



BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Heft 12

München, Dezember 1955

10. Jahrgang

NEUJAHRSWUNSCH!

Die Bayerische Landesärztekammer entbietet durch uns allen Kollegen in Stadt und Land zum neuen Jahr ihre herzlichsten Glückwünsche; dieser Gruß soll nicht eine bloße Geste sein, er entspringt unserem aus eigenem Erleben stammenden Wissen um die Schwere der Verantwortung unseres Arztseins, um dessen besondere Nöte und Probleme.

Dieses Wissen erfüllt uns das Herz mit allen guten Wünschen für alle Kollegen, die — alt oder jung — im Krankenhaus oder in Einzelpraxis, in beamteter oder freier Stellung — treu und gewissenhaft ihre Pflicht erfüllen und in dieser Erfüllung sich nicht durch Verständnislosigkeit und Mißgunst wankend machen lassen.

Unsere Gedanken gehen auch zu den alten und kranken Kollegen, zu den Hinterbliebenen, denen durch der Zeiten Umbruch ein karglich Los bereitet wurde; voll Sorge und Bitterkeit sehen wir, wie schwach unsere Kräfte sind, diesen allen zu helfen. Aber gerade diese Erkenntnis treibt uns an, nimmer zu ruhen, bis auch der Arzt, den sein Auftrag zu immerwährender Sorge für die anderen verweist, selbst in dem guten Zusammenstehen aller Kollegen sich und die Seinen geborgen weiß. Eine Weiterentwicklung der bayerischen Ärzteversorgung in diesem Sinne ist zu verzeichnen, das neue Jahr soll uns in der hartnäckigen Verfolgung dieses Zieles nicht untätig sehen.

Daß wir in den letzten Wochen neun Kollegen aus langjähriger russischer Gefangenschaft begrüßen durften, ist mir eine herzliche Freude; wir wünschen ihnen, daß sie sich wieder völlig in die heimischen Verhältnisse einleben mögen, wie unsere teilnehmende Sorge jenen Kollegen sich zuwendet, auf deren Rückkehr wir mit ihren Angehörigen nun schon seit Wochen warten; wolle doch das alte Jahr sie uns noch bringen!

In Gedanken treten wir auch an die Gräber der vielen Kollegen, die uns das vergehende Jahr geraubt hat, so oft mitten aus der Vollkraft ihrer Jahre, aus tätigem Schaffen heraus, so manche unter ihnen, die uns in der Arbeit für den Stand selbstlos und aufopfernd geholfen haben und von denen wir mit Dank und Trauer geschieden sind.

So gibt uns die Wende des Jahres Gelegenheit und Veranlassung, das Schicksal unseres Standes zu überdenken und die Schwere der Verantwortung, welche uns durch unsere Wahl am 19. März auferlegt wurde, mit wägender Hand zu prüfen. Viele Eisen liegen im Feuer und wollen im neuen Jahr geschmiedet sein. Wir hoffen, daß das Änderungsgesetz zum bayerischen Ärztegesetz nun bald vom Landtag verabschiedet wird, wir konnten mit großer Be-

friedigung die sachliche Arbeit des sozialpolitischen Ausschusses des Landtages beobachten und sind uns der einhelligen Unterstützung durch die sachverständige Mitarbeit der vier Kollegen-Abgeordneten ebenso dankbar gewiß wie der des Innenministeriums und seines Medizinalreferenten, Min.-Rat Dr. Schmelz. Freilich müssen wir in diesem Zusammenhang unser Bedauern darüber aussprechen, daß wir den stets in freundlicher Bereitschaft und hervorragender Sachkenntnis gewährten Rat von Min.-Rat Dr. Hopfner in allen Rechtsfragen durch dessen Beförderung und Versetzung verlieren mußten.

Das neugestaltete Ärztegesetz wird uns die Möglichkeit geben, auf der von Kollegen Senator Dr. Weiler in dunklen Jahren hartnäckig gewahrten Organisationsgrundlage nun weiter zu bauen. Eine Reihe von Besuchen bei den Kreisverbänden und einzelnen Bezirksvereinen hat bereits vermocht, lebendige menschliche Beziehungen zwischen Kammer und Kollegenschaft herzustellen und es zu jenem offen-herzlichen Gespräch kommen zu lassen, ohne das jede Organisation tote Form bleiben muß. Daß es uns gelang, auch die jungen Kollegen in dieses Gespräch mit einzubeziehen und uns ihrer Mitarbeit zu versichern, ist uns eine Freude und Befriedigung.

Unsere Ausschüsse als die sachkundigen Berater der Vorstandschaft haben sich bemüht, das Dickicht der vielen schwebenden Probleme zu klären. Gewiß — es bleibt noch unendlich viel zu tun. Das aufgewühlte Meer dieser Zeit spült immer neue Fragen an unseren Strand; ihrer aller Herr zu werden, bedarf es der Einigkeit des Standes und der guten Zusammenarbeit aller Kollegen. Die Vorstandssitzungen lassen es erhoffen, daß diese Vorbedingung wenigstens im Ansatz gegeben ist, so daß wir auch bei aller nüchternen Einschätzung der Gefahren und drohenden Möglichkeiten mit Mut und Zuversicht an die Aufgaben des neuen Jahres herangehen dürfen.

Wir werden in diesem Mut und dieser Zuversicht noch bestärkt durch die Gewißheit, selbstlose Mitarbeiter sowohl in der Kammer wie in den Bezirksvereinen, in den Ausschüssen wie in dem Gesamtvorstand zu haben, weshalb wir mit unseren grüßenden Wünschen unseren herzlichen Dank an alle diese verbinden dürfen.

Das neue Jahr liegt schwarz und schweigt
wie eine dunkle Wetterwand.
Doch nur Geduld —, die Sonne steigt,
emporgeführt durch Gottes Hand.

Dr. H. J. Sewering
Dr. G. Sondermann

ALLEN UNSEREN LESERN UND BEZIEHERN

Frohe Weihnachten und gutes neues Jahr!

SCHRIFTFLEITUNG
UND VERLAG

Ärzeschaft und Sanitätsdienst

Dr. G. Sondermann, Oberstarzt a. D.

Es ist verständlich, daß heute kein Thema in einem Gespräch zwischen Ärzten heftigere Bewegungen auslöst als das über den Aufbau des Sanitätsdienstes der kommenden Wehrmacht, war doch fast jeder zweite Kollege zum Kriegsdienst eingezogen und hatten doch auch die Jüngeren unter uns schon fast alle irgendwie ihre Erfahrungen mit dem Sanitätsdienst gemacht; und als es 1945 dann so furchtbar zum Ende kam, waren auch wir wohl alle so am Ende, daß keiner von uns daran dachte: wir würden uns knappe 10 Jahre danach die Köpfe zerbrechen müssen über einen Neuaufbau dieses Sanitätsdienstes. Es überkommt uns diese Aufgabe mit einer echten Bestürzung, es zeigt sich hierbei (auch hier bei!), daß wir gar keine so militärlüsterne Gesellschaft sind, auch brennen die Striemen der Diffamierung noch allzusehr auf unserer Haut; vor allem aber sind wir, wenn wir uns ehrlich prüfen, darüber bestürzt, daß wir das Erfahrungsgut, das wir über diese Frage in harten Jahren sammeln konnten, noch gar nicht recht in unserer Vorstellungswelt geordnet haben. Nach 1945 hatten wir anderes zu tun, so stopften wir diese Erlebnisse, Erfahrungen, Einsichten — alle angefüllt mit Bildern der Not und des Grauens, geladen mit höchst explosiven Gefühlskräften — resolut in die Rumpelkammern unserer geistigen Existenz und hofften vor ihnen Frieden zu haben. Nun werden die Türen zu diesen Kammern aufgesprengt von dem Schritt einer politischen Entwicklung, die wir vielleicht nicht alle gutheißen, deren Forderung wir uns aber alle nicht zu entziehen vermögen. Und nun stehen diese Erlebnisse, Erfahrungen, Einsichten wieder auf wie Revenants, Gespenstern gleich — höchst ungeordnet und verwirren uns den Blick auf die eine klar umrissene Aufgabe: wieschaffen wir dem deutschen Soldaten, dessen Situation aus vielen Gründen wahrlich nicht leicht sein wird, ärztliche Hilfe in einem Ausmaße, wie wir es vor unserem Gewissen und unserem Volke verantworten können. Nur aus solcher Verwirrung heraus ist es zu verstehen, daß in unserer Diskussion so manch törichtes Wort von sonsthin weisen Männern fällt und manch ansonsten lebenswürdiger junger Mann sich des Jargons von Gassenbuben bedient. Daß dabei auch bereits recht kräftige persönliche und gruppenmäßige Interessen ihre Ellenbogen rühren, soll gar nicht so sehr verdammt werden, vorausgesetzt, daß sie den Primat der uns Ärzten gestellten Aufgabe anerkennen. Uns Ärzten? Sollte die Ärzteschaft, die heute der Sorgen und Fragen genug hat, dies Problem nicht den „Fachleuten“ überlassen? (Es wäre ja alles dann für uns viel bequemer!) Verneinen wir herzhaft und resolut diese versucherische Frage, wenn wir auch zugestehen, daß die speziell technisch-organisatorischen Notwendigkeiten in die Verantwortung dieser „Fachleute“ zu geben sind. Das Grundsätzliche aber geht uns alle an, denn in einem Kriege (wie hart schreibt sich nur dieses Wort!) sind wir alle dran und stehen in der Verantwortung —, auch für Fehler, die sich in der Gesamtkonzeption finden möchten! Und im Frieden werden wir ja wohl auch in der Minderzahl auf Zeit aus der Höhle unseres individuellen Arztes herausgeholt zum Dienst an den Soldaten, und diese Menschen sind ja vor und nach ihrer Dienstzeit uns anvertrautes Gut. Auch wäre es schon ein Fehler in der Grundkonzeption, wenn in ihr nicht klar und eindeutig festgelegt wäre, daß auch die aktiven Kollegen Glieder der Gesamtärzteschaft sind (Ärzte mit besonderem Auftrag!) und daß auch die in der Reserve stehenden Kollegen wohlausgebildete und für diesen ihren nur auf Zeit und Not auszubühnenden Dienst wohl ausgerüstete Kameraden der Aktiven sind.

Ich denke: es klingt hier schon klar genug hindurch, was wir unter „Fachleuten“ in dieser unserer Frage verstehen: Gewiß nicht die Waffenoffiziere irgendwelcher hoher Grade; wir bedürfen freilich ihrer Hilfe und ihres Rates genau so wie sie unserer Hilfe und unseres Rates bedürfen, daß das Gesamtwerk gedeihe. Es war keine Machtanmaßung, wenn der deutsche Ärztesatz 1955 for-

derte: Unterstellung des gesamten Sanitätswesens, zusammengefaßt in eine selbständige Abteilung, unter einen für alle Wehrmachtsteile verantwortlichen Sanitätschef mit unmittelbarem Vortragsrecht beim Minister und seinem Staatssekretär.

Es wäre ein Unglück, wenn man diese Forderung als ungebührliches Machtstreben ansehen wollte! Wer von uns allen erhalte durch Erfüllung jener Forderung mehr Macht? Gleichen wir hier nicht nur dem Geburtshelfer, der in heißer Mühe einem lebensfähigen Wesen zum Dasein verhelfen will? Welche Macht hat der Geburtshelfer damit über dieses Wesen gewonnen? Ist es vielleicht nicht umgekehrt: Daß man an planender Stelle fürchtet, an Macht zu verlieren, und etwa nicht zugeben will, daß Abgabe einer Verantwortung, die aus sachlichen Gründen nicht getragen werden kann, ohne daß Unheil entsteht, eine sittliche Pflicht ist? Und Unheil wird entstehen an deutschen Menschen, wenn der für das Sanitätswesen Verantwortliche nicht alle Möglichkeiten in die Hand bekommt, Gesundheit und Leben in Dienst und Kriegsnot zu wahren, soweit es eben in Menschenmacht gegeben ist.

Es handelt sich ja nicht darum, das Sanitätswesen des 30jährigen Krieges zu reorganisieren, auch nicht das des ersten Weltkrieges, ja nicht einmal das des zweiten. Die sich überstürzende Entwicklung der gesamten Medizin, verbunden mit dem Fortschritt der Technik und der maschinellen Beweglichkeit, hat uns Möglichkeiten in den Griff gegeben, die wir 1945 noch nicht kannten. Aber diese verlangen auch einen ungleich komplizierteren Apparat als ehemals! Und solchen fordert ebenso die Entwicklung der modernen Zerstörungsmittel, wie der Blick auf die furchtbare Möglichkeit, daß von diesen teuflischen Kräften ja auch die zivile Bevölkerung bedroht ist!

Hatten die Notwendigkeiten des letzten Krieges es schon erzwungen, daß die Stelle eines „Wehrmacht-San.-Chefs“ gebildet wurde (sicherlich gegen Mauern von Widerständen!), so hieße es, das Rad der Entwicklung zurückdrehen und die drohenden Zeichen verkennen, wollte man sich der Grundforderung der Ärzteschaft entziehen. Wer aber wollte dafür Verantwortung tragen?

Wollen wir nicht einmal alle persönlichen Empfindlichkeiten und Vorurteile zurückstellen? Ich meine: vor dem Bilde der in den Greueln des Krieges geschundenen und massakrierten Menschen sollte uns allen dies gelingen und sollte uns das brennende Wollen: Helfen! zu einem gemeinsamen, nur von dieser Aufgabe getragenen Wollen einen. Hier muß sich eine der höchsten sittlichen Pflichten des Offiziers: „Fürsorge für die Truppe“ in einer ganz besonderen Weise bewähren. Truppenführung ist durch Intuition und Wissen veredeltes Handwerk, ebenso wie die Medizin, besonders die Chirurgie; „Fürsorge für die Truppe“, d. h. für die anvertrauten Menschen aber ist die hohe Forderung an Wesen und Charakter, welche — je mehr wir den Menschen gelten lassen — um so näher den Truppenoffizier und den Sanitätsoffizier zusammenbringt; jeder erfahrene Truppenführer weiß es, daß ohne dieses aus dem Herzen kommende Element jede stählerne Klinge brüchig und stumpf wird.

Kehren wir nach diesem Exkurs über die Grundforderung der Ärzteschaft zurück zu der Tatsache, die uns so bewegt: wir stehen nach knapp 10 Jahren vor der Aufgabe, einen Sanitätsdienst neu aufzubauen zu müssen. Es bewegt uns wohl zutiefst das Gefühl, an einem neuen Beginn zu stehen, der in ein dunkles Schicksal führen kann (nicht muß!), auf jeden Fall uns Ärzte mit einer außerordentlichen, schicksalsträchtigen Verantwortung belastet. Es bedeutet offenbar einen Vorteil, an einem Anfang zu stehen, aber nur dann, wenn man diesen Vorteil nutzt. Aber in dieser Tatsache liegt auch eine große Versuchung: die Versuchung des geschichtslosen und danklosen Schwärmens; verständlich, daß jüngere Menschen solcher leichter erliegen, und wir Alten sollten uns nicht gegen Kritik und gegen jugendlichen

Schwung und neue Ideen verschließen. Aber wir wollen doch auch in aller Ruhe feststellen, daß die grundsätzliche Mißachtung des Erfahrungsgutes der Alten eine vom Nationalsozialismus planmäßig geförderte Geisteshaltung war, die zu revidieren großer Selbstzucht und Besinnung bedarf.

Wir sind uns einig darüber, daß die deutschen Ärzte im letzten Kriege Außerordentliches geleistet haben, wir brauchen dazu hier keine Statistiken, wir müssen nur aus jenen Jahren Erinnerungen beschwören. „Aber die Organisation war schlecht!“, so heißt es doch, und der Brustton der Überzeugung, mit der diese Behauptung aufgestellt wird, nimmt mit dem Quadrate mangelnder Erfahrung und Einsicht in die inneren Zusammenhänge zu.

Gewiß — es gibt keine Organisation, die nicht besser gemacht werden könnte, sowohl im Prinzip als auch in ihrer Verlebendigung aus der Planung in den Vollzug. Aber ich bitte, alle kritischen Erwägungen (denen auch ich zuneige) unter zwei Gesichtspunkte zu stellen:

1. Die Leistung der deutschen Ärzte im Kriege wäre ohne die bestehende Organisation doch nicht möglich gewesen.
2. Wissen wir denn, gegen welche Widerstände diese Organisation aufgebaut werden mußte? Es besteht kein Zweifel darüber, daß die verantwortlichen Männer vieles besser und großzügiger entworfen und gestaltet hätten, wenn man ihnen Mittel und Macht dazu gegeben hätte. Dieses Wissen und diese furchtbar niederdrückende Erfahrung sind es ja, die uns ganz besonders veranlassen, um unsere Grundforderung nach der notwendigen Einstufung der Verantwortlichen und um Beachtung unseres Anlegens zu kämpfen. Die Ärzteschaft würde eine historische und menschliche Schuld treffen, wenn sie hier nicht einig und hart bliebe! Deshalb sei es hier gestattet noch einmal mit aller Klarheit herauszustellen (und wir bitten die entscheidenden Stellen, uns dies doch glauben zu wollen): es sind weder Interesseneigennütze noch Prestigegründe, welche uns diese Grundforderung aufstellen ließen, sondern einzig und allein die Erfahrung blutiger Kriege und der Blick auf unsere Soldaten-Mitmenschen, denen wir alle nur mögliche Hilfe angedeihen lassen wollen und müssen.

Stellt sich in diesem Zusammenhange noch die Frage: Welche Menschen werden diese Sanitätsorganisation tragen? Diese Frage stellen, heißt aber wieder den Finger an eine Wunde legen: Die Sünden einer Morgenthau-Propaganda wie die ganze bisherige Behandlung dieses Problems scheinen ganze Jahrgänge ehemaliger aktiver Sanitätsoffiziere abgeschreckt zu haben, sich wieder zur Verfügung zu stellen. Ob dies richtig und berechtigt ist, kann füglich bezweifelt werden, verständlich ist es freilich. Auch kann man nicht behaupten, daß man sich bis jetzt Mühe gegeben hat, diesen Beruf „attraktiv“ zu gestalten. Ich verstehe darunter gar nicht etwa finanzielle Erwägungen (wenngleich diese ihre Berechtigung haben!), sondern die Bemühung, den Militärarzt als ein eigenständiges Leitbild: als den „Arztsoldaten“ herauszustellen und damit junge Menschen vor die Frage zu stellen: ob sie in dieser Aufgabe eine Lebenserfüllung zu erblicken vermöchten. Aber — wer weiß schon heute noch um dieses Leitbild, das ja auch zur Zeit der Wehrmacht noch nicht fest genug im Bewußtsein der Öffentlichkeit, auch nicht dem unseres Standes verwurzelt war. Fixiert blieben nur die Karikaturen: der junge hübsche Dandy, erfahren in allen Kasinofinessen, der — altgeworden — zum verfressenen und versoffenen Bauche wird; so wird es doch

häufig geschildert und dann hinzugesetzt: „Und wie hat er die Reservisten schikaniert!“

Gewiß, gewiß — auch wir kennen solche Typen, ebenso wie so manchen Reserveherrn, der dem militärischen Koller erlegen ist und die guten Gelegenheiten der Etappe an Tisch und Bett sich nicht entgehen ließ. Wir wollen dies einmal mit herzhafter Offenheit einander sagen, aber es dann genug sein lassen und uns frei von Resentiment dem Leitbild des „Arztsoldaten“ zuwenden.

