

BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Heft 10

München, Oktober 1959

14. Jahrgang

IV. Kongreß der Internationalen Vereinigung der Medizinischen Presse

Der Kongreß der „Internationalen Vereinigung der Medizinischen Presse“ fand erstmals in Deutschland statt. Er tagte in den Räumen der Bundesärztekammer unter dem Patronat ihres Präsidenten Dr. E. Fromm. Präsident des IV. Kongresses war Dr. Hans Spatz, München. Die Vorbereitung des Kongresses lag in den Händen des Generalsekretärs des Organisationskomitees Dr. F. Oeter, Köln. Tagungssekretär war Privat-Dozent Dr. W. Trummert, München, dem auch die Koordination der Referate oblag.

Es darf vorausgeschickt werden, daß der Kongreß, an dem rund hundert Teilnehmer aus Belgien, Dänemark, der Bundesrepublik Deutschland, Finnland, Frankreich, Großbritannien, Holland, Israel, Italien, Jugoslawien, Österreich, Portugal, Schweiz, Spanien, Tschechoslowakei, Türkei und Ungarn teilnahmen, nicht nur ausgezeichnet organisiert war, sondern von Anfang an einen engen betont freundlichen Kontakt zwischen den Tagungsteilnehmern schuf. Englisch, Französisch und Deutsch waren die Kongreßsprachen. Die Übersetzung der Referate erübrigte sich, da diese in den drei genannten Sprachen gedruckt vorlagen. Die Diskussion wurde durch Privat-Dozent Dr. Trummert in musterhafter Weise Französisch verdolmetscht bzw. französische Bemerkungen deutsch wiedergegeben. Die gleichsinnige Übertragung deutscher Diskussionsbemerkungen in die englische Sprache und umgekehrt, ließ manche Wünsche offen. Der Kongreß wurde eingeleitet durch eine Begrüßungsansprache des Präsidenten der Bundesärztekammer, Dr. E. Fromm, und eine Rede des Oberbürgermeisters von Köln, Theo Burauen, der die Tagungsteilnehmer namens der Stadt herzlich willkommen hieß.

Präsident Dr. Hans Spatz gab eine tiefeschürfende Übersicht über die künstlerische Vergangenheit der Stadt Köln. Seine Ausführungen fanden in Abbildungen ihre Stütze, die die wichtigsten Kunstwerke Kölns darstellten.

Über „Die rechtlichen Pflichten und Verantwortlichkeiten des Schriftleiters“ sprach Dr. jur. Georg Schulz, Hannover. Eine Übersicht über die Entwicklung des Presserechts, den Begriff des Schriftleiters und des verantwortlichen Redakteurs leitete über auf das Presserecht (nach dem Reichspressegesetz und nach den Landesgesetzen), wobei er im einzelnen auf die Voraussetzungen für einen Schriftleiter, das Impressum, die Aufnahme von Gegen Darstellungen, das Pressestrafrecht zu sprechen kam. Es folgte die Behandlung der Presseinhaltsdelikte, die einschlägigen Bestimmungen des Strafgesetzbuches, die Verletzung des Berufsgeheimnisses, die Werbung auf dem Gebiet des Heilwesens, die Verhütung von Geschlechtskrankheiten. Bei der Erörterung der zivilrechtlichen Bestimmungen wurde das Rechtsverhältnis zwischen Schriftleiter und Verleger bzw. Schriftleiter und Autor behandelt und besonders die zivilrechtliche Haftung des Schriftleiters beleuchtet.

„Die Verpflichtung des Schriftleiters gegenüber den Autoren, unabhängig von rechtlichen Bindungen“ fand in Prof. S. Rosenbaum, Tel Aviv, eine sachkundige Behandlung.

Der Direktor von „Minerva Medica“, des Journalistischen Vereins „Minerva Medica“, gleichzeitig Vizepräsident der Internationalen Vereinigung der Medizinischen Presse, Prof. Dr. Tomaso Oliaro, Turin, behandelte den Ehren-

kodex der Autoren für ihre literarische Arbeit. Dr. G. Anciaux und Dr. L. Daumerie, beide Brüssel, sowie Dr. Al van Meirhaeghe, Gent, faßten die Pflichten des Chefredakteurs gegenüber den Autoren zusammen und gaben eine Übersicht über den Ehrenkodex der Autoren, ihre schriftstellerische Arbeit betreffend, als Korreferenten zu dem Referat Oliaro.

Prof. H. Pequignot, Paris, besprach in seinem Referat „Die Fortbildung der Ärzte und die Medizinische Presse“. Prof. Dr. Albert Schretzenmayr, Augsburg, „Die ärztliche Fortbildung und die Fachpresse“ (siehe Seite 232). Weitere Vorträge zu diesem Thema hielten Prof. Dr. St. Löwenthal, Belgrad, und Prof. A. Lambin, Löwen.

Die Rolle der sprachlich-internationalen Medizinischen Presse für die Fortbildung der Ärzte der Länder, die sich in wirtschaftlicher und sozialer Entwicklung befinden, wurde von Prof. Dr. Huard, Paris, und Dr. Limbos, Antwerpen, behandelt.

Er kam zu folgenden Schlüssen:

1. Die internationale medizinische Presse kann Ihre Hilfe den Ärzten der in wirtschaftlicher und sozialer Entwicklung befindlichen Länder nicht versagen; diese sind in den weitaus meisten Fällen, zumindest für ihre Person, glücklich, sie zu erhalten.
2. Wenn das Prinzip dieser Hilfe leicht zu formulieren ist, so ist seine Verwirklichung sehr viel schwieriger. Eine Standard-Lösung kann nicht empfohlen werden. Jedes Land (oder zumindest jede Ländergruppe) hat seine besonderen Bedürfnisse, über die man sich klar werden muß, wenn man sie, soweit dies möglich ist, zufriedenstellen will. Außer dem Versand von Zeitschriften soll in Betracht gezogen werden die leihweise Überlassung von Klischees, der Versand von Bibliographien und die Orientierung über Artikel, die gewisse Leser interessieren könnten. Indessen wird man sich hüten müssen, auf Gebiete zugreifen, für die normalerweise die OMS, die UNESCO und deren Tochterorganisationen zuständig sind.
3. Das Sprachproblem hat einen doppelten Aspekt. Zu begrenzten Zwecken kann sich die internationale Presse unter Umständen der Landessprachen bedienen. Am häufigsten aber wird sie die europäische Sprache gebrauchen, die in dem Lande, dem zu helfen sie sich ansieht, am ehesten geläufig ist; Zusammenfassungen und Bearbeitungen in den jeweiligen Landessprachen seien vielleicht noch beigelegt.

Es wäre zu wünschen, daß die vollzivilisierten Länder, ohne freilich in Konkurrenz zu treten, sich nach Sprachzonen (Englischsprechende usw.) zusammenfinden, um dadurch ihre Wirksamkeit zu erhöhen und ihrem Unternehmen einen wahrhaft internationalen Charakter zu verleihen.

4. Ein solches Programm kann nicht zum Ziel kommen, ohne daß ein besonderes Organ geschaffen wird, das die Abgrenzung der einzelnen Wirkungsbereiche der in den verschiedenen Sprachen abgefaßten Zeitschriften vornimmt und die Verbindungen zwischen den mehr oder weniger entwickelten Ländern und den kultur-

ellen oder medizinischen Organisationen mit weltweiter Kompetenz aufrechterhält.

Es lag auch eine Referat über „Die Bedeutung der Medizinischen Presse für die ärztliche Fortbildung in Vietnam“ von Fran Ngoc Ninh vor.

Am letzten Tag gab Dr. J. Léréboullet, Paris, einen Bericht der „Chambre Syndicale de la presse médicale française“ über die mit den Auftraggebern von Annoncen verfolgten Arbeiten, die der pharmazeutischen Publizistik einen informativen und dokumentarischen Charakter geben sollen. Schriftlich lag eine Referat von Dr. H. A. Clegg, London, über die Ärzteorganisationen als Verleger und Schriftleiter vor.

Dr. Gerhard R. Josef, Wien, sprach über „Die Information der Öffentlichkeit über Medizinisches durch die Standesorganisation“. Der Schriftleiter der Österreichischen Ärztesektion, Dr. Ernst Mazanek, Wien, trug seine auf großer Erfahrung fußende Ansicht über „Ärzteorganisationen als Verlag und Schriftleitung“ vor, wobei er die Neuschaffung der „Ärztlichen Tonbandzeitung“ seitens der Österreichischen Ärztekammer hervorhob. Zum Schluß behandelte Dr. F. Oeter, Köln „Die Informierung der Öffentlichkeit über Medizinisches durch Ärzteblätter“.

Während des Kongresses fand eine Reihe gesellschaftlicher Veranstaltungen statt. Die Bundesärztekammer gab im „Haus am See“, Köln, einen Empfang. Der Oberbürgermeister Th. Burauen empfing die Gäste auf dem Rheinschiff der Stadt Köln, um mit ihnen eine Fahrt über den Rhein zu machen. Zum Abschluß waren die Teilnehmer Gäste des Presse- und Informationsamtes der Bundesregierung in den Räumen des Presseclubs, Bonn. Eine Besichtigung der Bayer-Werke in Leverkusen war eingegliedert sowie Einladungen der pharmazeutischen Firmen Nattermann und Madaus.

K-g

*

Auszug aus dem Vortrag von Prof. Agr. H. Pequignot (Paris) über „Die Fortbildung der Ärzte und die Medizinische Presse“

Die einzige ununterbrochene und beständige Fortbildung, die nach dem Hochschulstudium erfolgt, und die wirklich die Gesamtheit der Ärzteschaft umfaßt, geschieht durch die Presse. Diese Tatsache legt übrigens der Medizinischen Presse besondere Verpflichtungen auf, denn es ist ungewiß, daß die Presse, vom pädagogischen Gesichtspunkt aus betrachtet, ihre Aufgabe völlig erfüllt.

Außer ihr bilden eine gewisse Zahl von Lehrgängen und medizinischen Kongressen eine zweite Art der medizinischen Weiterbildung im Anschluß an das Hochschulstudium. Vielleicht ist es zum klaren Verständnis besser, wenn ich Ihnen die französischen Einrichtungen beschreibe.

Die neue gesetzlich vorgeschriebene medizinische Weiterbildung stellt die an das Universitätsstudium anschließende Fortbildung auf dieselbe Stufe wie den Unterricht der Studenten, nämlich als normale Funktion des medizinischen Lehrkörpers (Fakultäten und Krankenhäuser). Diese Beziehung darf im üblichen Bereich nicht überschätzt werden, wo die Praxis die Theorie überwiegt. Sie ist allerdings wichtig, denn in Frankreich wird die Hochschulbildung durch staatliche Stellen geregelt, und die Krankenhäuser sind staatliche Einrichtungen. (Im allgemeinen kommunaler Art.) Diese Einrichtungen stützen sich auf die Mitarbeit der Ärzte an den Universitätskrankenhäusern mit ihrer traditionellen Handlungsfreiheit der französischen Universität.

A — Die Kurse an Universitätskrankenhäusern. — Die für die Studenten bestimmten Demonstrationen sind im allgemeinen öffentlich und ziehen eine große Zahl von Praktikern an. Mehr und mehr werden besondere regelmäßige Kolloquien für die Praktiker zu geeigneter Zeit organisiert (abends, sonntags), bei denen Filme gezeigt und die durch die Darstellung von Einzelfällen oder in Form des Kolloquium anregend gestaltet werden. Der Erfolg dieser Methode verbreitet sich von Paris aus auf andere Unterrichtszentren. Regionale Tagungen für weit von Paris weg wohnende Besucher bilden dort die übliche Methode der an das Universitätsstudium anschließenden Weiterbildung. Die Veröffentlichung der wichtigsten Vorträge werden an die Praktiker verteilt.

B — Zwei weitere Einrichtungen gehören hierher: Die allgemeinen Ärztekongresse, die auf eine dreißig-

jährige Tradition auf privater Ebene zurückblicken, versuchen, den Praktiker aus seiner Passivität loszureißen und ihn an der klinischen Forschung aktiv teilnehmen zu lassen. Die Sitzungen finden gewöhnlich in Universitätsanstalten statt. Es gibt jährlich vier Tagungen, von denen eine in der Provinz abgehalten wird. Die Organisation stützt sich auf Kreisgruppen, die drei Monate lang das Thema studieren, das ihnen vorgeschlagen worden war. Die Kreisgruppentagungen bieten oft die einzige Fortbildungsgelegenheit für auswärtige, weitab wohnende Kollegen. Die Einzelreferate werden auf der Schlußsitzung zusammengefaßt. Der Verhandlungsbericht wird an alle Teilnehmer verteilt. Die Vereinigungen der Landärzte sind neueren Datums. Dort wird in Abständen von drei Monaten gleichzeitig sowohl über aktuelle medizinische Fragen, berufliche Probleme und lokale Ereignisse diskutiert. Diese Gruppen versuchen einen anerkannten akademischen Lehrer für sich zu gewinnen und sie auch für soziologische Probleme zu interessieren.

C — Die „Entretiens de Bichat“ tragen noch immer den Namen des Pariser Krankenhauses, in dem sie vor 15 Jahren gegründet wurden. Dieser Kongreß ist eine nationale Einrichtung geworden, sowohl was die Teilnehmerzahl betrifft, als auch die Tatsache, daß er von der Universität und den Gesundheitsbehörden gestützt wird. Die Vortragsart wurde ganz besonders den verschiedenen Belangen der Praktiker angepaßt. Derjenige, der sich einschreibt, erhält mehrere Monate vorher einen gedruckten Kongreßband mit allen Vorträgen (gut hundert) und Kolloquien, deren Resümés zwei bis drei Seiten umfaßt. Es gibt folgende Untergruppen: Medizin, Chirurgie, Spezialgebiete, Therapie. Fünf Minuten lang spricht der Referent vor Zuhörern, die sein Manuskript bereits gelesen haben. Fünf Minuten lang antwortet er auf Diskussionsfragen. Danach wird die Debatte mit interessierten Zuhörern in einem kleineren Raum weitergeführt. Gelegentlich werden Ausstellungen organisiert, ein fortlaufendes Programm von medizinischen Film- und Fernsehsendungen schließt sich an. Die Auswahl für den Praktiker ist also recht groß, und die Themen sind lange vorher bekannt.

Man fragt sich vielleicht, welche Beziehungen die verschiedenen Institutionen zur medizinischen Presse haben. Diese Einrichtungen kann man in zwei Gruppen einteilen: 1. die traditionellen Universitätsinstitutionen, die sich auf der einen Seite der Fortbildung annehmen, und 2. die privaten Organisationen, die versuchen, gegen die Universität auf der anderen Seite aufzukommen. Sie haben aber beide einen gemeinsamen Nenner: Sie sind um die medizinische Presse gruppiert. Am meisten Tradition haben zweifelsohne die Universitätskurse. Zu den regionalen Tagungen wird praktisch immer eine Sondernummer der lokalen medizinischen Zeitschrift herausgegeben.

Andere Formen dieser nach dem Universitätsstudium erfolgenden Kurse sind zweifelsohne im Entstehen. Um davon nur eine, die sich bei uns bewährt hat, zu nennen, sei der Versuch der Radiodiffusion française erwähnt, der von Erfolg gekrönt zu sein scheint, nämlich eine wöchentliche medizinische Sendung (zu späten Stunden gesendet, um Laien zu entmutigen), zu einer Stunde, die den Ärzten durch Mitteilung in ihren medizinischen Zeitschriften bekannt gemacht wird. Hierin wird ein Überblick über die Arbeiten aus der medizinischen Presse gegeben, der durch die Chambre syndicale der französischen medizinischen Presse vorbereitet wird. Schließlich besteht noch eine weitere Art von Kursen, die nach dem Universitätsstudium stattfinden, und von der wir vielleicht aus falscher Scham nicht haben sprechen wollen. Sie spielt in der Praxis in gewissen Ländern eine wichtigere Rolle als bei uns, weshalb wir auch nicht zu ausführlich von ihr sprechen wollen. Es handelt sich um die Verbreitung medizinischer Erkenntnisse von seiten der pharmazeutischen Industrie.

Die rapide Entwicklung der Heilkunde verlangt dagegen diese Kurse, die nach dem Universitätsstudium erfolgen.

„Ärztliche Fortbildung und Fachpresse“

Von Prof. Dr. Albert Schretzenmayer

Bei der medizinischen Ausbildung an den deutschsprachigen Universitäten ist seit mehr als 200 Jahren, besonders seit von Swietens Hochschulreform an der Wiener medizinischen Fakultät, neben den Unterricht durch Lesen und Vorlesen aus Büchern immer mehr der demonstrative Unterricht getreten. Bei der ärztlichen Fortbildung dagegen ist das Lesen von

Zeitschriften und Büchern auch heute die überwiegende, bei vielen Ärzten noch die ausschließliche Methode medizinischer Unterrichtung. Erst in den letzten Jahrzehnten entwickelte sich auch bei der ärztlichen Fortbildung der demonstrative Unterricht, er tritt seit Ende des zweiten Weltkrieges in Form der Fortbildungstagungen und der audiovisuellen Fortbildungsmethoden in scharfer Konkurrenz zum medizinischen Journalismus.

Was die Rolle des medizinischen Journalismus bei der ärztlichen Fortbildung im deutschsprachigen Raum betrifft, sehe ich die heutige Situation wie folgt:

1. Es gibt zuviele medizinische Zeitschriften, die die ärztliche Fortbildung als ihre Aufgabe ansehen. Wenn es auch Vorteile dieses Überangebotes gibt, so scheinen mir doch für die ärztliche Fortbildung eine Reihe von Nachteilen daraus zu entspringen, von denen zwei genannt seien:

a) Die relativ niedrige Auflagenziffer der medizinischen Zeitschriften gestattet nur in beschränktem Maß die Einführung von notwendigen Neuerungen, z. B. die Umstellung auf visuelle Informationsmethoden, die stärkere Verwendung von Farbbildern usw.

b) Trotz der großen Bemühungen der einzelnen Zeitschriften, ihren Lesern jeweils einen Gesamtüberblick über die Fortschritte und aktuellen Probleme der Medizin zu geben, gelingt dies für die Bedürfnisse der ärztlichen Fortbildung nicht immer befriedigend. Nur ein geringer Teil der praktizierenden Ärzte wird zwei oder mehr Zeitschriften lesen, der größere Teil wird gegenüber dem Übermaß an Lesestoff resignieren oder gar in Richtung des Leserstreiks tendieren.

2. Die Medizinischen Wochen- und Monatszeitschriften sind fast durchwegs „Mehrzweckzeitschriften“, für die die ärztliche Fortbildung nur einer von vielen Zwecken ist: Praktische Ärzte, Fachärzte aller Disziplinen, Krankenhausärzte, angestellte Ärzte, Amtsärzte müssen angesprochen werden; außerdem bringen viele Zeitschriften aus Traditionsgründen wissenschaftliche Forschungsarbeiten klinischen und experimentellen Inhalts; ferner werden auch Gesundheitspolitik, Grenzgebiete, persönliche Nachrichten und vieles andere berücksichtigt. Dieses große Programm überfordert zweifellos Schriftleiter und Leser; der fortbildungssuchende Arzt verliert sich nicht selten in diesem Gestrüpp der verschiedensten Interessensphären; was er liest, mag höchst interessant und wissenschaftlich sein, entspricht jedoch nicht immer dem Wissensstoff, der für seine Praxis notwendig wäre.

3. Auch die einzelne wissenschaftliche Arbeit dient häufig mehreren Zwecken, selbst wenn sie als Fortbildungsartikel deklariert ist. Sie kennen alle die Gründe, die außer der Wahrheitssuche zur Veröffentlichung einer Arbeit beitragen. Ich brauche sie nicht im einzelnen aufzuführen. Viele Autoren und Schriftleiter glauben ferner, ein Fortbildungsartikel sei leicht zu schreiben, ja sei gewissermaßen etwas Minderwertiges im Vergleich zu einer Forschungsarbeit. Dadurch kommt es, daß in den medizinischen Zeitschriften Fortbildungsartikel oft nicht von der ersten Garnitur, sondern von Vielschreibern und Mehrzweckschreibern verfaßt sind. Im Gegensatz zu dieser Auffassung haben mir große Forscher und Lehrer übereinstimmend versichert, wie schwierig es sei, für die Fortbildung zu schreiben; es sei viel leichter, ein experimentelles Factum schriftlich zu fixieren als dessen Gültigkeit für die praktische Medizin darzustellen. Hinzu kommt, daß Aufbau und Stil der Forschungsarbeiten gedankenlos für die Fortbildungsartikel übernommen werden; da wird in Artikeln, die eindeutig für die Fortbildung bestimmt sind, immer noch eine möglichst lange Literaturübersicht als Einleitung gebracht — uninteressant für den praktizierenden Arzt. Da werden Tierversuche, chemische Formeln, schwierige klinisch-chemische Funktionsproben breitgetreten — uninteressant für den praktizierenden Arzt. Da werden Hypothesen und Theorien aufgestellt — ebenso uninteressant für den praktizierenden Arzt. Nicht selten versprechen die Überschrift und die Zusammenfassung dem fortbildungssuchenden Arzt mehr als die Arbeit selbst beinhaltet. Soweit zur Kritik des äußeren Aufbaues der üblichen Fortbildungsartikel. Über die Auswahl der Fortbildungsthematik zu sprechen, würde den Rahmen dieses Referats sprengen.

4. Der Leser des medizinischen Schrifttums ist heute ein anderer als zur Zeit von Swietens, ja ein anderer als noch

vor 30 Jahren. Den Auflageziffern der medizinischen Zeitschriften und der täglichen Erfahrung dürfen wir entnehmen, daß im deutschsprachigen Raum jeder Arzt mindestens eine medizinische Zeitschrift, häufig auch zwei bis drei bezieht. Wir wissen jedoch nichts darüber, wieweit der Durchschnittsarzt sie regelmäßig liest. Es wurde auf einem Fortbildungskongreß 800 praktizierenden Ärzten, Praktikern und Fachärzten die Frage vorgelegt, wieviel Prozent ihrer Fortbildung sie beziehen:

- a) durch Lesen von Büchern, Handbüchern und Monographien,
- b) durch Lesen von Zeitschriften,
- c) durch audiovisuelle Methoden, d. h., durch Kongreßbesuche, Filme, Fernsehen, klinische Demonstrationen, Gastarztstätigkeit usw.

Bei der Mehrzahl der Ärzte zeigte sich folgendes Ergebnis: 70% Fortbildung durch Lesen, 30% Fortbildung durch audiovisuelle Methoden.

Auf Grund der anschließenden Diskussion wurde eine zweite Frage gestellt: „Wie würden Sie Ihre Fortbildung gestalten, wenn Geldfrage, Vertreterfrage und andere Voraussetzungen im Rahmen des Möglichen geregelt wären?“; die Mehrzahl entschied sich genau für das umgekehrte Verhältnis:

70% durch audiovisuelle Methoden, nur 30% durch Lesen.

Natürlich gab es unter den 800 Ärzten auch solche, die diesen Prozentzahlen der Mehrheit nicht oder nicht ganz zustimmten. Einzelne Ärzte betonten, daß für sie eine ordentliche Fortbildung nur durch Lesen und „Studieren“ möglich sei, andere Ärzte wiederum behaupteten, daß das Lesen von Zeitschriften für sie eine Qual und ein notwendiges Übel darstelle als Ersatz dafür, daß sie aus Zeit- oder Geldmangel nicht genügend Tagungen besuchen könnten.

Noch ein interessantes Ergebnis dieser Rundfrage: Die Bedeutung der eigenen wissenschaftlichen Forschungstätigkeit für die eigene ärztliche Fortbildung wurde durchwegs minimal eingeschätzt; die Kluft zwischen der forschenden Medizin und der praktischen Medizin könnte kaum drastischer illustriert werden.

Die Organisation der ärztlichen Fortbildung in der Bundesrepublik Deutschland läßt sich in drei Stufen einteilen:

1. Die örtliche Fortbildung in der kleinsten Zelle der Standesorganisation, den Ärztevereinen in Stadt und Land. Ihrer Förderung dienen u. a. zwei wichtige Maßnahmen.

- a) Die Referentenliste, d. h. eine Liste von Hochschullehrern, Krankenhauschefs und anderer Ärzte, die sich bereit erklären, auf Ansuchen in einem noch so kleinen Ärzteverein auf dem Land einen Vortrag mit Diskussion und Colloquien zu übernehmen,
- b) Einladung zu klinischen Visiten und Demonstrationen im örtlichen Kreis Krankenhaus. Neben die örtliche Fortbildung tritt

2. die von den Landesärztekammern für ein größeres Gebiet organisierte Fortbildung in Form von Tagungen, Kursen, Klinikbesuchen, Demonstrations- und Filmabenden usw. Die dritte Stufe sind überörtliche Fortbildungstagungen nebst ihren Zusatzeinrichtungen. Am bekanntesten sind die große Fortbildungstagungen in Süddeutschland, nämlich in Augsburg, Erlangen, Karlsruhe, Nürnberg, Regensburg und Würzburg, sowie die internationalen Lehrgänge für praktische Medizin in Meran, Davos, Bad Gastein und Grado. Über diesem stufenförmigen Aufbau der ärztlichen Fortbildung steht als Dachorganisation der „Deutsche Senat für ärztliche Fortbildung“ aus sieben Mitgliedern. Um seinen Beratungen eine möglichst große Streuung zu geben, veranstaltet er ein- bis zweimal jährlich sogenannte große Senatssitzungen, zu denen alle Leiter von Fortbildungstagungen, alle Fortbildungsbeauftragten der Landesärztekammern, besonders interessierte Hochschulprofessoren und bestimmte Spezialisten, auch die Schriftleiter der medizinischen Zeitschriften eingeladen werden. Auf der Tagesordnung stehen Berichte der einzelnen Landesärztekammern oder ausländischen Ärztekammern über ihre Erfahrungen in der ärztlichen Fortbildung, Diskussionen neuer Fortbildungsmethoden, in erster Linie der audiovisuellen Methoden, Aufstellung von Fortbildungsschwerpunkten für das laufende Jahr, Koordinierungsvorschläge u. a. Der Deutsche Senat für ärztliche Fortbildung gibt keine Weisungen oder Befehle, er berät, macht auf

Neuerungen aufmerksam und koordiniert; in der kurzen Zeit seines Bestehens — seit acht Jahren — hat er Wesentliches zur Förderung und Ordnung der ärztlichen Fortbildung beitragen können. Noch kurz einige Beobachtungen bei der Tätigkeit in der ärztlichen Fortbildung: Der Drang zum Audiovisuellen ist ungeheuer; dieser Drang kommt ja schon durch die überfüllten Vortragsräume und die Wertschätzung des guten Redners mit gutem Bildmaterial zum Ausdruck. Fast noch stärker ist der Drang zum Fortbildungsfilm; noch vor einigen Jahren hätte man kaum den Fortbildungswert geahnt, den ein filmtechnisch und wissenschaftlich-pädagogisch guter Film haben kann. Über Einsatz und Wert des Fernsehens für die ärztliche Fortbildung habe ich keine eigenen Erfahrungen; soweit ich die Entwicklung in Amerika übersehe, werden dabei dieselben Fehler gemacht, die beim Film lange Zeit seinen Wert als Fortbildungsmethode geschmälert haben: Es werden fast nur Operationen gezeigt, d. h. Sensationen, aber keine Fortbildung. Wenn diese Kinderkrankheiten überwunden sind, wird wahrscheinlich auch das Fernsehen in Verbindung mit dem nur Ärzten zugänglichen „Fernseh-Schlüssel“ oder in Form der „Fernsehkonserve“ an Bedeutung zunehmen — also ein weiterer Konkurrent der medizinischen Zeitschrift. Wie gern legt der Arzt abends die Zeitschrift zur Seite, wenn er denselben Wissensstoff in Bild und Ton vom Fernsehschirm geliefert bekommt.

