis 40 Jahren vorzuberechnen.

Die Tabakfrage stellt auch den Arzt vor ein ernstes Problem, weil dem Siegeszug der Zigarette überall der Todeszug des Lungenkrebses folgte. Die empfehlenswerte Broschüre ist imstande unser ärztliches Gewissen wachzurufen, nachdem die Heilungsmöglichkeiten recht gering sind.

OMR Dr. F. Stemplinger, München

**Beilagenhinweis:**

Dieser Ausgabe liegen Prospekte folgender Firmen bei:  
Klinge GmbH., München 23  
Klinge GmbH., München 23  
Concordia Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft, Köln  
Dr. Georg Henning, Berlin-Tempelhof  
Aktiengesellschaft f. med. Produkte, Berlin N 85  
Chem. Fabrik Helfenberg AG., Wevelinghoven  
Allgemeine Deutsche INVESTMENT-Ges. mbH., München 22

„Bayerisches Ärzteblatt.“ Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, München 23, Königinstraße 85/III. Schriftleiter: Dr. med. Wilhelm Wack, München, Sendlinger Str. 89/II. Die Zeitschrift erscheint monatlich. Bezugspreis für Nichtmitglieder der Bayer. Landesärztekammer DM 2,40 vierteljährlich, zuzügl. Zustellgebühr. Postscheckkonto Nr. 5252 Amt München, Bayer. Landesärztekammer (Abt. Bayer. Ärzteblatt).



Anzeigenverwaltung: Verlag u. Anzeigenverwaltung Carl Gabler, München 1, Theaterstraße 8, Telefon-Sammel-Nr. 2 86 86. Fernschreiber 05 23662. Telegrammadresse: Gablerpres. Für den Anzeigentell verantwortlich: Ernst W. Scharschinger, 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.

## R-MALLEBRINETTEN

(Respectol-Mallebrinetten)

**Adstringo-antiseptische Rachentabletten**