Er ist weder ein medizinisch ausgebildeter Militär noch ein militärisch ausgebildeter Arzt, er ist in seinem Grundwesen zunächst nichts anderes als ein gleich seinen zivilen Kollegen wohlausgebildeter Arzt, den seine individuelle Neigung aus Natur, Familientradition oder persönlichem Erlebnis in jene besondere Aufgabe geführt hat. Wie wir es ja beobachten können, haben die verschiedenen ärztlichen Fachrichtungen eine typenbildende Kraft (so gibt es den Chirurgen-, den Gynäkologen-, den Kinderarzttyp usw.); da nun der „Arztsoldat“ im Frieden seine ärztliche Tätigkeit unter ganz bestimmten Verhältnissen und in einem spezifischen Milieu verrichtet, unterliegt er ganz besonders diesem Gesetz der typenbildenden Kraft und wird auf solche Weise zu einem eigenständigen Leitbild, eben zu dem des „Arztsoldaten“. Hinzu kommt noch ihn eigentümlich prägend die Notwendigkeit, aus einem stark entwickelten ärztlichen Denken und Wissen heraus organisatorische Maßnahmen zu treffen, Situationen des Zusammenlebens zu beurteilen und stets den besonderen Gefahren und Konflikten seiner Umwelt einen Schritt voraus zu sein; dieses Vorausdenken auch in den Möglichkeiten eines Krieges bedeutet für ihn eine außerordentliche Weitung und Schärfung seines Blickfeldes. So klar sein Auftrag für den Frieden, so klar für den Krieg: das Schicksal des kranken und verwundeten Soldaten hängt von zwei Grundgegebenheiten ab:

Vom Arzt, von Unterkunft, Pflege und Verpflegung.

Diese in möglichster Schnelligkeit und Geeignetheit zu dem Verwundeten zu bringen (oder umgekehrt), bedarf es des dritten gleichwichtigen Elementes: des ärztlichen Transportwesens.

Diese Möglichkeiten im Frieden vorzubereiten und im Kriege auf der Höhe und im lebendigen Flusse zu halten, ist in kameradschaftlicher Zusammenarbeit mit den Reserveärzten Aufgabe der Aktiven. Nur so ist es möglich, dem allem Leben und damit dem ärztlichen Handeln feindseligen Elemente des Krieges einen Raum für dieses ärztliche Handeln abzutrotzen.

Diese Aufgabe wird mit den Möglichkeiten der ärztlichen Kunst immer dringlicher — ohne ihre großzügige und in eine Hand gegebene Lösung wird dem Verwundeten die Hilfe versagt und die Schlagkraft der Truppe dezimiert; eine Truppe ohne so gesehenes und durchorganisiertes Sanitätswesen ist keine moderne Truppe; ärztliche Kunst ohne diese Organisation ist ein Chirurg — ohne Hände!

Es lohnt also, über dieses eigenständige Leitbild des Arztsoldaten nachzudenken und sich für seine Verlebendigung einzusetzen. Es lohnt noch mehr, dieses Leitbild vorzuleben und damit ein Vorbild den kommenden Arztsoldaten zu geben!

Noch einmal beschwöre ich das Bild der Verwundeten, wie wir es tausendfach erlebt haben — dieses Bild wird lehren, daß es Aufgaben gibt, deren organisatorische Vorbereitung nicht nur kühle Rechner erfordern, sondern auch eine hohe Menschlichkeit und daß es Verpflichtungen gibt, von denen uns auch keine noch so üble Diffamierung entbinden kann.

Erlangen, Obere Karlstraße 34.

ENELBIN

Antiphlogisticum und Thermo-Therapeuticum
mit hervorragender
Tiefenwirkung

CURTA & CO. GmbH.
Frankfurt (Main)-Fechenheim



Eine internationale Tagung für ärztliche Berufsethik

Der Nationalrat der französischen Ärztekammer hatte vom 30. 9. bis 3. 10. 1955 zu einer internationalen Tagung ärztlicher Berufgerichtsbarkeit, Berufsethik und vergleichenden Arztrechtes eingeladen (Congrès international de Juridiction professionnelle médicale, de Morale médicale et de Droit médical comparé). Die Einladung bezeichnet die Themen dieses Kongresses als sehr zeitgemäß. „Zu einer Zeit, da täglich neue Methoden den bisherigen Fortschritt umwälzen und eine gefährliche Entpersönlichung des einzelnen zu erzeugen drohen, da manchem die Maßlosigkeit das sicherste Zeichen von Fortschritt zu sein scheint, während sie viele andere nur als unvermeidlichen Tribut an die Zeit ansehen, da uns schließlich die philosophische Grundfrage der Bestimmung und Verantwortung des Menschen mit besonderer Deutlichkeit gestellt wird, ist es da nicht mehr als gerechtfertigt, wenn sich in Frankreich Ärzte, Juristen, Soziologen und Philosophen der ganzen Welt vereinen, um gemeinsam die moralischen Probleme zu umreißen, die durch das Ausüben der zeitgenössischen Heilkunst aufgeworfen werden, und versuchen, sie einer menschlichen Lösung entgegenzuführen?“ («En un temps où des techniques nouvelles bouleversent chaque jour les acquisitions antérieures tendent à engendrer une dangereuse dépersonnalisation de l'individu, où la démesure apparaît à certains comme le signe le plus sûr du progrès, à d'autres comme sa rançon inévitable, mais au moment aussi où la question philosophique essentielle du destin et de la responsabilité de l'homme doit être envisagée avec une particulière gravité, n'est-il pas opportun qu'en France des médecins, des juristes, des sociologues et des philosophes du monde entier se concertent pour préciser ensemble les problèmes moraux posés par l'exercice de la médecine contemporaine et pour tenter de leur apporter une solution humaine?»)

Das hohe Pathos der Einladung wurde aufgegriffen in den Begrüßungsworten des brasilianischen Kongreßteilnehmers Prof. Ribeiro: „Diese Zusammenkunft kann nirgends anders als in Frankreich stattfinden, wohin wir zusammengekommen sind im Herzen dieses Landes, dessen gesamte Kultur ein einziger Ausdruck der Achtung vor dem Menschen ist.“ (Cette réunion ne pouvait avoir lieu qu'en France et nous sommes accourus au cœur de ce pays dont toute la culture est un acte de respect envers l'homme). Frankreich hatte tatsächlich besondere Gründe, sich eines Problems anzunehmen, das für die Ärzteschaft der Welt von Bedeutung ist, nachdem es sich innerhalb der internationalen Gremien der Ärzteschaft durch den Vortrag seiner eigenwilligen Ansichten, durch das Überbetonen seiner besonderen Verhältnisse in den Hintergrund gedrängt sah. Dies mußte vor allem die französische Ärztekammer schmerzlich empfinden, die als Gründung der Vichyregierung neben den freien Verbänden ein Schattendasein führt, obgleich sie als Trägerin der Berufsgerichtsbarkeit durch das Gesetz vom 24. 9. 1945 auch in der vierten Republik bedeutsame, wenn auch engumgrenzte Aufgaben zu erfüllen hat. Es sind dies Aufgaben, welche engstens mit der Berufsausübung und daher mit allen den Fragen zusammenhängen, die der Kongreß diskutierte. Besonders aktuell waren sie für Frankreich, weil die von der dortigen Kammer ausgearbeitete ärztliche Berufsordnung (Code de Déontologie) zur Zeit neu formuliert werden soll.

In dankenswerter Kleinarbeit wurden deshalb alle Fragen, die mit einer ärztlichen Berufsordnung zusammenhängen könnten, zusammengestellt und in eingehenden Referaten behandelt, die in buntem Wechsel auf Ärzte, Juristen, Moraltheologen und Soziologen der verschiedensten Länder verteilt waren. Um das Exakte und Umfassende der Tagungsthemen zu kennzeichnen, mögen einige Themen genannt sein:

„Studien der moralischen Voraussetzungen für die Anwendung neuer chirurgischer Methoden“

(De Gaudart D'Allaines, R. De Vernejoul, M. David et J.-L. Lortat-Jacob, Frankreich)

„Die moralischen Bedingungen von Versuchen an gesunden oder kranken Menschen“

(G. Bourguignon, Paris)

„Herzchirurgie und ärztliche Berufsordnung“

(M. L. Kastilambros, Griechenland)

„Die Notwendigkeit als Maßstab des ärztlichen Handelns“

(Heger-Gilbert et Glorieux, Belgien)

„Ethische und logische Grundlagen der therapeutischen Forschung“

(Paul Martini, Deutschland)

„Die moralischen Grenzen der Hormontherapie“

(Albeaux-Fernet, J. Chabot et M. Gelinat, Paris)

„Die Zustimmung des Kranken zum ärztlichen Eingriff“

„Die moralischen Grundlagen der ärztlichen Schweigepflicht“

(J. Vidal et J. P. Carlotti)

„Das Recht, zu heilen“

(Leonidio Ribeiro, Brasilien)

„Von der Unabhängigkeit des Arztes“

(J.-R. Debray et R. Villey, Frankreich)

Diesen grundsätzlichen Themen folgten speziellere Ausführungen, welche die Möglichkeit geben sollten, die Verhältnisse und Ansichten in den einzelnen Ländern zu vergleichen. So sprach Berthold Müller über die deutsche Stellung zur ärztlichen Schweigepflicht, der Österreicher Stransky über die Stellung des psychiatrischen Gutachters vor Gericht im österreichischen Recht, während Herr Kollege Pius Müller über das Persönlichkeitsrecht des Kranken als Grundlage und Grenze der ärztlichen Praxis referierte.

Von der ganzen Tagung kann gesagt werden, daß sie zum Ausdruck brachte, der Arzt als freier Beruf dürfe grundsätzlich keinen Bindungen unterworfen werden, insbesondere darf er weder von seinen Patienten noch von einem Dritten abhängig sein. Diese Unabhängigkeit des Arztes habe sich allerdings in den letzten Jahren als außerordentlich zerbrechlich gezeigt, so daß Borrou schon drei Kategorien von Medizin unterscheidet: wissenschaftliche, sozialisierte und menschliche. Es sei nun eine Angelegenheit der Gesamtärzteschaft, das Recht zu erhalten, alle Gesetze und Verträge zu überprüfen, die sich auf eine ärztliche Tätigkeit beziehen, und sie besonders dort abzuändern, wo sie mit den Berufsvorschriften unvereinbare Verpflichtungen enthalten. Deswegen komme es darauf an, diese Vorschriften den Elementen der ärztlichen Ethik anzupassen, denn auf ihr beruhen die einzigen Bindungen des Arztes, die nur moralische Bindungen sein können und sollen. „Eine Abhängigkeit des Arztes, dem die Gesundheit, das physische und gewissermaßen das psychische Wohl des Kranken ausgeliefert ist, käme einem Betrug an der Menschheit gleich.“ Die Mission des Arztes könne mit der des Richters verglichen werden: Die Freiheit des Richters ist eines der heiligsten Rechte der Gesellschaft; eine unabhängige Heilkunst ein ebenso heiliges Recht des Kranken. Um hier Konflikte zu vermeiden, wie sie sich etwa durch das Hereinnehmen politischer Ideologien in das ärztliche Ethos ergeben könnten, muß die innere Unabhängigkeit der Ärzte gesichert bleiben. Sie müssen sich ernst überlegen, wo ihre Pflicht ist. Sie müssen frei sein, nach reiflicher Überlegung Aufgaben abzulehnen, die sie nicht auf Grund ihrer moralischen Grundhaltung erfüllen können. Deswegen muß auf dem Gebiet der Medizin jede gesetzliche Vorschrift dieser Verpflichtung angepaßt sein. Dabei könne kein Gesetz den Arzt von seiner persönlichen Verantwortung entbinden. Selbst in einer Armee behalte der Arzt eine relative Entscheidungsfreiheit. George Duhamel erklärte einmal unter Bezug auf seine Erfahrungen im ersten Weltkrieg, daß damals die Ärzte nicht vergessen hätten, daß sie durch ihre Berufung im Dienst des Individuums stehen, daß auch der Staatsdienst für den Arzt zunächst den Respekt für das Individuum voraussetzt.

Besonders eingehend wurde selbstverständlich die Stellung des Arztes im Rahmen der Systeme der sozialen Sicherung behandelt und der ärztliche Eid analysiert. Es wurde erwoogen, wieweit eine ausdrückliche Verweidigung nur symbolhaften oder rituellen Wert hat, und überdies eingehend erörtert, wo die Grenzen der Spezialisierung sind, oder wo der Hinweis auf besondere Fachkenntnisse

**Bei Krampf- und
Reizhusten jeder Genese**

TICARDA ^{WZ}

1% Diphenyldimethyl-
aminoethylbutanonhydrochlorid + 2% Suprifin

Tropfflasche mit 15 ccm OM 1.80 o.U.

Ticarda-Tabletten 10 Stück OM 1.05 o.U.

Anstaltspackungen mit 100 ccm, 500 ccm und 250 Tabletten

**Zuverlässige Dämpfung des Hustenreizes bei
gleichzeitiger Förderung der Expektion**

TICARDA mit Emetin

1% Diphenyldimethyl-
aminoethylbutanonhydrochlorid + 2% Suprifin
+ 0,13% Emetinhydrochlorid

Tropfflasche mit 10 ccm OM 1.80 o.U.

Ticarda-Tabletten mit Emetin 10 Stück DM 1.25 a.U.

Anstaltspackungen mit 100 ccm, 500 ccm und 250 Tabletten



FARBWERKE **HOECHST AG** *vormals Meister Lucius & Brüning* Frankfurt (M)-Hoechst

85 JAHRE



Helfenberger Bandwurmmittel



„Farnotän“ 16 Kapseln für Erwachsene
12 Kapseln für Kinder
„Tritol“ flüssig, hocharomatisiert
in drei Stärken

Älteste und seit Jahrzehnten
bewährte Bandwurmmittel

CHEMISCHE FABRIK HELFENBERG A.G. VORM. EUGEN DIETRICH WEVELINGHOVEN - RHEINLAND

AZO-KUR WUNDSALBE

HOCHBAKTERICID
GEWEBSFREUNDLICH

DR. MED. HUBOLD & BARTSCH, HAMBURG 1



AZO-KUR EKZEMSALBE

BEI ÜBEREMPFINDLICHKEIT VON
SULFONAMIDEN, PENICILLIN
ODER ANTIBIOTICIS

PHARMACOLOR GMBH., SANDKRUG i. Oldbg.

Das katalytische Aerosol

LANTHASOL-INHALAT

reguliert die Blutkapazität für Sauerstoff und dessen Verteilung im Gewebe. Die Behandlungsergebnisse liegen auf höchstem Niveau bei cerebraler und coronarer Minderdurchblutung, bei Thrombosen und Gefäß-Sklerosen. Die medikamentös nicht beeinflussbaren Folgezustände einer Hypoxaemie oder Gewebsanoxie reagieren fast immer gut auf Lanthasol-Inhalationen. Kollegiale Orientierung innerhalb der Arbeitsgemeinschaften Cer-Therapie möglich.

Literatur von der

LANTHASOL-VERWALTUNG
HAMBURG - Niendorf I

Dr. E. Ritsert

Anaesthesin-*) { Banbans u. Dragées
Salben
Puder
Suppositorien
Tabletten 0,2 und 0,5

Schmerzstillende Spezial-Präparate

Subcutin-Lösung 2%

Schmerzstillendes Schleimhaut-Antiseptikum
Bei Verordnung O. P. oder Ritsert hinzufügen

Anaesthesin-Rivanol)-Pastillen**

Schmerzstillendes Antiseptikum

Vaselin 10%

Anaestheform- Puder
Suppositorien

Schmerzstillende Wundantiseptika



Dr. E. RITSERT

Fabrik pharmazeutischer Präparate
FRANKFURT / Main

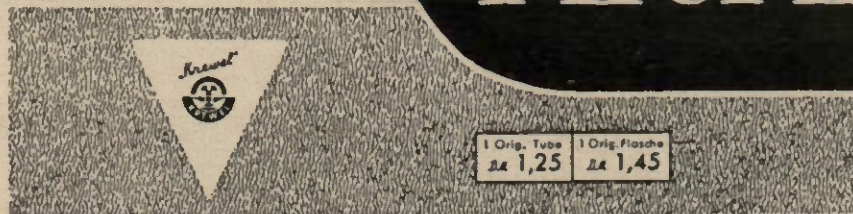
*) Erfinder Dr. E. Ritsert, Wz. Inh. Farbwerke Hoechst A.G.
**) Wz. Inh. Farbwerke Hoechst A. G.