Welche Schlußfolgerungen wollen wir nun aus dieser Analyse ziehen? Kehren wir zu Punkt 1 und 2 zurück.

Ad 1 und 2. — Das Überangebot an medizinischen Zeitschriften im deutschsprachigen Raum und ihr Aufbau als Mehrzweckzeitschriften lassen sich aus Traditionsgründen nicht beseitigen. Aber es muß eine bessere Koordination desjenigen Teils dieser Zeitschriften versucht werden, der der Fortbildung im engeren Sinne gewidmet ist.

Ad 3 und 4. — Der Angelpunkt aller Bemühungen, das medizinische Schrifttum besser als bisher für die ärztliche Fortbildung nutzbar zu machen, die aufgezeigten Mängel zu beseitigen und den lesensmüden Arzt wieder zu gewinnen, ist die Erziehung des Autors. Auf der ersten Weltkonferenz für medizinische Ausbildung in London lautete eines der wichtigsten Themen: how teach the teacher to teach. Diese Forderung gilt in erhöhtem Maße für die ärztliche Fortbildung, und für den medizinischen Journalismus müssen wir sie wie folgt übersetzen: Wie erziehe ich den Autor, richtige Fortbildungsartikel zu schreiben? Die negativen Seiten des üblichen Fortbildungsartikels babe ich bereits charakterisiert, wie sollen seine positiven Seiten beschaffen sein? Ein Fortbildungsartikel soll in seiner Fragestellung vom Krankenbett und von der ambulanten Sprechstunde ausgehen, und er soll ebendort enden! Mit dieser Grundkonzeption wird auch die Diagnostik in der Praxis und die Therapie in der Praxis genügend berücksichtigt. Welche Autoren sind für

diese Art von Artikeln am geeignetsten? Ich habe früher gemeint, natürlich der Praktiker selbst, bin aber sehr bald wieder von dieser Auffassung abgekommen: Der Praktiker weiß zwar, wie es in der Praxis oder im kleinen Krankenhaus aussieht, er hat aber nicht die Zeit zum Schreiben, und, von Ausnahmen abgesehen, hat er nicht die Zeit zur Kritik. Nach meinen Erfahrungen ist der Wissenschaftler, der klinische Forscher und der hochqualifizierte Krankenhausarzt in erster Linie aufgerufen als Autor hochwertiger Fortbildungsartikel. Dieser Kreis von Autoren und Schriftleitern muß jedoch mit den Problemen der Fortbildung mehr vertraut gemacht werden; zu diesem Zweck bringen wir im Rahmen des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung Praktiker, Professoren, Autoren, Schriftleiter und Fortbildungslehrer möglichst oft an einen Tisch, damit sie gegenseitig ihre Probleme sowie die Fortbildungsmethoden und die Fortbildungsthematik kennenlernen. Folgende Punkte scheinen dabei einer besonderen Diskussion wert:

- a) Das Fortbildungsschrifttum sollte mehr die Notwendigkeit und Möglichkeiten der praktischen Ärzte und praktizierenden Fachärzte berücksichtigen.
- b) Schriftleiter und Autoren, die im Fortbildungsschrifttum tätig sein wollen, sollten eingeladen werden, auf Fortbildungstagungen als Diskussionsleiter zu fungieren, weil sie dabei am besten lernen, wo in der Praxis der Schuh drückt.
- c) Ein neuer Stil für das Fortbildungsschrifttum muß entwickelt werden; er erfordert außer dem Wegfall der bereits genannten Negativa die Betonung folgender Punkte: praxisnahe Thematik, Kritik, Kürze und pädagogisches Geschick.
- d) Jedes Jahr sollen Schwerpunktthemen für die ärztliche Fortbildung in gemeinsamer Sitzung aller Interessierten festgelegt werden, die sowohl auf Tagungen wie im Schrifttum besonders gepflegt werden sollten.
- e) Visuelle und andere Hilfen müssen die Bürde des Lesens für den überlasteten Praktiker erleichtern helfen.
- f) Der Medizinstudent soll während seiner Universitätsausbildung in der Technik des Lesens und Schreibens von praxisnahen medizinischen Artikeln unterrichtet werden, um ihn frühzeitig zum potentiellen Autor oder interessierten Leser des Fortbildungsschrifttums zu erziehen.
- g) Nach meiner persönlichen Erfahrung ist für die ärztliche Fortbildung besonders die Kombination von Schrifttum und Fortbildungstagung wertvoll, sei es in Form von ausführlichen Tagungsberichten oder in der Form, daß für die Tagungsteilnehmer die Vorträge der Tagung als „Schreibe“ schriftlich fixiert und ihm möglichst sofort zugänglich gemacht werden; denn auch heute gilt noch, was in Goethes Faust der Meister zum Schüler sagt: „Was man schwarz auf weiß besitzt, kann man getrost nach Hause tragen.“

Vermassung und Sozialpolitik *)

Von Prof. Dr. Emil Küng

Die moderne Sozialpolitik steht in einem eigenartigen Zwielficht. Auf der einen Seite kann nicht bestritten werden, daß sie nötiger geworden ist als früher. Auf der anderen Seite aber steht ebenso fest, daß sie ihre zentrale gesellschaftspolitische Aufgabe nur höchst unzulänglich erfüllen kann. Daß die öffentliche Fürsorge für die Wechselfälle des Daseins in einer neuzeitlichen Industriegesellschaft dringlicher geworden ist als früher, hängt namentlich mit dem Zerfall der Großfamilie und der Nachbarschaftshilfe zusammen. In einer bäuerlichen und dörflichen Gemeinschaft gilt es als eine selbstverständliche Pflicht, daß für die Alten gesorgt wird, daß man in Krankheitsfällen einander beisteht, daß Verarmte und Arbeitslose in den Schoß des Familienverbandes zurückkehren können, daß man sich in Notzeiten gegenseitig aushilft und am Schicksal der Verwandten und Nachbarn Anteil nimmt.

In den Menschenballungen der Großstadt mit ihren Kleinwohnungen und Mietshäusern dagegen reduziert sich die Familie meistens auf zwei Generationen; die Verwandtschaftsbeziehungen lockern sich ebenso wie die Einbettung in die Nachbarschaft, die Bereitschaft zur Unter-

stützung der Bekannten oder der in Not geratenen Familienmitglieder. Man ist im Alter allein oder wird in Asylen untergebracht; bei Krankheiten müssen fremde Personen herangezogen werden. Der Kummer der Mitmenschen verbergt sich. Man geht aneinander vorbei, ohne sich näher kennenzulernen; der einzelne hat nicht mehr seine allen andern bekannte Stellung in der Gesellschaft, sondern wird zum anonymen Partikel der großen Masse. In den Unternehmungen muß die Personalführung besonderen Funktionären anvertraut werden, weil der Arbeitgeber unmöglich mehr alle seine Mitarbeiter kennen kann.

Es ist kein Wunder, wenn unter solchen Umständen das dem Menschen innewohnende Bedürfnis nach Sicherheit nicht mehr durch die „Intimgemeinschaften“ von Familie, Verein, Beruf und Nachbarschaft befriedigt werden kann und daß er seine Befriedigung von der mächtigsten gesellschaftlichen Organisation, nämlich dem Staat, verlangt. Dieses Großgebilde ist nun zwar gewiß imstande, die

*) Abdruck aus „Der Schweizer Arbeiter“, mit freundlicher Erlaubnis der Redaktion und des Verfassers.

äußere oder wirtschaftliche Wohlfahrt seiner Angehörigen bis zu einem gewissen Grade zu gewährleisten. Es kann Altersrenten auszahlen, die Krankenversicherung obligatorisch erklären und durch eigene Beiträge unterstützen, es kann die Arbeitslosen durchhalten und ihnen Notstandsarbeiten verschaffen, es kann die Armenfürsorge übernehmen und vielleicht sogar einen „unentgeltlichen“ Gesundheitsdienst einrichten. Nur wird man sich mit aller Deutlichkeit vor Augen halten müssen, daß der Staat dafür seine Rechnung präsentieren wird und daß er sich für die Erfüllung solcher Hilfsaufgaben im Grunde genommen denkbar schlecht eignet.

Das Ergebnis besteht dann darin, daß die Steuersätze und Zwangsausgaben anwachsen, daß die behördliche Bürokratie sich polypenartig ausbreitet und jeweils einen Teil der Steuereingänge für sich beansprucht. Die private Wohltätigkeit erlahmt, sei es, weil die höheren Einkommen und Vermögen bereits sehr stark beschnitten werden, sei es, weil die Überzeugung um sich greift, daß man seinen Obolus an die Lasten der Allgemeinheit bereits reichlich entrichtet habe. Die Hilfe wird damit versachlichtet und zu einer nüchternen Rechen- und Finanzangelegenheit. Dankbarkeit erübrigt sich, weil man ja Rechtsansprüche geltend machen kann, sobald bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. Daß Steuerleistungen nur widerwillig erbracht werden, ist selbstverständlich, läßt sie aber vom Standpunkt der Gesinnungsethik aus weit weniger positiv erscheinen als jene spontanen Akte der zwischenmenschlichen Hilfsbereitschaft, die in den Intimgemeinschaften an der Tagesordnung sind und die das Leben weit über das hinaus erleichtern, was an Geldeswert geboten wird.

Jede staatliche Sozialmaßnahme ist ihrer Natur nach lieblos. Der einzelne Fall wird verkörpert durch eine Karteikarte und nicht durch eine Person oder Familie mit all ihrer Schicksalslast und Mühsal. Die Fälle werden „erledigt“ von Beamten hinter Schaltern, die sich an ihre Vorschriften und Regeln zu halten haben, die mißtrauisch geworden sind und die sich eine Elefantenhaut wachsen lassen müssen, um nicht zuviel Mitgefühl zu verschwenden. Charakteristisch für die Folgen einer „Inflation der Sozialpolitik“ sind die Wirkungen einer kostenlosen „Verarztung“: Jeder Patient ist eine Nummer unter vielleicht Hunderten auf einer Warteliste. Er muß möglicherweise monatelang Geduld haben, bis er an die Reihe kommt, und wird es dann erleben, daß er so rasch wie möglich „abgefertigt“ wird, damit andere vorrücken können. Daß unter einer solchen Ordnung das Elngehen auf die psychischen Komponenten der Krankheit leidet und die Gefahr besteht, alles durch Rezepte und Drogen beheben zu wol-

len, liegt auf der Hand. Daß aber jede Kostenlosigkeit auch den Hang zur Krankheit und die Verweichlichung fördert, liegt ebenso nahe.

Selbst der bestgemeinten staatlichen Sozialpolitik haftet daher notwendigerweise etwas Schematisches und Gefühlloses an. Man hilft mit Geld oder andern äußeren Dingen, während im Grunde genommen häufig mehr die menschliche Anteilnahme fehlt. Es wird für die erforderlichen Kalorien gesorgt, aber der Bedarf am Vitamin der Eingliederung in eine tragende Gemeinschaft bleibt unbefriedigt. Es ist daher eine tragische Illusion, zu glauben, daß durch die Verstaatlichung, durch die Garantie der wirtschaftlichen Existenz, durch die Bewahrung vor äußerer Not die entscheidenden Probleme der modernen Gesellschaft gelöst werden könnten. Wer diese Auffassung vertritt, schreibt bloßen technischen Institutionen Fähigkeiten zu, die sie niemals haben können. Er sieht den Menschen als ein Wesen an, das vom Brot allein lebt und dem mit Massenfürsorge geholfen werden soll. In Wirklichkeit ist der Staat und ist jede offizielle Sozialpolitik außerstande, die Familienwärme zu ersetzen. Er vermag bestenfalls die materiellen Schwierigkeiten zu lindern, aber nicht die seelischen Probleme zu lösen. Er wird Selbstmorde wegen „sozialer Unterintegration“ nicht verhindern können, weil er ja keine Kenntnisse hat von den persönlichen Bedrängnissen seiner unzähligen Angehörigen. Mögen auch die Sicherungseinrichtungen von der Wiege bis zur Bahre noch so ausgebaut sein, so ist dies doch kein Mittel gegen die Gefahr der Vereinsamung im Rahmen der modernen Massengesellschaft, gegen das Gefühl des Verlorenseins und gegen den Mangel an Liebe.

Damit soll gewiß nicht verkannt werden, daß die Sozialpolitik durchaus eine nicht zu missende Funktion im Kampf gegen Armut und Not ausübt. Entgegenzutreten ist lediglich der Überschätzung ihrer Wirkungsmöglichkeiten. Und zu betonen ist vor allen Dingen, daß dabei wo immer möglich das Prinzip der Subsidiarität gewahrt bleiben sollte: Was im Rahmen der Gemeinde getan werden kann, soll nicht an den Kanton übergehen, und was der Kanton zu reichend zu leisten vermag, ist nicht an den Bund abzutreten. Genauso gilt aber auch, daß dem Betrieb, der Gewerkschaft oder dem Berufsverband überlassen bleiben muß, was immer sie mit ihren Kräften zu bewältigen imstande sind. Darüber hinaus gilt es mit allem Nachdruck zu betonen, daß keine Sozialpolitik jenen Zerfall von Bindungen auszugleichen vermag, den die Vermassung im Fabrik- und Großstadtzeitalter mit sich bringt. Wer daher nicht bloß die wirtschaftliche Wohlfahrt, sondern die allein entscheidende menschliche Wohlfahrt in einem umfassenderen Sinne anstrebt, wird sich auch bemühen müssen, diesen Prozeß so gut als möglich aufzuhalten.

„Patient Krankenhaus“

Aus dem Bundeskongreß des Verbandes Deutscher Privatkrankenanstalten

Am 4. September fand in Travemünde der Bundeskongreß des Verbandes Deutscher Privatkrankenanstalten statt, auf dem zum Hauptthema der Tagung der Vorsitzende Prof. Dr. Schlapper über die aktuelle Notlage dieser Krankenhäuser berichtete. Die frei praktizierende Ärzteschaft ist im höchsten Maße an dem Weiterbestehen und der Lebensfähigkeit der Privatkrankenhäuser interessiert. Denn, wenn diese dem wirtschaftlichen Druck erliegen müßten, dann käme das nur einer kalten Sozialisierung gleich, weil bei der notorischen Bettenknappheit unweigerlich der Staat die Anstalten in eigene Regie übernehmen müßte. Damit aber würde die freie Ärzteschaft die stationäre Behandlungsmöglichkeit in nahezu der Hälfte aller Krankbetten verlieren, und es wäre ein weiterer sehr entscheidender Schritt auf dem Wege zur Verbeamtung unseres Standes getan.

Wir bringen daher nachstehend die wesentlichen Ausführungen aus dem Hauptreferat, das auf Einladung des Verbandes der Vorsitzende des Bayer. Landesgesundheitsrates, MdL Dr. Rudolf Soening, Memmingen, gehalten hat, der sich stets sehr energisch sowohl in Bayern wie bei den Bundesbehörden für die berechtigten Interessen der Privatkrankenanstalten eingesetzt hatte, und der

darum mit einer Art freundlicher Ironie als der „Schutzengel der bayerischen Krankenhäuser“ bezeichnet wird.

Er betonte, daß sich die besorgniserregende Situation der privaten und freigemeinnützigen Krankenanstalten nicht von der raschen und gründlichen Reform und Sanierung des Krankenhauswesens trennen ließe, soll ein grundlegender Wandel erfolgen. „Das Wirtschaftswunder ging an diesen Krankenhäusern vorüber, die ihre Existenz privater Initiative und echter Caritas verdanken“, führte der Redner aus. „Die Gesundheitspolitik in den Länderparlamenten und im Bundestag hat die Bedeutung des Krankenhauswesens für die Volksgesundheit noch viel zu wenig erkannt, weshalb Ärzte, Verbände, Krankenhausorganisationen aller Art und Parlamentarier ihre Verantwortung gemeinsam tragen und endlich handeln müssen.“ Besonders hob er hervor, daß das Gesundheitswesen und die Krankenhäuser eine Aufgabe der Länder sei. Daß aber der Bund alle Kompetenzen besitze, helfend einzugreifen. Ein Bundeskrankenhausesgesetz sei aus diesem Grunde nicht erforderlich. Den Nachhol- und Zuschußbedarf können die Krankenhauseigner aus eigener Kraft kaum leisten, weder die Kommunen noch die privaten Krankenanstalten, deren Sorgen den freigemein-

nützigen Häusern gleichzusetzen sind. Immer wieder dringen daher unhaltbare Zustände in Krankenanstalten an das Ohr der Öffentlichkeit. Die Lage ruft dringend nach einer Hilfe. Ende 1957 waren in der Bundesrepublik 300 000 Krankenhausbetten in staatlichen und gemeindlichen Krankenhäusern und 245 000 in freigemeinnützigen und privaten Händen vorhanden. Die öffentlichen Krankenhäuser erhalten erhebliche Zuschüsse der Länder und der Kommunen und haben eine Steuerquelle zur Verfügung.

Über die Hilfsmaßnahmen der einzelnen Länder des Bundesgebietes gab der Redner eine ausführliche Zusammenstellung, aus der nur die Zahlen für Bayern hier ausgeführt seien.

Förderungsmaßnahmen für die Krankenanstalten in Bayern

Die Förderung der Krankenhäuser gehört zum Schwerpunktprogramm der jetzigen Regierung.

Das Land Bayern hat zur Förderung des Krankenhauses seit 1948 rund 50 Millionen DM an Darlehen und Zuschüssen aufgewendet. Die in früheren Jahren im Staatshaushalt jeweils zur Verfügung gestellten Darlehensmittel von 6 Millionen DM jährlich wurden ab Haushaltsjahr 1958 verdoppelt. Hierdurch wurde ermöglicht, daß nicht nur die kommunalen Krankenhäuser, sondern auch die freigemeinnützigen und privaten Krankenanstalten gefördert werden können, und zwar sowohl hinsichtlich ihrer Bauvorhaben als auch hinsichtlich der Einrichtung und Ausstattung.

Im Staatshaushalt 1958 waren zur Förderung von Krankenanstalten 12 Millionen DM vorgesehen. Darüber hinaus standen für finanziell besonders notleidende kommunale Bauträger noch Zuschußmittel aus dem Finanzausgleich zur Verfügung.

Die Darlehensmittel wurden wie folgt verwendet:

- | | |
|-------------------------------------------------------|-------------------|
| 1. Für kommunale Krankenanstalten | 8,5 Millionen DM |
| davon: | |
| a) für den Bau | 7,65 Millionen DM |
| b) für Einrichtung | |
| u. Ausstattung | 0,85 Millionen DM |
| 2. Für freigemeinnützige und private Krankenanstalten | 3,5 Millionen DM |
| davon: | |
| a) für den Bau | 3,15 Millionen DM |
| b) für Einrichtung | |
| u. Ausstattung | 0,35 Millionen DM |

Außerdem wurden für den Bau kommunaler Krankenanstalten noch 1,8 Millionen DM Zuschüsse gewährt.

Das Verhältnis 8,5 Millionen DM zu 3,5 Millionen DM entspricht demjenigen der kommunalen zu den freigemeinnützigen Krankenhäusern (75:25).

An Darlehen und Zuschüssen werden den Bauträgern bis zu 25 Prozent der Bausumme zur Verfügung gestellt.

Im Haushaltsjahr 1959/60 ist ebenfalls ein Darlehensbetrag von 12 Millionen DM vorgesehen, davon wiederum 1,2 Millionen DM für Einrichtung und Ausstattung. Hierbei wurde der Zinssatz, der für die Darlehen aus dem Jahre 1958 vier Prozent betrug, für die Darlehen aus dem Jahre 1959 auf drei Prozent gesenkt. Dieses Programm soll mindestens fünf Jahre durchgeführt werden. Außerdem gewährt das Land im Haushaltsplan 1959/60 noch folgende Zuschüsse:

Für Krankenpflegegeschulen	700 000 DM
für Ausbildung von Krankenhaushelferinnen (500 DM jährlich je Helferin)	100 000 DM
für allgemeine Zwecke an die Arbeitsgemeinschaft der Schwesternverbände zur Förderung der Krankenpflege	10 000 DM

Schwesterwohnheimbau:

Das z. B. in Nordrhein-Westfalen angewandte „globale“ Verfahren kommt in Bayern wie auch in den meisten

Der ausführliche Bericht über den 12. Bayer. Ärztetag in Bad Reichenhall erfolgt in der November-Nummer.

übrigen Bundesländern nicht zur Anwendung. Schwesterwohnheime können also nur dann mit Fördermitteln gebaut werden, wenn die Gemeinden aus den ihnen zugewiesenen Mitteln für den sozialen Wohnungsbau dafür Einzelbeträge abzweigen. Bei der Verteilung der Baudarlehen — nicht der Zuschüsse — an freigemeinnützige und private Krankenanstalten, nicht dagegen an kommunale Träger, wird die Bayerische Krankenhausgesellschaft gutachtlich gehört.

Die Notwendigkeit eines Krankenhausfinanzierungsgesetzes wurde vom sozialpolitischen Ausschuß des Bayer. Landtages gegen die Stimmen der SPD verneint, dafür sollen die Förderungsmittel in den nächsten Haushalten erhöht werden, wie Finanzminister Dr. Eberhard vor einigen Tagen versicherte.

Wie aus der von Dr. Soenning vorgetragenen Übersicht über die Leistungen der einzelnen Bundesländer ersichtlich war, flossen die Mittel für die freigemeinnützigen und privaten Anstalten zu spärlich. Sie können vor allem keinen Rechtsanspruch erheben, die Höhe der Zuschüsse wechselt, und die ewigen Bittgesuche und Canossagänge sind auf die Dauer nicht mehr zumutbar. Dabei sparen doch gerade die freigemeinnützigen und privaten Krankenhäuser, die fast 50 Prozent aller Krankbetten stellen, durch ihr billiges, rationelles Arbeiten dem Steuerzahler ungezählte Millionen Mark an öffentlichen Mitteln. Außerdem müßten ja die Länder und Kommunen mehr eigene Betten bereitstellen, wenn die freigemeinnützigen und privaten Anstalten schlossen, was doch Milliarden Mark kosten würde.

Dr. Soenning kritisierte, daß ein Tauziehen zwischen Bund und Ländern um die Sanierung der Krankenhäuser eingesetzt hat, das nun schon überlange dauert. Der Bund braucht in die Länderkompetenzen nicht einzugreifen. Der föderalistische Grundsatz soll auch im Gesundheitswesen erhalten bleiben. Aber es ist Bundesaufgabe, das Hin und Her zwischen Krankenträgern und Sozialversicherung zu beenden, da aus diesen Spannungen das wirtschaftliche Dauerelement der Krankenhäuser entstand. Die Sozialversicherung belegt zu 80 Prozent die Krankenhäuser. Die Krankenhausverpflegungssätze, die die gesetzlichen Krankenkassen bezahlen, bilden deshalb das finanzielle Rückgrat der Anstalten, die ein Recht auf kostendeckende Verpflegungssätze besitzen. Diese betragen zur Zeit im Durchschnitt ca. 12,30 DM und sollen alle Kosten für Unterbringung, Verpflegung, ärztliche Behandlung, Medikamente usw. abdecken. Mehr als 4 DM zahlen die Krankenhäuser im Durchschnitt pro Tag und Kassenpatient als Zuschuß. Um ca. 50 Prozent erhöhten die Krankenkassen ihre Beitragssätze, um das neue Lohnfortzahlungssystem zu finanzieren. Sie lebten vor Jahren aber ab, die Beitragssätze um 0,34 Prozent zu erhöhen, um kostendeckende Verpflegungssätze zu bezahlen. Nach seiner Kenntnis sei die Bundesrepublik das einzige westeuropäische Land, das seinen Krankenhäusern zumutet, Fehlbeträge aus eigener Tasche zu tragen, weil sich die Sozialversicherung weigert, wirklich kostendeckende Verpflegungssätze auszuschießen. Aber auf diese Grundforderung erheben die Krankenhäuser einen vollen Rechtsanspruch. Wenn sie die Sozialversicherungspatienten behandeln, dann müßten sie in einem Lande der freien, sozialen Marktwirtschaft wenigstens ihre Unkosten vergütet bekommen. Hier liegt der Schlüssel zur Sanierung der Krankenhäuser. Wird diese Forderung zum Gesetz erhoben, dann ist auch ein Bundeskrankenhausgesetz überflüssig.

Im Gegensatz zu den kommunalen Krankenhäusern können die freigemeinnützigen und privaten Häuser keine Steuerquellen anzapfen. Sie sind deshalb häufig zu oft

HOMBURG

Coronarinsuffizienz
Herzdekompensation

CORDALIN®

Oxyoethyltheophyllin · Homburg ·

Ampullen · Suppositorien · Tabletten · Tropfen

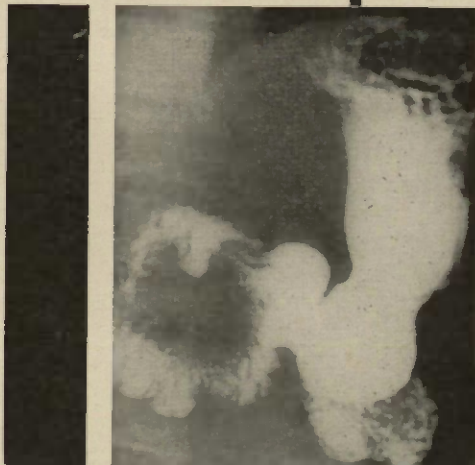
CORDALIN®-STROPHANTHIN

Oxyoethyltheophyllin · Homburg · + k-Strophonthin

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

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

Chemiewerk **HOMBURG** Aktiengesellschaft
Frankfurt/Main



ROTER-TABLETTEN

IN 84 LÄNDERN DER ERDE
hoben sich Roter Tabletten zur
Therapie von Ulcus ventriculi et
duodeni, akuter und chronischer
Gastritis hervorragend bewährt.



Statistische Übersichten aus klinischen Ergebnissen, die über diese Behandlungsmethode berichten, zeigen u. a. die rasche Beseitigung der subjektiven Beschwerden bei 92% der Fälle und die röntgenologisch bestätigte Heilung der Ulcera bei 81%.

(American Journal of Gastroenterology
28 / 439 / 1957)

PHARMAZEUTISCHE FABRIK ROTER · HILVERSUM · ALLEINVERTRIEB: DELTA-CHEMIE PAULY & CO. KG · HAMBURG

Eine Lösung
für die verstopfte Nase



neu Otriven[®]

2-(4'-tert.-Butyl-2',6'-dimethyl-
phenyl-methyl)-imidazolin-hydrochlorid

Schleimhautabschwellung
ohne reaktive Hyperämie

10 ccm Lösung 0,1% DM 1.90 o.U.

Nebulisator
mit 10 ccm Lösung 0,1% DM 2.20 o.U.

10 ccm Lösung 0,05%
für Säuglinge
und Kleinkinder DM 1.50 o.U.

C I B A

unverantwortlichen Sparmaßnahmen gezwungen, wie der Fall des Nobelpreisträgers Dr. Forssmann zeigt.