Diathermie

auf chemischem Wege durch

Therment

- Salbe
"-
- flüssig



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

Indikationen:

Rheumetosen
Neuralgien
Arthropathien
Pleuritis
Durchblutungsstörungen
Segmenttherapie

beginnt, reine Reklame zu werden. Immerhin kann doch ein recht großer Katalog zusammen, auf dem sich folgende Fächer finden: Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Röntgen- und Strahlenheilkunde, Nerven- und Geisteskrankheiten, Augenkrankheiten, Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten, Lungenkrankheiten, Mundkrankheiten, Herz- und Gefäßkrankheiten, Magen- und Darmkrankheiten, Ernährungsmedizin, Nierenkrankheiten, Kinderkrankheiten, Bädermedizin, Arbeitskrankheiten, Gerichtsmedizin, Kolonialmedizin, Anaesthesiologie, Haemobiologie, Urologie, Neurochirurgie, Gesicht- und Kieferchirurgie, Lungenchirurgie, Orthopädie, Geburtshilfe, Physio-mechanotherapie, Phoniatrie, Sportmedizin, Podologische Chirurgie, anatomische Pathologie. Dabei ist man sich einig gewesen, daß der als Facharzt anerkannte Arzt es damit aufgibt, allgemeinärztlich tätig zu werden. Nur der einfache praktische Arzt, der sich auf keine speziellen Fachkenntnisse beruft, bleibt hinsichtlich seines ärztlichen Handelns völlig frei. Dafür hat er aber die ethische Verpflichtung, sich der Grenzen seiner Möglichkeiten und Fähigkeiten bewußt zu sein. „Diese schwere Verantwortung ist die sittliche Kaution für seine weitgehende Freiheit.“ Voraussetzung ist eine klare und genaue Indikation, durch die dem Arzt die Möglichkeit gegeben wird, den Behandlungsplan zu überdenken. Dabei ist es dem Arzt nicht gestattet, zum Zwecke des bloßen Experiments Heilmittel zu verordnen, von denen er nicht von vornherein überzeugt ist, daß sie den Zweck der Behandlung, die Heilung, zu erzielen geeignet sind. Der Kranke kann die Möglichkeiten des Arztes allerdings einschränken. Ihm allein steht das Recht zu, bestimmte Behandlungsmethoden abzulehnen. Häufig vermag der Kranke jedoch die Umstände selbst nicht richtig einzuschätzen, welche ärztliche Eingriffe notwendig machen. Seine Urteilstkraft ist nicht nur mangels Sachkenntnis, sondern auch wegen seiner spezifischen Situation als Leidender eingeschränkt. Die Mithilfe des Kranken beschränkt sich deshalb meist nur auf den Entschluß, den Arzt aufzusuchen. Darin liegt aber bereits eine generelle Zustimmung in diesen Behandlungsvorschlag, vorausgesetzt allerdings, daß freie Arztwahl besteht, die Portes als einen psychologischen Schatz unserer medizinischen Gesetzgebung bezeichnet. Dennoch muß der Arzt mit dem Patienten die Behandlung vor allem dann besprechen, wenn sie mit Risiken einhergeht. Nur bei akuter Lebensgefahr kann gegen den Willen des Betreten — etwa des Selbstmörders — therapeutisch eingegriffen werden. Dabei wird der Gegensatz zwischen der unmittelbaren Lebensgefahr einerseits und der Unschädlichkeit des gewählten Mittels andererseits deutlich. Wenn hier ärztliches Handeln ohne Zustimmung des Patienten einsetzt, so deshalb, weil sie der unmittelbaren Lebensgefahr entgegentritt und gleichzeitig selbst nicht schädlich wirken kann. Wenn der Kranke wegen Vernehmungsunfähigkeit ausfällt, sollen die Angehörigen zur vorgeschlagenen Behandlung gehört werden. Wo sich der Arzt allein nicht durchsetzt, soll er einen anderen Arzt herbeiziehen, um die Angehörigen umzustimmen. Im wesentlichen beruht auch die Zustimmung des Kranken auf dem besonderen Vertrauen, das er dem Arzt entgegenbringt, nicht zuletzt wegen des Schweigens, an das der Arzt gebunden ist. Dieses Schweigen umfaßt nicht nur die Kenntnis der Krankheit, sondern auch alle Umstände des Milieus. Über diese Kenntnis hat der Arzt allein das Herrschaftsrecht. Nichts hat dagegen mit der Schweigepflicht die Auskunftspflicht gegenüber dem Patienten zu tun. Hinsichtlich der Schweigepflicht gehen die Franzosen so weit, die Preisgabe der ärztlich gewonnenen Beobachtungen auch dann zu untersagen, wenn der Kranke damit einverstanden sein sollte, und zwar deswegen, weil er häufig nicht zu übersehen vermag, welche Folgerungen derartige Mitteilungen haben können. Eingehend wurde deshalb die Grenze abgetastet, die zwischen dem engen Individualinteresse und dem Kollektivinteresse läuft. Das Unterbrechen der totalen Schweigepflicht kann den Frieden unter den Mitgliedern der Gesellschaft stören und damit die öffentliche Ordnung gefährden. Dieses Beeinträchtigen des Zusammenlebens der menschlichen Gesellschaft sei, so wurde dargelegt, nicht weniger bedeutsam wie die Bedrohung etwa durch ansteckende Krankheiten, um derentwillen man glaubt, im Interesse der Allgemein-

heit die Schweigepflicht besonders dort unterbrechen zu können, wo die Staatstheorie nicht den Einzelmenschen, sondern das Kollektiv in den Mittelpunkt der Gesetzgebung rückt. Zu welchen Auswirkungen es bei einer derartigen Verschiebung der ärztlichen Verantwortung von einzelnen zur Allgemeinheit kommt, wurde an zahlreichen Beispielen erläutert, an denen unsere Erfahrungen mit totalitären Systemen reich sind (Sterilisation am rassischen oder eugenischen Gründen, Experimente an gesunden Menschen, Beseitigung „lebensunwerter“ oder „schädlicher“ Individuen usw.). Der Ansatz zu derartigen Konsequenzen liegt aber nicht erst dort, wo sich etwa der Arzt weigert, in solchen extremen Fällen tätig zu werden. Er beginnt bereits da, wo die Grundlagen des ärztlichen Alltags, wie sie sich in der Achtung vor dem Menschen entwickelt haben, durch Kompromisse unterhöhlt werden, welche man kollektiven Institutionen einräumt. Deswegen sollte auf jeden Fall die kurative von der kontrollärztlichen Tätigkeit im Bereich der sozialen Sicherungen scharf und unzweideutig getrennt bleiben. Deswegen sollten die statistisch notwendigen Angaben über Todesursachen anonym abgegeben werden. Bei diesem Komplex wurde der Begriff des geteilten Geheimnisses zwischen Arzt und Gutachter, die Frage der Anwendung der Narkoanalyse und die Willens- und Interessentheorie des deutschen Rechtes besprochen und, wie hervorgehoben werden soll, besonders von Leibbrand, die deutschen Praktiken einer harten Kritik unterzogen.

Außerordentlich bemängelt wurde, daß das Berufsgeheimnis in den meisten Ländern nicht strafrechtlich geschützt ist (England, Kanada, USA, Indien, Mexiko). In Spanien gibt es das nur für beamtete Ärzte. In Deutschland und der Schweiz schließt das Einverständnis des Patienten eine Strafe aus. Argentinien, Japan, Brasilien und Dänemark legen das Motiv der Offenbarung einer Beurteilung der Frage zugrunde, ob ein Überschreiten des Schweigebotes vorliegt. Am strengsten ist das französische Strafgesetz, das die absolute Schweigepflicht beinahe zum Gesetz erhoben hätte. Die französische Rechtspflege vertritt die These, daß das ärztliche Geheimnis immer absolut ist und nur durch Gesetz eingeschränkt werden dürfe, was für ansteckende Krankheiten, Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten, Geburten, Todesfälle, Einäscherungsbestimmungen und gemeingefährliche Geisteskrankheiten geschehen ist.

Die Tagung vermochte einen einmaligen und umfassenden Blick über den angeschnittenen Problembereich zu vermitteln. Sie sollte abschließen mit der Gründung einer Internationalen Vereinigung, welche die aufgeworfenen Fragen weiterbehandelt. Dieser Vorschlag konnte nicht angenommen werden, weil sich der Großteil der Kongreßteilnehmer nicht kompetent fühlte, im Namen der Ärzteschaft ihres Heimatlandes abzustimmen. So beschränkte man sich darauf, das bisherige vorbereitende Komitee zu bitten, eine zweite Tagung vorzubereiten, den Kontakt unter den Tagungsteilnehmern aufrechtzuerhalten, und diese zu bitten, innerhalb ihrer Heimatländer Organisationen aufzubauen, die sich das Studium der Berufsgerichtsbarkeit und des ärztlichen Ethos zur Aufgabe machen.

Dr. Dr. von Gugel

Ärztehaus Bayern

Die im Ärztehaus Bayern, München 23, Königinstraße 85, untergebrachten Organisationen, nämlich die Bayerische Landesärztekammer (III. Stock), die KVB, Landesstelle (IV. Stock), der Kreisverband der ÄBV Oberbayern (II. Stock), die KVB, Bez.-Stelle Oberbayern (II. Stock), sind ab 1. 10. 1955 unter der Sammelrufnummer 3 6 1 1 2 1 — 2 5 zu erreichen. Sprechzeit Montag mit Freitag 8—17 Uhr, nachmittags nach vorheriger Vereinbarung. Samstag sind sämtliche Dienststellen geschlossen.

„Zur Vertreterkalamität“

Erwiderung von Dr. Theo Kieber

Zu dem oben näher gekennzeichneten Artikel erlaube ich mir als derzeitiger Assistenzarzt, der im Begriff ist, sich demnächst als Allgemeinpraktiker niederzulassen, folgendes zu bemerken:

Es erscheint fast unglaublich, mit welcher Unbeschwertheit ein Teil der fest im Sattel sitzenden Kollegen das für sie derzeit lästige Vertreterproblem auf die Schultern der nachrückenden, um eine Existenzmöglichkeit gegen größte Schwierigkeiten kämpfenden jüngeren Kollegen abwälzt. Es ist eine wahrhaft einfache, wenn auch nicht „demokratische“ und eines „freien Berufes“ würdige Methode zur Lösung dieser Frage, wenn man nach Art einer Arbeitsdienstpflicht den jungen Arzt ein halbes Jahr in die freie Praxis schickt, um den Landpraktiker zu entlasten. Bemerkenswert ist in dem besagten Artikel, daß der Verfasser offen zugibt, es gehe zunächst um die Beseitigung der „Vertreterkalamität“; andernorts wird nämlich scheinheiligweise die Ausbildung der späteren Praktiker als Leitmotiv angeführt, ausgerechnet in einer Zeit, wo ohnehin diese Ausbildung (bisher größtenteils nicht- und unterbezahlte Stellen bei voller Ausnutzung der Arbeitskraft!) durch die Erschwerung der Zulassung vermutlich wesentlich länger ist, als sie je im Durchschnitt früher war. Es weiß jeder „Jungarzt“, daß er sich vor Erreichen eines beachtlichen Mindestalters gar nicht um eine Kassenstelle zu bemühen braucht. Aber auch dort, wo die Ausbildung als das Wesentliche bezeichnet wird, legt man die Betonung auf Vertreter-, nicht Assistententätigkeit beim praktizierenden Arzt. Bekanntlich wird man als Vertreter im wesentlichen das in die Praxis umsetzen, was man bereits gelernt hat; wenn man vom „erfahrenen Praktiker“ lernen will, kommt doch wohl nur eine Assistententätigkeit in Frage. Weshalb man allerdings vom Durchschnittspraktiker (ohne diesen Stand an sich irgendwie angreifen zu wollen — ich möchte selbst Allgemeinpraktiker werden!) im Gegensatz zur Klinik Tätigkeit so viel lernen können soll, daß ein Vierteljahr nicht ausreicht, erscheint mehr als fraglich. Ich für meine Person hielt meine 5/12-jährige Assistentenzeit für die Arbeit in der Praxis für völlig ausreichend und habe bei meinen bisherigen Vertretungen (keineswegs in Hinterhauspraxen!) lediglich Dinge dazugelernt, die ich hier im Detail lieber nicht anführen möchte, um nicht die betreffenden Kollegen persönlich zu treffen. Es handelt sich hierbei zwar sicher nicht um den Regelfall, bestimmt aber auch nicht um eine seltene Ausnahme, den Erfahrungen anderer Kollegen nach zu schließen. Bei der viel geklagten und tatsächlich bestehenden Überlastung der praktizierenden Ärzte ist es kein Wunder, daß die Fortbildung leidet. Warum war es aber so schwer, die Verhältniszahl zu senken, wo doch dadurch eine spürbare Erleichterung für die bereits Niedergelassenen zu erwarten ist? Bemerkenswert ist übrigens der Vorschlag, daß die KV das Honorar für die erstrebten Pflichtvertreter regeln (sprich drücken!) soll. Einem wirklich überlasteten Praktiker wird durch den Vertreter so viel erarbeitet, daß er das derzeit übliche Honorar gut aufbringen kann. Erwähnen möchte

ich noch, daß ich für Juli dieses Jahres bei einer KV und bei einem Ärztlichen Bezirksverein vergeblich um Vertretungen nachgefragt habe.

Nicht weiter eingehen möchte ich auf die kalven und wenig Sachkenntnis verratenden Gedanken zum Heeresanitätswesen in dem zur Debatte stehenden Artikel.

Bei den oben angeschnittenen Fragen handelt es sich freilich um einen kleinsten, relativ unwichtigen Ausschnitt in der ganzen, den Arzt der Gegenwart umgebenden Problematik. Auch die oben angeschnittenen mißlichen Verhältnisse sind nur eine vom einzelnen kaum verschuldete Folge der herrschenden Mißstände überhaupt. Aber auch bei der Lösung eines kleinsten Teilproblems — so geht es jedenfalls nicht! Sollte es je durch die „Macht der Stärkeren“ (Besitzenden) zu einer Zulassungsordnung kommen, die eine halbjährige Tätigkeit in der Landpraxis verlangt, so halten wir sogenannten Jungärzte dies für eine jeder Gerechtigkeit hohnsprechende Maßnahme, und es kann uns kaum versagt werden, dagegen anzugehen.

Anschrift des Verfassers: Schwabach/Ufr., Penzendorfer Straße 82.

Abschließende Stellungnahme zur „Vertreterkalamität“

Zu der offensichtlich im Affekt geschriebenen Kritik des Herrn Dr. Kieber möchte ich zunächst bemerken, daß ich in der öffentlichen Diskussion auf seine persönlichen Angriffe nicht eingehen möchte, mit Rücksicht auf die guten Sitten unseres Standes.

Zur Sache sei festgestellt, daß ich keine Verlängerung der Vorbereitungszeit vorgeschlagen habe. Die lange Wartezeit darüber hinaus hängt bekanntlich von der Zahl der freien Stellen ab, wobei die gesetzliche Regelung der Verhältniszahl nicht durch die niedergelassenen Kassenärzte, sondern durch den Bundestag erfolgt ist. Wenn er diese Zeit in nicht- oder unterbezahlter Stellung verbringen muß, so kann die Tätigkeit als bezahlter Vertreter nur ein Vorteil sein. Eine Kontrolle der Vertretungen durch die kassenärztlichen Vereinigungen ist vorgeschlagen worden, um jedem Mißbrauch vorzubeugen. Es ist ausdrücklich betont worden, daß die Vertreterhonorare als Leistungsentgelt eher zu niedrig sind, nur ist als Voraussetzung für eine Erhöhung nötig, daß auch der Kassenarzt sein Entgelt ohne Abschlag bekommt. Ich glaube, daß kaum jemand so vermessen ist, eine ausschließliche Tätigkeit als Krankenhausassistent für eine ausreichende Vorbereitung auf die kassenärztliche Tätigkeit zu halten. Im übrigen wird die neue Zulassungsordnung vom Bundesgesundheitsministerium erlassen, so daß nicht zu erwarten ist, daß sich eine Gruppe von Ärzten Vorteile auf Kosten einer anderen verschafft.

Zur Vertretung eingezogener Ärzte kann der Kritiker nichts Sachliches beisteuern. Nachdem ich 10 Jahre im Sanitätsdienst, davon 5 Jahre als Sanitätssoffizier im Kriege war, möchte ich annehmen, daß ich einige Sachkenntnis für den von mir gemachten Vorschlag habe.

Dr. Otto, Schrobenhausen

MITTEILUNGEN

Stand der Schutzimpfung gegen Kinderlähmung

Am 29. und 30. 9. 1955 veranstaltete die Europäische Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung in Zürich ein Symposium, an dem Vertreter von 20 Nationen teilnahmen; sie kamen zu folgender Entschliebung:

„Das III. Symposium, das von der Europäischen Organisation zur Bekämpfung der Kinderlähmung in Zürich veranstaltet wurde, hat am 29. 9. 1955 das Problem der Polio-Schutzimpfung und der Methoden zur Feststellung des Immunisierungsgrades der Bevölkerung erörtert. Nachdem der Bericht des Herrn Prof. Lépine und die Mit-

teilungen der Herren Professoren Sven Gard, Orskov, Goffe, Vivel, Geovanardi und Quersin diskutiert worden waren, hat die Versammlung folgende Schlußfolgerungen gezogen:

1. Die Prüfung der amerikanischen Erfahrungen gestattet die Schlußfolgerung, daß die verwendeten antipoliomyelitischen Vaccine einen bemerkenswerten Grad von Wirksamkeit erreicht haben.

2. Das Ergebnis der gesamten Untersuchungen, die auf Grund der amerikanischen Unglücksfälle durchgeführt wurden, berechtigt zu der Schlußfolgerung, daß die ver-

besserte Herstellungstechnik und die verschärften Prüfungsverfahren das Risiko, daß sich solche Unglücksfälle wiederholen, vermindern.

3. Die z. Z. noch beschränkte Erfahrung mit Vaccinen aus mehreren europäischen Laboratorien, scheint dafür zu sprechen, daß sie die größte Garantie für Unschädlichkeit bieten; um für den Grad ihrer Wirksamkeit urteilen zu können, muß man noch gewisse Erfahrungen sammeln.

4. Im augenblicklichen Stadium unserer Erfahrungen scheint die allgemeine Anwendung der Polio-Schutzimpfung ein Problem zu sein, das einmal abhängig ist von der Herstellungsfrage, dann aber auch von den epidemiologischen Verhältnissen in den einzelnen Gegenden.

Was diesen letzten Punkt angeht, so empfiehlt die Versammlung, die laufenden Studien ohne Verzug in den verschiedenen europäischen Ländern fortzusetzen.

5. Trotz der Erkenntnis, daß noch zahlreiche, sehr wichtige Fragen aufgeklärt werden müssen, spricht die Versammlung die Zuversicht aus, daß die vorgeschlagenen und die noch in der Entwicklung befindlichen Schutzimpfungsverfahren einen Weg eröffnen, um der Erkrankung an Poliomyelitis vorzubeugen.“

Nobelpreis für Medizin 1955

Der diesjährige Nobelpreis für Medizin wurde dem Schweden Hugo Theorell, Stockholm, zuerkannt. Dr. Theorell beschäftigte sich hauptsächlich mit Forschungsarbeiten auf dem Gebiete der Enzymforschung; auf ihn gehen auch bestimmte Methoden zurück, den Blutalkoholgehalt festzustellen. In den Jahren 1931—1935 war Theorell im Kaiser-Wilhelm-Institut in Berlin bei dem Nobelpreisträger von 1931, Otto Warburg, tätig. In diesem Jahr ist der Nobelpreis mit einer Summe von 190 212,22 schwedischen Kronen verbunden (etwa 154 000 DM). Am Todestag Alfred Nobels, am 10. Dezember, wird der Forscher aus der Hand des schwedischen Königs den Nobelpreis entgegennehmen.

Der Wissenschaftliche Beirat

des Präsidiums des Deutschen Ärztetages hat in seiner letzten Sitzungen zu mehreren wissenschaftlichen Problemen Stellung genommen, von denen wir nachfolgend drei Stellungnahmen veröffentlichen:

1. Frischzellentherapie

Der Wissenschaftliche Beirat des Präsidiums des Deutschen Ärztetages gibt zum Problem der Frischzellentherapie folgende Stellungnahme ab:

„Die Frischzellentherapie bzw. die sogenannte Frischzellentherapie hat in letzter Zeit weite Verbreitung gefunden. Dabei ist zunächst hervorzuheben, daß im Handel befindliche Trockenzellen weder ‚frisch‘ sind noch Zellen enthalten.

Der Wissenschaftliche Beirat des Präsidiums des Deutschen Ärztetages hat sich in seiner Sitzung am 22. Juni 1955 mit dieser Behandlungsmethode beschäftigt und ist zu folgenden Schlüssen gekommen:

1. Es ist noch höchst unklar und sehr wenig untersucht, welche Wirkungen solche Präparate im gesunden und kranken menschlichen Organismus ausüben. Es ist möglich, wenn auch nicht bewiesen, daß darunter Wirkungen sind, die sich bei Krankheiten einmal günstig auswirken können. Sicher ist, daß Wirkungen auftreten können, die beim Gesunden und Kranken schädlich sind, z. B. Beschleunigung des Tumorwachstums, Auslösung von allergischen Gefäßreaktionen usw.
2. Es ist sicher, daß, namentlich bei der Verwendung von Zellaufschwemmungen, die direkt aus dem Körper von

Schlachttieren entnommen wurden, schwere, unter Umständen tödliche Zwischenfälle, etwa durch Infektionen, auftreten können und aufgetreten sind.

3. Es gibt bisher keine wissenschaftlich gesicherten Indikationen für die „Frischzellen“. Es ist daher notwendig, zunächst einmal mit entsprechender Methodik, z. B. unter Ausschaltung jeder Suggestion, zu untersuchen, ob tatsächlich bei dieser oder jener Krankheitsgruppe günstige Beeinflussungen so häufig auftreten, daß man ihre Anwendung in der Praxis empfehlen kann. Die Abderhaldensche Reaktion ist in keiner Weise geeignet, Diagnosen zu stellen oder gar die Indikation zur Anwendung bestimmter Präparate zu geben.

Zusammenfassend ist also zu sagen, daß es sich bei der „Frischzellentherapie“ um ein noch unerprobtes, nicht ungefährliches Verfahren handelt, dessen allgemeine Anwendung in der Praxis noch nicht empfohlen werden kann. Wendet es der Arzt trotz dieser Warnung an, muß er sich der großen Verantwortung bewußt sein, die er dabei auf sich nimmt.

2. Lanthasolbehandlung

Der Wissenschaftliche Beirat befaßte sich in seiner Sitzung am 22. Juni 1955 mit der Lanthasolbehandlung und nahm dazu wie folgt Stellung:

„Unter der Bezeichnung ‚Lanthasol‘ werden pharmazeutische Zubereitungen von sulfanilsaurem Cerium vertrieben. Sie sind zur Inhalation bestimmt und werden zur Anwendung bei Infektions-, allergischen, Geschwulst-, Alters- und sonstigen Krankheiten, insgesamt bei etwa 40 Indikationen, empfohlen. Dem in diesen Präparaten enthaltenen Cer wird eine Vermittlerrolle beim Sauerstoffaustausch zugeschrieben.

Nach Ansicht des Wissenschaftlichen Beirates des Präsidiums des Deutschen Ärztetages steht der experimentelle Beweis, daß der inhalierte Wirkstoff resorbiert wird, daß er die Sauerstofftransportfunktion des Blutes ändert oder den Gewebstoffwechsel im günstigen Sinne beeinflusst, noch aus. Offenbar erbrachten auch klinische Prüfungen noch keinen Beweis, daß die Lanthasoltherapie wissenschaftlich begründet und erfolgversprechend ist.“

3. Irisdiagnostik

Nach eingehender Beratung gab der Wissenschaftliche Beirat folgende Stellungnahme ab:

„Der Wissenschaftliche Beirat des Präsidiums des Deutschen Ärztetages hat sich eingehend mit der Frage der sogenannten Irisdiagnostik beschäftigt. Von internistischer und ophthalmologischer Seite sind an verschiedenen Stellen vorurteilsfreie Nachprüfungen vorgenommen worden. Der Wissenschaftliche Beirat weist in diesem Zusammenhang auf die vielfach bekannte Tatsache hin, daß zwar Augensymptome oft genug als Hinweis auf Erkrankungen zu werten sind, dagegen können die von den Anhängern und Verfechtern der sogenannten Irisdiagnostik aufgestellten Behauptungen auch neuerdings kritischer Beurteilung nicht standhalten. Der Wissenschaftliche Beirat muß es daher ablehnen, die von den Irisdiagnostikern geübte Methode zur objektiven Feststellung von Krankheiten anzuerkennen; vielmehr empfiehlt er dem Präsidium, die Ärzteschaft vor dem Verfahren zu warnen und auf die von fachkundiger Seite zu erwartenden Publikationen zu verweisen.“

Nachtragshaushalt vom Landtag verabschiedet

Abg. Dr. Rudolf Soenning (CSU) griff, wie schon im Haushaltsausschuß, „das akute Problem des Krankenhaushausnachholbedarfes“ auf. Während von Sonderprogrammen gesprochen werde, bleibe das alte Problem des Kran-



CEFAK
Kempten/Allg.

Cefangipect

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

kenhausnotstandes unerfüllt. Der Haushaltsausschuß habe sich an Stelle des CSU-Antrags auf Einplanung von 800 000 DM für diesen Zweck dazu entschlossen, die Staatsregierung aufzufordern, für den dringenden Krankenhaushausnachholbedarf im Haushaltsplan 1956 im Rahmen eines Gesamtplans einen angemessenen Betrag einzuplanen. Das sei nur als „eine lebenswürdige Geste“ anzusehen. Der Landtag habe schon früher einstimmig den Beschluß gefaßt, die Staatsregierung solle den Zuschuß an notleidende Krankenanstalten im Haushalt 1955 nach Möglichkeit angemessen erhöhen. Der Betrag sei aber nicht nur nicht erhöht worden, die Staatsregierung habe es vielmehr für richtig gehalten, einen Haushaltsansatz für diesen Zweck überhaupt nicht mehr erscheinen zu lassen. Die Arbeitsgemeinschaft der privaten Krankenanstalten habe festgestellt, daß 3000 DM je Bett notwendig seien, um die Krankenhäuser wenigstens einigermaßen den zeitgerechten Ansprüchen anzupassen. Fast auf jedem Ärztetag und jetzt auch von der Gewerkschaft ÖTV werde nach einem Bundeskrankenhausgesetz gerufen. Er bitte, den Betrag von 800 000 DM für den Krankenhaushausnachholbedarf zu genehmigen; denn dieses Problem könne nicht auf die Dauer von einem Jahr zum anderen verschoben werden.

Der Vorentwurf einer Bundesärzteordnung

der vom Bundesinnenministerium ausgearbeitet wurde, wird zur Zeit von den einzelnen Landesärztekammern beraten. In dem Entwurf ist die Schaffung einer Bundesärztekammer als Körpersehaft des öffentlichen Rechts vorgesehen. ID 22/55

Weiterberatung der Änderung des Bayer. Ärztesgesetzes

Der Landtagsausschuß für sozialpolitische Angelegenheiten setzte am 17. November 1955 seine Beratungen fort. Dabei wurde zum Teil für das „Vermittlungsverfahren“ eine Fassung gewählt, die von den ärztlichen Landtagsabgeordneten unter Mitwirkung des Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer erarbeitet worden war.

Die Beratung über das „Berufsgerichtliche Verfahren“ wurde vorerst zurückgestellt. Der Ausschuß ging dann zu dem Abschnitt, der sich mit der „Berufsvertretung der Zahnärzte“ befaßt, über. Die Beratung wird in der nächsten Sitzung des Ausschusses fortgesetzt werden. ID 22/55

Bildung eines Gesundheitsministeriums

Die Bildung eines Bundesgesundheitsministeriums wurde von der Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr auf der soeben beendeten „Woche des Gesundheitswesens“ gefordert. Die Gewerkschaft will nicht nur für eine Besserung der wirtschaftlichen und sozialen Lage der Arbeiter, Angestellten und Beamten eintreten, sondern auch in Fragen der Gesundheitspolitik mitarbeiten. Die bisherige amtliche Gesundheitspolitik habe im wesentlichen versucht, auftretende gesundheitliche Schäden zu bekämpfen oder ihre Bekämpfung zu fördern. Eine nachhaltige Wirksamkeit mußte nach Auffassung der Gewerkschaftler diesen Maßnahmen versagt bleiben, da es an der ausreichenden Exekutivgewalt fehlt. (Sperrung nicht im Original.) Im Vordergrund einer der gegenwärtigen und zukünftigen Erfordernissen entsprechenden Aufgabenstellung müsse die vorbeugende Gesundheitspolitik stehen.

Zentralausschuß für Krebsforschung und Krebsbekämpfung

Neue Richtlinien für die Arbeit des Zentralausschusses für Krebsforschung und Krebsbekämpfung wurden auf einer außerordentlichen Hauptversammlung in Göttingen geplant. Ein wissenschaftlicher Beirat unter Leitung von Prof. Dr. W. Büngeler, Kiel, soll neue Forschungsergebnisse und Behandlungsmethoden prüfen. Ein Unterausschuß wird die Ärzte fortlaufend unterrichten und beraten. Die Herausgabe eines regelmäßig erscheinenden Merkblattes ist beabsichtigt. Unsachlichen Veröffentlichungen in der Presse will man nachdrücklich entgegenzutreten. Ferner möchte man es erreichen, daß Zeitungsartikel nach Möglichkeit vor dem Erscheinen dem Zentralausschuß zur Begutachtung vorgelegt werden.

Wissenschaftlicher Beirat des Deutschen Diabetiker-Bundes

Der Wissenschaftliche Beirat des Deutschen Diabetiker-Bundes warnt die Zuckerkranken, eigenmächtig zu versuchen, die Insulinbehandlung durch Tabletten des neuen Mittels BZ 55 zu ersetzen. Auf einer Zusammenkunft in Bad Homburg, an der im Anschluß an die 18. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen 200 Diabetesärzte teilnahmen, wurde dringend empfohlen, die neuen Wirkstoffe zunächst noch nicht und später nur unter verschärftem Rezeptzwang in den Handel zu bringen. Auch in einer Entschließung, die vom 18. Stoffwechsellkongreß gefaßt wurde, wird betont, daß die Anwendung der unter der vorläufigen Bezeichnung BZ 55 von den Mannheimer Arzneimittelwerken C. F. Boehringer und den Farbwerken Hoechst hergestellten Tabletten nur nach sorgfältiger Auswahl der dafür geeigneten Patienten unter klinischer Beobachtung verantwortet werden könne. Es sei unwahrscheinlich, daß in naher Zukunft ein Teil der Diabetiker ohne Spritze, nur mit Diät und dem neuen Wirkstoff behandelt werden könne. Die Abgrenzung der in Frage kommenden Zuckerkranken sei aber noch nicht mit Genauigkeit gelungen. Auch könne nicht gesagt werden, ob das Mittel über unbegrenzte Zeit verträglich sei. Beim Diabetes jüngerer Menschen bleibe es nach den bisherigen Erfahrungen unwirksam.

Universitätsinstitut für gerichtliche und soziale Medizin

Das neuerrichtete Institut für gerichtliche und soziale Medizin in Würzburg wurde in Anwesenheit von Wissenschaftlern und Vertretern der Justiz durch den Rektor der Universität, Prof. Dr. Schmid, eröffnet. Das Institut zählt zu den modernsten seiner Art in der Bundesrepublik. Leiter des Instituts ist der Dekan der medizinischen Fakultät in Würzburg, Prof. Dr. Saar.

Kuratorium für Sportmedizinische Forschung

In Köln wurde unter der Schirmherrschaft des Deutschen Sportbundes das Kuratorium für die Sportmedizinische Forschung konstituiert, das seine Tätigkeit bereits aufgenommen hat. Damit werden die Bestrebungen des Deutschen Sportärztebundes und die Sportmedizinische Wissenschaft entscheidende Förderung und Unterstützung finden. Beabsichtigt ist, die bisher in der Praxis gewonnenen Erfahrungen wissenschaftlich auszuwerten, die positiven Kräfte des Sportes zu erforschen und sinnvoll zu lenken, aber auch die möglichen Schäden aufzuzeigen und zu lernen, diese zu vermeiden.

Zur 9. Generalversammlung der Weltärzteorganisation in Wien

Aus der Sondernummer der „Österreichischen Ärztzeitung vom September 1955 anlässlich der Generalversammlung der Weltärzteorganisation in Wien, entnehmen wir nachfolgenden Aufsatz einer Rede des Generalsekretärs der Weltärzteorganisation, Dr. Louis Bauer, New York, über das Thema

Die weltweite Organisation der Weltärzteorganisation

„Im September dieses Jahres begann in Wien die Weltärzteorganisation ihr neuntes Jahr im Dienste der Ärzteschaft der Welt. Diese Gesellschaft ist zur weltweiten Organisation geworden, die nicht nur von den Ärzten, sondern auch von staatlichen und internationalen Vereinigungen anerkannt wird.

Es besteht heutzutage ein wachsendes Bedürfnis nach Aufrichtigkeit, gegenseitigem Vertrauen und Einverständnis, nicht nur von Mensch zu Mensch und innerhalb einer Nation, sondern auch auf internationaler Ebene.

Die Ärzte, die sich in der Weltärzteorganisation zusammenschlossen, hatten den entsprechenden Weitblick, um zu erkennen, daß der medizinische Beruf eine Grundlage für gegenseitiges Verständnis, Ehrfurcht und Zusammenarbeit bietet. Sie haben bewiesen, daß es möglich ist, den Fortschritt der medizinischen Wissenschaft zu fördern und die humanitären Ziele der Ärzteschaft durch die Zusammenarbeit in einer Weltorganisation zu erreichen, ohne

irgendeines ihrer nationalen Vorrechte aufzugeben oder den Traditionen ihres Landes zuwiderzuhandeln.

Die Weltärzteorganisation ist eine Organisation der nationalen Ärztesellschaften. Zur Zeit zählen 52 nationale Gesellschaften zu ihren Mitgliedern. Ihre Hauptziele sind die Herstellung einer besseren Verbindung zwischen den Ärzten der Welt, die Schaffung eines Forums, auf dem medizinische Weltprobleme zur Diskussion gelangen, die Weiterleitung von Informationen, die Hebung des Niveaus der Medizin, der medizinischen Ausbildung und der Gesundheit, die Vertretung des ausübenden Berufes bei anderen internationalen Vereinigungen und die Verbesserung internationaler Beziehungen.

Die Gesellschaft wird von einer Generalversammlung geleitet, die sich aus zwei Delegierten jeder Mitgliedsgesellschaft, zwei stellvertretenden Delegierten, Observern von nationalen und internationalen Vereinigungen, den Officern und dem Vorstand zusammensetzt. Die Generalversammlung tritt jährlich zusammen. Auf diese Weise hat jede Mitgliedsgesellschaft, ohne Rücksicht auf ihre Stärke, das gleiche Abstimmungsrecht. Der Vorstand besteht aus den Officern — ein Präsident, ein designierter Präsident und ein Schatzmeister — und elf gewählten Mitgliedern. Der Vorstand tritt zweimal im Jahr zusammen und ist die vollstreckende Körperschaft der Gesellschaft.

Die Gesellschaft steht in Verbindung mit mehreren internationalen Organisationen. Der Hauptsitz ist in New York, ein Verbindungsbüro besteht in Genf.

Obwohl die Weltärzteorganisation im Grunde keine wissenschaftliche Gesellschaft ist, hat sie doch großes Interesse am wissenschaftlichen Fortschritt. Eine wissenschaftliche Konferenz wird jedes Jahr in Verbindung mit der Generalversammlung abgehalten. Zur gleichen Zeit wird eine Sitzung den Problemen des medizinischen Journalismus gewidmet. Die hauptsächliche Tätigkeit der Gesellschaft liegt auf dem Gebiet der medizinischen Ausbildung, der Sozialökonomie und betrifft rein berufliche Probleme.

Die vielleicht größte Leistung der Gesellschaft war es, die Initiatorin der Ersten Weltkonferenz für medizinische Ausbildung gewesen zu sein. Sie wurde in London, im August 1953, abgehalten. Mehr als 600 Teilnehmer aus 62 Ländern waren anwesend, 127 Schulen und Fakultäten waren durch sie vertreten. Die Abhaltung einer zweiten Weltkonferenz ist für das Jahr 1959 in den Vereinigten Staaten geplant. Ein anderes in Schwebeliege befindliches Projekt bezieht sich auf das Studium zur Verbesserung des Berufsgesundheitsdienstes.

Zu den Leistungen der Gesellschaft zählt die moderne Fassung des Hippokratischen Eides, bekannt als die Deklaration von Genf, die Aufstellung eines Internationalen Kodex für ärztliche Ethik, die Zusammenstellung einer Übersicht über medizinische Ausbildung sowohl für Medizinstudenten als auch für Doktoren das unablässige Studium der sozialen Sicherheit, sofern sie die medizinische Praxis berührt, und in Verbindung damit die Aufstellung der zwölf diesbezüglichen Grundsätze, die Lage und Organisation der Ärztesellschaften in den verschiedenen Ländern.

Die Weltärztezeitung erscheint zweimonatlich in den drei zugelassenen Sprachen: Englisch, Französisch und Spanisch. Bei den Generalversammlungen werden gewisse Themen, wie soziale Sicherheit, berufliche Ethik, medizinische Ausbildung usw., ausführlich diskutiert. Es ist klar, daß die medizinischen Probleme auf der ganzen Welt mehr oder weniger die gleichen sind und nur dem Grade nach verschieden sind. Ebenso liegt es auf der Hand, daß die Ärzte der ganzen Welt zum Großteil die gleiche Denkungsart haben.

Obwohl die Weltärzteorganisation erst vor acht Jahren gegründet wurde, hat sie, meiner Meinung nach, mehr zur Hebung des gegenseitigen Vertrauens und des Verständnisses unter den einzelnen der Welt beigetragen als der diplomatische Dienst der Regierungen. Sie hat die Förderung des internationalen guten Willens unterstützt und zweifellos bewiesen, daß, obwohl die 700 000 Ärzte der Gesellschaft viele verschiedene Sprachen sprechen, die Sprache der Medizin überall verstanden wird.“

Vortragsveranstaltungen des Hartmannbundes

Am 23. 11. 1955 hatte der Kreisverband Mittelfranken des Verbandes der Ärzte seine Mitglieder zu einem Vortrags- und Diskussionsabend über Fragen der Sozialreform nach Nürnberg eingeladen, der durch die Anwesenheit des 1. Vorsitzenden, Herrn Dr. Friedrich Thieding, besondere Bedeutung erhielt. Der Referent, Dr. Dr. von Gugel, legte zunächst unter Hinweis auf das Professorenurteil die veränderte Bevölkerungsstruktur dar, aus der sich notwendigerweise ein Umbau des damals angelegten sozialen Versicherungsgebäudes erklärt. Dabei setzte er sich vor allem auseinander mit dem Problem der allgemeinen Volksversorgung einerseits und der immer stärkeren Propagierung von Beratungsstellen. Die anwesende Bundestagsabgeordnete Käthe Strobel (SPD) vertrat die Auffassung, daß es möglich sein müßte, eine alle Teile befriedigende Lösung zu finden. Die Mängel hingen aber mit der Moral des einzelnen zusammen. Daß eine Sozialreform notwendig sei, würde allseits anerkannt. Man sollte jedoch keine Unterscheidung in Hilfs- und Schutzbedürftigen treffen und neue Kategorien schaffen, sondern das Sicherungsstreben der Allgemeinheit berücksichtigen. Die Diskussionsrednerin beauftragte Beratungsstellen, da auch diese von Ärzten geleitet würden. Der Abgeordnete Franz (CSU) begrüßte die Flurbereinigung durch das Bundesarbeitsministerium. Gegen eine Beteiligung an den Krankenhauskosten habe sich seine Partei ausgesprochen, über Arzneikostenbeteiligung würde noch beraten. Der erste Vorsitzende des Verbandes der Ärzte, Herr Dr. Friedrich Thieding, warnte vor einer Überschätzung der Präventiv-Medizin und betonte die Notwendigkeit, diese Aufgaben möglichst in der Hand des freipraktizierenden Arztes zu lassen.