Bayern zahlte, um ein Beispiel zu nennen, bei den kommunalen Krankenanstalten im Jahre 1956 rund 30 Millionen darauf, während 1951 noch 16 Millionen notwendig waren. In der Stadt München, die den Notstand auf dem Gebiet des städtischen Krankenhauswesens ausrufen mußte, wuchsen die Zuschüsse zwischen den Jahren 1950 und 1958 von 1,31 auf 7,28 Millionen DM. München liegt dabei noch niedrig. Es zahlt pro Bett und Jahr 2313 DM Zuschuß, während Frankfurt z. B. 4781 DM zuschießt. Bundeskanzler Dr. Adenauer hat bekanntlich auf dem Deutschen Krankenhaustag zugesagt, daß er sich des Problems persönlich annehmen werde. Aber geschehen ist nicht allzuviel, da man viel zuviel Zeit auf langwierige Ermittlungen bereits bekannter Tatbestände verwendet. Das Bundesarbeitsministerium, immer wieder um eine Lösung und Reform angegangen, sprach von der Verpflichtung der öffentlichen Hand, für die Krankenanstalten Entscheidendes zu tun. Jedoch legte es bis heute nicht die verantwortlichen Stellen fest, die nun endlich auch zahlen. Die Tagung in Travemünde fordert daher das Ende dieses ständigen Tauziehens.

Dr. Soenning bemängelte noch, daß keine großzügigen Vorbereitungen für Katastrophenfälle seitens des Bundesinnen- und -verteidigungsministeriums getroffen wurden. Die Wichtigkeit der Krankenhauspflege sei eben von den Parlamentariern noch immer nicht voll erkannt.

Über Maßnahmen gegen Unlauterkeit im Heilgewerbe

Von der Zentrale zu deren Bekämpfung, Mainz, Frauenlobstraße 2

Das Westdeutsche Tageblatt Dortmund brachte kürzlich einen Artikel, der die obengenannte Frage beleuchtete. Angesichts der jetzt schwebenden Vorgänge zur Schaffung eines Arzneimittelgesetzes dürften diese Ausführungen auch für unsere Leser von Interesse sein.

Die Schriftleitung.

Maßnahmen gegen die Auswüchse im Heilwesen, gegen Kurpfuschertum und alle Vorgänge, die in dieses weitverzweigte Gebiet gehören, stellen Aufgaben der staatlichen bzw. kommunalen Gesundheitsämter dar. Dabei hat es sich aber gezeigt, daß zwar der zuständige Amtsarzt, dem etwas bekannt wird von einem in seinem Dienstbereich vorgekommenen verbotenen Heilmittelmisstand, eingreifen wird, indem er die bestehenden Strafbestimmungen zur Anwendung bringt. Aber er ist nur in der Lage, die in seinem Kreisgebiet wahrgenommenen Vorgänge, etwa verbotene Ausübung der Heilkunde durch Reisende, anstößige Reklamen oder andere Auffälligkeiten zu verfolgen. Was sich außerhalb seines Kreises ereignet, das gehört nicht mehr zu seiner Kompetenz. Dabei nimmt man aber wahr, daß über Kreis- und Ländergrenzen hinweg unlautere Geschäfte Volksvermögen und Volksgesundheit in ganz erheblicher Weise zu schädigen drohen.

Vor dem Kriege bestand in Berlin eine für ganz Deutschland zuständige „Gesellschaft zur Bekämpfung des Kurpfuschertums“, die aber 1933 ihre Tätigkeit einstellen mußte. Da sich nach dem Kriege eine ungeahnte Ausbreitung vielgestaltigsten und eigenartigsten Kurpfuschertums bemerkbar machte, hat die Landesärztekammer Hessen im Jahr 1952 eine Stelle geschaffen, deren Aufgabe und Ziel es sein sollte, zunächst im Lande Hessen alle vorkommenden Fälle dieser Art zu sammeln und unter ärztlichen Gesichtspunkten zu sichten und zu bearbeiten.

Freies Wochenende

24./25. Oktober

Kostendeckende Krankenhausverpflegsätze durch den Erlaß einer verbesserten Bundespflegesatzordnung, Zuschüsse und Darlehen für Investitionen und Unterstützung der Krankenpflegeschulen zeigte Dr. Soenning als Reform auf, wobei er den Schwerpunkt bei der Krankenhaussanierung auf eine schnelle Unterstützung der freigemeinnützigen und privaten Krankenanstalten durch Einführung kostendeckender Verpflegsätze legte. Letztere nehmen die Patienten für oft weniger Geld auf, als man heute für eine Übernachtung in einem mittleren Hotel ausgeben muß. Die Unabhängigkeit und Selbstverwaltung der Krankenhäuser können nur gewahrt bleiben, wenn die Nutznießer der Krankenhäuser und nicht die Allgemeinheit die Kosten bezahlen. Dies muß im Interesse der Kranken und der Volksgesundheit sowie zur Vermeidung einer Sozialisierung des Krankenhauswesens gefordert werden.

Nachdem mehrere Publikationen in ärztlichen und pharmakologischen Fachzeitschriften erschienen waren, dauerte es gar nicht lange, daß auch aus anderen Ländern Mitteilungen, Anfragen und beschwerdeführende Briefe, an diese Stelle gelangten, die sich „Zentrale zur Bekämpfung der Unlauterkeit im Heilgewerbe“ nannte, und deren Sachbearbeiter der Verfasser dieser Zeilen ist.

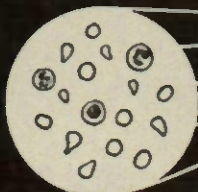
Im Laufe der Jahre hat diese Einrichtung einen ganz gewaltigen Umfang angenommen, und man kann schon sagen, daß hier alle Fäden unlauteren Geschehens auf dem Gebiete des Heilwesens zusammenlaufen. In einem „Archiv“ hat sich ein ungeheures Material angesammelt, so daß man sagen kann, daß so ziemlich alle irgendwie hervortretenden beanstandeten Firmen, Arzneimittelwerbungen, Heilmittelgeräte, die zu beanstanden sind, und auch die anstößigen Inserate erfaßt wurden.

In großem Rahmen wird die Öffentlichkeit aufgeklärt, in populären Artikeln gewarnt und unterrichtet. Firmen werden angeschrieben und auf Unzulässigkeiten aufmerksam gemacht.

Als ihre Hauptaufgabe aber sieht diese Zentrale in allen Fällen, wo dies unvermeidlich scheint, die Anrufung der Exekutive, das heißt, Erstattung von Strafanzeigen, und es hat sich im Laufe der Jahre gezeigt, daß ein derartiges Vorgehen die besten und nachhaltigsten Erfolge aufzuweisen hat.

Man setzt große Hoffnungen auf das dem Bundestag vorliegende Arzneimittelgesetz. Gewiß wird dies vieles bessern können. Aber immer noch werden dann die Gefahren bestehen, daß gewissenlose Ausbeuter menschlicher Schwächen ihre Geschäfte machen.

Dr. Schüppert, Mainz, Frauenlobstr. 2



Modernes Antianömicum mit
lebereigenem Vitamin B₁₂

B₁₂-MARDULCAN

Sinda

O.P. 250g DM.3,70 o.U.

Tabelle zu nebenstehenden „Richtlinien“

I. Virusdiagnose bei Krankheitsfällen

Untersuchungsmaterial	Zeitpunkt der Entnahme	Verpackung	Versand
a) Virusnachweis			
1. Gurgelwasser (mit 10 ml abgekochter kühler Magermilch oder steriler physiol. Kochsalzlösung) oder 2 Abstriche der Mund- und Rachen Schleimhaut (nicht Tonsillen) mit sterilen Watteträgern (wie für Di-Untersuchung).	Möglichst frühzeitig nach Krankheitsbeginn. Nur in den ersten 6 Krankheitstagen aussichtsreich.	Gurgelwasser in ster. Stuhlröhrchen od. Fläschchen mit dichtschießendem Gummistopfen oder Schraubdeckelverschluß. Rachenabstriche in Di-Röhrchen mit einem Zusatz von einigen Tropfen Magermilch oder physiol. Kochsalzlösung zur Verhinderung von Austrocknung.	Material nach Entnahme bis zum Versand in Kühlschrank lagern. Versand möglichst eisgekühlt mit Eisstückchen oder besser in tiefgefrorenem Zustand mit Trockeneis oder Kohlendäureschnee (aus CO ₂ -Bombe) in Thermosflasche, die neben dem Kältemittel noch etwas Watte (auch Zellstoff oder Sägemehl) enthalten muß, damit die Versandgefäße bruch sicher untergebracht sind. Bei Kohlendäureschnee- oder Trockeneisfüllung darf die Thermosflasche nur mit Korkstopfen verschlossen werden.
2. Liquor cerebrospinalis (möglichst blutfreie, mindestens 2 bis 3 ml) unter sterilen Kautelen entnehmen.	Möglichst frühzeitig nach Krankheitsbeginn	Steriles Versandgefäß mit dichtschießendem sterilem Gummistopfen oder Schraubdeckelverschluß.	Zur Beschriftung der Versandgefäße keine gummierten Etiketten und keine Tinte verwenden, sondern Aufschrift mit Kugelschreiber oder Bleistift auf Leukoplaststreifen.
3. 2 bis 3 Stuhlproben von Kirschgröße (etwa 10 bis 20 g) im Abstand von 1 bis 2 Tagen entnehmen und getrennt einsenden.	Möglichst frühzeitig nach Krankheitsbeginn. Auch in den ersten Krankheitswochen noch erfolgversprechend.	Sterile Stuhlröhrchen (wie für Typhusuntersuchung) mit dichtschießendem Gummistopfen.	
4. Restprobe des Impfstoffs.	—	Nur in Originalflaschen.	
b) Serodiagnose			
2 bis 3 sterile Vollblutproben (ohne Zusatz) von möglichst je 5 ml aus verschiedenen Krankheitsstadien. Die Blutentnahmen erfolgen am zweckmäßigsten mit Venülen.	1. Blutentnahme möglichst frühzeitig nach Krankheitsbeginn. 2. Blutentnahme etwa 2 bis 4 Wochen später. 3. Blutprobe wird bei Bedarf angefordert	Sterile Blutröhrchen mit dichtschießendem Gummistopfen oder Schraubdeckelverschluß oder Versand in der Blutvenüle.	Blutproben nicht einfrieren und in Thermosflasche verpacken, sondern getrennt verschicken, um Kältehämolysen zu vermeiden. Bei längerer Transportdauer in der warmen Jahreszeit empfiehlt sich zur Vermeidung einer Wärmehämolysen der Versand des steril nach Gerinnung vom Blutkuchen abgezogenen Serums.

II. Virusnachweis im Sektionsmaterial

Liquorprobe (durch Suboccipitalpunktion gewonnen) oder 2 Abstriche von Ventrikelflüssigkeit mit Watteträgern. Entnahme unter möglichst sterilen Kautelen vornehmen.	Möglichst frühzeitig nach Eintritt des Todes.	Liquorprobe in sterilem Röhrchen mit dichtschießendem Gummistopfen. Abstriche in sterilem Di-Röhrchen mit einem Zusatz von einigen Tropfen ster. physiol. Kochsalzlösung zur Verhinderung von Eintrocknung.	
Je 2 Proben von Kirschgröße aus verschiedenen Bezirken von Gehirn und Rückenmark, ferner je 2 vergrößerte Mesenterial- bzw. Halslymphknoten unter möglichst sterilen Bedingungen entnehmen. Gewebstücke für die mikrobiologische Untersuchung nicht in Formalin einlegen!	"	Organstücke in sterile Versandgefäße einlegen, welche ein Gemisch von Glycerin und physiol. Kochsalzlösung zu gleichen Teilen enthalten. Verschluß mit Schraubdeckel oder dichtschießendem Gummistopfen.	Versand eisgekühlt in Thermosflasche. S. oben unter a) Virusnachweis!
1 Stuhlprobe von Kirschgröße (10 bis 20 g) möglichst a. d. oberen Colon.	"	Steriles Stuhlröhrchen mit dichtschießendem Gummistopfen.	
1 Probe von Herzblut (einige ml) ohne Zusatz.	"	Steriles Blutröhrchen mit dichtschießendem Gummistopfen.	

Richtlinien für die Aufklärung von Erkrankungen des Zentralnervensystems nach Poliomyelitis-Schutzimpfung

Herausgegeben von der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung e. V.,
Düsseldorf, Düsselthaler Straße 1

Auffällige Störungen des Impfverlaufes nach einer Poliomyelitis-Schutzimpfung sollten in jedem Falle den Impf-
arzt bzw. den zu Rate gezogenen Arzt veranlassen, unverzüglich dem zuständigen Amtsarzt (Gesundheitsamt) Mit-
teilung zu machen, besonders dann, wenn Krankheitszeichen am Zentralnervensystem auftreten, die ein Krankheits-
bild hervorrufen, das dem einer paralytischen oder aparytischen Poliomyelitis gleicht oder ähnlich ist. Durch eine
frühzeitige Mitteilung wird der Amtsarzt in die Lage versetzt, mit seinen Maßnahmen zur ätiologischen Auf-
klärung des Falles beizutragen. Zu diesen Maßnahmen gehören nötigenfalls epidemiologische Erhebungen und
unter besonderen Umständen die Sicherstellung einer etwa noch vorhandenen Restmenge des verwendeten Impf-
stoffes.

Bei der Aufklärung des Falles müssen differentialdiagnostisch die folgenden Möglichkeiten in Betracht gezogen
werden:

1. Es handelt sich um eine echte Poliomyelitis; diese kann auftreten, wenn der Geimpfte
 - a) auf natürlichem Wege infiziert wurde, bevor er einen vollen Impfschutz erwerben konnte — Impfung
in der Inkubationszeit, oder wenn er trotz einer rechtzeitig und vollständig durchgeführten Schutzimpfung
keinen ausreichenden Impfschutz (Immunität) erlangt hat — Impfvorsager,
 - b) durch die Impfung selbst künstlich mit Poliomyelitisviruspartikeln infiziert wurde, die in einem Anteil
des Impfstoffes enthalten waren, der nicht vollständig inaktiviert wurde — Impfpoliomyelitis!
Diese Möglichkeit ist jedoch durch die strengen Vorschriften für die Herstellung und die staatliche Prü-
fung des Impfstoffes auf Sicherheit und Unschädlichkeit, der alle in der Bundesrepublik verwandten
Poliomyelitis-Impfstoffe vor der Zulassung unterworfen sind, weitgehend ausgeschaltet.
2. Es handelt sich um ein Krankheitsbild, das der Poliomyelitis ähnlich ist. Solche Krankheitsbilder können auf-
treten bei
 - a) interkurrenten Infektionen mit anderen Krankheitserregern (Bakterien und Viren),
 - b) neuro-allergischen Reaktionen eines Impflings auf kleinste Mengen von Affenriemenweiß, die im Impfstoff
enthalten sind.

In allen diesen Fällen ist die differentialdiagnostische Aufklärung von größtem Interesse und oft erheblicher
Tragweite. Deshalb sollte jeder derartige Krankheitsfall alsbald in ein Krankenhaus eingewiesen werden, das die
Voraussetzungen für die Anwendung aller erforderlichen Untersuchungsmöglichkeiten erfüllt. Dabei müssen die kli-
nischen Untersuchungsbefunde durch mikrobiologische Untersuchungen und im Todesfalle durch pathologisch-
anatomische, insbesondere neurohistologische Feststellungen ergänzt werden.

Die mikrobiologische Untersuchung besteht aus dem Erregernachweis (Bakterien und Viren) und der
Serodiagnose. Sie ist so schnell wie möglich — ohne Zeitverlust — einzuleiten. Da die Erfolgsaussichten außerdem
von der richtigen Auswahl und der zeitgerechten Entnahme des Materials sowie den Verpackungs- und Versand-
bedingungen abhängen, wird gebeten, die nachstehenden Richtlinien für die Einsendung von Untersuchungsmaterial
genauestens zu befolgen.

A. Krankheitsfälle:

1. Das Material zur bakteriologischen Untersuchung ist möglichst frühzeitig unter sterilen Kautelen
zu entnehmen und in sterilen, mit Gummistopfen dicht verschlossenen Versandgefäßen an das nächstgelegene
Staatliche Medizinaluntersuchungsamt durch Eilboten zu übersenden. Für die bakteriologische Diagnose werden
benötigt:
 - a) etwa 2—3 ml Liquor cerebrospinalis,
 - b) etwa 3—5 ml Vollblut ohne Zusatz (in Venüle oder noch besser in Liquoid-Venüle).
2. Die virologische Untersuchung (Poliomyelitisvirus und alle differentialdiagnostisch in Frage kommen-
den Viren) bezieht sich auf den Erregernachweis (Gewebeulturen, Hühnerembryo und Tierversuch) sowie
auf die Serodiagnose (Neutralisationstest und Komplementbindungsreaktion). Die für die Materialentnahme
und den Versand zu beachtenden Bedingungen sind in Anlage 1 tabellarisch zusammengestellt. Bei der Einsen-
dung von Untersuchungsmaterial ist ganz allgemein zu beachten, daß die Versandgefäße genau bezeichnet und
bruchsicher verpackt werden. Jede Sendung ist mit einem sorgfältig ausgefüllten Begleitformular nach Muster
(Anlage 2) zu versehen und durch Eilboten zu schicken.
Für die virologischen Untersuchungen stehen vorerst folgende Institute zur Verfügung:
 - a) Virus-Labor der Friedrich-Baur-Stiftung an der II. Medizinischen Klinik der Universität München, München 15,
Ziemssenstr. 1
 - b) Max-von-Pettenkofer-Institut für Hygiene und medizinische Mikrobiologie der Universität München, München 15,
Pettenkoferstr. 12
 - c) Staatliche bakteriologische Untersuchungs-Anstalt, München 2, Lazarettstr. 10 (ab Januar 1960)

ZUVERLÄSSIG WIRKSAMES SPASMOLYTIKUM

BELLADONNYSAT

GUTVERTRÄGLICH — BESONDERS WIRTSCHAFTLICH

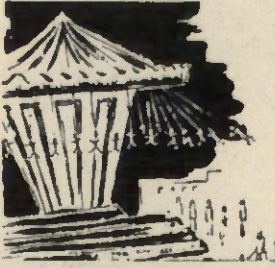
JOHANNES BURGER YSATFABRIK GMBH Gaslar am Harz — Werk Bad Harzburg

3 x tägl. 5-8-10 Tropfen

O. P. 7,5 ccm DM -90

O. P. 15 ccm DM 1.60

TABLETTEN · SUPPOSITORIEN
AMPULLEN



Vertigoheel®

-Heel

Biologische Heilmittel
Heel GmbH,
Boden-Boden

Biotherapeuticum bei Schwindel jeder Genese, Menièreschem Syndrom, Reisekrankheit

B. Todesfälle:

In jedem Todesfalle sollte eine Leichenöffnung zur Klärung der Todesursache angestrebt werden. Von besonderer Wichtigkeit ist neben den mikrobiologischen Untersuchungen von Organproben zum Erregernachweis die neurohistologische Begutachtung des Gehirns und des Rückenmarks.

1. Zur bakteriologischen Untersuchung sind unter möglichst sterilen Kautelen etwas Liquor (durch Suboccipitalpunktion zu gewinnen), 1 Abstrich der Ventrikelflüssigkeit, 1 kirschgroße Probe der Hirnoberfläche sowie 1 Probe des Herzblutes zu entnehmen und in sterilen Versandgefäßen an das nächstgelegene Medizinaluntersuchungsamt zu schicken.
2. Die für die virologische Untersuchung benötigten Proben sowie die Entnahme- und Versandbedingungen sind aus Anlage 1 (Absatz II) zu entnehmen.
3. Für die neurohistologische Begutachtung sind Gehirn und Rückenmark nach Entnahme der für die bakteriologischen und virologischen Untersuchungen benötigten Proben in 10%iges Formalin einzulegen und einwandfrei verpackt an das folgende neuropathologische Institut zu senden:

Deutsche Forschungsanstalt für Psychiatrie, Pathologisch-Anatomische Abteilung, München 23, Kraepelinstraße 2, Prof. Dr. Schleussing.

Die Tabelle in der Anlage gilt sinngemäß für alle Einsendungen zur Virusdiagnose!

Anlage 2

Muster für Begleitschreiben!

Einsender: (Stempel) Ort..... den.....

Vor- und Zuname des Kranken:

Geburtsdatum: bzw. Alter:

genaue Anschrift:

Tag der Impfung:

1. Injektion:..... 2. Injektion:..... 3. Injektion:.....

Name und Anschrift des Impfarztes oder der Dienststelle:

Zuständiges Gesundheitsamt:

Impfstoff-Hersteller:

Tag der Erkrankung (der ersten Symptome):

erstbehandelnder Arzt:..... Anschrift:.....

Tag der Krankenhausaufnahme:..... Anschrift:.....
Stempel

klinische Symptome: a) allgemeiner Art:
b) neurologischer Art:
 aparytisch
 paralytisch

Laborbefunde: Liquor: Zellzahl Pandy..... E. Z.....

Blut: BSG Leukozyten

vorläufige klinische Diagnose:

Tag des Todes:..... Tag und Ort der Sektion:.....

besondere pathol. Befunde:.....

Datum der Entnahme Datum der Absendung

Art des eingesandten Materials

 Stuhl

 Gurgelwasser oder Rachenabstrich

 Liquor

 1. Blutprobe

 2. Blutprobe

 Restprobe des Impfstoffs

Sektionsmaterial (Herzblut-Liquor-ZNS-Stuhl-Lymphknoten)

Bemerkungen:

Kontakt mit anderen Infektionskranken, insbesondere Poliomyelitisfällen?

Sind ähnliche Erkrankungsfälle, auch leichtere, bei Impfungen bekanntgeworden?

Sonstige Angaben:

(Unterschrift des Einsenders und Anschrift, falls nicht oben angegeben)

RECORSAN® die älteste **Herzsalbe**

Jetzt mit neuer Salbengrundlage: Erhöhte Penetration
Fettfrei - Wasserlöslich - Nicht schmutzend

O.P. 20 g lt. AT. DM 1,80 o.U.

RECORSAN-GMBH, APOTHEKER REINHARD & SOHN - MÜNCHEN-GRAFELFING

Die Büste Röntgens in der Walhalla

Zu dem Festvortrag anlässlich der Einweihung der Röntgenbüste in der Walhalla, den wir in der August-Nummer des Bayer. Ärzteblattes veröffentlicht haben, werden uns von Herrn Prof. Dr. W. Gerlach nachfolgende Darlegungen übermittelt:

Ihr Artikel „Die Büste Röntgens in der Walhalla“ (Heft 8, 1959, Seite 181—184) enthält einige Unrichtigkeiten, deren Korrektur mir allein aus wissenschaftsgeschichtlichen Gründen erforderlich erscheint.

1. Röntgen war nicht das Studium an einer holländischen Hochschule verschlossen. Vielmehr hat er zwei Semester 1864 an der Universität Utrecht Naturwissenschaften studiert, wurde aber „nicht zufrieden mit dem Gang der Studien an genannter Universität, durch den Ruf, welchen die Züricher Schule (nämlich das Eidgenössische Polytechnikum) hat, bestimmt, dahin zu ziehen“.

2. Röntgen hat sein Züricher Studium (1865—1868) mit dem Diplom als Maschineningenieur im August 1868 abgeschlossen; am 22. Juni 1869 erhielt er den Doktor der philosophischen Fakultät der Universität Zürich (Dissertation „Studien über Gase“).

3. Sein Lehrer und Doktorvater waren nicht Clausius und Kundt, sondern Professor Gustav Zeuner von dem Eidgenössischen Polytechnikum; bei Rudolf Clausius hörte er nur eine Vorlesung; August Kundt lernte er erst zur Zeit seiner Promotion kennen, mit ihm ging er 1870 als Assistent nach Würzburg.

Alle diese Angaben stammen aus dem handschriftlichen Lebenslauf Röntgens, den er zur Promotion vorlegte.

4. Die Entdeckung der Radioaktivität — eine unmittelbare Folge der Röntgenschen Entdeckung, wenn auch auf Grund einer falschen Deutung — erfolgte im Februar 1896 durch Becquerel an dem Uran. Die Radioaktivität des Thoriums wurde unabhängig und fast gleichzeitig von C. G. Schmidt und M. Curie 1898 entdeckt.

5. Die vergeblichen Bemühungen, die Natur der Röntgenstrahlen zu ermitteln, haben nichts mit „der Unzulänglichkeit der damaligen optischen Hilfsmittel“ zu tun.

8. Die Entdeckung der „Wellennatur“ der Röntgenstrahlen erfolgte 1912 auf Grund einer Idee von Max v. Laue, nach welcher die Atomgitter von Kristallen geeignete Beugungsgitter für Röntgenstrahlen sein sollten, wenn eine seit 1896, erst recht seit 1905 viel diskutierte Hypothese (Ketteler, Barkla, Einstein, Sommerfeld u. a.) richtig ist, daß sie sehr kurzwellige Lichtstrahlen seien. Die Durchführung der Versuche erfolgte durch Laue, Friedrich und Knipping nicht in Röntgens Institut, sondern im Institut von Sommerfeld, dessen — nicht Röntgens! — Assistent W. Friedrich damals war.

7. Nicht Röntgen setzte die Einrichtung des Lehrstuhls für theoretische Physik durch; er bestand seit langem, war aber seit dem Weggang von Boltzmann (1894) nicht

wieder besetzt worden. Diese Wiederbesetzung hatte man Röntgen 1900 versprochen, aber erst 1906 wurde das Ministerium dazu gezwungen (nach einem Brief von Röntgen; weil er sonst den Ruf nach Wien angenommen hätte und weil der Prinzregent Luitpold eingriff).

Professor Dr. Walther Gerlach

Zu den Ausführungen von Herrn Professor Dr. Gerlach, die ich in ihrer Mehrzahl als wertvolle und interessante Ergänzungen, nicht als Berichtigungen des Festvortrages in der Walhalla anlässlich der Enthüllung der Röntgenbüste auffassen darf, bemerke ich:

1. Auch in Holland ist das Reifezeugnis die Regelvoraussetzung für das Hochschulstudium. Studien an holländischen Universitäten ohne Reifezeugnis führen nicht zu akademischen Abschlußexamen. Wie das Niederländische Generalkonsulat in München bestätigt, ist anzunehmen, daß Röntgen an der Universität Utrecht bloß als Gasthörer geweiht hat.

2. Die Ausbildungszeit Röntgens in Zürich umfaßte selbstverständlich die Jahre, in denen er sein Diplomingenieur- und sein Doktorexamen ablegte. Auch nachher arbeitete er wissenschaftlich in Zürich. Sowohl der Text des Festvortrages wie auch die Ergänzung von Herrn Professor Gerlach sind zutreffend; die beiden Darstellungen widersprechen sich nicht.

3. Daß Röntgen bei Professor Zeuner promoviert hat, ist ebensowenig zweifelhaft, wie daß Clausius und Kundt zu seinen Lehrern gehörten, denen er viel verdankte. Etwas Gegenteiliges ist im Festvortrag nicht gesagt.

4. Daß die Entdeckung der Radioaktivität im Februar 1896 durch Becquerel erfolgte, ist bekannt. Gegenteiliges ist in dem Festvortrag über Röntgen nicht dargestellt worden. Im Rahmen eines kurzen Festvortrages (es waren „höchstens zwanzig Minuten“ eingeräumt) konnten selbstverständlich nicht alle wissenschaftlich bedeutsamen Entwicklungen, die sich aus der Röntgenschen Entdeckung ergaben, im einzelnen erwähnt werden.

5. Röntgen hat versucht, die Wellennatur der Röntgenstrahlungen nachzuweisen. In seiner monumentalen Röntgenbiographie schreibt Otto Glasser, daß die Versuche Röntgens, die nach ihm benannten Strahlen zu brechen, hauptsächlich „wegen der unzulänglichen Hilfsmittel ohne Erfolg blieben“. Darauf hat sich der Festvortrag gestützt.