Auch die Kreise Ober- und Niederbayern des Hartmannbundes veranstalteten am 27. 11. 1955 eine Arbeitstagung in Burghausen, auf welcher der Landesvorstand Dr. Dr. von Gugel über Probleme der Sozialreform sprach und vor allem zu den neuen Aufgaben der Prävention und Rehabilitation Stellung nahm.

Bericht über die Tätigkeit des Ausschusses für Angestellte Ärzte

Der Ausschuß für Angestellte Ärzte konstituierte sich, wie auf dem Bayerischen Ärztetag in Passau gewählt, am 9. Juli 1955.

In der 1. Sitzung des Ausschusses für Angestellte Ärzte am 9. Juli 1955 wurde Dr. med. Klaus Dehler, Nürnberg, zum Vorsitzenden gewählt und in geheimer schriftlicher Wahl Dr. med. Siegfried Hickl, Rosenheim, kooptiert.

Die Bayerische Landesärztekammer wurde gebeten, sich an die Prüfungssekretäre der drei bayerischen Landesuniversitäten zu wenden, um die Anschriften der Medizinstudenten zu erbitten, die sich jeweils für das Staatsexamen anmelden, um diesen zukünftigen Kollegen eine Sammlung des bayerischen Arztrechts, eine Übersicht über die bestehenden ärztlichen Organisationen und deren Aufgaben sowie die Berufsordnung zu übermitteln.

Der Ausschuß befaßte sich weiterhin mit dem sogenannten mittelbaren Arbeitsverhältnis mit den Krankenhauskostenträgern, die unter Umgehung tariflicher Bestimmungen die ärztliche Leistung zu unterbewerten versuchen. Die Kammer wurde gebeten, ein entsprechendes Gutachten auszuarbeiten, um dieses Problem gesetzlich anzugehen.

In einer längeren Diskussion wurde die Frage der Limitierung der Assistenzarztverträge behandelt und abschließend der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer gebeten, mit dem Kultusministerium Verbindung aufzunehmen, um die Verlängerung einer gewissen Zahl von Planstelleninhabern über das 4. Beschäftigungsjahr hinaus zu erreichen.

In der 2. Sitzung des Ausschusses für Angestellte Ärzte am 8. Oktober 1955 wurde eingehend unter Hinzuziehung von Regierungsrat Dr. Luber und Assessor Paul das Problem der Einfügung der Angestellten Ärzte in die Bayerische Ärzteversorgung behandelt. Grundsätzlich wurde festgestellt, daß es Ziel sei, daß alle approbierten Ärzte, d. h. auch die Assistenzärzte zur Pflichtmitgliedschaft bei der Ärzteversorgung herangezogen werden. Voraussetzung dazu wäre eine Satzungs-

änderung durch den Landesausschuß der Bayerischen Ärzteversorgung, die wiederum durch Verhandlungen mit dem bayerischen Arbeitsministerium, mit dem Innenministerium und der Bundesanstalt für Angestelltenversicherung die grundsätzliche Freistellung des bei der Ärzteversorgung versicherten Arztes von der Angestelltenversicherung, die gegenseitige Anerkennung der in verschiedenen Ländern bestehenden Ärzteversorgungen und die Rückzahlung evtl. für die Angestelltenversicherung geleisteter Beiträge zur Vorbedingung hat.

Die Bayerische Landesärztekammer wurde gebeten, entsprechende Schritte zu ergreifen. Weiter wurde der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer gebeten, sich in seiner nächsten Sitzung eingehend mit der Frage — Arzt und Wehrmacht — zu befassen. In weiterer ausgiebiger Diskussion wurden die grundsätzlichen Richtlinien für einen Mustervertrag für Angestellte Ärzte und Vertreter bei freipraktizierenden Ärzten und ein Gebührenvorschlag für kurzfristige Vertretungen erarbeitet.

In der 3. Sitzung des Ausschusses für Angestellte Ärzte am 19. November 1955 wurde der Mustervertrag für Assistenzärzte bei freipraktizierenden Ärzten in der nochmals überarbeiteten Fassung verabschiedet und diesem eine umfassende, der Unterrichtung sowohl der Assistenzärzte als auch der ärztlichen Arbeitgeber dienende Anmerkung hinzugefügt. Gleichfalls wurden die Richtlinien für Vertretergebühren endgültig fertiggestellt und beide Richtlinienvorschläge dem Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer zur weiteren Bearbeitung und Verbescheidung übergeben.

Der Ausschuß beschäftigte sich weiter eingehend mit der neuen Bundeszulassungsordnung und brachte in einer 5 Punkte umfassenden Resolution seine Meinung insbesondere zu dem Problem einer als Assistent oder Vertreter zur Erreichung der Kassenzulassung abzuleistenden Vorbereitungszeit zum Ausdruck. Auch hierzu wurde der Gesamtvorstand der Bayerischen Landesärztekammer zu einer Beschluffassung in seiner nächsten Sitzung gebeten.

Dr. Dehler, Vorsitzender
des Ausschusses für Angestellte Ärzte

48-Stunden-Woche für Angestellte Ärzte

Der „Marburger Bund“, Landesverband Bayern, teilt mit: „Der vor drei Jahren für die Angestellten Ärzte abgeschlossene Tarifvertrag hat nach allgemeiner Ansicht keine befriedigenden Verhältnisse der ärztlichen Besetzung der Krankenanstalten gebracht. Seit mehreren Wochen standen, nach Kündigung dieses Tarifvertrages, der Verband der Angestellten Ärzte Deutschlands (Marburger Bund) und die Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr mit dem Ziel der Formulierung eines neuen Tarifvertragsvorschlages in Verhandlung. Dieser wurde nunmehr dem Landesarbeitgeberverband bayerischer Gemeinden zugeleitet.

Um zum Vorteil der betreuten Kranken die ständige Überbelastung der Ärzte zu beenden und den Ärzten ausreichende Gelegenheit zur eigenen Fortbildung zu geben, verlangen diese Verbände für die angestellten Krankenhausärzte die Beschränkung der wöchentlichen Arbeitszeit auf 48 Stunden. Alle in den Krankenanstalten benötigten Ärzte sollen künftig nach der Eingangsstufe des Angestellten mit Hochschulbildung bezahlt werden. Durch einen verbesserten Bettenschlüssel soll die ärztliche Betreuung der Kranken intensiviert werden.

ID 22/55

48-Stunden-Woche für staatliche Krankenpfleger?

Bei einer Gegenstimme wurde der Antrag Dr. Eberhardt/Dr. Dehler (FDP) u. Frakt. auf Verbesserung der sozialen Verhältnisse in staatlichen Krankenanstalten vom Bayerischen Landtag am 23. November 1955 in der Fassung angenommen, daß die Staatsregierung nach Fühlungnahme mit dem Landesgesundheitsrat einen Plan über die Einführung der 48-Stunden-Woche für die in staatlichen Krankenanstalten tätigen Pflegekräfte sowie über die Besserung ihrer sozialen Verhältnisse im Interesse eines ausreichenden Nachwuchsangebotes vorlegen soll. (Bayer. Landtagsdienst, 23. Nov. 1955, Nr. 60.)

ID 22/55

Fachtagung über medizinische Dokumentation

Auf Einladung des Deutschen Medizinischen Informationsdienstes wird sich Mitte November dieses Jahres in

Bad Godesberg ein kleiner Expertenkreis mit aktuellen Fragen der medizinischen Dokumentation befassen. Dabei sollen die Interessen der Benutzer von Bibliotheken und Dokumentationsstellen besondere Berücksichtigung erfahren.

DMI

Expertensitzung über „Blendschutz im Verkehr“

Auf Einladung des Deutschen Informationsdienstes und der Redaktion des neuen Zentralblattes für Verkehrsmedizin, Bad Godesberg, fand am 21. Oktober dieses Jahres in der Bonner Universitätsaugenklinik ein Colloquium über den gegenwärtigen Stand der Blendung im Verkehr statt.

An der Sitzung nahmen u. a. teil: Prof. Müller, Dr. Best und Dr. Meyer-Schwickerath (Bonn), Prof. Ranke (Erlangen), Prof. Jaeger (Aachen), Ing. Kazenmaier (Fa. Bosch, Stuttgart), Dr. Ganter und Dr. Fuchs (Essen) sowie Dr. Bosse vom Bundesverkehrsministerium.

Über das Ergebnis der Sitzung wird in Kürze im Zentralblatt für Verkehrsmedizin ausführlich berichtet werden.

DMI

Für die Versorgung der bayerischen Ärzte und ihrer Hinterbliebenen

Ist durch die am 1. Oktober 1923 durch Gesetz geschaffene Bayer. Ärzteversorgung, die seither wiederholt verbessert wurde, Vorsorge getroffen. Dabei ist es den Ärzten möglich, den Grundbeitrag bis zu einer bestimmten Höhe zu steigern und so die Ansprüche entsprechend zu erhöhen.

Da in der letzten Zeit bei den Ärzten für den Abschluß von Versicherungen mit bestimmten Privatgesellschaften geworben wird, werden die Ärztlichen Bezirksvereine gebeten, ihre Mitglieder eindringlich vor einer Zersplitterung ihrer finanziellen Leistungen für diesen Zweck zu warnen. Es sei auf die über drei Jahrzehnte bewährte Tätigkeit der Bayerischen Ärzteversorgung hingewiesen, die für ihr Institut nach der Währungsumstellung im Gegensatz zu anderen der Versorgung dienenden Einrichtungen eine Umstellung von 1:1 durchsetzen konnte.

ID 22/55

Freiwillige Versicherung der Ärzte gegen Berufskrankheit und Berufsunfall bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege

Der 8. Bayerische Ärztetag 1955 in Passau billigte die von Präsident Dr. Sewering gelegentlich der Beratung über die Prämienzahlung an die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege für das Praxispersonal vorgetragene Anregung, die Ärzte Bayerns auf die besonders günstigen Leistungen dieses Versicherungsträgers bei einer freiwilligen Versicherung der Ärzte gegen Berufskrankheit und -unfall hinzuweisen. Gleichzeitig wurde die Geschäftsführung der Bayerischen Landesärztekammer beauftragt, die Möglichkeit einer Ermäßigung der Prämien für eine solche Versicherung im Falle einer Gruppenversicherung zu prüfen.

Die daraufhin mit der Berufsgenossenschaft geführten Verhandlungen ergaben nun, daß die hierfür geltenden Versicherungsbedingungen eine Ermäßigung der für die jeweilige Versicherungssumme festgesetzten Prämie im vorgenannten Falle nicht zulassen. Die Berufsgenossenschaft ist nach Verlust ihrer Rücklagen durch die Währungsumstellung auf Grund der günstigen Entwicklung dieses Versicherungszweiges durch eine laufende Zunahme der Mitgliederzahl erst seit etwa 1952 in der Lage, wieder Rücklagen zu machen, um die vorgeschriebene Höhe des Deckungskapitals zu erreichen. Dieses Ziel dürfte, eine gleichbleibende Entwicklung vorausgesetzt, jedoch erst in einigen Jahren erreicht werden. Erst dann wird, falls die günstige Entwicklung der Mitgliederzahl anhält, der Frage einer Ermäßigung der Prämien seitens des Versicherungsträgers nähergetreten werden können.

ID 22/55

Fahrlässige Verletzung der Sorgfaltspflicht

Der Bundesgerichtshof in Karlsruhe hat in einem Urteil (VI ZR 15/54) entschieden, daß ein Arzt, der einen Gipsverband angelegt hat, stündlich kontrollieren muß, ob der Verband nicht zu fest sitzt und nicht Durchblutungsstörungen oder Nervenschädigungen hervorruft.

HOMBURG



TREUPEL

Tabletten zu 1 g und 0,5 g
Suppositorien für Erwachsene, Kinder und Säuglinge

TRANSPULMIN

Ampullen zu 1 ccm und 2 ccm
Suppositorien für Erwachsene und Kinder

Percutan:

TRANSPULMIN-BALSAM

Zur Aerosol- und Inhalationstherapie:

TRANSPULMIN-EPHEDRIN



CHOL- KUGELETTEN

Gegen
Erkrankungen des
Leber-Galle-Systems

Zus: Dimethylaminoethanol-Benziläuroester-Chlorhydrat (Labotropin, Wz. Labopharma) 0,002 g; 6,7-Dioethoxy-1-[3,4-dioethoxy-benzyl]-isochinolin 0,01 g; Ol. Ment. pip. 0,025 g; Extr. Chelidon. sic. 0,02 g; 1,4-Dimethyl-7-Isopropylazulen 25%ig. 0,001 g; 3,6-Diaminomethylacridinchlorid 0,003 g; Nehr. cholinic. 0,125 g; Curcumin 0,02 g; Podophyll. 0,002 g; Dicytyldioxy-phenylacetin 0,002 g; Extr. Aloe sic. 0,03 g; Coenz. 0,032 g.

Preisniedrig
Klein-P., Inh. 30 St.,
nur DM 1.55 o. U.

DOLORGIET



BADGOESBERG

***Acridinspray**

BEI AKUT
NASSENDEN
EKZEMEN

DERMAETHYL-A*



CHEM.-PHARM. FABRIK G. M. B. H. ISERLOHN/WESTF.



HEILSTÄTTEN · BÄDER · KURORTE

Privatklinik

Dr. C. Ph. Schmidt

für Nerven- und Gemütskranke.

Neuzeitl. Diagnostik u. Therapie, Elektroschock, Anoxie, Dauerschlaf, Psychotherapie, Mastkuren etc.

München 15, Pettenkoferstr. 52
Telefon 5 19 02

Herzoghöhe Bayreuth

Privatklinik für Innere Krankheiten, Nerven- u. Gemütsleiden.
Klinische Diagnostik und Therapie

Diätetik-, Fasten- und Mastkuren (Diabeteseinstellung),
Nervenzpunkt-, Bindegewebs- und Perioströmagen, Kurzwellen-,
Ultraschall-, Überwärmungsbehandlung, Heilanästhesie u. Blok-
kadetherapie. Moderne Arzneitherapie, Entziehungskuren und
Psychotherapie, Elektroschocktherapie, Fiebertkuren

Leitung: Ordentl. Professur Dr. KURT GUTZEIT

Kurbetrieb ganzjährig

BAD STEBEN

Bedeutendes Radiumbad



Radium
Moor
Eisenerz

Eisenhaltige, kohlen-saurer
Radium- und Moorbäder,
Eisen- und Lithiumtrinkkuren
Hallen- und Moorbäder; Herz- und
Kreislauf - Rheuma - Gicht -
Ischias - Narven - Frauenleiden -
Schilddrüse - Leiden der
ableitenden Harnwege.

Auskunft und Werbeprospekt:
Kurbewaltung, Bad Steben i. Francon.

BAYERISCHES STAATSBAD

Frankenwald-Sanatorium

Wirsberg/Bayern

Offene Privatnervenklinik

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

Leit. Arzt: Dr. H. J. Welland - Tel. Neuanmarkt 5



Mittelberg/Ostallgäu 1036

Pension Eckstein

fließ., warmes u. kaltes Wasser,
Zentralheiz., frei gelegen, Süd-
balkonzimmer, Pension DM 9.-,
Prosp. Behandlung in nächstge-
legener Kinderheilstätte möglich
(neueste Apparate). Radiumbäder.

Sanatorium ST. BLASIEN

südlicher Schwarzwald - 800 m ü. d. M.

Deutschlands höchstgeleg. Privathellanstalt

für Lungenkranke

und andere Formen der Tuberkulose
alle neuzeitlichen Behandlungsmethoden
inschl. großer Thorax-Chirurgie

Chefarzt: Obermedizinalrat Dr. Fritz BRECKE



In allen Fragen der

Bäder- u. Heilstätten- Werbung

berät Sie

CARL GABLER

WERBEGESellschaft M B H.

München I, Theatinerstr. 8, Ruf 2 86 86

Heilanzeigen deutscher Bäder, Kurorte und Sanatorien

Abbach (372 m). Schwefelhaltige Quelle gegen Rheuma, Frauen-
leiden, Nerveneutzündungen, Hautkrankheiten.

Ebenhausen bei München. Sanatorium Ebenhausen, klinische
Anstalt für innere Krankheiten, speziell Herz-Kreislauf-
krankheiten. Psychotherapie. Chefarzt Dr. Stark.

Rottach-Egerer am Tegernsee, Ringbergklinik

Telefon Tegernsee 43 41 - 60 Betten

Private Spezialklinik für biol. interne Tumorthherapie und
zur Behandlung chronischer Krankheiten.

Chefarzt: Dr. Issels.

Interne Nachbehandlung nach Op. n. Bestr. Primär inkurable
Tumoren. Lymphogranulomatose, Leukämie.

NEUROLOGISCHE ABTEILUNG

Karhelm Ludwigsbad

Bad Aibling/Oberb.

Neurologische und psychiatrische

Indikationen

Medikamentöse, diätetische,

physikalische Therapie, Bäder,

Massegen, Entziehungskuren,

Psychotherapie.

Leitender Arzt:

Dr. Eiseauer,

Facharzt für Neurologie und

Psychiatrie.



KREWEL-WERKE
Eitorf b. Köln

EUSEDON

Neurosedativum

Einem achtjährigen Mädchen wurde von einem Krankenhausarzt ein Gipsverband wegen eines Oberarmbruchs angelegt. Der Arm wurde mangelhaft durchblutet und unzureichend ernährt und blieb steif (ischämische Kontraktur). Der Arzt wurde in dem Urteil einer fahrlässigen Verletzung seiner Sorgfaltspflicht beschuldigt. Das Sachverständigengutachten hatte die Unterlassung der stündlichen Kontrolle als Kunstfehler bezeichnet.

Nachuntersuchungen bei Schwerbeschädigten des ersten Weltkrieges

Auf Anordnung des bayerischen Arbeitsministers Dr. Walter Stain dürfen in Bayern Schwerbeschädigte des ersten Weltkrieges nur noch mit Genehmigung des Ministeriums nachuntersucht werden. In letzter Zeit waren zahlreiche Klagen über unnötige Nachuntersuchungen erhoben worden. Zur grundsätzlichen Einstellung der Nachuntersuchung bedarf es jedoch noch einer bundesgesetzlichen Regelung.

Ehemalige Frontärzte tagten

Mit den medizinischen Spätfolgen der Kriegsgefangenschaft, der gesundheitlichen Rehabilitation und Readaption befaßte sich eine internationale Kommission ehemaliger Frontärzte, die in Kriegsgefangenschaft waren, vor kurzem in Paris im Rahmen des 1. Internationalen Kongresses der Verbände ehemaliger Kriegsgefangener. Das Präsidium führte Dr. Houssa (Belgien). Als Delegierte des Deutschen Heimkehrerverbandes (VdH) nahmen die Internisten Dr. Burgmann (Bad Godesberg) und Dr. Gursky (Langenberg/Rhld.) teil. Für das Jahr 1956 wird ein entsprechender internationaler Ärztekongreß vorbereitet.