6. Daß W. Friedrich, der mit von Laue und Knipping Interferenzerscheinungen beim Durchgang von Röntgenstrahlen durch Kristallgitter nachwies, Röntgens Assistent gewesen sei, ist in dem Festvortrag nicht behauptet worden.

7. Der Lehrstuhl für Theoretische Physik an der Universität München ist nach dem dem Ministerium zur Ver-

B12

ANKERMANN

ANKERMANN & CO.

FRIESOYTHE (OLDB.)



Injektionen · Tropfen

Indikationstabelle auf Anforderung

fügung stehenden Unterlagen auf Betreiben Röntgens wieder errichtet worden. Er war über ein Jahrzehnt unbesetzt und daher nach den damaligen haushaltsrechtlichen Gegebenheiten weggefallen. Die Wiedererrichtung und Besetzung mit Sommerfeld — nach dem vergeblichen Versuch Röntgens, H. A. Lorentz (Leyden) zu gewinnen — ist Röntgens Initiative zu verdanken.

8. Der Text des Festvortrags wurde selbstverständlich vor der Aufstellung der Büste einigen Fakultätsmitglie-

dem der Naturwissenschaft und der Medizin zur Einsichtnahme vorgelegt und von ihnen — mit einigen Verbesserungsvorschlägen, die berücksichtigt worden sind — für zutreffend erklärt.

Prof. Dr. Maunz, Staatsminister

Mit diesen Darlegungen des Herrn Staatsministers Prof. Dr. Maunz beenden wir die Diskussion über das Thema.
Die Schriftleitung

MITTEILUNGEN

13. Generalversammlung des Weltärztebundes in Montreal

Die 13. Generalversammlung des Weltärztebundes, die vom 7.—12. September in Montreal abgehalten wurde, und an der der Präsident der Bayer. Landesärztekammer Dr. Sewering mit einem Vortrag über ärztliche Fortbildung teilnahm, wählte zum Präsidenten des Weltärztebundes für das Jahr 1960/61 den Vizepräsidenten der Bundesärztekammer Dr. Paul Eckel, Präsident der Ärztekammer Niedersachsen.

Die jahrelange intensive Mitarbeit der deutschen Ärzteschaft an den Arbeiten des Weltärztebundes wurde durch die Tatsache anerkannt, daß der Weltärztebund dem Vorschlag der Bundesärztekammer stattgab und beschloß, den Weltärztetag 1960 in Berlin durchzuführen. Außerdem ist in Berlin Deutsch als vierte offizielle Verhandlungssprache neben Englisch, Französisch und Spanisch zugelassen worden.

Die erfolgreiche internationale Arbeit des Präsidenten der Bundesärztekammer, Dr. Ernst Fromm, Präsident der Ärztekammer Hamburg, wurde durch seine Wiederwahl zum Schatzmeister des Weltärztebundes für weitere drei Jahre gewürdigt.

Deutscher Zentralausschuß für Krebsbekämpfung und Krebsforschung e. V.

Am 29. August 1959 fand in Göttingen die Neuwahl des Vorstandes und des Verwaltungsrates des Deutschen Zentralausschusses für Krebsbekämpfung und Krebsforschung e. V. statt. Folgende Herren wurden neu- bzw. wiedergewählt:

Vorstand:

Präsident: Prof. Dr. Dr. h. c. Gottron, Tübingen
Vizepräsident: Prof. Dr. Flaskamp, Oberhausen
Generalsekretär: Prof. Dr. Büngeler, München
Schatzmeister: Amsrat Imgart, Hannover

Verwaltungsrat:

Direktor Diller, Hamburg
Dr. Fromm, Hamburg
Prof. Dr. Kepp, Gießen
Prof. Dr. Kohler, München
Prof. Dr. Lossen, Mainz
Min. Rat Dr. von Manger-König, Wiesbaden
Prof. Dr. Martius, Göttingen
Dr. Merscheid, Gelsenkirchen
Prof. Dr. Meythaler, Nürnberg
Direktor Dr. Schmidt, Berlin
Prof. Dr. Schubert, Hamburg
Landesrat Dr. h. c. Schultze-Rhonhof, Münster
Dr. Siggelkow, München

Publizistik und Schweigepflicht

Im gleichen Zeitpunkt, wo der 12. Bayer. Ärztetag mit großem Ernst und in voller Übereinstimmung eine Verschärfung der Schweigepflicht forderte, hat ein Arzt, der den italienischen Sänger Mario Lanza in München behandelt hatte, über die näheren Umstände von dessen Krankheit und Tod einen ausführlichen Bericht der Münchener „Abendzeitung“ gegeben. Die Identität des betreffenden Arztes steht inzwischen fest. Antrag auf Eröffnung des berufsgerichtlichen Verfahrens wurde seitens der Bayer. Landesärztekammer gestellt. Der Ärztliche Kreis-

verband München hat dazu folgende Stellungnahme bekanntgegeben:

„Zu der Veröffentlichung in der Abendzeitung am 10./11. 10. 1959 „Münchener Arzt enthüllt das Geheimnis um Mario Lanzas Tod“ teilt der Ärztliche Kreisverband München im Einvernehmen mit der Bayer. Landesärztekammer mit:

Die Enthüllung eines Arztes über eigenartige Lebensgewohnheiten eines Kranken, welche ihm auf Grund seiner ärztlichen Beziehung zum Kranken zur Kenntnis gelangten, steht — ob der Kranke weltbekannt oder einsam und unbekannt ist — in krassem Widerspruch zu den Arztpflichten.

Die Ärzteschaft läßt nicht zu, daß das Vertrauen der Kranken durch Veröffentlichungen solcher Art erschüttert wird, da dieses Vertrauen die Grundlage eines echten Zusammenwirkens zwischen Kranken und Arzt ist.

So wenig die italienische Ärzteschaft dem behandelnden Arzt des verstorbenen Papstes nachgesehen hat, daß er intime Veröffentlichungen über Krankheitsvorgänge bekanntgab, so wenig kann die deutsche Ärzteschaft solche Vorkommnisse dulden.

Diese Auffassung steht nicht in Konflikt mit dem Interesse der Öffentlichkeit an den Vorgängen um Persönlichkeiten, die ihr bekannt sind. Das Recht, Kenntnisse, die außerhalb des Sprechzimmers und der unmittelbaren Beziehung Kranker und Arzt erreicht wurden, zu veröffentlichen, wird von dieser Grundforderung der Ärzteschaft nicht berührt.

Die Ärzteschaft zieht den Arzt, dessen Veröffentlichung hier zur Erörterung steht, zur Rechenschaft.“

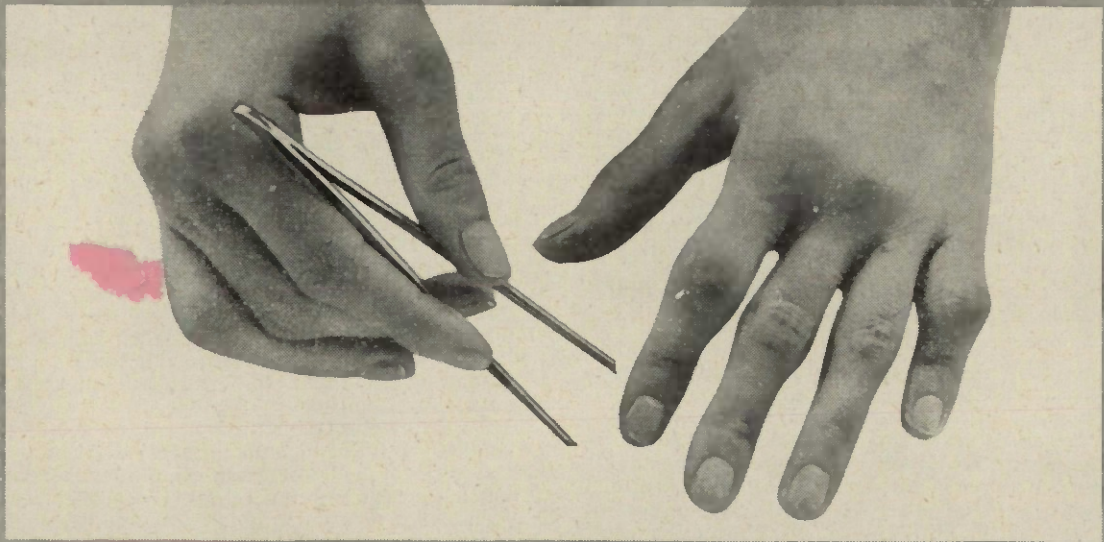
Die Münchener Tageszeitungen haben die vorstehende, ihnen zugesandte Erklärung bis zum Redaktionsschluß nicht abgedruckt.

Gegen Überfüllung der Münchner Universität

Nach einem Antrag von Abg. Dr. Karl Brentano-Hommeyer (BP) im Bayer. Landtag soll die Staatsregierung ersucht werden, alle rechtlich möglichen Maßnahmen zu ergreifen, um die derzeitige Überfüllung der medizinischen Ausbildungsstätten an der Universität München abzubauen. Insbesondere soll auf die Universität München in dem Sinne Einfluß genommen werden, daß — wie bisher bei den Pharmazeuten und an der Technischen Hochschule — künftig auch bei der Medizinischen Fakultät nur mehr so viele Studierende zur Einschreibung zugelassen werden, als unter Anlegung eines strengen Maßstabes hinsichtlich der Ausbildungsmöglichkeiten vertretbar erscheint. Die Zahl der Medizinstudenten soll dabei der Zahl der tatsächlich vorhandenen Ausbildungsplätze an den vorklinischen Instituten und der tatsächlichen Ausbildungsmöglichkeiten an den Kliniken entsprechen, um eine wirklich sorgfältige theoretische und praktische Ausbildung der angehenden Ärzte zu gewährleisten. Bei der Zulassung zur Einschreibung soll auf die Heimatzugehörigkeit und die bayerische Staatsangehörigkeit Rücksicht genommen werden, ferner auf Absolventen bayerischer Höherer Lehranstalten.

Staatsminister Prof. Dr. Maunz zur Frage des Numerus clausus

Der Bayerische Staatsminister für Unterricht und Kultur, Prof. Dr. Theodor Maunz, sprach sich heute bei einer



Zur Rehabilitation des Rheumatikers

® **PYRACORTIN »FORTE«**

RASCHE WIRKUNG • GUTE VERTRÄGLICHKEIT • NIEDRIGE BEHANDLUNGSKOSTEN

► Die günstigen Wirkungen der Behandlung liegen in der prompt einsetzenden Schmerzlinderung, Rückbildung der entzündlichen Gelenkschwellungen, Besserung der Gelenkfunktionen und allgemeinen Umstimmung und Anregung . . . Dieser Prednisan-Spareffekt ist durch die additiven Wirkungen der kombinierten Mittel zu erklären. ◀

TH. KLEINSCHMIDT Die Medizinische 41 : 1502 (1957)

Packungen und Preise (lt. Arzneitaxe):

Pyracortin »forte«

(pro Tablette 1,5 mg Hastacortin + 300 mg Pyramidon®)
20 Tabletten DM 6,75 a. U.
100 Tabletten DM 25,30 a. U. für Private
(Anstaltspackung)

Pyracortin

(pro Tablette 0,75 mg Hastacortin + 150 mg Pyramidon)
20 Tabletten DM 3,60 a. U.
100 Tabletten DM 13,90 a. U. für Private
(Anstaltspackung)

Weitere Anstaltspackungen laut Liste



FARBWERKE **HOECHST AG** *vormals Meister Lucius & Brüning* FRANKFURT (M) · HOECHST

Pressekonferenz gegen die Einführung eines Numerus clausus an den Universitäten aus. Der Minister erklärte, er müsse dringend vor einem derartigen Schritt warnen, zumal dazu kein aktueller Anlaß bestehe. Durch Neu- und Zubauten an den Universitäten würden ständig mehr Möglichkeiten für neue Studierende geschaffen. Auch Vorprüfungen und Ausleseprüfungen lehnte der Staatsminister ab, da sie nicht der akademischen Freiheit entsprechen. Der Minister sprach sich in diesem Zusammenhang gegen die Einschränkung des Ausländerstudiums aus, da dies u. a. in Widerspruch zu den Bestrebungen stünde, den sogen. unterentwickelten Ländern und Völkern bei ihrem Aufbau behilflich zu sein.

Studium ausländischer Studenten innerhalb von fünf Jahren mehr als verdreifacht

Aus der von der Auslandsstelle des Deutschen Bundesstudentenrings mit Unterstützung des Auswärtigen Amtes herausgegebenen Statistik über das Studium der ausländischen Studenten in der Bundesrepublik Deutschland geht hervor, daß im Winter-Semester 1958/59 18 953 Ausländer (Winter-Semester 1954/55: 4943) an den westdeutschen und West-Berliner Hochschulen und Universitäten studiert haben. Das sind über 10 v. H. der insgesamt 186 000 immatrikulierten Studenten. (Im Winter-Semester 1954/55 waren es rund 5 v. H.) Die Zahl der Ausländer hat sich innerhalb von fünf Jahren mehr als verdreifacht. Insgesamt sind Studenten aus 104 Herkunftsländern an deutschen Universitäten und Hochschulen immatrikuliert. Unter den von den Ausländern bevorzugten Fachrichtungen steht die Medizin (5732) an erster Stelle. Es ist damit zu rechnen, daß im Wintersemester 1959/60 mehr als 20 000 Ausländer an deutschen Universitäten studieren. Damit wird der Prozentsatz an der Gesamtzahl der Studierenden noch über die zehn Prozent des letzten Winter-Semesters hinausgehen. IDbay.

In Amerika Numerus clausus für Medizinstudenten

Einer Pressemeldung zufolge sind die Schwierigkeiten, einen Studienplatz für das Medizinstudium zu finden, in den Vereinigten Staaten ungleich größer als in Europa. Von 25 000 Anträgen werden in den USA jährlich nur 7 500 Studenten der Medizin immatrikuliert. Die Ausgaben für das Medizinstudium sind in Amerika bedeutend höher als in Europa, woraus sich auch erklärt, daß viele amerikanische Medizinstudenten außerhalb ihres Landes studieren.

Zulassungsbeschränkungen an anderen Universitäten

Daß eine einschneidende Zulassungsbeschränkung bereits viel weiter in das Hochschulleben eingedrungen ist, als viele vermuten, beweist eine Umfrage bei den Universitäten und Hochschulen:

Frankfurt: Für die neuen Studenten der Medizinischen Fakultät ist die Zulassung zu dem Präparierkurs gesperrt. Er wird für die Vorprüfung nach dem zweiten Semester verlangt.

Marburg: Zulassungsbeschränkung u. a. für Medizin. Bonn: Seit langem Zulassungsbeschränkungen, neu für Zahnmedizin.

Freiburg: Höchstzahlen (nach den vorhandenen Arbeitsplätzen) für die praktischen Pflichtkurse in der Medizinischen Fakultät. Anmeldeschlußtermine für u. a. Zahnmedizin.

Göttingen: Beschränkungen für Medizin, Zahnmedizin und in der Philosophischen Fakultät.

Kiel/Mainz: Zulassungsanträge für die vorklinischen Fächer.

Erlangen: Keine Beschränkungen.

Tübingen: Beginn des Studiums der Zahnmedizin erst S. S. 1960 möglich. Anatomie überfüllt.

IDbay.

Forderung einer Zuzugssperre nach München

Der Abg. Dr. Brentano-Hommeyer (BP) verlangt in einem dem Bayer. Landtag vorgelegten Antrag die Vorlage eines Gesetzentwurfs, wonach an den Brennpunkten des Wohnraumbedarfs, insbesondere in München, eine Zuzugssperre eingeführt wird, von der aber alle Personen ausgenommen werden, die bereits früher ihren Wohnsitz in München hatten wie Evakuierte und andere Rückwanderer, ferner solche Zuziehende, bei denen es sich um eine Familienzusammenführung handelt. Der Antrag wird damit begründet, daß durch die derzeitige Wohnraumlage in München und anderwärts und insbesondere durch die Belegung einsturzfähiger Notquartiere und gesundheitsschädlicher Unterkünfte die öffentliche Sicherheit soweit gefährdet sei, daß die Außerkraftsetzung verschiedener Bestimmungen des Grundgesetzes und der Bayerischen Verfassung notwendig erscheine. Soweit die Zuzugssperre mit Bestimmungen des Zweiten Wohnungsbaugesetzes in Widerspruch steht, soll nach dem Wunsch des Antragstellers die Bayer. Staatsregierung auf eine Änderung dieser Bestimmungen in Bonn hinwirken. IDbay.

„Grundgesetz für die kassenärztliche Tätigkeit“

Kassenärztliche Bundesvereinigung und Bundesverbände der Krankenkassen schlossen Bundes-Mantelvertrag

Als neues „Grundgesetz für die kassenärztliche Tätigkeit“ wird der Bundes-Mantelvertrag bezeichnet, den die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Bundesverbände der Krankenkassen abgeschlossen haben. Der Bundes-Mantelvertrag, der am 1. Oktober 1959 in Kraft tritt, regelt die Rechte und Pflichten des Kassenarztes im Verhältnis zum Patienten sowie zur Kassenärztlichen Vereinigung und über diese zu den Krankenkassen und ihren Mitgliedern, außerdem die rechtlichen Beziehungen zwischen den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen auf dem Gebiete der kassenärztlichen Versorgung.

Mit dem Abschluß dieses „Bundes-Mantelvertrages über den allgemeinen Inhalt der Gesamtverträge über die kassenärztliche Versorgung“ haben die Bundesverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung als Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung eine der bedeutsamsten Aufgaben erfüllt, die das Gesetz über das Kassenarztrecht von 1955 gestellt hatte. Der Bundes-Mantelvertrag setzt eine Reihe von Verträgen außer Kraft, die teilweise bis in die Jahre 1931/33 zurückreichen; er geht kraft Gesetzes in alle zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen bestehenden Gesamtverträge ein und wird damit unmittelbar für Kassenärzte und Krankenkassen rechtswirksam und verbindlich.

Besondere Bedeutung erhält der von den Partnern der Selbstverwaltung in den letzten Monaten vereinbarte Bundes-Mantelvertrag angesichts des Referentenentwurfs für eine Reform der gesetzlichen Krankenversicherung, der bekanntlich wesentliche Einschränkungen der Selbstverwaltung beabsichtigte. Das vertragliche Übereinkommen zwischen der Kassenärzteschaft und den Krankenkassen über alle Fragen der kassenärztlichen Tätigkeit

Cefadysbasin[®]

TROPFEN

TABLETTEN

AMPULLEN

CEFAK
KEMPTEN



PERIPHERE UND KORONARE DURCHBLUTUNGSSTÖRUNGEN

Vizepräsident
Dr. Gustav
Sondermann
65 Jahre



Der Vizepräsident der Bayer. Landesärztekammer, Dr. Gustav Sondermann, feierte am 7. Oktober seinen 65. Geburtstag. Wenn man von einem Standespolitiker verlangt, daß er die vielschichtige Problematik unseres Berufes nicht nur am grünen Tisch des Verwaltungsapparates, sondern aus den Erfahrungen des eigenen Erlebens her kennengelernt hat, dann hat Dr. Sondermann diese Voraussetzungen in vollem Maße erfüllt.

Der erste Weltkrieg sah ihn am Beginn als Infanteristen des Kgl. Bayer. 19. Infanterie-Regt., am Ende als Feldunterarzt bei einem Feldlazarett. In den Nachkriegsjahren übte er bis 1934 in Emskirchen die Tätigkeit eines praktischen Arztes aus. In dieser Zeit entstand eine Reihe von Romanen und Novellen, in denen er, seiner musischen Grundhaltung entsprechend, seine Stellung zu den Kriegserlebnissen, aber auch zu den Problemen seiner Zeit und seines Standes niedergelegt hat, die ob ihrer zeitgebundenen Aktualität damals hohe Auflageziffern erreichten. Im Jahre 1934 trat Dr. Sondermann abermals in den aktiven Militär-Sanitätsdienst ein, wo er nach einer raschen Karriere, zuletzt als Standortarzt von Erlangen, im Rang eines Oberstabsarztes tätig war. Im zweiten Weltkrieg führte er zunächst eine Sanitätskompanie und wurde im Jahre 1941 nach Wien als Kommandeur der Sanitäts-Ersatz- und -Ausbildungsabteilung im Range eines Oberfeldarztes versetzt. 1944 ging er als Kommandeur einer Sanitätsabteilung mit einer Panzerarmee im Rang eines Oberstarztes nach dem Osten. Das Kriegsende erlebte er in englischer Gefangenschaft in Dänemark, und er wurde noch in Gefangenschaft mit der Überwachung der deutschen Lazarette auf Zeeland bis zu seiner Entlassung, Oktober 1945, betraut.

darf indes als eine gemeinsame Bekräftigung des Prinzips der Selbstverwaltung gewertet werden.

Die Frage der Honorierung der kassenärztlichen Leistungen ist in dem Bundes-Mantelvertrag vorläufig nicht angesprochen worden; jedoch haben sich die Vertragspartner vorbehalten, den Vertrag „zu gegebener Zeit durch ein Vergütungsabkommen zu ergänzen, in dem auch die Grundsätze für die Honorierung der kassenärztlichen Tätigkeit geregelt werden“.

Im Jahre 1946 widmete er sich wieder der Allgemeinpraxis, und zwar in Erlangen, und wurde bereits 1949 zum Vorsitzenden des damaligen Bezirksvereins gewählt. Seine erfolgreiche Tätigkeit und das Vertrauen der Kollegen berief ihn 1951 als Delegierten in den Bayerischen Ärztetag und in den Vorstand der Landesärztekammer. In zwei Wahlperioden, 1955 und 1958, wurde ihm das Amt des Vizepräsidenten der Bayerischen Landesärztekammer mit einer überwältigenden Mehrheit übertragen.

Sein Aufgabenkreis wuchs aber, als man auch in der Bundesärztekammer auf seine Qualitäten als Standespolitiker aufmerksam wurde, und bald gehörte er dem Gesamtvorstand der Bundesärztekammer und dem Präsidium des Deutschen Ärztetages an, in denen er mit einer Reihe wichtiger Funktionen betraut wurde.

Die Anerkennung seiner Erfolge wie seiner Persönlichkeit kam zum Ausdruck, als ihm von seinen Kollegen die Ehrenpräsidenschaft des 61. Deutschen Ärztetages in Garmisch übertragen und als er seitens der Regierung im Jahre 1957 in den Bundesgesundheitsrat berufen wurde.

Dieser äußere Rahmen seines standespolitischen Wirkens war ausgefüllt von den großen Aufgaben, die ihm durch seine langjährige Erfahrung einer ärztlichen Allgemeinpraxis und in seiner militärärztlichen Tätigkeit nahegebracht worden waren. Von den ärztlichen Rechten und Pflichten, wie sie durch die Berufsordnung geregelt werden, galt sein Hauptinteresse der Schweigepflicht und dem Schweigerecht des Arztes, für die er sich geradezu leidenschaftlich sowohl als Mitglied des zuständigen Ausschusses in der Bundesärztekammer wie auch publizistisch in der Öffentlichkeit und in unseren Ständebältern einsetzte. Noch vor wenigen Tagen hat er auf dem 12. Bayer. Ärztetag in Bad Reichenhall mit seinem Referat über „Das Schweigerecht des Arztes“ stürmischen Beifall bei den Delegierten und starke Beachtung in der Öffentlichkeit gefunden. Wegen seiner grundlegenden Bedeutung wird der Vortrag in der nächsten Nummer des „Bayer. Ärzteblattes“ erscheinen.

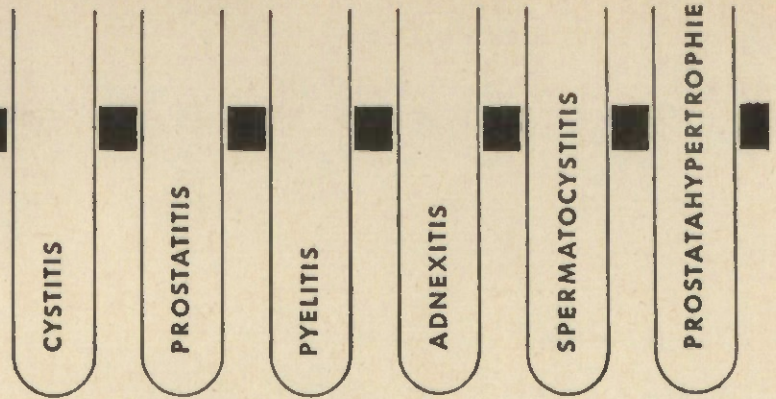
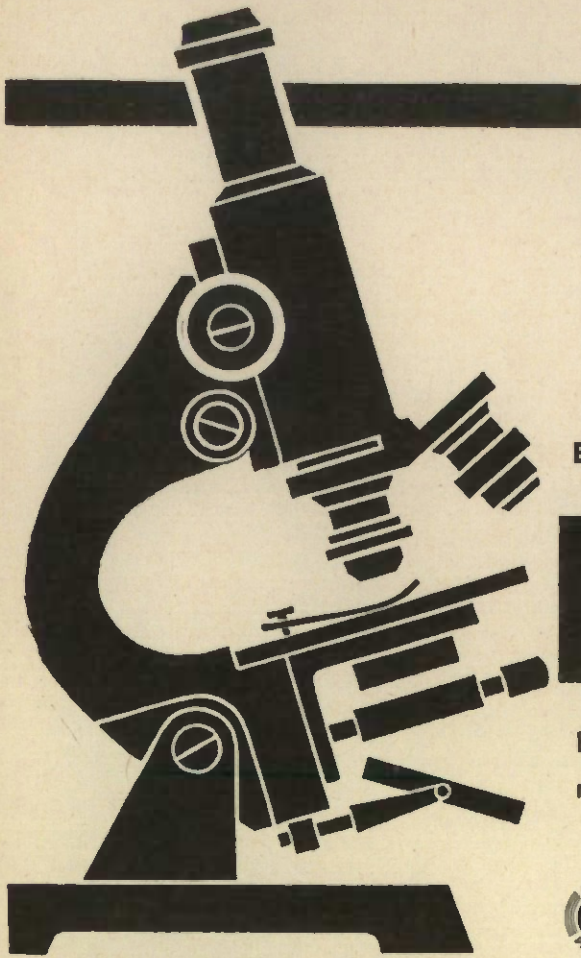
Es ist uns noch allen in Erinnerung, daß bei dem schwierigen Aufbau der neuen Bundeswehr das Sanitätswesen in Gefahr geraten war, in seiner Bedeutung für das Funktionieren des ganzen militärischen Apparates gerade gegenüber den modernen Waffen unterschätzt zu werden und damit gegenüber anderen Waffengattungen in eine untergeordnete Rolle hinabgedrängt zu werden. Hier hat Dr. Sondermann, der sich schon frühzeitig publizistisch mit dem Problem beschäftigt hatte, in wirkungsvollster Weise mit seiner ganzen Persönlichkeit sich eingesetzt, besonders, seit er als Vorsitzender des „Ausschusses der Bundesärztekammer Sanitätswesen der Bundeswehr“ die Legitimation als Vertreter der Gesamtärzteschaft für sich hatte. Auch von den rein militärischen Sachverständigen konnte ihm seine Kompetenz auf Grund seiner großen militärärztlichen Erfahrung, die ihn von der Pike des eigenen Felddienstes bis in den Verwaltungsapparat der höchsten Dienststellen geführt hat, wohl nicht gut abgesprochen werden. So konnte das deutsche Sanitätswesen der Bundeswehr dank seiner Sachkenntnis und tatkräftigen Mithilfe als gleichberechtigt mit den anderen Waffengattungen sich behaupten. Aber darüber hinaus hat er es verstanden, auch die persönliche Bindung der Militärärzte an die Gesamtärzteschaft zu wahren und den allgemeinen Standesgrundsätzen, auch in der Wehrmacht, zum Durchbruch zu verhelfen, wie sie vor allem in der Anerkennung der Schweigepflicht des Arztes zum Ausdruck kommt.

So hat die bayerische Ärzteschaft allen Grund, dem Jubilar an seinem 65. Geburtstag zu danken und ihm noch weitere fruchtbare Jahre seiner ärztlichen und standespolitischen Tätigkeit zu wünschen!

INSPIROL

freie
Atemwege





Bei entzündlichen Krankheiten der Harnwege

Uro-Med®

Camphersäure, Phenyl. sal.,
Hexamethylentetramin $\overline{\text{aa}}$ 0,075,
»Anoesthesin« (Hoechst) 0,01

30 Dragées DM 1,- It. AT. o. U.
60 Dragées DM 1,75 It. AT. o. U.

Bakterizider Effekt ohne Erregerresistenz, wirksam nicht nur im sauren, sondern auch im alkalischen Milieu.



MED Fabrik chemisch-pharmaz. Präparate J. Carl Pflüger, Berlin-Holensee (West)

Bei
Bronchitis u. Pertussis

Monapax®

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

ohne Codein und Antibiotica

prompt wirksam, hervorragend verträglich

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



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

Der Durchgangsarzt — eine rein deutsche Einrichtung

Tage, wie die in Lübeck, geben oft wertvolle Möglichkeiten zu Aussprachen mit Kollegen, die man meist nur bei besonderen Gelegenheiten sieht. Und dann kommen Dinge zur Sprache, die uns besonders bewegen. In einer solchen Unterhaltung kam auch die Rede auf die freie Arztwahl in der Unfallversicherung, worauf ein Kollege meinte, das sei zwar das, was unbedingt erreicht werden müsse bei der Reform der Unfallversicherung, allerdings wären wir dann das einzige Land in Europa, das in der Unfallversicherung freie Arztwahl habe.

Das war uns Anlaß, nach der Rückkehr von Lübeck sofort mit den uns nahestehenden ausländischen Kollegen Verbindung hierüber aufzunehmen. Das Ergebnis dieses Gedankenaustausches ist sehr interessant:

Frankreich: Ein sehr angesehener französischer Kollege teilt mir mit, daß auch in der Unfallbehandlung völlig freie Arztwahl bestehe, einen Durchgangsarzt gibt es nicht.

Schweiz: Der Leiter einer traumatologisch-orthopädischen Abteilung an einer Universität schreibt mir, daß in der Schweiz auch bei der SUVA (Schweiz. Unfallversicherung) völlig freie Arztwahl bestünde und niemand gezwungen würde, einen bestimmten Arzt aufzusuchen.

Österreich: Es ist erfreulich, daß auch hier, im Lande Böhlers, des großen Unfallchirurgen, freie Arztwahl für Unfallverletzte besteht und daß sie jeder praktische Arzt im Rahmen seines Könnens behandeln darf. Ein „Durchgangsarzt“ oder etwas Entsprechendes ist völlig unbekannt, wie uns ein österreichischer Kollege, ein praktischer Arzt, schreibt.

Interessant wäre also höchstens noch Italien und England, wohn wir uns noch wenden werden.

Daß Deutschland also bei der Reform der Unfallversicherung das einzige Land mit freier Arztwahl werden könnte, davon kann nach den jetzt schon hier eingegangenen Stellungnahmen keine Rede sein.

Nachdem sich in der jüngsten Zeit Bundesärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung und Hartmannbund in unmißverständlicher Weise für das Beratungsfacharztverfahren eingesetzt haben, hoffen wir praktischen Ärzte, daß wir nun endlich bald aus der uns diffamierenden Lage, in der wir uns durch die unverständliche Unnachgiebigkeit der Berufsgenossenschaften befinden, erlöst werden. („Der Landarzt“, Heft 22, S. 813)

Freiheit innerhalb Gesetzeszwang

Der folgende Beitrag des Geschäftsführers des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e. V., Erich Stolt, setzt unsere Reihe der Veröffentlichungen über die anstehende Krankenversicherungsreform fort, ohne daß sich die Redaktion mit Inhalt oder Tendenz des Aufsatzes identifiziert. (Industriekurier, Dsdf., v. 12. 9. 59):

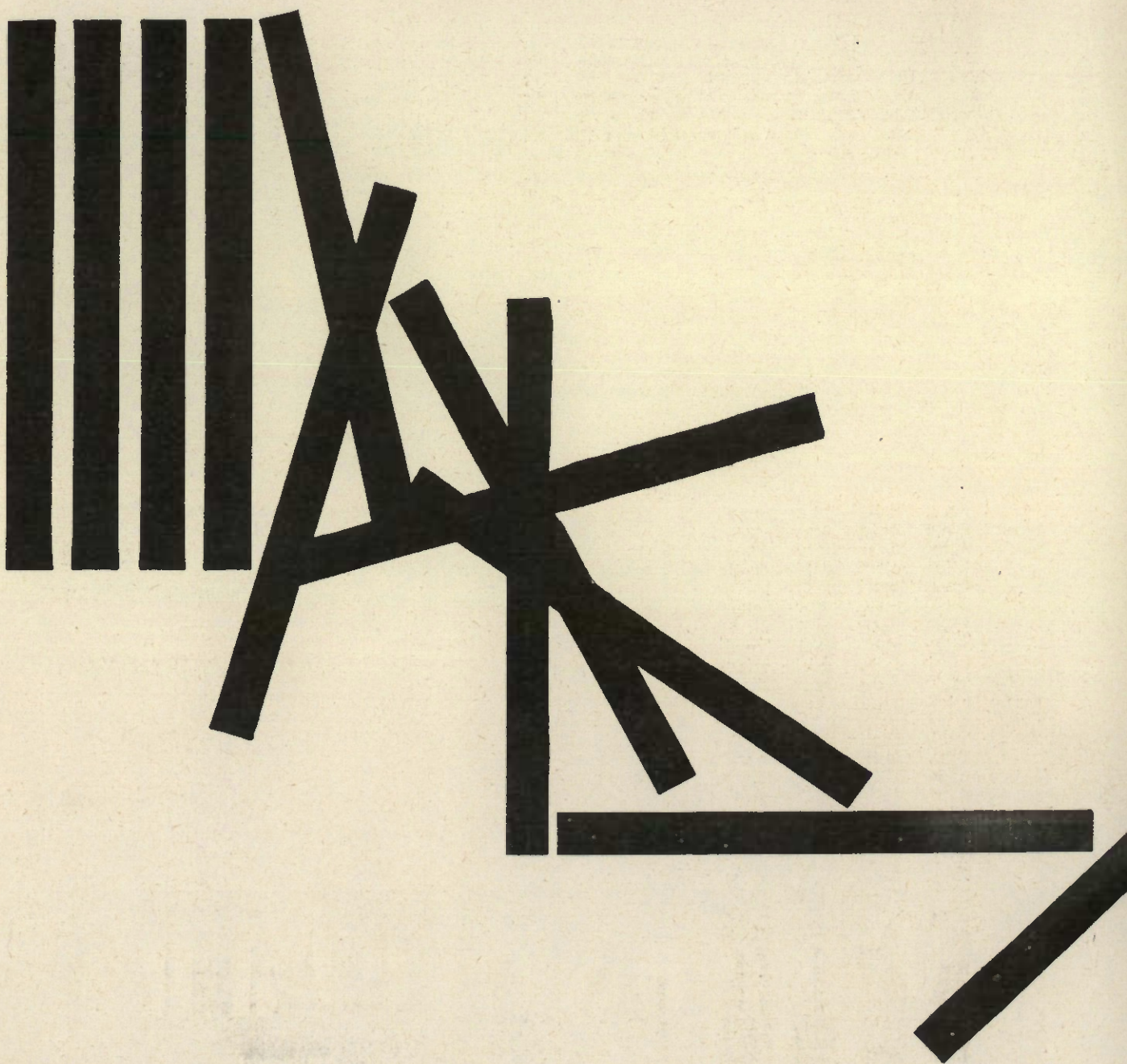
„Bei der geplanten, vielleicht allerdings vertagten Krankenversicherungsreform soll nach dem einmütigen Willen aller Beteiligten die Organisation der Versicherung nicht angetastet werden; das fruchtbare Nebeneinander der Orts-, Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen, der Seekasse, der knappschaftlichen Krankenkassen und der Ersatzkassen soll bestehen bleiben. Die Regierungsparteien haben sich wiederholt betont zum Prinzip der gegliederten Sozialversicherung im Gegensatz zur Einheitsversicherung, wie sie in der DDR oder zu einem staatlichen Gesundheitsdienst, wie er in England praktiziert wird, bekannt. Auch von der Opposition wird ihre Zweckmäßigkeit nicht mehr bestritten. Infolgedessen betont die Begründung zum Referentenentwurf des BMA die Zweckmäßigkeit des

heute bestehenden Nebeneinanders verschiedener Krankenkassengruppen. Aus der Pressediskussion über diesen Entwurf erwächst jedoch der Eindruck, als sollten einer Kassengruppe, nämlich den Ersatzkassen, innerhalb dieser Gliederung Fesseln angelegt werden. Diese Bestrebungen laufen unter dem Schlagwort „Gleiche Startbedingungen für alle Krankenkassen“.

Es ist bei den vielfachen Gesetzesänderungen innerhalb der sozialen Krankenversicherung immer wieder versucht worden, die Ersatzkassen entweder zu beseitigen oder sie den anderen Kassen völlig gleichzumachen. Die Ersatzkassen weichen vom Schema der gesetzlichen Zwangsversicherung ab. Während bei den Orts-, Land-, Betriebs- oder Innungskrankenkassen der Versicherte ohne weiteres kraft Gesetzes der für ihn zuständigen Kasse angehört, haben die Ersatzkassen insofern keine Pflichtmitglieder (abgesehen von Rentnern und Arbeitslosen, die allerdings vordem der Ersatzkasse freiwillig beigetreten sind), als der Versicherungspflichtige sich freizügig für den Eintritt in eine Ersatzkasse entscheiden kann. Soweit er Angestellter ist, steht ihm sogar die Wahl unter mehreren Ersatzkassen frei. An diesem Charakteristikum für Ersatzkassen will offenbar niemand der an der Reformdiskussion Beteiligten etwas ändern. Aus ihm ergeben sich aber zweifellos Folgerungen für das weitere Ersatzkassenrecht.

Die Ersatzkassen haben das Recht, für ihre nichtversicherungspflichtigen Mitglieder Beiträge und Leistungen durch ihre Satzung unabhängig von der RVO zu regeln. Sie haben wiederholt erklärt, daß dieses Recht nicht ein auf sie beschränktes Privileg sein, sondern für alle Kassen gelten sollte. Das hat den Widerstand der privaten Krankenversicherungen hervorgerufen. Sie wehren sich dagegen, daß gesetzliche Krankenkassen etwa, wie es die Ärzte vorgeschlagen haben, statt Sachleistungen Barerstattungen gewähren könnten, weil das dem Prinzip der Sozialversicherung nicht entspreche. Es ist aber offenbar sachlich nicht richtig, eine Versicherungsform als Privileg einer Versicherungsgruppe anzusehen und so Entwicklungsmöglichkeiten zu verbessern. Ihre Abwehr richtet sich nun gegen die Ersatzkassen allgemein und macht sie zu Fürsprechern der vom BMA vorgeschlagenen weiteren Angleichung der Ersatzkassen an die übrigen Krankenkassen. Zu dieser im Grunde überraschenden Einstellung der PKV — überraschend deshalb, weil PKV und Ersatzkassen gleichermaßen den Grundsatz der Freizügigkeit, der Selbstverwaltung und Selbstverantwortung im Gegensatz zum einheitlichen Zwang vertreten — trägt bei, daß bei den Angestelltenersatzkassen ein großer Anteil Nichtversicherungspflichtiger versichert ist. Von ihren 4 655 660 Mitgliedern sind 1 160 570 Nichtversicherungspflichtige (bei den Ortskrankenkassen bei 11 530 185 Versicherten 1982 246). Daß die PKV diese Nichtversicherungspflichtigen zumindest zu einem großen Teil für sich beansprucht, die Angestelltenkrankenkassen dagegen ihren Mitgliedern weitgehend die jetzt bestehende Entscheidungsfreiheit darüber erhalten wissen wollen, ob sie bei ihrer bisherigen Kasse bleiben oder zu einer privaten übertreten wollen, ist ein alter Streitpunkt, der aber praktisch lediglich um die Frage spielt, wie hoch die Versicherungspflichtgrenze und die Grenze für das Recht auf Weiterversicherung gezogen sein soll. Das ist aber eine politische Frage geworden. Wenn die Ersatzkassen anerkennen, daß die Versicherungspflicht und auch das Recht auf Weiterversicherung begrenzt sein muß, so ist auch anzuerkennen, daß das alte Vertrauensverhältnis zu einer Kasse nicht durch eine starre Grenze schematisch zerschnitten werden sollte.

Von den AOK ist im Gegensatz zu früheren Diskussionen im heutigen Reformgespräch die Existenz der anderen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung, also





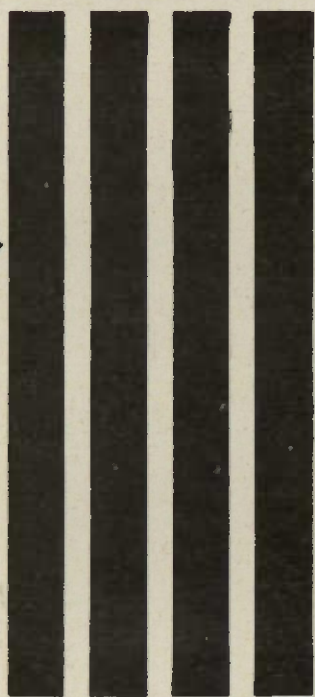
Algaphan

**Frei
vom Schmerz
durch
Algolyse**

Wiederherstellung
der Normbefindlichkeit
nach dem Störeinbruch
des Schmerzes
durch die Kombination
Aminophenazon
mit d-Propoxyphen.

Tag-nacht-unabhängig
verträglich
rezeptpflichtig
O.P. 20 Dragées

C.F. Boehringer &
Soehne GmbH
Mannheim



100 jahre boehringer

auch der Ersatzkassen, nicht angegriffen worden. Dagegen fordern sie neuerdings unter dem schon erwähnten Schiagwort „Gleiche Startbedingungen“, daß das besondere Vertragsrecht zwischen Ärzten und Ersatzkassen beseitigt wird. Die Ersatzkassen zahlen seit eh und je die ärztliche Einzelleistung im Gegensatz zur Pauschalabgeltung der Mehrheit der übrigen Krankenkassen. Sie haben seit 1912 ein ständig an die Verhältnisse angepaßtes freies Vertragsverhältnis mit den Ärzten, das auf einer ebenso frei vereinbarten, von den Ärzten aufgestellten und in gegenseitigen Vereinbarungen immer wieder ergänzten und modernisierten Gebührenordnung beruht. Dieses besondere Vertragsverhältnis soll zugunsten einer für alle Kassen geltenden gesetzlichen Regelung mit einer unabhängig festgesetzten Gebührenordnung aufgelöst werden. Dagegen wenden sich sowohl die Ersatzkassen als auch die Ärzte und Zahnärzte. Wiederum handelt es sich nicht um ein Privileg der Ersatzkassen. Auch die übrigen Krankenkassen können auf Grund des gesetzlichen Kassenarztesrechtes gleiche oder ähnliche Verträge wie die Ersatzkassen mit den Ärzten schließen. Um so unverständlicher ist es, daß der Gesetzentwurf des Ministeriums diese vertragliche Regelung ausschließen will, deren Vorzug niemand bestreitet.

Die vertragliche Regelung entspricht dem Grundsatz: „So wenig staatliche Regelung wie nötig, soviel Vertragsfreiheit wie möglich!“ Der Zwang, in allen Kassen die ärztliche Leistung gleich zu bezahlen, schuf eine Scheingerechtigkeit. Es hätte naturgemäß zur Folge, daß Kassen mit niedrigem Grundlohn einen höheren Beitragssatz, Kassen — wie die Angestelltenkrankenkassen — mit einem Mitgliederbestand, der nur geringe Aufwendungen für Krankengeld verursacht, niedrigere Beiträge erheben könnten. Gleiche Startbedingungen heißt folgerichtig durchdacht, völlige Gleichmacherei. Ihr konsequentes Ziel ist die Einheitsversicherung, die aber allgemein abgelehnt wird. Die Einebnung des Ersatzkassenrechts muß die Beseitigung aller Leistungsunterschiede bei allen Kassen und schließlich die der gegliederten Sozialversicherung zur Folge haben. Im übrigen ist es ja sicherlich bemerkenswert, ja geradezu ein Politikum, daß 4,3 Millionen Angestellte, das sind mehr als 80 Prozent aller Angestellten, die Mitgliedschaft in einer Ersatzkasse gewählt haben. Sie haben sich also für eine möglichst freizügige Versicherung innerhalb der gesetzlichen Pflichtversicherung entschieden.

3,6 Millionen Nichtversicherungspflichtige in der gesetzlichen Krankenversicherung

Von den rund 21 Millionen Versicherten der sozialen Krankenversicherung sind rund 3,6 Millionen nicht versicherungspflichtig. Von diesen Nichtversicherungspflichtigen gehören rund 2 Millionen den Allgemeinen Ortskrankenkassen, 1,1 Millionen den Angestelltenersatzkassen, 223 000 den Betriebskrankenkassen, 150 000 den Landkrankenkassen, 72 000 den Innungskrankenkassen, 30 000 den Arbeiterersatzkassen und 17 000 den Knappschaftskrankenkassen an.

Ansteigen der Ausgaben der Krankenversicherung um 50 Prozent

Die Ausgaben in der sozialen Krankenversicherung haben sich von 4,9 Md. DM im Jahr 1956 auf 7,4 Md. DM im Jahr 1958 erhöht. Das bedeutet eine Steigerung um rund 50%. Im selben Zeitraum sind die Beiträge der Pflichtversicherten zur sozialen Krankenversicherung, die je zur Hälfte vom Versicherten und Arbeitgeber aufgebracht werden, von durchschnittlich rund 6,3% im Jahr 1956 auf rund 8,5% des Grundlohnes im Jahr 1958 gestiegen; das entspricht einer Zunahme des Beitragssatzes um rund 35%. Vom 1. Halbjahr 1957 zum 1. Halbjahr 1958 erhöhten sich die Aufwendungen der sozialen Krankenversicherung je Mitglied von 108 auf 144 DM. ID bay.

Monatlich 1,232 Milliarden DM Renten

Die Arbeiter-Rentenversicherung zahlt gegenwärtig rund 5,22 Millionen Renten, die Angestellten-Versicherung etwa 1,89 Millionen Renten und die knappschaftliche Rentenversicherung (ohne Saarland) rund 600 000 Renten; das sind insgesamt etwa 7,71 Millionen Rentenfälle. Für diese

Renten werden monatlich aufgewandt: in der Arbeiter-Rentenversicherung etwa 723 Millionen, in der Angestellten-Versicherung rund 375 Millionen, in der Knappschaftsversicherung 134 Millionen, insgesamt also rund 1,232 Milliarden DM monatlich.

Das Dilemma der freien Krankenhäuser

Ein genaues Bild der Situation im deutschen Krankenhauswesen wird die Auswertung einer Enquete ergeben, die gemeinsam vom Bundeswirtschaftsministerium und der Deutschen Krankenhausgesellschaft veranstaltet worden ist. Die Zahlen solien bis Mitte August veröffentlicht werden. Ein erster Überblick läßt jedoch schon die heikle Lage der freien gemeinnützigen Krankenhäuser erkennen. Festzustellen war u. a. die Höhe der kommunalen Zuschüsse zu den laufenden Kosten der Krankenhäuser. Im Durchschnitt des Jahres 1957, das der Erhebung zugrunde lag, haben die freien gemeinnützigen Krankenhäuser nur ein Drittel, in extremen Fällen sogar nur ein Sechstel des Zuschusses der kommunalen Krankenhäuser erhalten. Dieses Mißverhältnis wird noch grotesker, wenn man bedenkt, daß die Zahl der Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen zu zwei Dritteln auf freie gemeinnützige und nur zu einem Drittel auf kommunale Krankenhäuser entfällt. — Die Gemeinden von Nordrhein-Westfalen verteilen also ihr Geld für die Gesundheitspflege hauptsächlich an die eigenen Anstalten. Dabei sind sie nicht einmal verpflichtet, den Krankenhäusern Zuschüsse zu zahlen... Die bisherige Verpflichtung erstreckt sich nur auf die Bereitstellung von Krankbetten für Seuchefälle und Tuberkulose sowie für Geschlechtskranke. Solange nicht die Zahl der allgemeinen Krankbetten gesetzlich vorgeschrieben wird, kann es nach Meinung von Dr. Roos von der Ärztekammer Nordrhein kaum eine entscheidende Besserung der Zustände im deutschen Krankenhauswesen geben...

Am besten wäre es freilich nach der Ansicht des Vizepräsidenten der Ärztekammer Nordrhein, wenn die Krankenkassen höhere Pflegesätze zahlen würden, die den tatsächlichen Selbstkosten gerecht werden. Das heiße Eisen — falls höhere Pflegesätze, dann auch höhere Versicherungsbeiträge — braucht nach Meinung von Dr. Roos nicht einmal angefaßt zu werden. Sobald die Krankenkassen von ihren sachfremden Aufgaben entlastet seien — etwa dem Inkasso der Beiträge für Renten- und Arbeitslosenversicherung —, könne der Verwaltungsapparat viel rationeller arbeiten und höhere Pflegesätze an die Krankenhäuser abführen.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft in Düsseldorf schiebt die Schuld für die Misere auf den § 4 der Bundespflegesatz-Verordnung vom 31. 8. 1954. ... Abschreibungen auf Gebäude und Grundstücke sowie Zinsen für Kredite... dürfen nicht auf die Pflegesätze umgelegt werden. Die Autoren der Verordnung wußten genau, daß für diese beiden Haushaltsposten erhebliche Beträge aufgewendet werden müssen. Sie verweigerten aber deren Berücksichtigung bei der Selbstkostenberechnung, weil sonst die Pflegesätze für das gegenwärtige Leistungsvermögen der Krankenkassen zu hoch gewesen wären. Ein Ausweg wäre die Erhöhung der Versicherungsbeiträge gewesen. Da das der Bonner Sozialpolitik widersprochen hätte, wählte man den bequemeren Weg: die Krankenhäuser müssen niedrigere Pflegesätze nehmen und im übrigen zusehen, wie sie sich den Kostenausgleich durch Zuschüsse von Ländern und Gemeinden erfechten. — Der Geschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Wilhelm Adam, und die betriebswirtschaftliche Assistentin, Maria Gehrt, schlagen zur Lösung des Problems vor, die Erstattung der den Krankenhäusern tatsächlich entstehenden Kosten gesetzlich zu verankern. (Aus F. A. Z. 7/VIII.)

Industrieller Mittelstand leidet unter zunehmendem Arbeitsausfall durch Krankmeldungen

Dr. Christoph Andreae, selbst mittelständischer Unternehmer, Mitglied des Vorstandes des Mittelstandsausschusses des Bundesverbandes der Deutschen Industrie und Beiratsmitglied des Instituts für Mittelstandsforschung Köln, schreibt dazu im „Industriekurier“, Düsseldorf, v. 15. 8. 59: Wie außerordentlich hemmend das derzeitige Krankengesetz sich auf die Arbeit in der gewerblichen Wirtschaft auswirkt, mögen folgende Feststellungen

NEU

TRAZU®
Antihypotonicum

bei hypotonen Kreislaufstörungen,
Erschöpfungszuständen, Klima-
krankheiten und migräneartigen
Störungen.

Steigerung der Herzkraft und
Verbesserung der peripheren Durchblutung.
Anhebung und Normalisierung des Blutdrucks.
Anregung der Psyche.
Belebung und Besserung des Wohlbefindens.

Zusammensetzung: 1 Oblongette enthält:

Coffein 15 mg, Nor-Pseudo-Ephedrin HCl 7,5 mg, Ephedrin HCl 7,5 mg,
Acid. aminoglutar. 30 mg, Glycyrrhizin ammon. 60 mg, Extract. Cra-
taegi 50 mg, - Cocti 40 mg, - Veratri 1 mg, Fenchon 5 mg, Soccha
obd. foenicul.

OP mit 30 Oblongetten DM 2,65 m. U.

OP mit 60 Oblongetten DM 4,65 m. U.

APOTHEKER A. DIEDENHOFEN K.G.

Pharmazeutische Fabrik · Bad Godesberg/Rhein



*Mancher muß bei jedem Essen
um Galle und um Leber bangen
sieht - wie einst bei Damoklessen -
stets ein Schwert darüber hangen.*

Systematische
Normalisierung
von Cholereze
Cholekinese und
Darmpersistaltik
durch

Chol Kugeletten

spasmenlösend
entzündungswidrig
schmerzbefreiend

30 Drogées DM 1,55 o.U.

60 Drogées DM 2,80 o.U.

Pepsaldra®
Pepsin-Salzsäure-Dragees

Pepsaldra®
compositum

gegen Subacidität,
Achylie und Dyspepsie

Pankreatinhaltiges Enzym-
Präparat gegen Störungen
des Pankreas-Galle-Dün-
darm-Systems

O. P.
45 Stück
DM 1.55 o. U. St.

O. P.
40 Stück
DM 1.80 o. U. St.
O. P. 100 Stück
DM 3.30
o. U. St.

Fabrik
pharmazeutischer
Präparate
Karl Engelhard
Frankfurt a. M.



beleuchten. — Die Krankheitsfälle der gewerblichen Wirtschaft im 2. Halbjahr 1958 gegenüber der Zeit vor Inkrafttreten des Krankengeldzuschuß-Gesetzes zeigen einen Anstieg bei den männlichen Arbeitern von +26% und bei den weiblichen +27%. In einer Reihe von Industriezweigen liegt die Veränderung der Zahl der Krankheitsfälle beträchtlich über dem obigen Gesamtergebnis. So betrug der durchschnittliche Zuwachs bei den männlichen Arbeitern

in der Metallindustrie +30%,
in der Papierindustrie +44%,
in der Textilindustrie +29% und
im graphischen Gewerbe sogar 46%.

Weiterhin weisen die Feststellungen der Untersuchungen eine erhebliche Verlängerung der Krankheitsdauer aus. Im 2. Halbjahr 1958 betrug die Veränderung der Zahl der Krankheitsfälle mit einer Krankheitsdauer von 3—14 Tagen bei den Männern +28% und bei den Frauen +47%, während bei einer Krankheitsdauer von über 14 Tagen bei den Männern ein Anstieg der Krankheitsfälle +29% zu verzeichnen war.

Diese Verlängerung der Krankheitsdauer wird maßgeblich dadurch beeinflußt, daß nach den Vorschriften des Krankengeldzuschuß-Gesetzes bei einer länger als 14 Tage dauernden Arbeitsunfähigkeit für die beiden Karenztage nachträglich eine Barleistung gewährt wird. Die Entwicklung tritt besonders auffällig bei den männlichen Arbeitern zutage, während bei den weiblichen der Anstieg der Krankheitsfälle mit einer kürzeren Arbeitsdauer überwiegt.