DMI

Die Verluste des Sanitätskorps

Zahlen über die Verluste an Ärzten und Sanitätspersonal während des Krieges wurden nunmehr veröffentlicht. Es ist wahrscheinlich nur wenigen bekannt, daß in den ersten sechs Monaten des Rußlandkrieges das Sanitätspersonal der Truppe einschließlich der Sanitätsoffiziere und Sanitätsunteroffiziere und -mannschaften mit 12,5% an Gefallenen an der Spitze aller Waffengattungen stand. Es folgen die Infanterie mit 12,4%, die Aufklärungsabteilungen mit 10,6%, die Pioniere mit 7,8%, die Panzerjäger mit 7,1%, die Panzertruppe mit 6,5%, die Artillerie mit 3,2% und schließlich die Nachrichtentruppe mit 1,9%. Bei den Meldungen über die Verwundeten stand das Sanitätspersonal mit 33,1% hinter der Infanterie, bei der 40,1% als verwundet gemeldet wurden.

Von Kriegsbeginn bis zum 31. 1. 1945 sind beim Feldheer insgesamt 1777 Ärzte gefallen oder nach der Verwundung gestorben. Nicht unerheblich ist auch die Zahl der Ärzte, die in Seuchenlazaretten tätig waren, an Fleckfieber erkrankten und an den Folgen dieser Krankheit starben. Die Opfer, die die Ärzteschaft brachte, sollten nicht der Vergessenheit anheimfallen.

DMI

Selbständiger Amtschef für das Sanitätswesen gefordert

Der Präsident der Bundesärztekammer und des deutschen Ärztetages, Prof. Dr. Hans Neuffer, traf am Dienstag, den 25. Oktober 1955, in Bonn mit Staatssekretär Rust vom Bundesministerium für Verteidigung zu einer Unterredung über die Gestaltung des Sanitätswesens in den künftigen deutschen Streitkräften zusammen. Prof. Dr. Neuffer wies nochmals mit Nachdruck auf die der Bundesregierung und dem Bundestag bereits früher zu dieser Frage übergebene Stellungnahme der Ärzteschaft

und auf die vom 58. Deutschen Ärztetag in Baden-Baden hierzu gefaßte Entschließung hin.

Die vom 58. Deutschen Ärztetag in Baden-Baden einstimmig gefaßte Entschließung fordert beim organisatorischen Aufbau der künftigen deutschen Streitkräfte dem Sanitätswesen die seiner Wichtigkeit für Gesundheit und Leben der deutschen Soldaten und des deutschen Volkes entsprechende Stellung zu geben.

Nach Auffassung der Ärzteschaft muß die Auswahl der aktiven Ärzte der Streitkräfte nach dem Grundsatz erfolgen, daß nur ein guter Arzt auch ein guter Sanitäts-offizier sein kann. Die Auswahl und Einstellung der Ärzte in den aktiven Dienst darf daher grundsätzlich erst nach vollständig erteilter Approbation erfolgen. Die Wiedereinrichtung einer besonderen militärärztlichen Akademie für den Nachwuchs der aktiven Sanitäts-offiziere wird mit Nachdruck abgelehnt. Die Durchführung des Sanitätsdienstes durch einen Teil von Ärzten im Offiziersstatus und einen anderen Teil im Beamtenstatus würde den Bedürfnissen und Gegebenheiten der Praxis nicht gerecht.

Die Ärzteschaft fordert ferner, die stationäre Behandlung der Soldaten so zivil wie möglich durchzuführen, da die Erkrankung in erster Linie ein persönliches Schicksal und kein militärisches Ereignis ist. Es steht daher der stationären ärztlichen Behandlung von Angehörigen der Streitkräfte in zivilen Krankenhäusern nichts entgegen. Besondere Lazarette sollten nach Ansicht der Ärzteschaft nur im militärisch unbedingt notwendigen und unerläßlichen Umfang errichtet werden.

Nach Auffassung der Ärzteschaft ist es unerläßlich, daß ein selbständiger Amtschef für das Sanitätswesen mit ausreichendem Mitarbeiterstab ernannt wird. Dieser müßte den Leitern von Heer, Marine und Luftwaffe gleichgestellt sein und das unmittelbare Vortragsrecht beim Verteidigungsminister haben. Abschließend fordert die Entschließung des Ärztetages, daß noch vor Erlass des Organisationsgesetzes im Verteidigungsministerium umgehend die bisher nur mit Gutachtern ausgestattete Planungsabteilung für das Sanitätswesen mit dem kommenden Sanitätschef als verantwortlichem Leiter besetzt wird.

API

Preisausschreiben über Alternsprobleme

Ein Preisausschreiben über Alternsprobleme wird von der Ciba Foundation in London W 1, 41 Portland Place, für 1955/56 veranstaltet. Es werden fünf Preise von etwa 300 Pfund vergeben. Die Arbeiten können in der Muttersprache des Autors abgefaßt sein, müssen aber eine englische Zusammenfassung von höchstens 3% der Länge des Manuskriptes enthalten und sind bis zum 10. Februar 1956 bei der Ciba Foundation einzureichen. Die Arbeiten dürfen nicht vor dem 31. Juli dieses Jahres veröffentlicht worden sein. Die Preisverteilung wird ein internationales Kollodium führender Gerontologen durchführen.

Von-Langenbeck-Preis 1956 der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

Der von-Langenbeck-Preis wird im Jahre 1956 erneut vergeben. Er wurde von der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie geschaffen und dient der Förderung des deutschen chirurgischen Nachwuchses. Als Preis wird eine Urkunde ausgestellt sowie eine Prämie von 3000.— DM gezahlt. Zur Bewerbung um diesen Preis sind Arbeiten aus den Kalenderjahren 1954 und 1955 in wenigstens zwei Exemplaren baldmöglichst einzureichen an Prof. Rudolf Zenken, Direktor der Chirurgischen Universitäts-

20 Kapseln DM 3,75 o. U.
Tube mit ca. 40 g Paste DM 3,90 o. U.

Zur
umfassenden Vitaminversorgung
in der sonnenarmen Jahreszeit

Multibionta

Literatur- und Musterabgabe:
E. Merk AG - Abteilung München
(13 b) München 2 · Alfonsstraße 1 · Telefon 6 12 92

klinik, Marburg (Lahn), Robert-Koch-Straße 8, und dabei als Preisarbeit besonders kenntlich zu machen. Fristablauf: 8. Januar 1956. Die eingereichten Arbeiten oder Bücher gehen in das Eigentum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie über und werden in ihrem Archiv aufbewahrt. Das Preisrichterkollegium setzt sich aus fünf Mitgliedern zusammen. Von diesen werden drei aus den Reihen der Ausschußmitglieder und zwei aus dem Plenum vom Präsidenten namhaft gemacht und in der Generalversammlung vorgeschlagen. Der Preis kann geteilt werden. Bereits mit Preisen — auch von anderer Stelle — ausgezeichnete Arbeiten können nicht eingereicht werden. Es wird erwartet, daß auch die äußere Form der eingereichten Arbeiten der Würde des von Langenbeck-Preises angepaßt ist; vorläufige Mitteilungen, Ankündigungen und Veröffentlichungen von Teilergebnissen oder dergleichen sind daher von der Beurteilung ausgeschlossen. Die Bekanntgabe des Preisträgers geschieht jeweils am ersten Sitzungstag der alljährlichen Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie durch den Herrn Präsidenten vor dem Beginn des wissenschaftlichen Teiles des Kongresses.

MKL 47/55

Unterstützung bei wissenschaftlichen Reisen in den USA durch die „Carl Schurz Memorial Foundation Inc.“

Die „Carl Schurz Memorial Foundation Inc.“ hat den Mitgliedern westdeutscher Universitäten und Hochschulen Unterstützung bei wissenschaftlichen Reisen in den USA zugesagt. Sie hat sich bereit erklärt, bei der Ausarbeitung des Reiseweges, beim Anknüpfen neuer Beziehungen, bei der Verfolgung wissenschaftlicher Arbeit mit Rat und Tat zur Seite zu stehen. Diese Stiftung wurde 1930 gegründet und verfolgt zwei Ziele: Förderung kultureller Beziehungen zwischen den Vereinigten Staaten und den deutschsprechenden Ländern Europas und Pflege des Verständnisses beim amerikanischen Volk für den Anteil der Amerikaner deutscher Abstammung an der geistigen und wirtschaftlichen Entwicklung Amerikas.

Vereinigung ehemaliger deutscher Studenten in Amerika

In den Vereinigten Staaten besteht seit 50 Jahren die Vereinigung ehemaliger deutscher Studenten in Amerika. Vorsitzender ist Dr. W. Philipp von Sielentz, 6 Gateway Drive, Great Neck, Long Island, N. Y. Die Vereinigung umfaßt in der Hauptsache drüben geborene Amerikaner deutscher Abstammung, die in Deutschland studiert haben; daneben sind unter den Mitgliedern auch Persönlichkeiten nichtdeutscher Abstammung sowie in Deutschland geborene Amerikaner.

Die Vereinigung veranstaltet regelmäßig Vorträge für ihre Mitglieder, die ein gewisses Bildungsniveau voraussetzen. Sie hat uns gebeten, darauf hinzuwirken, daß, wie vor dem letzten Kriege, so auch künftig wieder Besucher aus Deutschland, die geeignet wären, solche Vorträge zu halten, auf die Vereinigung hingewiesen werden. Die Vereinigung hat Ortsgruppen in St. Louis (Vorsitzender Dr. J. A. Bertsch) und in Chicago (Vorsitzender Dr. Ralph Brucker).

Ausgaben der Bundesrepublik für Schulen, Krankenhäuser und Verwaltungsgebäude

Die deutsche Ärzteschaft drückt in einem Bericht ihre Sorge darüber aus, daß die Bundesländer von 1948 bis 1953 für Krankenhäuser weniger als 38,5% der Summe ausgeben hätten, die sie für Investitionen an Verwaltungsgebäuden aufwendeten. Die Ärzteschaft bezieht sich dabei auf offizielle Angaben des Bundesfinanzministeriums. Eine von der Ärzteschaft geführte Statistik über die Aufschlüsselung der Aufwendungen für Schulen, Krankenhäuser und Verwaltungsgebäude sieht so aus (in %):

Jahr:	Schulen:	Krankenhäuser:	Verwaltungsgebäude:
1949	2,3	1,6	5,8
1950	3,3	1,6	3,4
1951	2,7	1,3	3,0
1952	3,2	0,9	3,2
1953	5,7	1,5	2,9

Die Kurve zeigt, im ganzen gesehen, fallende Tendenz. Den Anteil von 1,6% an den Gesamtinvestitionen 1949 und 1950, so gering er an sich gewesen sei, habe man in den folgenden Jahren nicht wieder erreicht.

MKL 47/55

Rechnungsabschluß 1954 der Krankenkassen der sozialen Krankenversicherung

Nach dem vorläufigen Ergebnis des Rechnungsabschlusses haben die Krankenkassen der sozialen Krankenversicherung 1954 einen Überschuß der Reineinnahmen in Höhe von 172,8 Millionen DM erzielt, gegenüber nur 91,0 Millionen DM im Vorjahr. Dabei verzeichneten alle Kassenarten ein positives Rechnungsergebnis. Nur in der Krankenversicherung der Rentner ergab sich ein Defizit in Höhe von 66,7 Millionen DM. Die Reinausgaben in der sozialen Krankenversicherung betragen 3,86 Milliarden DM und waren um 6,7% höher als 1953. Die Zunahme ging erheblich über den Zuwachs an Mitgliedern hinaus. Die Ausgaben für Krankenhilfe in der allgemeinen Krankenversicherung beliefen sich auf 2,82 Milliarden DM. 1953 wurden für den gleichen Zweck 2,65 Milliarden DM aufgebracht. Dabei haben sich die Ausgaben für Sachleistungen, die fast dreiviertel der Kosten ausmachen, um rund 8%, die Barleistungen dagegen um nur 0,9% erhöht.

Arzneimittelverbrauch fast unverändert

Gegenüber dem Jahre 1954 hat sich der Arzneimittelverbrauch der gesetzlichen Krankenversicherung nur um 7 Pf. erhöht. Wie von seiten der Apothekerschaft hierzu festgestellt wird, sind damit die Behauptungen, daß der Arzneimittelverbrauch unentwegt steige und die Wirtschaftlichkeit der Krankenversicherung gefährde, eindeutig widerlegt.

Sozialärzte und ärztliche Praxis

In Baden-Württemberg ist es zu einem Rechtsstreit zwischen Ärzten des Versorgungswesens und dem Arbeitsministerium gekommen. Zu dem Prozeß vor dem Arbeitsgericht kam es, nachdem das Arbeitsministerium das Dienstverhältnis seiner Versorgungsärzte aufgelöst hat, um durch eine Änderung des Angestelltenvertrages eine privatärztliche Tätigkeit dieser Ärzte einzuschränken, die ihnen vorher vertraglich zugestanden war. Das Arbeitsministerium hat nun in einer grundsätzlichen Stellung dargetan, daß die Frage entschieden werden müßte, ob beamtete oder angestellte Ärzte eine Privatpraxis ausüben dürfen. Die Ärzte, die im Gutachterwesens und in der Betreuung der Kriegsbeschädigten tätig seien, hätten eine besonders verantwortungsvolle Tätigkeit, die die ganze Arbeitszeit dieser Ärzte beanspruchen könne, für die sie auch voll bezahlt würden. Gerade im Interesse der Versorgungsberechtigten könne eine generelle Sonderregelung für beamtete und angestellte Ärzte, die auch andere Beamte und Angestellte nicht haben können, kaum in Frage kommen. Demgegenüber betonen die klagenden Ärzte, daß eine rein gutachtliche Tätigkeit den Kontakt zum leidenden Menschen über die Praxis erschwere und sie Gefahr laufen, „Gutachtermaschinen“ zu werden. Die Ärzte stehen auf dem Standpunkt, der sehr ernst genommen werden sollte, daß die Verbindung mit der praktisch-ärztlichen Tätigkeit notwendig sei, um auch den „Gutachterfall“ jeweils nach dem neuesten Stand ärztlicher Erkenntnis betreuen und ihm in einem Gutachten gerecht werden zu können. Dem Arbeitsministerium hinwieder muß zugute gehalten werden, daß es ein berechtigtes Interesse daran hat, den Umfang und den Zweck der nebenamtlichen praktisch-ärztlichen Tätigkeit seiner Ärzte zu kennen.

(„Soz. Med. Pressedienst“ X/18)

Gegen Gewerbefreiheit für Apotheken

Bonn (ÄPI) — Die Einführung der Gewerbefreiheit für Apotheken wird von der Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern) abgelehnt. Die Bundesärztekammer hält auch weiterhin eine echte Beschränkung der Zahl der Apotheken durch staatliche Konzessionierung für notwendig. Sie ist der Auffassung, daß bei der gesetzlichen Regelung des Apothekenwesens

diejenigen Prinzipien den Vorrang vor rein wirtschaftlichen Erwägungen haben sollten, die eine ordnungsgemäße Arzneiversorgung der Bevölkerung auch in Zukunft zu gewährleisten vermögen.

In der Stellungnahme der Bundesärztekammer zu der bevorstehenden Verabschiedung eines Gesetzes über das Apothekenwesen heißt es wörtlich:

„Nach unserer Auffassung erfreut sich das deutsche Apothekenwesen seit Jahrhunderten eines großen Ansehens. Die deutsche Apotheke galt und gilt heute noch bei den Ärzten als vorbildliche und zuverlässige Stätte für die Arzneiversorgung der Bevölkerung. Der Arzt bedarf für die Ausübung der Heilkunde einer Apotheke, von der er weiß, daß sie die für seinen Kranken gegebene Arzneiverordnung überall zuverlässig und in gleicher Qualität ausführt. Die strenge Beachtung der gesetzlichen Vorschriften über die Anfertigung und Abgabe von Arzneimitteln kann nach unserer Ansicht nicht nur durch Betriebsvorschriften erreicht werden, sondern ist dadurch sicherzustellen, daß die Apotheken durch staatliche Konzessionierung und Beschränkung ihrer Zahl und durch gleichmäßige Verteilung über Stadt und Land sich nur ihrer Aufgabe, Arzneien anzufertigen und abzugeben, widmen können.

Wir halten daher auch weiterhin eine echte Beschränkung der Zahl der Apotheken durch staatliche Konzessionierung für notwendig und lehnen die Einführung der Gewerbefreiheit für Apotheken ab. Wir glauben, daß bei der gesetzlichen Regelung des Apothekenwesens die oben genannten Prinzipien den Vorrang vor rein wirtschaftlichen Erwägungen haben sollten, um die ordnungsgemäße Arzneiversorgung unserer Bevölkerung auch in Zukunft sicherzustellen.“

Einbeziehung in das Kartellgesetz

Bonn (ÄPI) — Der Bundesverband der freien Berufe verwarf sich nachdrücklich gegen die Einbeziehung der freien Berufe in das Kartellgesetz. Er sprach sich für die Belbehaltung der seit langem vorgesehenen Grundsatzbestimmung aus, das Kartellgesetz auf gewerbliche Leistungen zu begrenzen. Eine von bestimmten Kreisen etwa beabsichtigte weitergehende Fassung könnte dazu führen, das gesamte Berufs- und Gebührenrecht der freien Berufe, bei denen keine Marktabsprachen, keine Selbstkostenrechnung und Preiskalkulation, keine Reklame und kein wirtschaftlicher Wettbewerb bestehen, einer kartellrechtlichen Kontrolle zu unterwerfen.

Die Presse im Kampf um die Volksgesundheit

Im Schatten der für die medizinische und therapeutische Versorgung der Menschen Wirkenden lebt die zwielichtige Welt der Geschäftemacher, die in oft skrupelloser Weise durch weitverzweigte Vertreterorganisationen mit den Mitteln der Überredung, dem Appell an die Angst und die Sorge, in der Spekulation auf den Hang zur magischen Heilbehandlung mit geheimnisvollen Mitteln große Geschäfte macht. Die darin verborgenen großen Gefahren für die Kranken und Gesunden können jedoch nicht widerspruchslos hingenommen werden.

Wenn eine unter klingendem Namen auftretende Firma mit einem über 100 Personen umfassenden Mitarbeiterstab von Haustür zu Haustür Pflanzensäfte für ganz bestimmte Krankheiten vertreiben läßt, wenn einzelne dieser mit dem Wandergewerbeschein ausgerüsteten Hausierer auch gleich noch pseudoärztliche Untersuchungen mit Hilfe von Augendiagnosen vornehmen, dann muß zum Schutz der unaufgeklärten Masse eingegriffen werden.

Aber — und das ist eine schwerwiegende Frage — wer kann und darf diesen bösen Mißstand ungestraft und ungefährdet mit Namen nennen? Der unsolide Geschäftsmann pflegt sich gern und mit Stimmaufwand auf das Grundgesetz zu berufen, das ihm freie Meinungsäußerung, freie Lehre und Forschung und Freiheit der Berufsausübung garantiert!