Die Feststellungen über die Entwicklung der Krankheitsdauer finden ihre Bestätigung durch die Ergebnisse über die Veränderung der Zahl der Krankheitstage: Mit einer Gesamtzunahme von +32% im 2. Halbjahr 1958 ist die Zahl der Krankheitstage noch stärker angewachsen als die der Krankheitsfälle. Die Krankheitstage haben sich im 2. Halbjahr 1958 bei den Männern bei einer Krankheitsdauer von 3—14 Tagen um +46% und bei einer Dauer von über 14 Tagen um +56% verändert, während die Steigerung bei den Frauen bei einer Krankheitsdauer von 3—14 Tagen +68% und bei einer Dauer von über 14 Tagen +30% betragen hat. — Offensichtlich wird hier Wohltat zur Plage!

Es geht darum, den wahrhaft Kranken, dem jede nur mögliche Hilfe gewährt werden soll, vor den vielen Schwindeleien zu schützen und dem Arbeitsablauf in den Betrieben nicht noch größere Erschwernisse zu bereiten. — Besonders sei darauf hingewiesen, daß die mittlere Industrie von diesem unhaltbaren Zustand stärkstens betroffen wird.

1. Fehlen der mittleren und kleineren Industrie Kontrollmöglichkeiten. Es stehen keine ständigen Werksärzte oder sonstige Einrichtungen zur Verfügung.

2. Können diese Industrien keine Doppel-Besetzungen vornehmen. Es fallen hier bei Fehlen von Arbeitern auf einzelnen Posten ganze nachfolgende Arbeitsgänge aus.

Eine Eindämmung des sog. „Krankfeierns“, dem leider auch von vielen Ärzten nicht entgegengetreten wird, kann nur erreicht werden, wenn die einzelnen an den Kosten beteiligt werden, und zwar so, wie dies im Hinblick auf das gesteigerte Arbeitseinkommen zu vertreten ist.

Die vertrauensärztliche Kontrolle bei den Ersatzkassen

Von den Arbeitgebern wird der Wunsch, künftig paritätisch an der Selbstverwaltung der Ersatzkassen beteiligt zu werden, u. a. mit dem Hinweis unterstützt, daß die Krankenkontrolle durch die Ersatzkassen (deren Mitglieder vorwiegend Angestellte sind) zu wünschen übrig lasse, da sie für die ersten sechs Wochen der Arbeitsunfähigkeit kaum Krankengeld zahlen müßten. Die Zeitschrift „Die Ersatzkasse“ hat jetzt in einem Überblick über den vertrauensärztlichen Dienst im Jahr 1958 festgestellt, daß auf jeweils 100 Versicherte bei den Ortskrankenkassen 68,87, bei den Betriebskrankenkassen 54,14, bei den Innungskrankenkassen 48,51 und bei den Ersatzkassen nur 8,34 vertrauensärztliche Begutachtungen entfielen. Das bedeute, daß die Ortskrankenkassen im Verhältnis zur Mitgliederzahl achtmal, die Innungskrankenkassen sechsmal soviel Begutachtungen über die Arbeitsunfähigkeit anfordern wie die Ersatzkassen. Die Ersatzkassen erklärten diesen Unterschied damit, daß bei ihnen „erfahrungsgemäß kurzfristige Arbeitsunfähigkeitsfälle nicht im gleichen Ausmaß erfaßt werden können wie bei den Pflichtkassen“.

(I. D. bay.)

Die vierte Woche ist entscheidend

Wie „Die Welt“, Hamburg, vom 18. 8. 59 mitteilt, halten die Medizin-Meteorologen einen Urlaub von vier Wochen für Großstadtmenschen für dringend erforderlich. Auf Grund ihrer Untersuchungen haben sie festgestellt, daß erst in der vierten Woche eine sichtbare und meßbare Besserung des Allgemeinbefindens eintritt. — In Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Hittmair von der Innsbrucker Universitätsklinik beobachteten die Hamburger Ärzte jeweils etwa 30 Männer und Frauen zwischen 20 und 50 Jahren, die von den Vertrauensärzten der LVA ausgewählt wurden, auf die Einwirkung des Klimas im Gebirge vor allem bei Bronchitis, Kreislaufstörungen oder allgemeinen Erschöpfungszuständen. Die Hamburger Testgruppen sind vorwiegend in Seefeld, Badgastein und Igls untergebracht.

Dr. Jungmann, der Leiter der Klimaforschung im Hamburger Universitätskrankenhaus Eppendorf, kann bereits auf die Ergebnisse der Versuche von neun Jahren zurückgreifen. So warnen die Ärzte auch davor, das Arbeits-

Ferlecit

Tropfen · Dragées · Ampullen

für Mutter und Kind

für schlecht essende Kinder

... weil Eisen fehlt

pensum der Woche auf einen immer knapper werdenden Zeitraum zusammenzudrängen und somit das Tempo weiter zu forcieren. Der Mensch reiße sich auf, wenn er von Montag bis Freitag mit Höchstkonzentration arbeitet, meint Prof. Hittmair. Diesen Nervenverschleiß könne auch das verlängerte Wochenende nicht gutmachen.

Das Kranksein wird immer tenrer

Dazu schreibt die Rhein-Neckar-Ztg., Heidelberg, vom 13. 8. 59: ... Seit geraumer Zeit hat sich das Schlagwort vom „kranken“ Krankenhaus eingebürgert. Dazu sagt Prof. Scharpff, der Vorsitzende des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands: „Das deutsche Krankenhaus funktioniert auch jetzt noch trotz großer finanzieller Schwierigkeiten, aber es hat Sorgen.“ ... Morgen wird das Krankenhaus und das Kranksein noch teurer werden“, prophezeit Scharpff; „denn die Medizin entwickelt sich zu einem immer komplizierteren und immer teureren Fach.“ Das rührt auch an die Frage nach der Höhe der Pflegesätze, die nicht mehr kostendeckend sind. Vor drei Jahren wurden an 115 städtischen Krankenhäusern im Bundesgebiet durchschnittliche Selbstkosten von 16,29 DM je Tag und Patient errechnet. Davon ersetzten die Pflichtkassen 12,25 DM. Der Rest stammte aus Zuschüssen der Städte. So mußte nach der erwähnten Aufsteigerung Frankfurt 4 718 DM je Bett und Jahr, München 2 313 DM zu den Leistungen der Pflichtkassen zuschießen.

Im Bundesgebiet gibt es gegenwärtig etwa 544 000 Krankenhausbetten. Sie werden zu 56% von den öffentlichen, zu 38% von den freien gemeinnützigen und zu 6% von den privaten Krankenhausträgern unterhalten. Westdeutschland liegt mit 10,7 Betten auf 1 000 Einwohner noch vor England, Frankreich, sogar den USA. Der Bettenfehlbestand wird aber recht unterschiedlich beurteilt. So ist die Bundesregierung der Meinung, es fehlten in der Bundesrepublik gegenwärtig 180 000 Betten. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft veranschlagt den Fehlbestand auf 30 000. Dr. G. Haenisch, 2. Vorsitzender des Marburger Bundes, geht noch einen Schritt weiter und meint, bei richtiger Verteilung der Krankenhausbetten würde die Zahl der Betten zur stationären Versorgung der Bevölkerung ausreichen. Nach Dr. Haenischs Ansicht besteht nur in den Großstädten ein Bettenmangel, der dadurch ausgelöst wird, daß die Patienten auch dann Krankenhäuser aufsuchen, wenn eine klinische Behandlung nicht erforderlich ist, hauptsächlich, weil die Möglichkeiten des Auskurierens zu Hause heute erheblich eingeschränkt sind. Hinzu kommt die „Spezialistengläubigkeit“ des modernen Menschen, die auch die Stellung des Hausarztes verändert hat. „Es geht nicht nur darum, den durch den Krieg und die schweren Nachkriegszeiten entstandenen Nachholbedarf der Krankenhäuser endlich zu decken“, sagt Dr. Haenisch. Die Notwendigkeit der Krankenhausreform sei keine Utopie einiger Krankenhausärzte, sondern ergebe sich folgerichtig und zwingend aus einem Strukturwandel der gesamten ärztlichen Krankenbetreuung... In Bonn arbeiten die Fachleute an Entwürfen für eine Krankenversicherungsreform... Mit Hilfe der Selbstbeteiligung sollte nach dem Referentenentwurf

des BMA bei besseren Leistungen und gleichbleibenden Beiträgen vermieden werden, daß die Kassen über Gebühr beansprucht werden.

Höhere Löhne bedingen höhere Preise

Eine Zusammenstellung des Statistischen Bundesamtes: „Verdienste und Löhne im Ausland“, die für eine Reihe von Ländern Angaben von 1950 bis 1958 bringt, gestattet es, den Zusammenhang zwischen Lohnsteigerungen und Preiserhöhungen zu erkennen. Unter den Ländern, für die Angaben bis 1958 vorliegen, stehen an der Spitze Österreich und Schweden mit einer Erhöhung der Verdienste männlicher Arbeiter um je 93% bei gleichzeitiger Steigerung der Lebenshaltungskosten, in Österreich um 60% und in Schweden um 50%. Es folgen Finnland mit einer Erhöhung der Verdienste um 85% und der Lebenshaltungskosten um 55%, Norwegen (Verdienste um 77%, Lebenshaltungskosten + 51%) und Großbritannien (Verdienste + 70%, Lebenshaltungskosten + 47%). In einigen Ländern waren diese beiden Steigerungen geringer, so in Kanada (Verdienste + 60%, Lebenshaltungskosten + 22%) und den USA (Verdienste + 45%, Lebenshaltungskosten + 20%). In der Schweiz stand einer durchschnittlichen Erhöhung der Stundenverdienste um 29–31% eine Steigerung der Lebenshaltungskosten um nur 14% gegenüber. In der Bundesrepublik konnte die Erhöhung der Stundenverdienste für Männer um 70% und für Frauen um 77% von der Wirtschaft soweit aufgefangen werden, daß die Lebenshaltungskosten nur um 19% stiegen.

Herzinfarkt und Berufsgruppen

Prof. Dr. Bock, Marburg, beschäftigte sich mit der Frage, in welchen Berufsgruppen man die größte Zahl von Kranken mit Herzinfarkt findet. Dabei kam er für seinen Beobachtungsbereich zu folgenden Ergebnissen: Beamte, Angestellte, Akademiker und freie Berufe 54%, Handwerker 27%, Handarbeiter 10%, Landwirte 1% aller Fälle.

Operationskosten bei Anwendung der Herz-Lungen-Maschine

Die Krankenkassen haben nach eingehenden Verhandlungen mit der Stadt Düsseldorf vereinbart, für Operationen bei Anwendung der Herz-Lungen-Maschine je Fall zur Abgeltung aller entstehenden Nebenkosten neben dem jeweils gültigen Pflegesatz einen Betrag von DM 3650.— zu vergüten.

Medizinische Tonbandzeitung

Auf der letzten Therapiewoche in Karlsruhe wurde erstmals eine „Medizinische Tonbandzeitung“ vorgeführt, die im Medicus-Verlag, Berlin, als monatliche Fortbildungsreihe erscheint, herausgegeben von der Kongreßgesellschaft für ärztliche Fortbildung e. V. Berlin. Eine periodische medizinische Tonbandzeitung existiert bereits seit Anfang des Jahres in Österreich und seit 7 Jahren in den Vereinigten Staaten, wo eine Auflagenhöhe von 4000 Tonbandkopien über die neuesten Entwicklungen der ärztlichen Praxis und der medizinischen Forschung berichtet. Zweifellos wird für die auditiv eingestellten Ärzte die

Bei allen
Erkrankungen
der Atmungs-
organe

ANTIBEX

SIMPLEX · FORTE · CUM EPHEDRINO

125 ccm enthalten
50 mg Dihydrokodein

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

Neu

SELVIGON[®]

Thiaphenylpyridylamin - 10 - carbonsäure - piperidinoäthoxyäthylester - HCl

Antitussivum • Homburg • für jedes Alter

**Starke spezifische Wirkung
auf das Hustenzentrum
Zuverlässige Hustenreizstillung
Hervorragende Verträglichkeit
in jedem Lebensalter**

Selvigon erfüllt die Forderungen
der ärztlichen Praxis in vollkommener Weise:
Atmung und Kreislauf werden nicht beeinflusst –
die Sekretalyse und Expectoration nicht gehemmt –
eupharisierende und sedative Effekte fehlen –
keine Sucht, Gewöhnung, Obstipation –
keine Kontraindikationen

Bei Reiz- und Krampfhusten einschließlich Pertussis

Originalpackungen:

Selvigon	Trapfglas 10 ccm	1.80 o. U.
Selvigon-Drageés	20 Drageés	2.00 o. U.
Selvigon-Kinderzäpfchen	5 Zäpfchen	1.20 a. U.

Ein reines Antitussivum erstmals auch als Kinderzäpfchen



CHEMIEWERK **HOMBURG** AKTIENGESELLSCHAFT • FRANKFURT/MAIN



Neuerung eine willkommene Möglichkeit der Fortbildung sein und einen guten Ersatz bilden für solche Kollegen, denen es nicht möglich ist, an Fortbildungsveranstaltungen teilzunehmen. Den Fortbildungskursen wird sicherlich dadurch kein Abbruch getan, denn die Vorteile, die das lebendige Wort des Lehrers und meist auch die gleichzeitige optische Darstellung bietet, sowie der kollegiale Kontakt einer angeregten Diskussion lassen sich selbst durch die beste maschinelle Übermittlung wissenschaftlichen Gedankengutes nur teilweise ersetzen.

Keine Medikamente in die Ostzone

Das Hauptzollamt Zonengrenze in Bad Hersfeld wies erneut darauf hin, daß die nach Mitteleuropa geschickten Pakete keine Medikamente enthalten dürfen. Die Zonenkontrollbehörden lassen Medikamente nur dann passieren, wenn eine Dringlichkeitsbescheinigung eines mitteleuropäischen Arztes beiliegt.

Arbeiterkammer droht rechtsuebenden Ärzten

Das „Komitee für aktive ärztliche Ständevertretung“, an dessen Spitze einer der Vizepräsidenten der Wiener Ärztekammer steht, hat kürzlich gegen Wiener Krankenhäuser Anzeige erstattet, die in ihren Ambulatorien entgegen dem Wiener Krankenanstaltengesetz auch nicht Unbemittelte behandeln. Unter den Krankenhäusern, gegen die die Ärzte das Verfahren einleiteten, sind auch die beiden Wiener Arbeiterunfallkrankenhäuser und das Krankenhaus der Wiener Gebietskrankenkasse. Die Wiener Arbeiterkammer veröffentlichte nun eine äußerst scharfe Stellungnahme gegen die Ärzte, die auf die Einhaltung des Wiener Krankenanstaltgesetzes dringen. Sie behaupten, daß „die Öffentlichkeit dieses Vorgehens einer Minderheit innerhalb der Ärzteschaft eindeutig ablehnt“, und wirft den Ärzten „übertriebene Gewinnsucht“ vor. Gleichzeitig klagt die Arbeiterkammer darüber, daß „die derzeit geltenden Gesetze auf Betreiben der Ärztekammer so abgefaßt sind, daß sie die Ambulatoriumstätigkeit ohnehin weitgehend erschweren“. Schließlich betont sie, sie werde im Rahmen ihrer Möglichkeiten „gegen die Schuldigen“, worunter sie offenbar die Ärzte versteht, vorgehen. (I. D. Bay.)

Staatlicher Gesundheitsdienst in Österreich

Die österreichischen Sozialdemokraten sind mit einem neuen Projekt auf den Plan getreten, um ihren alten Traum von einem „Wohlfahrtsstaat par excellence“ wieder um einen Schritt weiter zu verwirklichen. Dieses Projekt heißt „staatlicher Gesundheitsdienst“, lehnt sich weitgehend an das englische Vorbild an und soll das gegenwärtige System der Zwangsmitgliedschaft bei der staatlichen Krankenkasse für Arbeitnehmer ablösen.

Die Idee, einen staatlichen Gesundheitsdienst in Österreich einzuführen, tauchte zum erstenmal in diesem Frühjahr auf, als die Sozialdemokraten dieses Projekt auf ihr Wahlprogramm setzten. Aber erst jetzt, rund vier Monate später, wurden Einzelheiten darüber veröffentlicht, wie man sich solch einen verstaatlichten Gesundheitsapparat vorstellt. Die Sozialdemokraten lassen keinen Zweifel darüber, daß sie alles tun werden, was in ihrer Macht steht (und ihre Macht ist in Österreich nicht zu unterschätzen), um diese Idee zu verwirklichen. Die enormen Kosten, die ein solches Projekt mit sich bringt, sollen durch Steuern — nötigenfalls auch durch Steuererhöhungen — und aus den Taschen der Unternehmer gedeckt werden.

... Dieser Gesundheitsdienst sieht vor, daß alle dauernd in Österreich lebenden Personen Anspruch auf unentgeltliche ärztliche Behandlung, auf freien Krankenhausaufenthalt und kostenlosen Bezug der notwendigen Medikamente haben sollen. Die Behandlung durch praktische Ärzte und Fachärzte soll dabei ausschließlich in Krankenhaus-Ordinationen erfolgen. Die ärztliche Privatpraxis soll es in Zukunft nur noch für zahlungskräftige Patienten geben, die den Gesundheitsdienst nicht in Anspruch nehmen wollen. Zahnärzte und Dentisten dürfen vorläufig allerdings noch in ihren eigenen Räumen behandeln, da die Zahnkliniken der Krankenhäuser für diesen Zweck nicht ausreichen dürften. Gleichzeitig wird eine Neuregelung der Medikamentenerzeugung erwogen, die der privaten pharmazeutischen Industrie praktisch den Todes-

stoß versetzen würde; der Gesundheitsdienst soll nämlich nach den vorliegenden Plänen durch einen Staatsbetrieb mit einer gewissen Anzahl von Standard-Medikamenten versorgt werden.

An der Spitze des geplanten „Gesundheits-Kollektivs“ soll ein „Gesundheitsrat“ und ein „Direktorium“ stehen, die den ganzen Apparat verwalten sollen und einem eigenen „Gesundheitsministerium“ unterstellt werden. Für alle entscheidenden Fragen soll das Parlament zuständig sein. Die im Gesundheitsdienst tätigen Ärzte und Zahnärzte sollen ein festes Gehalt und darüber hinaus auch eine Pauschalsumme für jeden behandelten Patienten bekommen. Die Schätzungen über die Jahreskosten eines solchen Gesundheitsapparates liegen zwischen 500 Millionen und 1 300 Millionen DM. Ein Drittel dieser Kosten sollen die Steuerzahler aufbringen (Gesundheitssteuer) und ein weiteres Drittel sollen die Unternehmer für die bei ihnen Beschäftigten tragen. Das restliche Drittel soll aus dem Staatshaushalt bestritten werden.

Die Reaktion auf diese sozialdemokratischen Pläne ist in den bürgerlichen Kreisen Österreichs begreiflicherweise ebenso heftig wie negativ. Es wird darauf verwiesen, daß sich schon das System der Zwangskrankenkassen sehr nachteilig auswirke. Ein staatliches Gesundheits-Kollektiv, das zwangsläufig auch die letzten Reste ärztlicher Freiheit vernichten müßte, würde jedoch das Ende des persönlichen Kontaktes und Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patienten bedeuten. Außerdem sei es sehr problematisch, gerade den staatlichen Gesundheitsdienst Englands als Muster zu nehmen, weil es sich dort bereits gezeigt habe, wie schwer ein solches System in die Tat umgesetzt werden könne und daß die Kosten weit größer seien als man ursprünglich gedacht habe.

Ärzte helfen Ärzten

Wie das Mitteilungsblatt des Landesverbandes Bayern des Hartmanbundes mitteilt, hat das Kuratorium der Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“ vor kurzem an sämtliche Landes- und Bezirksstellen der Ärztekammern und Kassensärztlichen Vereinigungen nachstehendes Schreiben versandt:

Sehr geehrter Herr Kollege!

„Seit nunmehr vier Jahren versucht die Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“ in Verbindung mit allen großen ärztlichen und zahnärztlichen Organisationen die weitere Abwanderung von Ärzten aus der DDR dadurch zu verhindern, daß sie ihnen die Sorge um ihre in der Bundesrepublik in Berufsausbildung stehenden Kinder abnimmt und eine solche Ausbildung ohne Abwanderung des Kollegen aus der DDR sicherstellt.

Außerdem versuchen wir dieses Ziel dadurch zu erreichen, daß wir in besonderen Notfällen den Kollegen aus der DDR selbst Heilbehandlungen und Kuraufenthalte in der Bundesrepublik ermöglichen.

Damit hat die Stiftung eine Aufgabe übernommen, die nicht nur den engen kollegialen Zusammenhalt aller deutschen Ärzte in vorbildlicher Weise dokumentiert, sondern darüber hinaus ein gesundheitspolitisches Anliegen für beide Teile Deutschlands zum Ziele hat. Einerseits soll dadurch eine ständige zunehmende Überfüllung der Bundesrepublik mit Ärzten verhindert werden und gleichzeitig soll die ärztliche Versorgung der Bevölkerung in der DDR erhalten bleiben.

Entsprechend der in der Anlage beigefügten Satzung dürfen die gestifteten Mittel ausschließlich und unmittelbar nur ihrem Stiftungszweck gemäß verwendet werden.

Anläßlich der sicher in absehbarer Zeit auch in Ihrer Landesstelle bevorstehenden Haushaltsberatungen wenden wir uns mit der Bitte an Sie, unsere Stiftung dabei zu berücksichtigen. Bis jetzt sind von Ärztekammern folgende Beträge eingegangen:

1957 Landesärztekammer Baden-Württemberg	
Bezirksärztekammer Nordwürttemberg, Stuttgart	DM 200,—
Landesärztekammer Hessen	
Bezirksärztekammer Frankfurt	DM 1 000,—
1958 Landesärztekammer Hessen	
Bezirksärztekammer Frankfurt	DM 2 000,—
1959 Ärztekammer des Saarlandes	
Saarbrücken	DM 2 208,—

Ecouytrin

Salbe

Ö/W.-Emulsion mit Breitband-Lokalantibiotikum

Ecouytrin H.

Salbe

1% Hydrocortison plus idem

- 1957 Kassenärztl. Vereinigung Westfalen-Lippe
Landesstelle Dortmund DM 500,—
Kassenärztl. Vereinigung Nordrhein,
Abrechnungsstelle Moers DM 1 000,—
Kassenärztl. Vereinigung Niedersachsen,
Bezirksstelle Oldenburg DM 2 500,—
- 1958 Kassenärztl. Bundesvereinigung Köln DM 10 000,—
Kassenärztl. Vereinigung Niedersachsen,
Landesstelle Hannover DM 10 000,—
Kassenärztl. Vereinigung Niedersachsen,
Bezirksstelle Oldenburg DM 1 500,—
Kassenärztl. Vereinigung Schleswig-Holstein,
Bad Segeberg DM 10 000,—
Kassenärztl. Vereinigung Nord-Württemberg,
Stuttgart-Degerloch DM 10 000,—
- 1959 Kassenärztl. Vereinigung Schleswig-Holstein,
Bad Segeberg DM 10 000,—
Kassenärztl. Bundesvereinigung Köln DM 10 000,—
Kassenärztl. Vereinigung Hessen,
Bezirksstelle Wiesbaden DM 500,—

Wir wären Ihnen sehr dankbar, wenn Sie sowohl bei der Verwendung etwaiger Verwaltungsüberschüsse aus dem laufenden Haushaltsjahr wie auch bei der Aufstellung des neuen Haushaltsplans für das Jahr 1960 als Etatposten unsere Stiftung einsetzen würden.

Da leider immer noch nicht vorauszusehen ist, wie lange wir noch auf die Wiedervereinigung unseres Vaterlandes warten müssen, werden wir in absehbarer Zeit die erforderlichen Mittel zur Erfüllung unserer Aufgaben nach wie vor nicht in ausreichendem Maß aus den Spenden einzelner Ärzte aufbringen können. (Bisher haben sich ca. 10 000 Kollegen durch Einzelspenden daran beteiligt.)

Wir glauben deshalb, daß es richtig ist, dieses Gemeinschaftswerk auf diese Weise tatsächlich von breiteren Schultern tragen zu lassen und bitten Sie dafür um Ihr Verständnis und um Ihre Mithilfe.“

Mit vorzüglicher kollegialer Hochachtung

Das Kuratorium der Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“
Stuttgart-Degerloch, Ärztehaus gez. Dr. med. Theodor Dobler

Präsident der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg
gez. Dr. med. Hans Haller

Vorsitzender des Landesverbandes Baden-Württemberg
des Hartmannbundes gez. Dr. med. Siegfried Häußler,
1. Vorsitzender der KV Nordwürttemberg

„Ärzte helfen Ärzten“

Stiftung des Hartmannbundes zur Unterstützung von
Arztkindern aus der Ostzone, die in Westdeutschland
studieren, oder in sonstiger Berufsausbildung stehen.

Auskünfte erteilt die Geschäftsstelle des Hartmannbundes
in Stuttgart-Degerloch, Jahnstr. 32 (Ärztehaus).
Postscheckkonto: Stuttgart 415 33, Girokonten: Dresdner
Bank AG. Stuttgart Nr. 979 77, Württembergische Landes-
sparkasse Stuttgart Nr. 591 94. Steuerbefreiungsbescheinigungen
werden von uns sofort nach Eingang der ein-

maligen Spenden ausgestellt. Bei monatlichen Dauerspenden
wird eine entsprechende Jahresspendenbescheinigung
Ende 1959 von uns versandt.

Schwedisch, norwegisch oder dänisch sprechende Ärzte
gesucht

Die Schwedische Botschaft bat die Bundesärztekammer,
ihr die Namen und Anschriften in der Bundesrepublik
und in Westberlin praktizierender deutscher Ärzte be-
kanntzugeben, die der schwedischen, norwegischen oder
dänischen Sprache mächtig sind. Diese Bitte erfolgte, um
schwedisches Touristen, die die Bundesrepublik zu besu-
chen beabsichtigen, über die Botschaft, die konsularischen
Vertretungen Schwedens und schwedische Touristenorga-
nisationen diese Anschriften für evtl. Reisen in der Bun-
desrepublik bekanntgeben zu können.

Um diesem Wunsch entsprechen zu können, bittet die
Bundesärztekammer alle praktizierenden Ärzte der Bun-
desrepublik und Westberlins, die die genannten Sprach-
kenntnisse besitzen, ihre Namen und ihre Anschriften
ihrer zuständigen Landesärztekammer oder direkt der
Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstr. 1,
unter Angabe, welche der genannten Sprachen sie spre-
chen, bekanntzugeben.

Dr. med. J. Stockhausen

Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer

Ein Erfolg des ADAC — die Kfz-Prämien werden
freigegeben

In der Frage des staatlich gebundenen Einheitsstarifs in
der Kfz-Versicherung hat der ADAC zusammen mit den
anderen Interessenvertretern der Versicherungsnehmer
einen entscheidenden Erfolg errungen. Das Bundeswirt-
schaftsministerium ist nun bereit, die Prämien in der
Kraftfahrzeug-Haftpflichtversicherung freizugeben. Mit
dieser Entscheidung erfüllt das BWM eine Forderung, die
der ADAC als größter Interessenvertreter der deutschen
Kraftfahrer seit Jahren mit Nachdruck vertreten bat. Die
Versicherungswirtschaft wünscht die Freigabe der Prä-
mien nicht vor dem 1. Januar 1963, die Versicherungs-
nehmer dagegen empfehlen als letzten Termin den
1. Januar 1961. Über den Termin der Prämienfreigabe
und über gewisse Korrekturen, die bis zu diesem Termin
erfolgen sollen, werden noch Verhandlungen geführt. Der
ADAC wird dafür eintreten, daß die neuen Korrekturen
nicht einseitig auf Kosten der Verbraucher festgesetzt
werden.

AUS DER FAKULTÄT

Der Privatdozent für „Chirurgie“, Dr. med. Werner
Grill (wiss. Ass. an der Chir. Klinik), ist mit M. E. Nr. V
77 994 vom 16. 9. 59 von der Univ. Marburg an die Univ.
München umhabilitiert worden.

Der planm. a. o. Professor an der phil.-theol. Hochschule
in Regensburg, Dr. Otto Hug, wurde mit M. E. Nr. V
48 335 mit Wirkung vom 1. 7. 59 zum planmäßigen Extra-

HERZ · KREISLAUF · STOFFWECHSEL

HORMON · CHEMIE · MÜNCHEN



L. MERCKLE GMBH
BLAUBEUREN

Mirfusot®

Hustensirup

Hustensirup c. Codein

Hustentropfen

ordinarius auf den neugeschaffenen a. o. Lehrstuhl für „Strahlenbiologie“ an der Medizin. Fakultät der Univ. München ernannt.

Der Privatdozent für Chirurgie in der Med. Fakultät d. Univ. München, Dr. med. Karl Tauber (ärztl. Leiter der Maria-Theresia-Klinik in München), ist mit M. E. Nr. V 67 103 vom 6. 8. 59 zum außerplanmäßigen Professor ernannt worden.

PERSONALIA

Am 28. August begibt der Staatssekretär a. D. Dr. Maximilian Sauerborn seinen 70. Geburtstag. Es gibt wohl wenig Männer des öffentlichen Lebens, die einen stärkeren Einfluß auf die Gestaltung der sozialen Krankenversicherung in einem kritischeren Augenblick ausgeübt haben, wie der damalige Ministerialrat Sauerborn als Mitarbeiter des damaligen Staatssekretärs Dr. Krohn und als dessen Nachfolger im Reichsarbeitsministerium. Nur dem zähen Widerstand dieser Männer, ebenso wie ihres Vorgängers Staatssekretär Dr. Grieser, ist es zu danken, daß in der Sozialversicherung die totalitäre Auffassung der „Deutschen Arbeitsfront“ in der Richtung auf eine Einheitsversicherung im Rahmen einer „Betreuung der Schaffenden in allen Notlagen“ sich nicht durchsetzen konnte. Nach seiner Tätigkeit im Reichsarbeitsministerium, wo er als Referent für Krankenversicherung und später als Leiter der Abteilung Sozialversicherung tätig war, führte ihn sein Weg nach dem Zusammenbruch nach Bayern in das Staatsministerium für Arbeit und Soziale Fürsorge unter Staatssekretär Dr. Grieser. 1948 wurde er zum Präsidenten des neugegründeten Bayerischen Landesversicherungsamtes berufen. Auch nach seiner Pensionierung hat Dr. Sauerborn seine in langer Amtstätigkeit erworbenen Erfahrungen der Allgemeinheit zur Verfügung gestellt in der Mitarbeit für alle Fragen der Sozialversicherung. So verbindet sich mit den Glückwünschen der Ärzteschaft auch noch der besondere Dank für seine segensreiche Tätigkeit.

Der außerplanm. Professor für klin. u. physiol. Chemie, Dr. Karl Dirr (Konservator des Laboratoriums in der II. Med. Klinik), begeht am 27. 10. 59 seinen 65. Geburtstag.

Der im 71. Lebensjahr in Wasserburg am Bodensee lebende Dr. med. Ferdinand Epple wurde durch die Verleihung des Bundesverdienstkreuzes am Band geehrt. In einer schlichten Feier würdigte bei dieser Gelegenheit

der Landrat des Landkreises Lindau die großen Verdienste Dr. Epples als Arzt. Unter Führung des Bürgermeisters Hagen schloß sich die Vertretung der Gemeinde diesen Glückwünschen aufrichtig an.

Prof. Dr. Hugo Kämmerer, ehemal. Chefarzt der inneren Abt. des Nymphenburger Krankenhauses, wurde von der Europäischen Akademie für Allergie gelegentlich ihrer Generalversammlung in London im September 1959 zu deren Ehrenmitglied ernannt.

Prof. Dr. K. Kolle, Ordinarius für Psychiatrie und Neurologie und Direktor der Universitäts-Nervenkl. in München, wurde von der Gesellschaft der Ärzte in Wien zum korrespondierenden Mitglied ernannt.

Der Ordinarius für Dermatologie, Prof. Dr. Alfred Marchlonini (Direktor der Dermatolog. Klinik in München), ist von der Medizinischen Gesellschaft der Universität Chiba (Japan) zum Ehrenmitglied ernannt worden.

Prof. Dr. M. Mikorey, Oberarzt der Universitäts-Nervenkl. München, wurde von der „Soziedade Portuguesa de Neurologia e Psiquiatria“ zum korrespondierenden Mitglied ernannt.

Prof. Dr. Dr. Karl Saller erhielt vom Alexander-von-Humboldt-Komitee der Ostzone die Humboldt-Medaille verliehen.

Der Vorsitzende der Zentralstelle zur Bekämpfung der Unlauterkeit im Heilgewerbe in Mainz, Obermedizinalrat i. R. Dr. Schüppert, wurde am 11. September 75 Jahre alt.

Belm XI. Kongreß der Italienischen Gesellschaft für Plastische Chirurgie, vom 1. bis 3. Oktober 1959 in San Remo, wurde dem Facharzt für Chirurgie, Dr. E. H. Wegener, Chefarzt der Spezialklinik für Plastische Chirurgie in München, der Titel eines korrespondierenden Mitglieds der Italienischen Gesellschaft verliehen.

IN MEMORIAM

Sanitätsrat Dr. Karl Singer, Aschaffenburg, starb am 1. August 1959 im biblischen Alter von 94 Jahren. Er war nicht nur als hervorragender praktischer Arzt und Bahnarzt bekannt, sondern genoß internationalen Ruf als Naturwissenschaftler und Entomologe.



KREWEL-WERKE
Eitorf b. Köln

HYPERÄMOL

Regulierbares Total-Hyperämikum

KONGRESSE UND FORTBILDUNG

Deutsche Gesellschaft für Atomenergie

Die Deutsche Gesellschaft für Atomenergie e.V. im „Deutschen Atomforum“ veranstaltet eine Informations-tagung über das Thema:

„Medizinische Probleme der friedlichen Nutzung der Atomkernstrahlen“

Die Tagung findet statt am 31. Oktober in Kiefersfelden (Obb.), Hotel „Bergwirt“. Kiefersfelden ist die deutsche Grenzstation gegenüber Kufstein (Haltestelle von Schnell- und Eilzügen).

Vortragsfolge:

15.00 — 15.30 Uhr Professor Dr. Kliefoth, Heidenheim/Brenz: „Physikalische Grundlagen der Nutzung der Atomkernstrahlen in der Medizin“

15.30 — 16.30 Uhr Professor Dr. Langendorff (Freiburg): „Aktuelle Probleme des Strahlenschutzes“

16.30 — 17.15 Uhr Dr. Winkler (Med. Universitätsklinik Bonn): „Die diagnostische und therapeutische Anwendung von Atomkernstrahlen“

17.15 — 17.30 Uhr Pause

17.30 — 16.30 Uhr Diskussion

19.00 Uhr Gemeinsames Abendessen

Anmeldungen erbeten an die Deutsche Gesellschaft für Atomenergie e.V., Bonn, Dahlmannstr. 7. Eine Kursgebühr wird nicht erhoben.

Fürst v. Bismarck, MdB (Vorsitzender)

H. W. Ruhnke, MdB (stellv. Vorsitzender)

Dr. Th. Dehler, MdB (Mitgl. d. geschäftsf. Vorstandes)

Fortbildungskurs in Innsbruck

Das 13. Klinische Wochenende der Medizinischen Universitätsklinik Innsbruck mit dem Thema: Noch immer „Vegetative Dystonie“? Kasuistik zur Differential-Diagnose und -Therapie einer Modekrankheit findet am 14. und 15. November 1959 statt.

Der 6. Fortbildungskurs in praktischer Elektrokardiographie für Fortgeschrittene an der Medizinischen Universitätsklinik Innsbruck findet vom 9. bis 14. November 1959 statt. Im Anschluß an diesen Kurs findet am 16. und 17. 11. 1959 ein zweitägiger Übungskurs in klinischer Elektrokardiographie (als Praktikum für Teilnehmer früherer Kurse gedacht) statt.

Die Medizinische Universitätsklinik Innsbruck veranstaltet vom 16. bis 21. November 1959 einen Kurs: „Einführung in die Haematologie mit praktischen Übungen“. Die Teilnehmerzahl dieses Kurses ist auf 12 Personen beschränkt. Anmeldungen werden nach Maßgabe des Platzes in der Reihenfolge des Einlaufens angenommen. Das genaue Programm wird Interessenten über Anforderung vom Sekretariat der Medizinischen Universitätsklinik zugesandt.

Anmeldungen für alle Kurse: Sekretariat Medizinische Universitätsklinik Innsbruck, z. Hd. Frau Jesernik.

V. Fortbildungskurs über Tuberkulose

Die unterzeichneten ärztlichen Organisationen und die Deutsche Forschungsanstalt für Tuberkulose in München (Ludolph Brauer-Institut) veranstalten am Samstag, den 12. Dezember 1959, im Hörsaal der Chirurgischen Universitätsklinik München, Nußbaumstraße 20 einen Fortbildungskurs über Tuberkulose.

Programm

Prof. Dr. med. R. Zenker (München)

Der heutige Stand der chirurgischen Behandlung der Lungentuberkulose.

Prof. Dr. med. R. Griesbach (Augsburg)

Die ambulante tuberkulostatische Therapie der Lungentuberkulose unter Berücksichtigung der hausärztlichen Nachbehandlung nach Heilstättenkur.

Prof. Dr. med. K. Lydtin (München)
Über Tuberkulose und ihre Behandlung im vorgerückten Alter.

Dr. med. L. Beckmann (München)
Die heutige therapeutische Bedeutung der Kollapsbehandlung (extrapleuraler und intrapleuraler Pneumothorax).

Medizinalrat Dr. med. R.G.K. Hielscher (München)
Die Beurteilung der Arbeits- und Berufsfähigkeit Tuberkulöser.

Beginn vormittags 6.30 Uhr. Eine Kursgebühr wird nicht erhoben.

Deutsche Forschungsanstalt für Tuberkulose (Ludolph Brauer-Institut) Prof. Dr. med. Dr. med. h. c. G. Hohmann - Prof. Dr. med. H. Braun

Ärztl. Verein München Prof. Dr. Dr. med. G. Bodechtel
Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Dr. med. Fritz Valentin

Vereinigung der praktischen Ärzte Bayerns Dr. Othmar Baluschek

Münchener Gesellschaft für Kinderheilkunde Prof. Dr. med. E. Schiffrer

Fortbildungsveranstaltungen in Bayern

veranstaltet von — oder im Auftrag — der Bayerischen Landesärztekammer

13.—15. November in Nürnberg: 10. Wissenschaftliche Ärztetagung.

Leitung: Prof. Dr. Meythaler, Nürnberg, Flurstraße 17.

Thema: Neueste Therapie in der Praxis.

1960:

25.—27. März in Augsburg: 25. Vortragsreihe der „Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin“.

Leitung: Prof. Dr. Schretzenmayr, Augsburg, Schaezlerstraße 19.

Thema: Das Carcinom aus der Sicht der Praxis, der Klinik und der Forschung.

KONGRESSKALENDER

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

INLAND

Oktober:

22.—24. 10. in München: Fortbildungstagung des Bundes der Deutschen Medizinalbeamten. Auskunft: ORMR Dr. Pucher, München 8, Hochstraße 65.

22.—25. 10. in Münster/Westf.: Arbeitstagung der Deutschen Gesellschaft für Arzneipflanzenforschung. Auskunft: Dr. H. Tombergs, Münster/Westf., Wienburgstraße 17.

24.—25. 10. in Würzburg: Tagung der Bayerischen Röntgenvereinigung. Auskunft: Oberarzt Dr. Alt, München, Städt. Krankenhaus r. d. I., Röntgenabteilung, Ismaninger Straße 22.

24.—26. 10. in Erlangen: 5. EKG-Fortbildungskurs. Leitung: Prof. Dr. C. Korth. Auskunft: Sekretariat der Medizin. Univ.-Poliklinik, Erlangen, Ostl. Stadtmauerstr. 29.

29.—30. 10. in Frankfurt/M.: 4. Kongreß der Deutschen Zentrale für Volksgesundheitspflege. Auskunft: Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege e. V., Frankfurt/M., Alte Rothofstraße 6.

29.—31. 10. in Baden-Baden: 3. Balneologisch-physikalischer Fortbildungskurs. Auskunft: Kurdirektion Baden-Baden, Augustaplatz 1.

31. 10. in Kiefersfelden: Informationstagung der Deutschen Gesellschaft für Atomenergie e. V. Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Atomenergie e. V., Bonn, Dahlmannstraße 7.

Oktober/November:

26. 10.—6. 11. in Neutrauburg: Einführungslehrgang in die manuelle Wirbelsäulen- und Extremitäten-Therapie. Auskunft: Dr. med. K. Sell, Schloßgut Neutrauburg bei Isny/Allgäu.

29. 10.—1. 11. in Nürnberg: 19. Deutscher Sportärztekongreß (in Verbindung mit der Tagung der Deutschen Gesellschaft zur Förderung der Rehabilitationsmedizin e. V.). Auskunft: Amtliches Bayerisches Reisebüro, Nürnberg, Hauptbahnhof.

November:

- 2.—7. 11. in München: 10. Einführungskurs über die wichtigsten Tropenkrankheiten. Auskunft: Prof. Dr. A. Herrlich, Institut für Infektions- und Tropenmedizin der Universität München, München 9, Am Neudeck 1.
- 12.—14. 11. in Düsseldorf: Kongreß für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Anmeldungen bis zum 30. 10. 59 an die Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsschutz, Frankfurt/Main, Mainzer Landstraße 176.
- 13.—15. 11. in Nürnberg: 10. Wissenschaftliche Ärzttagung. Auskunft: Prof. Dr. Meythaler, Nürnberg, Flurstraße 17.
14. 11. in Frankfurt: Erste wissenschaftliche Arbeitstagung der Gesellschaft für Wirbelsäulenforschung. Auskunft: Dozent Dr. Kuhlendahl, Neurochirurg. Abteilung der Chirurgischen Klinik der Medizinischen Akademie, Düsseldorf, Moorenstraße 5.
- 26.—28. 11. in Gießen: IV. Arbeitstagung für Fachärzte der Chirurgie. Auskunft: Professor Dr. Gg. Herzog, Gießen, Pathologisches Institut der Universität, Klinikstraße 32 G.

November 1959 / Februar 1960:

4. 11. 59—27. 2. 60: in München: Lehrgang für den öffentlichen Gesundheitsdienst. Auskunft: Bayer. Staatsministerium d. Innern, München, Odeonsplatz 3.

Dezember:

12. 12. in München: Fortbildungskurs über Tuberkulose. Auskunft: Deutsche Forschungsanstalt für Tuberkulose e. V. München, München 15, Pettenkoflerstraße 14 b.

AUSLAND

Nov.:

- 9.—14. 11. in Innsbruck: 6. Fortbildungskurs in prakt. Elektrokardiographie für Fortgeschrittene. Auskunft: Doz. Dr. M. J. Halhuber, Medizinische Universitätsklinik, Innsbruck.
- 14.—15. 11. in Innsbruck: 13. Klinisches Wochenende der Medizin. Universitätsklinik Innsbruck. Thema: Noch immer „Vegetative Dystonie?“ Auskunft: Doz. Dr. M. J. Halhuber, Medizinische Universitätsklinik Innsbruck.
- 16.—17. 11. in Innsbruck: Im Anschluß an den 6. Fortbildungskurs in praktischer Elektrokardiographie 2tägiger Übungskurs in klinischer Elektrokardiographie (als Praktikum für Teilnehmer früherer Kurse gedacht). Auskunft: Doz. Dr. M. J. Halhuber, Medizinische Universitätsklinik Innsbruck.
- 16.—21. 11. in Innsbruck: Einführung in die Haematologie mit praktischen Übungen. Auskunft: Sekretariat der Medizin, Universitätsklinik Innsbruck.

RECHTS- UND STEUERFRAGEN

Honorarkürzungen der Kassenärztlichen Vereinigung zugunsten eines Honorarsonderfonds

Einbehaltene Beträge nicht einkommensteuerpflichtig
Neues Urteil des Bundesfinanzhofes

Der Bundesfinanzhof hat im Urteil vom 6. 3. 1959 (IV 130/55 U) zu der Streitfrage, dem sogar der Bundesminister der Finanzen beigetreten war, Stellung genommen, ob Beiträge zu einem Honorarsonderfonds, die die Kassenärztliche Vereinigung (KV) an dem an die Kassenärzte zur Verteilung gelangenden Honorar gekürzt hatte, zur Einkommensteuer heranzuziehen sind.

Streitig war die einkommensteuerliche Erfassung der dem Beschwerdeführer (Bf.), einem Arzt, von der Kassenärztlichen Vereinigung gewährten Honorare. Nach der dem Bf. erteilten Abrechnung waren auf das Honorar in dem Jahre 1953 zugunsten des sogenannten Honorarsonderfonds 2,75 Prozent einbehalten worden. Dieser Honorarsonderfonds dient der Bereitstellung von Mitteln für

- Anlaufgarantien bei neu errichteten Praxen,
- Kindergeldzulagen,
- Krankengeldzahlungen,
- Unterstützung bei unverschuldeter Notlage,
- Honorargarantien wegen Alters- und Berufsunfähigkeit und
- Sterbegeldzahlungen.

Das Finanzamt veranlagte den Bf. auch mit den auf die Honorare einbehaltenen 2,75 Prozent, die es jedoch im Rahmen der hierfür vorgesehenen Höchstbeträge als Sonderausgaben berücksichtigte.

Die Berufung hatte keinen Erfolg. Mit dem Finanzamt sah das Finanzgericht in den einbehaltenen 2,75 Prozent das Entgelt für Leistungen, die versicherungsähnlichen Charakters seien und in deren Genuß gegebenenfalls auch der Bf. kommen könne.

Der Bundesminister der Finanzen war dem Verfahren beigetreten. Er ist mit dem Finanzamt der Auffassung, daß die dem Honorarsonderfonds zugeführten Beträge dem Bf. zuzurechnen seien. Aus dem Fonds würden, so führte er aus, weit überwiegend Leistungen erbracht, die den Ärzten selbst zugute kämen. Wenn auch die „aktiven“ Ärzte nur in seltenen Fällen etwas erhielten, so sei es, wenn die entsprechenden Voraussetzungen erfüllt seien, doch möglich, daß ihnen und insbesondere ihren Angehörigen Leistungen gewährt würden. Der Fonds diene also — und das sei entscheidend — ihrer Versorgung. Wirtschaftlich liege der Fall nicht anders, als wenn die KV das volle Honorar ausgezahlt und dann einen entsprechenden Beitrag eingezogen hätte.

Der Bundesfinanzhof fand auch die Ausführungen des Bundesfinanzministers nicht überzeugend. Er hob die Vorentscheidungen auf, schloß sich der Auffassung des be-

Lederle

Lederkyn®

Sulfamethoxyipyridazin

24 Stunden Sulfonamid-Therapie mit 1 Tablette

Gute bakteriostatische Wirksamkeit —
Rasche Resorption — Hohe und lang-
anhaltende Blutspiegel — Gute Diffu-
sion in Körperflüssigkeiten und Gewebe

LEDERLE ARZNEIMITTEL

CYANAMID GMBH MÜNCHEN 27 · CHEMIE GRÜNENTHAL GMBH STOLBERG/RHLD.

Rhinitis
Angina
Grippe-
Schutz

Rhino-Vasogen

enthält
Kamillen-
Extrakt

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

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

schwerdeführenden Arztes an und führte dazu u. a. aus: Nach § 368 f. Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung (RVO) in der Fassung des Gesetzes über das Kassenarztrecht vom 17. August 1955 (BGBl. 1955 I S. 513) entrichtet die Krankenkasse für die gesamte kassenärztliche Versorgung mit befreiender Wirkung eine Gesamtvergütung an die KV und diese verteilt die Gesamtvergütung unter die Kassenärzte, wobei sie den im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen festgesetzten Verteilungsmaßstab anzuwenden hat und Art und Umfang der Leistungen des Kassenarztes zugrunde zu legen sind. Die Regelung ist zwar in der vorerwähnten Fassung erst nach der Zeit, um die es im Streitfall geht, in Kraft getreten. Wie der Bf. unwidersprochen dargelegt hat, ist aber die Handhabung damals praktisch nicht anders gewesen, wenn diese auch nicht unmittelbar auf Gesetz, sondern auf der Satzung der KVD beruhte.

Mit dem Bf. ist davon auszugehen, daß der Wortlaut des § 368 f. Abs. 1 Satz 4 RVO neuer Fassung, nach dem bei der Verteilung der Gesamtvergütung Art und Umfang der Leistungen des Kassenarztes zugrunde zu legen sind, keinesfalls den von dem Bundesminister der Finanzen gezogenen Schluß rechtfertigt, daß der Kassenarzt bereits einen Anspruch auf das „Bruttogehalt“ habe. Im Zusammenhang mit § 368 f. Abs. 1 Satz 3 RVO neuer Fassung, wonach die KV bei der Verteilung der Gesamtvergütung den im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen festgesetzten Verteilungsmaßstab anzuwenden hat, besagt jene Bestimmung im Grunde nichts anderes als die frühere Regelung der Satzung, daß nämlich der Honoraranspruch des Kassenarztes erst durch die Festsetzung durch die KV der Höhe nach bestimmt wird.

Sieht man zunächst einmal von den Honorarsonderfonds abgeführten Beiträgen ab und stellt allein auf die Festsetzung der Höhe des Honorars durch die KV ab, so kann man dem Kassenarzt ein Honorar auch nur in der Höhe zurechnen, wie es festgesetzt worden ist. Nur in dieser Höhe kommt ein Zufließen in Betracht. Die Kassenärzte haben unmittelbar keinerlei Recht an der Gesamtvergütung. Zwischen dieser und den Kassenärzten steht die mit eigener Rechtspersönlichkeit ausgestattete KV. Es wäre eine den wirtschaftlichen und rechtlichen Gegebenheiten in keiner Weise gerecht werdende Konstruktion, wollte man den Kassenärzten auch den von der Verteilung angenommenen Betrag anteilmäßig zurechnen.

Daß der Honorarsonderfonds auch den Interessen der von der Einbehaltung betroffenen Kassenärzte selbst dient, unterliegt, zieht man insbesondere die Sterbegeldzahlungen, Krankengeldzahlungen, Unterstützungen bei unverschuldeter Notlage und Honorargarantien wegen Alters- und Berufsunfähigkeit in Betracht, keinem Zweifel. Erwägt man aber, daß kein Rechtsanspruch auf die Zahlungen besteht und daß diese ohne Rücksicht auf die Höhe der „Beitragsleistungen“ gewährt werden, so entspricht es den wirtschaftlichen Gegebenheiten mehr,

das Schwergewicht nicht so sehr auf die Tatsache der Einbehaltung als vielmehr auf die Tatsache der Auszahlung zu legen und hier lediglich eine besondere Art der Verteilung zu sehen.

Die für den Honorarsonderfonds einbehaltenen Beträge sind nach Ansicht des Bundesfinanzhofs daher erst dann, wenn sie ausgeschüttet werden, als zugeflossen anzusehen, und zwar bei dem Arzt, dem sie gewährt werden.

Dr. jur. Cordes, Vechta, Falkenrotter Straße 30

Umsatzsteuerpflicht des Arztvertreters

Es kommt vor, daß jüngere Ärzte, die nicht als Kassenärzte zugelassen sind, die Praxis älterer Kassenärzte, die sich zur Ruhe setzen wollen, als deren Vertreter weiterführen. Die Praxis läuft weiterhin unter dem Namen des bisherigen Inhabers, auf dessen Namen auch die Abrechnung mit der kassenärztlichen Vereinigung erfolgt.

Solche Fälle sind umsatzsteuerlich ebenso zu behandeln wie kurzfristige Urlaubsvertretungen; d. h. der Arzt, dem die Praxis gehört, hat die gesamten Entgelte aus der Praxis der Umsatzsteuer zu unterwerfen, soweit sie nicht nach § 4 Ziff. 11 UStG steuerfrei sind, während der Vertreter nur das ihm zufließende Entgelt (ohne Berücksichtigung des § 4 Ziff. 11 UStG) zu versteuern hat (vgl. auch Urteil des FG München vom 22. November 1956 Umsatzsteuer-Rundschau 1957 S. 74). Die Frage, ob der Vertreter feste Bezüge oder ein nach dem Erfolg bemessenes Entgelt erhält, ist umsatzsteuerlich ohne Bedeutung. (OFD Münster v. 6. 3. 1958 — S 4104 — 142 — S VI 1—32.)

Krankenhauskosten als außergewöhnliche Belastung

Krankenhauskosten können als außerordentliche Belastungen nach § 33 des Einkommensteuergesetzes insoweit berücksichtigt werden, als sie „zwangsläufig“ entstanden sind. Manche Finanzämter wollen nur die Kosten III. Klasse als zwangsläufig anerkennen; für die Mehrkosten der I. und II. Klasse verneinen sie die Zwangsläufigkeit. Der Bundesfinanzhof hat im Urteil vom 1. Februar 1957 diese Auffassung abgelehnt und die Wahl der Krankenhausklasse grundsätzlich in das Ermessen der Steuerpflichtigen gestellt.

AMTLICHES

Stellenausschreibung für die Staatl. Gesundheitsämter

Beim Staatlichen Gesundheitsamt München ist eine Hilfsarztstelle 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

upha
HAMBURG

Khellicor

20 ccm DM 2,30


zur digitalisfreien Herztherapie

Ulcolan

zur kausalen
Ulcus Therapie

Ein deutliches Plus

Ulcolan®

wirkt **causal**  **symptomatisch**
durch Normalisierung des vegetativen Tonus am Magen durch Behebung der Anaxie der Magenschleimhaut

Zur ambulanten Behandlung besonders geeignet

Spez. Ind.: Ulcus ventriculi et duodeni, Gostritis, nervöse Magenbeschwerden.
Allg. Ind.: Vegetative Dystonie

Wirkstoffe: Oxyaconthin-Meteloidin, Scopolaminum hydrobromicum. Packung mit 30 Tabletten ó 0,1g DM 3.25 m. U.

ULCOLAN-PRODUKTION - MUNCHEN 23

Röntgen- und elektromedizin. Apparate

KURT PFEIFFER

Ärzte- und Krankenhausbedarf

NURNBERG, Marienforgraben 17
FRANKFURT a. M., Elbestr. 50

Generalvertretung der Firmen: Röntgenwerk F. Hofmann GmbH., Erlangen
Elektrofrequenz F. Schwarzer GmbH., München, und Albert Dargatz, Hamburg

Projektiertung und Ausführung kompletter Ärzte- und Krankenhauseinrichtungen

Besuchen Sie bitte unsere Ausstellungsräume!

Neuro-Ferrlecit

Tropfen · Dragées

mit dem Doppel-Effekt

A | es sediert sofort

B | es spendet laufend Eisen

Felsolyn

Suppositorien pro infantibus

bei spastischer Bronchitis
Tracheo-Bronchitis · Pseudokrupp
fieberhaften grippalen Infekten



ROLAND G.M.B.H. · CHEMISCHE FABRIK · ESSEN



ATLANTIS

Fotos schildern lebensnah Menschen und Ereignisse und spiegeln die Schönheiten unserer Erde wider.