Die Behörden greifen zumeist erst bei Strafanzeigen ein, sie können bei der Unzahl der Fälle nicht überall zur Stelle sein.

Es ist ein erfreulicher Fortschritt, daß nun auch die höchstrichterliche Rechtsprechung der Presse ein weit-

gehendes Recht, ja, sogar die Pflicht zum Eingreifen zuerkannt hat, heißt es doch in einer Entscheidung des Landgerichtes Frankfurt,

„... daß die Presse zur Wahrnehmung öffentlicher Interessen, nötigenfalls unter Kränkung Dritter, nicht nur berechtigt, sondern sogar verpflichtet ist. Die Presse ist ein Organ der öffentlichen Meinung, und sie ist zur Kritik an Dingen und Vorgängen des öffentlichen Lebens besonders legitimiert.“

Das gilt nicht nur für die Fachpresse, sondern auch für die Tages- und illustrierte Presse. Wenn der Presse die Wahrnehmung berechtigter Interessen nicht nur zugestanden, sondern auferlegt worden ist — Oberlandesger. Celle (Nieders., Rechtspf. 1948/236 und Landger. Frankfurt/M. v. 25. 11. 1953) — dann kann sie die Menschheit vor „Elixierschwindlern“, Verkäufern von sinnlosen Heilgeräten usw. auch aktiv warnen, wie dies in dankenswerter Weise z. B. die „Münchner Illustrierte“ getan hat, indem sie in einem eindrucksvollen Bildbericht auf die Gefahren des Hausierens mit angeblichen Heilmitteln hingewiesen hatte. DMI

Plan zur Reform der höheren Schulen

Die „Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte“ hat den Ministerpräsidenten und Kultusministern der Bundesländer einen Plan zur Reform der höheren Schulen zugeschickt, der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung veröffentlicht wurde. Danach soll es ein altsprachliches, ein neusprachliches und ein mathematisch-naturwissenschaftliches Gymnasium als Typen im höheren Schulwesen geben. Die naturwissenschaftlichen und mathematischen Fächer sollen entsprechend ihrer heutigen Bedeutung in allen Gymnasien vertreten sein, und nach diesem Plan soll die Mathematik auch die Einführung in Logik und Erkenntnistheorie übernehmen.

Geburtenärmstes Land

Laut Österreichischem Zentralamt für Statistik hat Österreich die niedrigste Geburtenquote Europas. Auf 1000 Einwohner kommen in Jugoslawien 29,7 Geburten, in Portugal 24,7, in Spanien 20,8, in Frankreich 19,2, in der Schweiz 17,4, in Deutschland 15,7 und in Österreich nur 14,8 Geburten.

„Welt am Sonntag“ v. 2. 10. 1955 APR 14/55

Säuglingssterblichkeit 1954

Wenn auch in der ersten Hälfte dieses Jahrhunderts die Säuglingssterblichkeit in Deutschland von ungefähr 20% auf 4,3% (ohne Totgeborene) zurückgegangen ist, steht die Bundesrepublik doch noch mit ihrer Säuglingssterblichkeit an der Spitze. Sie ist zur Zeit zweieinhalbmal so hoch wie in Schweden, Holland und England. Dabei fällt mehr als ein Drittel der Todesfälle im ersten Lebensjahr auf den ersten Lebenstag, über die Hälfte auf die erste Lebenswoche und fast zwei Drittel auf den ersten Lebensmonat. Für das Jahr 1954 stellt sich die Säuglingssterblichkeit in verschiedenen Ländern wie folgt dar:

Im ersten Lebensjahr Gestorbene (ohne Totgeborene) auf je 100 Geborene:

Bundesrepublik	4,3	Neuseeland	2,3
West-Berlin	5,1	Italien	5,3
Frankreich	3,7	Holland	2,1
Großbritannien	2,6	Österreich	4,8
Spanien	5,2	Schweden	1,9
Japan (1952)	4,9	USA	2,7

Die stagnierende und sich teilweise verschlechternde Lage auf dem Gebiet der Säuglingsfürsorge, wie sie sich in der hohen Säuglingssterblichkeit ausdrückt, ist nicht zuletzt darin zu sehen, daß das Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens aus dem Jahre 1934 in seinen Leistungen heute im Bundesgebiet nicht mehr einheitlich angewandt wird. Während das Gesetz in all seinen Aufgaben nur Mindestleistungen sicherstellen will, wird es heute von verschiedener Seite als Gesetz angesehen, das die Grenzen der öffentlichen Gesundheitspflege darstellen sollte. Die Folge davon ist auf verschiedenen Gebieten, so auch auf dem Gebiet der Be-

kämpfung der Säuglingssterblichkeit, eine Beschränkung der heutigen Fürsorgetätigkeit auf ein Mindestmaß.

Gesundheitspolitisch ist auf dem Gebiet der Säuglingsfürsorge deshalb eine Verstärkung ihrer Möglichkeiten durch Neueinrichtungen von Mütter- und Säuglingsberatungsstellen und ein verstärkter Einsatz auch der praktizierenden Ärzte auf dem Gebiet der Säuglingsfürsorge zu fordern: Dadurch kann es erreicht werden — wie Schweden bewiesen hat — die Säuglingssterblichkeit ebenfalls noch einmal mindestens zu halbieren, was bedeutet, daß von den heute 34 000 Säuglingen, die in Westdeutschland und West-Berlin im ersten Lebensjahr sterben, 17 000 am Leben bleiben könnten. Diese Zahl ist um ein wesentliches größer als die Todesopfer, die heute die Verkehrsunfälle fordern.

(„Soz. Med. Pressedienst“ X/18)

Verkehrstod von Kindern

Mehr Todesfälle bei Kindern durch Straßenverkehr als durch Kinderlähmung

Anläßlich des zehnjährigen Bestehens der Traunsteiner Volkshochschule berichtete der Direktor der Münchener Kinderklinik, Prof. Dr. Wiskott, daß in den letzten Jahren in Bayern viermal mehr Kinder zwischen 1 und 15 Jahren dem Verkehrstod zum Opfer gefallen sind als der spinalen Kinderlähmung.

Jeder tödliche Unfall kostet 56 000 DM

Auf dem Kongreß für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, München 1955, sprach Dr. Hoske über den berufsbedingten Verkehrsunfall. Er verwies darauf, daß die meisten Unfälle mit Motorrädern, Mopeds und Fahrrädern auf Jugendliche vom 15. bis 21. Lebensjahr treffen, während diese Kurve nach dem 21. Lebensjahr ganz steil abfällt. Es stimme nicht, daß Körperbeschädigte oder alternde Menschen besonders unfallanfällig seien, da diese besonders vorsichtig fahren. ID 22/55

Sauerstoff für übermüdete Kraftfahrer

Neuerdings wird an manchen Tankstellen Westdeutschlands Sauerstoff für übermüdete Kraftfahrer gegen Bezahlung angeboten. Die Inhalation von Sauerstoff soll angeblich die Ermüdungsstoffe beseitigen und den Autofahrer wieder leistungsfähig machen. Das Hygieneinstitut des Ruhrgebietes in Gelsenkirchen hat ernsthaft gegen dieses „Sauerstofftanken“ Stellung genommen, da es sich um eine keineswegs indifferente Maßnahme handelt, die nur unter ärztlicher Aufsicht durchgeführt werden sollte. Außerdem wird das angestrebte Ziel, das Kohlenoxyd aus dem Blut zu eliminieren, durch so eine kurzdauernde Inhalation nicht erreicht.

Die Menschen werden älter

Als das umfassendste Sammelwerk demographischer Daten, das bisher vom Statistischen Amt der Vereinten Nationen herausgebracht wurde, wird das kürzlich veröffentlichte „Demographische Jahrbuch 1954“ bezeichnet, das statistische Angaben über insgesamt 183 Länder und

Territorien für den Zeitraum von 1920 bis 1953 enthält. Nicht eingeschlossen sind jedoch Informationen über die Sowjetunion und die osteuropäischen Länder.

Die in dem Jahrbuch enthaltenen statistischen Angaben zeigen, daß die allgemeine Steigung der Geburtenziffern, die im letzten Weltkrieg begann und in den Jahren 1946/47 ihren Höhepunkt erreichte, seither wieder in einem allmählichen Rücklauf begriffen ist. Diese Entwicklung vollzieht sich am augenfälligsten in Japan, wo die Geburtenzahl von 34,3 pro mille im Jahre 1947 auf 21,5 zurückgegangen ist, also ein Rückgang um 37 Prozent.

Gleichbleibend jedoch entwickelte sich nach den Angaben des Jahrbuches die allmähliche Verminderung der Zahl der Totgeburten in den erfaßten Ländern. So ist z. B. in Kanada die Zahl der Totgeburten von 28 pro mille im Jahre 1938 auf 18 im Jahre 1952 gesunken; in Costa Rica von 35,8 im Jahre 1938 auf 21,5 im Jahre 1953, und in den Niederlanden von 25,3 im Jahre 1938 auf 17,7 im Jahre 1953.

Auch die Kindersterblichkeit zeigt während der letzten 30 Jahre eine ähnlich stetige rückläufige Entwicklung. In einigen Ländern betrug die Zahl der Kindersterblichkeit im Jahre 1953 nur noch weniger als ein Drittel der für die Jahre 1920 bis 1924 gültigen Durchschnittszahlen. In Schweden z. B. starben in den Jahren 1920 bis 1924 noch 61 von tausend Kindern, während ihres ersten Lebensjahres; im Jahre 1953 betrug ihre Zahl nur noch 18,7. In Mexiko sank die Zahl während des gleichen Zeitraums von mehr als 200 auf weniger als 100.

Das Bild einer allgemein zunehmenden Lebenserwartung vermittelt ein weiteres Kapitel des Demographischen Jahrbuches, in dem u. a. auch umfangreiches statistisches Material über Länder veröffentlicht ist, die bisher statistisch noch kaum erfaßt waren. Die höchste Lebenserwartung haben nach dem vorliegenden Material die norwegischen Frauen, die damit rechnen können, 73 Jahre alt zu werden.

Die Summe all dieser vorhandenen Statistiken — die relativ hohen Geburtenziffern, die niedrige Sterblichkeitsziffer insbesondere der Kinder und der ständige Rückgang der Totgeburten — lassen den Schluß zu, daß die Weltbevölkerung, deren Gesamtzahl um die Mitte des Jahres 1953 rund 2 547 000 000 betrug, in ständigem Wachsen begriffen ist. AD/DMI

„Sukkertoppen will die Masern haben“

Unter der Überschrift „Sukkertoppen will die Masern haben“ bringt die „Frankfurter Rundschau“ vom 23. 10. 1955 einen Artikel, der sich mit den Problemen einer masernfreien Stadt in Grönland befaßt. Bis 1951 war diese Krankheit in Grönland unbekannt. Als erstmalig in einem kleinen Ort von etwa 1200 Menschen eine Epidemie ausbrach, kam es zu vierzig Todesfällen. Jetzt wurde bei einem Besucher von Sukkertoppen während der obligaten vierzehntägigen Quarantäne am zwölften Tag eine Maserninfektion festgestellt. Und da warfen die Bewohner dieses Örtchens die erstaunliche, aber vernünftige Frage auf: Sollen wir uns auch weiterhin die Masern vom Hals halten? Es wurde angenommen, daß auf die Dauer eine solche Isolierung doch nicht durchzuführen sein



KREWEL-WERKE
Eitorf b. Köln

CHININ-VERALGIT

Gegen Grippe und Erkältungsinfekte

würde. Und so entschieden sie sich für die Epidemie. Der Artikel sagt dazu:

„... Man spricht auch darüber, daß die Leute von Sukkertoppen besonders aufgeschossen und selbst hygienischen Anforderungen zugänglich sein sollen. In der Geschichte der Medizin aber spielen sie jetzt wohl eine einzigartige Rolle. Laut einem von Haus zu Haus durchgeführten Plebiszit mit Ja- und Neinlisten haben 86 Prozent der stimmberechtigten Erwachsenen für ihre Stadt die Masern gefordert, darunter auch der Bezirksarzt Dr. Ole Jordan sowie der Repräsentant des Gouverneurs, Kalle Rosing, ein prominenter Künstler, dessen Holzschnitte auch außerhalb Grönlands gesucht sind...“

Ob möglicherweise die Behörden Berlins von der Behörde in Sukkertoppen (Grönland) in puncto Gesundheitsberatung der Bevölkerung etwas lernen können?

Beeinträchtigen Pflanzenschutzmittel die Qualität?

Die hohen Ausfälle, die der landwirtschaftlichen Erzeugung vor allem durch schädliche Insekten entstehen, erfordern durchgreifende Gegenmaßnahmen. Die Züchtung widerstandsfähiger Pflanzen und die biologische Schädlingsbekämpfung führten bisher nur zu sehr begrenzten Erfolgen. Die modernen chemischen Mittel (Kontaktinsektizide, DDT, systematische Mittel) brachten neben guten Bekämpfungserfolgen aber auch das Bedenken unerwünschter Nebenwirkungen. Man fürchtet einerseits bei dauernder Zufuhr kleinster Mengen von Giftstoffen mit der Nahrung deren Anhäufung im Körper, andererseits eine Qualitätsminderung der behandelten Nahrungspflanzen durch Beeinträchtigung ihrer wertbestimmenden Inhaltsstoffe.

Während die Gefahr einer Anhäufung von Giftstoffen nach den heutigen Erkenntnissen allgemein überschätzt wird, ergaben sich nach Untersuchungen der Bundesanstalt für Qualitätsforschung in Geisenheim auch nur in Ausnahmefällen Anhaltspunkte für eine Änderung des Wertstoffgehaltes bei behandelten Pflanzen. Bei der mikrobiologischen Bestimmung wichtiger Eiweißbausteine wurde dagegen deutlich Anzeichen für eine Störung des Eiweißstoffwechsels unter dem Einfluß von Schädlingsbekämpfungsmitteln bemerkt. Diesen von Dr. Schlottmann, Geisenheim, bei der Internationalen Tagung „Pflanzenqualität — Nahrungsgrundlage“ in Rüdeshelm mitgeteilten Untersuchungsergebnissen kommt um so größere Bedeutung zu, als sie bei der weiteren Entwicklung von Bekämpfungsmitteln Veranlassung geben müssen das Augenmerk nicht nur auf die Erhöhung ihrer Wirksamkeit, sondern auch auf die Verminderung etwaiger nachteiliger Folgen für Mensch und Tier zu richten.

LUFADMI

Wertschätzung des Brotes steigt mit zunehmendem Bildungsgrad

Das Wissen um die richtige Ernährung vermindert sich — wie marktanalytische Untersuchungen ergeben haben — mit dem abnehmenden Bildungsgrad des Menschen. Die Folge ist, daß viele allzuleicht ein Opfer von Ernährungsapostelen werden, welche die Unwissenheit ihrer Mitmenschen ausnutzen. Der Kontakt zwischen Produzenten und Konsumenten ist durch die industrielle Arbeitsteilung weitgehend verloren gegangen. Diese Entwicklung hat beim Brot dazu geführt, daß sich Kenntnisse und Meinungen über Brot in den breiten Schichten der Bevölkerung gebildet haben, die oftmals von den Erkenntnissen über die wirtschaftliche und gesundheitliche Bedeutung des Brotes für die Volksernährung abweichen. AE/DMI

AUS DER FAKULTÄT

Dr. med. Karl Peter E y m e r (wiss. Assist. der II. Med. Klinik München) wurde mit M. E. Nr. V 87106 vom 16. 11. 1955 zum Privatdozenten für Innere Medizin an der Universität München ernannt.

Prof. Dr. med. Carl K o r t h wurde für das Rektoratsjahr 1955/56 zum Dekan der Medizinischen Fakultät Erlangen gewählt.

Prof. Dr. med. Otto R a n k e wurde für das Rektoratsjahr 1955/56 zum Prodekan der Medizinischen Fakultät Erlangen gewählt.

PERSONALIA

Generaloberarzt a. D. Dr. Alexander Lion zum 85. Geburtstag

Arzt, Freund der Jugend und tragischer Deutscher

Am 15. 12. 1955 feiert der im Kriegsjahr 1870 in Berlin geborene Generaloberarzt a. D. Dr. L i o n in einem Alter von 85. Geburtstag. Der Stille, in der dies geschieht, entspricht nicht die Persönlichkeit des ungewöhnlichen Arztes, des verdienten Sanitätsoffiziers und des Freundes der deutschen Jugend, der eben darum vor Ausbruch des zweiten Weltkrieges ein besonders tragisches Schicksal erlebt hat.

Mit Bayern bleibt er von dem Tage an eng verbunden, da er seine medizinischen Studien in Würzburg abschließt, um dann in einem bayerischen Infanterieregiment in Metz aktiver Sanitätsoffizier zu werden. Von 1904 bis 1906 nimmt er in der Schutztruppe von Deutsch-Südwestafrika an den Kämpfen gegen die aufständischen Hereros und Hottentoten teil und kehrt als Stabsarzt zum 5. bayerischen Infanterieregiment in Bamberg zurück. Nach dem Beispiel des englischen Generals Baden-Powell ruft er dann den Bund deutscher Pfadfinder ins Leben.


Der Kriegsausbruch 1914 findet den Oberstabsarzt als Chef eines Kriegslazarettes und einer Sanitätskompanie des 2. bayerischen Armeekorps. 1915 meldet er sich nach der Türkei und nimmt 1918 als leitender Sanitätsoffizier an dem Zug des Expeditionskorps unter Oberst Kress von Kressenstein nach dem Sinai und dem Suezkanal teil. Nach Rückkehr aus Kleinasien zunächst an der siebenbürgisch-rumänischen Front verwandt, wird er Weihnacht 1917 Divisionsarzt der 14. bayerischen Infanteriedivision. Bei der Bergung der Verwundeten aus dem heftig beschossenen Harbonnières zeichnet er sich so aus, daß ihm der Divisionskommandeur vom Fleck weg das E.K. I an die Brust heftet.

Nach dem Zusammenbruch von 1918 stellt er im Norden des Reiches eine eigene Sanitätskompanie auf, die mit dem Freikorps des Generals von Epp nach München in Marsch gesetzt wird, um die Landeshauptstadt mit befreien zu helfen. Noch bis Ende 1921 ist dann der Generaloberarzt im aktiven Dienst, bis die Beschränkung auf das 100 000-Mann-Heer seiner militärischen Laufbahn ein Ende bereitet. Dann läßt sich Dr. Lion in Oberhof in Thüringen als praktischer Arzt nieder.

Im Jahre 1933 beginnen die tragischen Jahre des Mannes, dem der Dank des Vaterlandes eigentlich gewiß sein sollte. Zunächst läßt man den aufrechten Deutschen und katholischen Christen jüdischer Abstammung noch ungeschoren. Erst im Jahre 1938 wird nach dem Einmarsch in Österreich bei einer Haussuchung ein an den österreichischen Pfadfinderführer gerichtetes Schreiben entdeckt, das für die Anklage gegen ihn herhalten muß, er

Ohne HCL —
trotzdem starke Säurebildung —
hohe katheptische und peptische
Verdauungskraft —

HELOPHARM KG · BERLIN N 20



Helo-acid

Dragees zur Magensaft- und Fermentsubstitution

habe nach 1935 eine verbotene Organisation weiterzuführen versucht. Nach einer harten Zeit der Haft wird Dr. Lion zu 10 Monaten Gefängnis verurteilt.