CARL GABLER GMBH., Fachbuchhandlung, MÜNCHEN 2, Kaufingerstraße 10

OXYMORS

Selt 40 Jahren in der Praxis erprobt und bewährt!
Kein Fall schädlicher Nachwirkung!
Richter & Cie. G. m. b. H., Eltville

— Vermifuge Wirkung! —
Keine Schädigung der Darmflora und der Nieren!

bei Oxyuriasis

6-Tagesp. Nr. 201 / Kinderp. Nr. 202 / 3-Tagesp. Nr. 203 / Tabl. m. Zäpf. Nr. 204 / Tabl.P. Nr. 206 / Analsalbe Nr. 207 / Analsalbe „forte“

Regierung einzureichen, für außerhalb Bayerns wohnhafte Bewerber beim Bayer. Staatsministerium des Innern in München. Die Gesuche müssen bis spätestens 25. 10. 1959 eingegangen sein.

Der Bewerber wird zunächst als Angestellter (Vergütungsgruppe III TO A) beschäftigt. Später kann er nach Maßgabe des Stellenplans zum Beamten ernannt werden. Im öffentlichen Gesundheitsdienst muß der Ernennung zum Beamten grundsätzlich eine Tätigkeit als Angestellter vorausgehen. Lediglich Bewerber, die an der Unterbringung nach dem Gesetz zu Art. 131 GG teilnehmen oder Anspruch auf Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts haben, könnten, wenn die sonstigen Voraussetzungen vorliegen, unmittelbar als Beamte angestellt werden.

I. A. gez. Dr. Riedl, Ministerialdirektor

Bei den Staatl. Gesundheitsämtern Kaufbeuren und Kitzlingen ist ab 1. Januar 1960 die Stelle des Tuberkulosefürsorgearztes neu zu besetzen. Bewerbungen können sich Ärzte, die die Facharztanerkennung für Lungenkrankheiten besitzen und die Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst abgelegt haben. Bewerbungsgesuche sind mit den üblichen Unterlagen 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 25. Oktober 1959 eingegangen sein. Die Bewerber werden zunächst auf Dienstvertrag mit Dienstbezügen der Vergütungsgruppe III TO A eingestellt. Nach einer Probezeit können sie zum Regierungsmedizinalrat (Besoldungsgruppe A 13) ernannt werden.

I. A. gez. Dr. Riedl, Ministerialdirektor

Beim Staatlichen Gesundheitsamt Regensburg ist eine Hilfsarztstelle 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 5. November 1959 eingegangen sein.

Der Bewerber wird zunächst als Angestellter (VergGr. III TO A) beschäftigt. Später kann er nach Maßgabe des Stellenplans zum Beamten ernannt werden. Im öffentlichen Gesundheitsdienst muß der Ernennung zum Beamten grundsätzlich eine Tätigkeit als Angestellter vorausgehen. Lediglich Bewerber, die an der Unterbringung nach dem Gesetz zu Art. 131 GG teilnehmen oder Anspruch auf Wiedergutmachung nationalsozialistischen Unrechts haben, könnten, wenn die sonstigen Voraussetzungen vorliegen, unmittelbar als Beamte angestellt werden.

I. A. gez. Dr. Riedl, Ministerialdirektor

Zurücknahme der Untersagung ärztlicher Berufsausübung

Die mit Bescheid der Regierung von Oberbayern vom 7. 2. 1957 verfügte Untersagung der Ausübung des ärztlichen Berufes durch die prakt. Ärztin Dr. med. Ursula Moritz, München, wurde mit Bescheid der gleichen Regierung vom 9. 9. 1959 zurückgenommen.

Untersagung ärztlicher Berufsausübung

Mit Bescheid der Regierung von Schwaben vom 15. 11. 1958 wurde der praktischen Ärztin Dr. Edeltraud Förstel, geb. Weber, geb. am 29. 11. 1919, wohnhaft Augsburg, Sanderstr. 4/5, die Ausübung des ärztlichen Berufes untersagt.

RUNDSCHAU

Wohlfahrtsstaat — made in USA. Das Wahljahr wirft seine Schatten voraus. (Industriekurier, Düsseldorf, 19. 9. 59): In den USA bereitet man sich im Zuge eines seit 1948 geübten zweijährigen Turnus auf eine neue Gesetzeswelle zur Expansion des Wohlfahrtsstaates vor. Die amerikanischen Parlamentarier halten es für richtig, in die alle zwei Jahre stattfindenden Kongreßwahlkämpfe regelmäßig mit neuen Projekten für eine Erhöhung der Pensionszahlung, Senkung des Pensions- und Invaliditätalters und neue Maßnahmen für die Einführung kostenfreier ärztlicher Behandlung zu ziehen. — Bisher liegen dem amerikanischen Kongreß 128 Gesetzentwürfe für entsprechende Maßnahmen vor. Sie sind ausnahmslos dazu bestimmt, daß der amerikanische Staat den Bürgern die Vorsorge für das Alter abnimmt. Besonderes Gewicht wird in zahlreichen Entwürfen auf den Plan gelegt, für alle Empfänger von Alterspensionen eine zusätzliche Krankenversicherung einzuführen, die zumindest alle Kosten von Krankenhausaufenthalten tragen soll. Die zuständigen Ausschüsse des amerikanischen Repräsentantenhauses haben hier bereits mit den „Hearings“ als ersten Schritt zur möglichen Durchführung einer solchen Gesetzgebung begonnen. Andere Vorlagen, die demnächst erörtert werden sollen, betreffen die Senkung des Pensionsalters. Entscheidungen werden im nächsten Wahljahr — 1960 — fallen. Schon jetzt deuten alle Anzeichen darauf hin: Die mit den Projekten besonders befaßten Abgeordneten unterziehen sich großen Public-Relations-Mühen, um die öffentliche Meinung für ihre Vorhaben zu gewinnen. Im einzelnen ist folgendes vorgesehen:

Allein in 22 Gesetzentwürfen wird die Bezahlung von Krankenhausaufenthalten aus Mitteln der Sozialversicherung für die mehr als 12 Millionen Empfänger von Altersrenten empfohlen. Die Mehrheit der Entwürfe bestimmt auch, daß Halbwaisen in diese Versicherung voll einbezogen werden. Der Plan wird besonders von gewerkschaftlichen Gruppen, Sprechern des Krankenhauswesens und zahlreichen Wohlfahrtsorganisationen befürwortet. Es ist festgestellt worden, daß eine solche Maßnahme den amerikanischen Arbeiter monatlich mit einem Dollar zusätzlicher Sozialabgaben belasten würde. Die amerikanische Bundesregierung, die Ärzte-

organisationen und die Industrie haben erhebliche Bedenken angemeldet.

In 90 Gesetzentwürfen wird eine Revision der Bestimmung der amerikanischen Sozialversicherung gefordert, daß Empfänger von Alterspensionen nicht mehr als 1200 Dollar im Jahr nebenher verdienen dürfen. Die jetzige Regelung sieht vor, daß Nebenverdienste, die über diesen Betrag hinausgehen, zur teilweisen Einbehaltung der Renten führen. Für je 80 Dollar zusätzlichen Nebenverdienst wird eine Monatsrente gestrichen. Da viele ältere Leute in den USA sagen, sie könnten mit ihren Renten nicht auskommen und seien auf Extraverdienst angewiesen, sieht die Mehrheit der Gesetzentwürfe entweder die völlige Beseitigung der 1200-Dollar-Grenze oder aber eine Heraufsetzung vor. Nach der gegenwärtig gültigen Regelung liegt die Höchstgrenze der monatlichen Rentenleistung in der amerikanischen Sozialversicherung für eine Einzelperson bei 116 Dollar, bei verheirateten Rentnern bei 174 Dollar, bei Witwen und Kindern oder einen überlebenden Elternteil des Versicherten bei 87 Dollar. Eine Witwe mit zwei Kindern erhält z. B. 254 Dollar.

Die Verfasser von 39 Gesetzentwürfen verlangen die Herabsetzung des jetzt auf das 65. Lebensjahr festgesetzten Pensionsalters der Männer auf 62 Jahre (wie bei den Frauen). 25 Entwürfe sehen vor, für Männer und Frauen ein Pensionsalter von 60 Jahren vorzusehen. Diese Vorschläge scheinen im ganz besonderen der Wahlpropaganda zu dienen. Da der Bezugsberechtigte seine Rente nicht automatisch, sondern erst nach Aufgeben seiner hauptberuflichen Tätigkeit erhält, liegt in den USA das durchschnittliche Pensionsalter bei 68 bis 69 Jahren. Unter diesen Umständen ist nicht anzunehmen, daß die Verfasser solcher Gesetzentwürfe mit einer Billigung durch den Kongreß rechnen. — Insgesamt 36 Gesetzentwürfe sehen eine Erweiterung der Bestimmungen über die Invaliditätsrenten vor. In einigen Fällen wird vorgeschlagen, den Begriff der „Invalidität“ neu zu definieren, so daß ein größerer Kreis in den Genuß der Rentenrechte kommen kann. In 13 Fällen verlangen die Gesetzesplaner, die untere Altersgrenze von 50 Jahren, nach deren Überschreiten Arbeitsfähige das Recht zum Bezug von Invaliditätsrenten erhalten können, zu beseitigen.

Mit welcher Großzügigkeit einige Parlamentarier vorgehen, zeigt die Tatsache, daß allein 19 Gesetzentwürfe eine Rentenerhöhung zwischen 7 $\frac{1}{2}$ % und 30% befürworten. Bisher hat in den USA noch niemand ausgerechnet, welche Gesamtkosten Arbeitnehmern und -gebern auferlegt würden, wenn auch nur ein Teil der vorgelegten Pläne vom Kongreß verwirklicht würde. Schon die letzte Erhöhung der Altersrenten vor einem Jahr führte zu einer Steigerung der Beitragssätze, die jetzt für Arbeitgeber und -nehmer 2 $\frac{1}{2}$ % des zu versteuernden Arbeitnehmerinkommens bis zu einer Höchstgrenze von 4800 Dollar pro Jahr betragen. Selbständige zahlen 3 $\frac{1}{2}$ %. Bis 1969 sollen diese Beitragssätze schrittweise auf je 4 $\frac{1}{2}$ % für Arbeitnehmer und -geber und auf 6 $\frac{1}{2}$ % für Selbständige erhöht werden. Angesichts der in den USA ohnehin in Gang befindlichen inflatorischen Entwicklung müssen die verantwortlichen Abgeordneten schon heute mit Vetos des Präsidenten gegen untragbare Erweiterungen des Wohlfahrtsstaates rechnen. Die Abgeordneten werden deshalb sicher mit Vorsicht an die Reformen herangehen.

Moskaus Patent-Piraterie wird unangenehm. (Die Zeit, Hamburg, vom 18. 9. 1959): Die amerikanischen Arzneiproduzenten haben seit einiger Zeit festgestellt, daß pharmazeutische Produkte russischen, chinesischen und osteuropäischen Ursprungs in zunehmenden Maße auf dem Weltmarkt erscheinen. Sorgfältige Labor-Analysen haben gezeigt, daß diese Erzeugnisse größtenteils eine getreue Wiedergabe von Arzneien darstellen, die von amerikanischen oder europäischen Firmen entwickelt und schon vor Jahren auf den Markt gebracht wurden. Sie unterscheiden sich von diesen Produkten lediglich durch einen anderen Namen... Was am meisten beunruhigt, ist die Tatsache, daß die von den kommunistischen Ländern erzeugten Arzneien zu wesentlich niedrigeren Preisen angeboten werden als die amerikanischen. Durch das einfache „Kopieren“ bereits entwickelter und praktisch erprobter Produkte können die Produzenten hinter dem Eisernen Vorhang alle normalerweise auf den Preis abgewälzten Entwicklungs- und Forschungskosten sowie allfällige Lizenz- und Patentkosten umgehen. Außerdem ist es hinreichend bekannt, daß die kommunistischen Länder sich nicht scheuen, auch Produkte zu Verlustpreisen zu offerieren, wenn sie damit ihre politischen oder wirtschaftlichen Ziele zu erreichen vermögen...

Was stimmt da nicht? Zufällig trifft man sich auf der Straße und erzählt sich, wie es geht und steht. Der eine: „Ich habe meinen Betrieb verkauft. Warum soll ich mich denn tot ärgern und meine Gesundheit in 16 Arbeitsstunden zu Schanden arbeiten? Nichts als Forderungen stellen die Leute: immer noch mehr Freizeit, immer noch mehr Lohn, Berufsschule, Urlaub, ewig sind sie krank. Sagen darf man nichts, sonst ist man sie gleich los.“... Aber — und hier kommen wir auf das, was nicht zu stimmen scheint: die gleichen Arbeiter und Angestellten, denen es in bezug auf Freizeit und Lohn häufig so wohl ergeht, sie haben nichts „im Rücken“ für Zeiten der Not. Wohl sind die Ersparnisse auch bei den Abhängigen beträchtlich gestiegen. Trotzdem wäre keiner in der Lage wie eben jener Ex-Unternehmer, sich vorzeitig zur Ruhe zu setzen. Natürlich sind sie in der Sozialversicherung. Aber wie schwer und demütigend der Kampf um eine vor der Erreichung der Altersgrenze zu gewöhnende Rente ist, das weiß nur der, der ihn einmal durchgemacht hat...

Die Gewerkschaften sind blind, wenn sie nicht sehen, daß der fortwährende Kampf für mehr Freizeit und mehr Lohn, was beides hauptsächlich der jungen Generation zugute kommt, sinnlos zu werden beginnt, wenn die Alternen und Alten nur einer robusten Kollektivversicherung ausgeliefert sind, aber gar nichts „im Rücken“ haben, was ihnen eine gewisse Unabhängigkeit verleiht. Was die Menschen brauchen, ist nicht: noch mehr Konsum, noch mehr nur konsumierte Freizeit. Sondern sie brauchen: mehr Vermögen, mehr Sicherheit, die nur der Rückhalt am eigenen, individuell verfügbaren Besitz verleiht. Dieses Ziel kann nicht mit ein paar Volksaktien erreicht werden. Das kann nur erreicht werden, indem man die individuelle Vermögensbildung stimuliert (und steuerlich ermöglicht) statt übertriebener Freizeit- und Konsumwünsche, und indem man gleichzeitig die kollektive Versorgung, die so große Teile des Lohnes umver-



R-MALLEBRINETTEN

(Respectol-Mallebrinetten)

Adstringo-antiseptische Rachentabletten



Chinin- Veralgüt

- Grippe u. Erkält.-Infekte (visotrop)
- kupierend, falls im Beginn genom.
- verhütend, "vorher" "
- analgetisch-antipyretisch (u. subjektiv erleichternd)

-Dragées

mittelt, auf ein Mindestmaß zwischen „Arbeit und Kapital“, zwischen dem Unternehmer und seinen Arbeitern und Angestellten führen als jede Annäherung auf dem Gebiet des Lebensstandards.

(Heddy Neumeister in der „FAZ“ v. 10. 8. 59).

BUCHBESPRECHUNGEN

Große Ärzte. Von Prof. Dr. E. Henry Sigerist 4. ergänzte und erweiterte Auflage. J. F. Lehmanns Verlag, München. 495 Seiten, 78 Bilder, Leinen DM 32,—.

Während der Bearbeitung der vierten Auflage seines umfassenden medizinhistorischen Werkes „Große Ärzte“ wurde der bekannte Medizinhistoriker Prof. Dr. H. E. Sigerist vom Tode ereilt. Er konnte diese Neuauflage noch um vier weitere Arztpersönlichkeiten ergänzen, und so erstreckt sich das Werk über Hippokrates und Paracelsus bis zu modernen Arztpersönlichkeiten wie William Osler, William H. Welch, August Bier und René Leriche. Die Auflage ist bereichert durch 78 ausgezeichnete Portraits. Der Verfasser hat mit diesem Buch der Ethik des wahren Arztiums ein ehrwürdiges Denkmal gesetzt. Nicht nur den Ärzten, sondern auch den interessierten Laien vermittelt das Werk eine Vorstellung echten ärztlichen Wesens, Denkens und Lebens.

Arzt im 20. Jahrhundert. Von Hans Seel. Verlag für Gesamtmedizin „moderne praxis“ GmbH, Berlin W 30. 184 S., Ganzleinen DM 12.80.

Wer jahrzehntlang als praktischer Kassenarzt in Berlin-Friedenau seine Erfahrungen gesammelt hat, ist nicht nur mit den Sorgen seiner Patienten vertraut, sondern kennt auch aus eigener Erfahrung den destruktiven Einfluß der heutigen sozialen Gesetzgebung auf die ärztliche Arbeit.

Hans Seel, der profilierte Arzt und Pharmakologe, Begründer der klinischen Pharmakologie in Deutschland und Verfasser der „Klinischen Pharmakologie der Herz-Kreislauf-Krankheiten“, des „Rezeptbuchs der Arzneipflanzenheilkunde“ und anderer wichtiger wissenschaftlicher Werke, macht im „Arzt im 20. Jahrhundert“ grundlegende Vorschläge zu der längst fälligen Reform der Sozialversicherung. Insofern ist das Buch hochaktuell. Seel übt in dem ersten Kapitel, das „Arzt und Sozialversicherung“ überschrieben ist, nicht nur Kritik an Arzt und Sozialversicherung, sondern er erhebt auch Anklage gegen Staat und Gesellschaft, weil sie es aus politischen Gründen zugelassen haben, daß die soziale Krankenversicherung zu einem wirtschaftlichen Nutznießer ärztlicher Arbeit und sowohl für den Arzt als auch seine Patienten zu einer gleichschweren Bedrückung werden konnte.

Die Aufgabe, zu helfen und zu heilen, bestimmt vornehmlich Wesen und Wissen des Arztes. Die Therapie ist das Charakteristikum der ärztlichen Arbeit. Diagnose und klinische Symptomatologie stellen nur Wege zu einer sinnvollen Behandlungsweise dar. „Arzt und Wissenschaft“ nannte Hans Seel das 2. Kapitel seines Buches, in dem er die Vielfalt der Beziehungen des Arztes zur Medizin und Naturwissenschaft herausarbeitet und die unter dem Einfluß der sozialen Krankenversicherung sich auch hier entwickelnden Mißstände kritisch aufzeigt. Ein kurzer, prägnanter Abriss der Ent-

wicklungslinien der Therapie über zwei Menschenalter ist nicht nur dem Arzt verständlich. Auch der gebildete Patient wird diese Ausführungen mit Interesse lesen.

Eine Kritik an der heutigen Sozialversicherung hätte nur den Wert einer Polemik, wenn nicht auch Ausblicke auf die künftigen Aufgaben einer sinnvollen Sozialversicherung gegeben würden. Wie vor 2500 Jahren sind, wie Prof. Seel in seinem Buch feststellt, heute nur die Ärzte und Naturforscher übriggeblieben, um als Kündler einer echten und naturgesetzlich fundierten Philosophie dem Volke die wahren Grundlagen unseres Daseins zu vermitteln. Es ist unvermeidlich, daß sich Prof. Seel in diesem Zusammenhang auch mit den Religionen auseinandersetzt. Durch seine diesbezüglichen Äußerungen wird er sicher auch außerhalb des ärztlichen und medizinischen Bereichs manche Diskussionen auslösen.

„ABC für Zuckerkrank“, ein Ratgeber für den Kranken. Von Prof. Dr. F. Bertram. 10., ergänzte Auflage. Georg Thieme Verlag Stuttgart 1959, 88 S., 5 Abb., 10 Tab., karton. DM 4,20.

Die Therapie der Zuckerkrankheit erfordert das Verständnis des Patienten für die therapeutischen Maßnahmen und seine Mithilfe bei der Durchführung, ist doch die Zuckerkrankheit eine chronische Störung, bei der entweder die Durchführung einer Diät allein oder eine Substitutionstherapie zusammen mit der Diät erforderlich ist. Der Patient ist sozusagen hier sein eigener Heilgehilfe im Auftrag des Arztes, macht er sich doch seine täglichen Insulininjektionen selbst. Dieser Tatbestand macht es notwendig, daß der Zuckerkrank über seine Krankheit selbst und über die notwendigen Maßnahmen im allgemeinen orientiert ist. Die Herausgabe einer solchen Laienschrift ist eine sehr verantwortungsvolle Aufgabe. Bertram, der souveräne Kenner der Zuckerkrankheit, hat diese Aufgabe in einer ausgezeichneten und man kann wohl sagen einmaligen Weise gelöst. Sein ABC für Zuckerkrank bringt in einer klaren, allgemein verständlichen Form alles für den Patienten Wissenswerte. Der Aufbau der Diät wird ebenso eingehend geschildert wie die notwendigen Maßnahmen bei der Verwendung von Insulin. Die Technik der Insulininjektionen wird aufgezeigt und die Gefahren der Insulinbehandlung, d. h. also besonders der Insulinschock, werden besprochen. Auch auf die moderne orale Therapie geht Bertram, soweit dies im Rahmen einer Laienschrift notwendig ist, ein, um dann in einem letzten Kapitel über allgemeine Maßnahmen und besonders über die Lebensführung des Diabetikers zu sprechen. Das ABC für Zuckerkrank ist nicht nur ein ausgezeichnetes Ratgeber für den Kranken, sondern es kann auch dem vielbeschäftigten Praktiker wertvolle und wichtige Hinweise geben. Jeder Arzt sollte diese Schrift kennen, sei es auch nur, um sie seinen Patienten mit gutem Gewissen empfehlen zu können.

Prof. Dr. Dr. F. Steigerwaldt

Freiheitsentziehungsverfahren. Von E. Saage. Verlag C. H. Beck München—Berlin. 1958, 328 S. Leinen 24 DM.

In der bekannten Reihe der juristischen Beckschen Kurzkommentare ist der vorliegende Band erschienen. Sein Verfasser ist Ministerialrat im Bundesjustizministerium. Verfasser und Verlag bieten somit Gewähr dafür, daß nur fundiertes

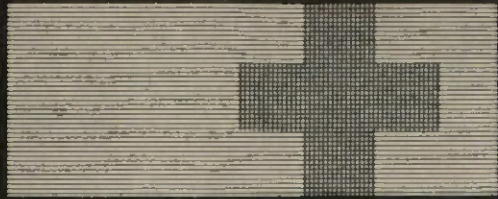
LITRADERM®

HYDROCORTISON SALBE

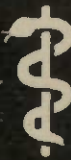


Ekzeme und Dermatitis

- | | |
|-----------------------|-------------------------|
| 0,2% fettarm | 25 g 3.60 lt. AT. o. U. |
| 0,5% fett | 10 g 3.60 lt. AT. o. U. |
| 1,0% stork fetthaltig | 10 g 5.80 lt. AT. o. U. |



Sanitätsoffizier auf Zeit



DIE BUNDESWEHR

stellt laufend Ärzte bis zum Alter von 37 Jahren als Sanitätsaffizier auf Zeit ein.

Die Mindestverpflichtungszeit beträgt 3 Jahre, sie kann bis auf 12 Jahre verlängert werden. Die Einberufung erfolgt im Dienstgrad eines Stabsarztes, auch für Unge-diente.

Der Sanitätsaffizier auf Zeit kann neben der Tätigkeit als Truppenarzt – in Heer, Luftwaffe oder Marine – auch in Lazaretten und Sanitäts-Ausbildungseinheiten fachlich eingesetzt werden.

Das Anfangsgehalt beträgt etwa DM 900,- Brutto. Ein Sanitätsaffizier auf Zeit erhält nach seinem Ausscheiden eine Übergangsbeihilfe und Übergangsgebühren, deren Höhe von der Dauer der zurückliegenden Dienstzeit und dem Familienstand abhängig ist. Die Gesamtsumme liegt zwischen DM 10 000,- bei einem Unverheirateten mit 3 jähriger Verpflichtungszeit und etwa DM 55 000,- bei einem Verheirateten mit 2 Kindern und 12 jähriger Verpflichtungszeit.

Bis zum 40. Lebensjahr kann die Übernahme als Berufsanitätsaffizier erfolgen.

Auskunft erteilt:

Das Bundesministerium für Verteidigung,
Bonn, Ermelkeilstraße 27, SOZ 4/ 509
Bitte geben Sie die gewünschte Teilstreitkraft (Heer, Luftwaffe, Marine) an.

juristisches Wissen Aufnahme gefunden hat. Der Kommentar geht aus von dem Bundesgesetz über das gerichtliche Verfahren bei Freiheitentziehungen vom 29. 6. 56 in der Fassung vom 26. 7. 57, dessen Anwendbarkeit sich auf dem medizinischen Sektor auf die Gebiete der Seuchenbekämpfung (Zwangsbekämpfung) und des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (Zwangsbekämpfung) erstreckt. Die praktisch viel wichtigeren gesetzlichen Bestimmungen über die Anstaltsunterbringung von Geisteskranken und Süchtigen sind dagegen Landesrecht. Sie werden im Anhang des Kommentars auf immerhin gut 100 Seiten zusammengestellt und erläutert. Diese Zusammenstellung ist schon deshalb besonders verdienstvoll, weil in den einzelnen Bundesländern die Bestimmungen zwar ähnlich, aber keinesfalls gleichlautend sind und jemand, der nicht an zentraler Stelle sitzt, diese Vielfalt von Vorschriften gar nicht übersehen kann.

In der praktizierenden Ärzteschaft (von einzelnen Psychiatern vielleicht abgesehen) wird das Buch kaum Verbreitung finden, weil die darin behandelten Probleme ihr zu fern liegen. Dagegen gehört es zum unentbehrlichen Rüstzeug der Gesundheitsämter und der Nervenkrankenhäuser, für die es ein solider Ratgeber in den an sie herangetragenen einschlägigen Fragen rechtlich-medizinischer Art ist.

Regierungsmedizinrat Dr. Bachmann, Freising

Bellagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegen Prospekte folgender Firmen bei:

Klinge, München 23
Klinge, München 23
Concordia-Lebensversicherungs-AG., Berlin
Temmler-Werke, Hamburg-Neugraben
Vial & Uhlmann, Frankfurt
Helfenberg, Wevelinghoven
Farmarjn-Gesellschaft, Berlin-Charlottenburg
Spezialchemie GmbH, Berlin SO 36
Chem. Fabrik von Heyden, München 23
Krupp Eisenhandel, München
Lindberg, München

„Bayerisches Ärzteblatt.“ Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, München 23, Königinstraße 85/III. Schriftleiter: Dr. med. Wilhelm Wack, München, Sendlinger Str. 39/II. Die Zeitschrift erscheint monatlich. Bezugspreis für Nichtmitglieder der Bayer. Landesärztekammer DM 2,40 vierteljährlich, zuzügl. Zustellgebühr. Postcheckkonto Nr. 5252 Amt München.



Bayer. Landesärztekammer (Abt. Bayer. Ärzteblatt). Anzeigenverwaltung: Verlag u. Anzeigenverwaltung Carl Gabler, München 15, Sonnenstraße 11, Telefon-Sammel-Nr. 55 80 81. Fernschreiber 05 23662. Telegrammadresse: Gablerpreß. Für den Anzeigentell verantwortlich: Ernst W. Scharschinger, München. Druck: Richard Pfau 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.

PERSER-TEPPICHE

in großer Auswahl u. a.:

Hamedan-Varleger	90×55	DM 45,-
Kahak-Brücke	150×100	225,-
Belutschistan-Brücke	210×105	315,-
Shiraz-Teppich	314×210	665,-
Heriz-Teppich	210×310	750,-
Mahal-Teppich	280×380	1315,-
Täbris-Teppich, alt	215×315	1350,-
Istchan-Teppich	330×200	1920,-
Heriz, alt	300×400	1950,-
Täbris-Teppich, alt	260×365	1980,-
Teheran (Waramin)	335×220	2150,-
Bidjar-Teppich	270×370	2790,-



ZOLGHADAR - TEHERAN
MÜNCHEN - Maximilianstraße 33