Ein pflichtgetreues und zuweilen fast asketisches Arzt- und Soldatenleben hat sich aber in einem langen Dasein nicht zerbrechen lassen. So lebt der Vater der Deutschen Pfadfinder, heute Ehrenpräsident des Bundes deutscher Pfadfinder, ein Helfer und Freund von Tausenden von Verwundeten des ersten Weltkrieges, von Kranken und Hilfsbedürftigen, in der Heimat noch mitten unter uns, rüstig und mit gläubiger Zuversicht, trotz allem seinem Lande verbunden, dem er so lange treu und unbeirrt gedient hat.

Dr. Otto Eyrieh

Prof. Dr. Wilhelm Brünings, emeritierter ordentlicher Professor für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde der Univ. München, begeht am 31. Januar 1956 seinen 80. Geburtstag.

Nobelpreisträger Prof. Dr. Gerhard Domagk, Wuppertal-Elberfeld, erhielt das Große Verdienstkreuz des Bundesverdienstordens mit Stern verliehen.

Geheimrat Prof. Dr. Karl Kiskalt, emeritierter ordentl. Professor für Hygiene und Bakteriologie der Univ. München, begeht am 30. Dezember 1955 seinen 80. Geburtstag.

Prof. Dr. B. de Rudder, Direktor der Universitäts-Kinderklinik, Frankfurt a. M., wurde von der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde für seine Forschungen über Zusammenhänge zwischen Wetter, Klima und Krankheit mit dem Heubner-Preis ausgezeichnet.

Prof. Dr. Wilhelm Stepp, München, wurde von der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten zum Ehrenmitglied ernannt.

Anlässlich seines 60. Geburtstages wurde er außerdem zum Ehrenbürger der Medizinischen Akademie in Düsseldorf ernannt.

Prof. Dr. Wilhelm Stepp wurde von der Gesellschaft für Ernährungsbiologie zum Präsidenten ernannt.

IN MEMORIAM

Dr. Karl Stetter †

Am 12. September 1955 starb in Rosenheim im 69. Lebensjahr Obermedizinalrat Dr. Karl Stetter, nachdem er wenige Monate vorher als Leiter des Staatl. Gesundheitsamtes in Rosenheim in den Ruhestand getreten war. Karl Stetter, in Burgau/Schwaben geboren, erwarb sich 1937 nach seiner Studien- und Assistentenzeit und einer vielseitigen Ausbildung die Anerkennung als Lungenspezialist und später als Facharzt für innere Medizin. Sein Übertritt in den öffentlichen Gesundheitsdienst Bayerns 1946 stellte ihn vor die Aufgabe, die schweren Erschütterungen, die das Gesundheitswesen durch Krieg und Nachkriegszeit erlitten hatte, im Bereich des staatlichen Gesundheitsamtes Rosenheim auszugleichen. Mit kräftiger Hand und kluger Umsicht löste er diese Aufgaben und verstand es, das durch die zurückliegenden Geschehnisse erschütterte Vertrauen der Bevölkerung in die staatliche Ordnung in seinem Wirkungsbereich wieder zu gewinnen. Nach einer vorübergehenden einjährigen Tätigkeit in der Gesundheitsabteilung des Bayer. Staatsministeriums des Innern übernahm er, neben der Leitung des Gesundheitsamtes Rosenheim, später noch die Stelle eines Tbc.-Fachberaters der Regierung von Oberbayern und eines Mitgliedes des Prüfungsausschusses für den öffentlichen Gesundheitsdienst. Die bayerische Medizinalverwaltung verlor mit ihm einen um den Wiederaufbau hochverdienten Beamten, die Kollegen ein Vorbild und alle, denen er seine Dienste widmete, einen gütigen und stets hilfsbereiten Freund.

MR. Dr. Schmid, Rosenheim

KONGRESSE UND FORTBILDUNG

Einführungskurs des Deutschen Sportärztebundes in den Wintersport

In der Zeit vom 21. Januar bis 4. Februar 1956 veranstaltet der Deutsche Sportärztebund in Davos einen Einführungskurs in den Wintersport. Die wissenschaftliche Leitung hat Obermedizinalrat Dr. Fr. Friedrich. Anmeldung und Auskunft: Bundesärztekammer — Kongreßbüro —, Köln a. Rh., Brabanter Str. 13.

KONGRESSE UND FORTBILDUNG

INLAND

Januar 1956

13. in Hanau: 4. Hanauer UV-Tagung. Auskunft: Sekretariat der Tagung Dr. E. O. Seitz, Hanau, Hübensonnenstraße.
29.—4. Februar in Freudenstadt/Schw.: 2. Wissenschaftliche Arbeitswoche für Jugendgesundheits. Thema: „Gesundheit aus eigener Verantwortung“. Auskunft: Dr. med. habil. Hans Hoske, Köln-Müngersdorf, Postfach.

Februar 1956

- 28.—29. in Köln: 2. Kurs der allergischen Erkrankungen. Vorsitz: Prof. Dr. Vonkennel. Auskunft: Dr. V. Ruppert, Köln, Schildergasse 11t.

März 1956

- 1.—3. in Berlin (West): 4. Symposion der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie. Auskunft: Dozent Dr. H. Nowakowski, II. Med. Klinik und Poliklinik Univ.-Krankenhaus Hamburg-Eppendorf.

April 1956

- 4.—5. in Bad Nauheim: 6. Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Herdforschung und Herd-

bekämpfung. Auskunft: Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Herdforschung und -bekämpfung e. V., Frankfurt am Main, Rubensstraße 28.

- 4.—7. in München: 73. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Auskunft: Prof. Dr. A. Brunner, Chir. Univ.-Klinik, Zürich, Kantonsspital.
5.—7. in Freiburg i. Brg.: 5. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Anthropologie. Auskunft: Prof. Dr. Freiherr von Verschuer, Münster/Westf., Waldeyerstraße 27.
6.—8. in Bad Nauheim: Deutsche Gesellschaft für Kreislauforschung. Auskunft: Sekretariat des W.-G.-Kerckhoff-Institutes der Max-Planck-Gesellschaft, Bad Nauheim.
9.—12. in Wiesbaden: 62. Tagung der Deutschen Gesellschaft für innere Medizin. Auskunft: Prof. Dr. Fr. Kauffmann, Wiesbaden, Städt. Krankenanstalten.
11.—14. in Düsseldorf: 40. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Pathologie. Auskunft: Prof. Dr. Krauspe, Hamburg 20, Martinstraße 92.
15.—14. in Frankfurt a. M.: 5. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Allergieforschung. Auskunft: Prof. Dr. K. Hansen, Lübeck, Städt. Krankenhaus-Süd.
28.—1. Mai in Baden-Baden: Tagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden. Auskunft: Dr. Joseph Hifgers, München 15, Herzog-Heinrich-Str. 18.
Mai 1956
11.—12. in Bad Homburg: Tagung der Wissenschaftlichen Gesellschaft Südwestdeutscher Tuberkuloseärzte. Auskunft: Dr. med. habil. L. Rickmann, Schöenberg bei Wildbad.
25.—27. in Berlin: 5. Deutscher Kongreß für ärztliche Fortbildung. Auskunft: Kongreßgesellschaft für ärztliche Fortbildung, Berlin-Steglitz, Klingsorstraße 29.



THYREOCORDON

2-Mercapto-1,3-dimethylol-benzimidazol

Bei hyperthyreotisch bedingten vegetativen Störungen, Hyperthyreosen leichten und mittleren Grades, anginösen Cardialgien der Hyperthyreotiker und thyreogenen Schmerzzuständen.

Zur Vor- und Nachbehandlung von Strumektomien.



85 JAHRE



Hilft auch Trägern

Valocordin Helfenberg

Seit Jahrzehnten bewährt als mildes Sedativum mit Herzsteuerung

ohne Nebenwirkung · ohne Gewöhnung

Arztproben und Lit. auf Wunsch

Preise gesenkt!

CHEMISCHE FABRIK HELFENBERG A.G. FORM. EUGEN DIETERICH WEVELINGHOVEN - RHEINLAND

Vertigo-Heel

10 u. 30 com Liquid-
50 TABLETTEN

Aegrosan

Ferro-Calc. Sach.

**Appetitlosigkeit
Anaemien
Skrofulose
Rachitis
Kachexie**

JOHANN G. W. OFFERMANN u. SOHN
Bergisch-Gladbach
Seit 1907

Jahrbuch der Wiederherstellungs- Chirurgie

Unter Mitarbeit von vielen
bedeutenden Fachautoren her-
ausgegeben von M. Lange
Band II, 1954, IV, 244 Seiten
Leinen DM 36.—

CARL GABLER GMBH
Fachbuchhandlung
München, Kaufingerstraße 10

DIAMIX

Das Universalgerät
für jeden Arzt!



Strahlenkonzentration.
Bakterizide
und Tiefen-
wirkung.

Mischt:

U. V. mit Infrarot
Neon mit Infrarot
Blau mit Infrarot
Rot mit Infrarot
Grün mit Infrarot

DIAMIX-MISCHSTRAHLER

FELKEL & CO
BREMEN
Hamburgerstr. 8

ASTHMACOLAT

Dr. HETTERICH

Plenokolat aus Stramonium, Arnika und
Adonis mit Ephedrin und Jodkali
in Tropfenform.

Zur Komplettierung der Anästhe und zur Dauer-
medikation.

Arztmuster und Literatur auf Wunsch.



Galenika

Dr. HETTERICH

FÜRTH/BAYERN G. M. B. H



KREWEL-WERKE
Eisarf b. Köln

PERNIONIN

Durchblutungssteigernde Frostsalbe

- 28.—30. in München: Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie. Auskunft: Dr. Dr. med. habil. F. Schön, Bad Reichenhall, Ludwigstr. 50. (Datum noch nicht feststehend) in Hamburg: 1. Europäische Vitamin-B₁₂-Symposion. Auskunft: Prof. Dr. J. Kühnan, Hamburg 20, Martinstraße 52, Physiol.-Chem. Univ.-Institut.

AUSLAND

Januar 1956

- 21.—4. Febr. in Davos: Einführungskurs des Deutschen Sportärztebundes in den Wintersport. Auskunft: Bundesärztekammer — Kongreßbüro — Köln, Brabanter Straße 13.

März 1956

- 11.—24. in Bad Gastein: Fortbildungskurs für praktische Medizin. Auskunft: Bundesärztekammer — Kongreßbüro — Köln, Brabanter Straße 13.
12.—24. in Davos: Fortbildungskurs für praktische Medizin. Auskunft: Bundesärztekammer — Kongreßbüro — Köln, Brabanter Straße 13.

April 1956

- 14.—28. in Obergurgl/Tirol: Fortbildungskurs und Hochtourenkurs des Deutschen Sportärztebundes. Auskunft: Bundesärztekammer — Kongreßbüro — Köln a. Rh., Brabanter Straße 13.

- 27.—5. Mai in Rom: 3. Internationale Konferenz für Gesundheits-erziehung. Auskunft: Union Internationale pour l'Education Sanitaire de la Population, 92, Rue Saint-Denis, Paris.

Mai 1956

- 24.—26. in Lyon: 1. Internationaler Kongreß über die Pathologie der Infektionskrankheiten. Auskunft: Generalsekretariat, Institut Pasteur de Lyon, 77, rue Pasteur, Lyon.

Juni 1956

- 5.—6. in Paris: 21. Internationale Neurologentagung. Auskunft: Dr. J. Sigwald, 68 Boulevard de Courcelles, Paris, XVII e.
10.—23. in Grado: Fortbildungskurs für praktische Medizin. Anmeldung und Auskunft: Bundesärztekammer — Kongreßbüro — Köln, Brabanter Straße 13.

RUNDSCHAU

Jahrestagung des Deutschen Partitischen Wohlfahrtsverbandes in Frankfurt. (Frkft. Rdschau, 7. 11. 55): Am 5. 11., auf der Jahreshauptversammlung des Verbandes standen im Mittelpunkt Referate von Bundesminister Dr. Hermann Schäfer und Prof. Ludwig Neundörfer über das Thema „Freie Wohlfahrtspflege und Sozialreform“... Bundesminister Schäfer erklärte, die Demokratie gerate in Gefahr, wenn der Staat durch ein Übermaß von Hilfe und Fürsorge dem Menschen die Selbstverantwortung nehme. Die Freie Wohlfahrtspflege, bei der die individuelle Hilfeleistung im Vordergrund stehe, habe hier, im Gegensatz zum mechanischen, staatlichen Schema, eine große Aufgabe. Es sei daher das entscheidende Problem der Sozialreform, von der „staatlichen Versorgung“ zur „Vorsorge“ zu kommen, bei der die Leistung der Sozialversicherung und die Vorleistung des Versicherungsnehmers in einem gesunden Verhältnis zueinander stünden. Das Ziel einer Sozialreform müsse es auch sein, aus der staatlichen Improvisation der Versorgung der Nachkriegszeit herauszukommen. Die heute „unklare Vermischung der beiden Systeme Versorgung und Vorsorge“ nannte Schäfer ein „konfuses Experiment“ mit Menschenschicksalen, das letzten Endes wieder auf die Fürsorge hinauslaufe.

Prof. Neundörfer, der Direktor des Soziographischen Instituts der Frankfurter Universität, bezweifelte, daß die Arbeitnehmerschaft — 80 v. H. der Bevölkerung — in Ihrer Gesamtheit eine schutzbedürftige Gruppe darstelle und auf die Hilfe

Dritter angewiesen sei. Wirklich schutzbedürftig könne heute nur das letzte Fünftel sein, nämlich die von der Sozialversicherung ausgeschlossene Gruppe von in der Hauptsache kleinen Bauern, Handwerkern und kleinen Kaufleuten. Die weitverbreitete Vorstellung, daß bei den Selbständigen das Eigentum an Produktionsmitteln und die selbständige Disposition der Arbeit auch genügend Einkommen bedeuten, sei falsch. Nicht die totale Betreuung notleidender Personengruppen dürfe heute das Anliegen sein, sondern Sicherheiten allgemeinverbindlicher Art zu schaffen. — Bei der kommenden Sozialreform, sagte Prof. Neundörfer, werde die Regelung für die Invalidität fallen und durch ein „Rehabilitationsverfahren“ ersetzt werden. Dies stehe bereits jetzt fest. Ein solches Verfahren sehe ein Zusammenwirken von Arzt, Arbeitsamt und Sozialanwalt vor, um möglichst viel Arbeitskraft zu erhalten. Jede Krankenbehandlung solle Angelegenheit der Kassen bleiben; jede während einer Krankheit notwendige wirtschaftliche Hilfe, wie Krankengeld, Hausgeld und Invalidenrente, müsse dagegen künftig den Betrieben obliegen. Auch hinsichtlich der Altersrente und der Arbeitslosenversicherung würden z. Z. kühne und radikale Vorschläge diskutiert. Für die Altersrente, so laute ein solcher Vorschlag, solle künftig jeder Staatsbürger 10 v. H. seines Einkommens abgeben; vom Staat werde ihm dafür garantiert, daß auch er, wenn er alt sei, von der jüngeren Generation das gleiche erwarten dürfe. Die Arbeitslosenversicherung solle künftig aus allgemeinen Steuermitteln getragen werden. Dies bedeute, daß die rund 2 v. H. des Lohnes für die Arbeitslosenversicherung und „die nicht sehr gute Anhäufung hoher Mittel bei der Bundesanstalt“ entfielen.

Sozialreform weiter vertagt. Bundesarbeitsminister Storch bestätigte auf Grund einer Anfrage des sozialdemokratischen Bundestagsabgeordneten Dr. Schellenberg, daß wegen aufgetretener Schwierigkeiten bei den Beratungen über die Sozialreform mit der Ausarbeitung von Gesetzentwürfen zur Sozialreform in diesem Jahr nicht mehr gerechnet werden könne. Schellenberg hatte sich dabei auf Aufklärungen von Staatssekretär Dr. Sauerborn vom Bundesarbeitsministerium berufen, wonach in diesem Jahr die Beratungen des Beirats für Sozialreform zu Ende geführt, gleichzeitig die Gesetzentwürfe fertiggestellt und bereits nach den vergangenen Parlamentsferien im Sommer einzelne dieser Gesetzentwürfe unter Vorlage eines Gesamtplanes dem Parlament zugehen sollten. Storch erklärte außerdem, es werde jetzt vor allem an einem Gesetzentwurf über die Neuordnung der sozialen Leistungen in der Rentenversicherung gearbeitet...

(Auszug aus einer Meldung des „Mannheimer Morgen“ vom 11. 11. 1955)

Literatur im Wartezimmer. Im „Rheinischen Ärzteblatt“ nimmt Dr. Ralf Schenk Stellung zu den sensationellen Berichterstattungen, wie wir sie in den letzten Jahren zu unserem Leidwesen in einer Reihe von illustrierten Zeitungen feststellen mußten. Er schließt seine Ausführungen mit folgendem beherzigenswerten Vorschlag:

„Muß es sein — fragt man am Ende eines solchen Streifzuges —, daß Ärzte derlei Presse-Proliferationen in ihren Wartezimmern auslegen? Zur inneren Vorbereitung der Harrenden? Wir sind damit am mutmaßlichen Ort des Handelns angelangt, und es mag an der Zeit sein, einen in der Luft liegenden Vorschlag zur Sprache zu bringen, dessen Verwirklichung geeignet erscheinen könnte, gewissen Auswüchsen und Pseudologien wenigstens in unserem eigenen Bereich entgegenzutreten: die vielen pressebeobachtenden Steilen der Fachwelt mögen ihre Beobachtungen einem Gremium übermitteln, das nach Auswertung des Materials sämtlichen Ärzten des Bundesgebietes nahelegt, den Bezug eines Blattes, das sich, ob böswillig oder fahrlässig, immer wieder vergreift — für eine Weile zumindest — einzustellen.“

MYSOLINE

(eingetr. Wz.)

bei Epilepsie

Ein Produkt der
IMPERIAL CHEMICAL (Pharmaceuticals) LTD. Manchester

Alleinvertreib für Deutschland:

RHEIN-CHEMIE · Pharmazeutische Abteilung · Heidelberg

Auf Krankenhäuser, Sanatorien, Zahnärzte und vielleicht Apotheken ausgedehnt, mag sich eine solche „Desinfektion“ der Wartezimmer vielleicht überhaupt als Prophylaktikum erweisen gegen unreine Präzipitate einer Kombination mit Potenzierungseffekt, deren Komponenten Halbwissen, Hemmungstrophie und pekuniäres Sanierungsstreben sind.

Muß man denn alles füttern, was Appetit hat?“

„Lieber Neurotiker als Verbrecher.“ Die Zunahme der Jugendkriminalität in Amerika hat eine Wandlung der Kindererziehung zur Folge, die auch von den Ärzten mit dem Motto „Fort von Freud, rettet das Kind“ gefördert wird. Zahlreiche Psychiater treten dafür ein, daß eine gesunde Tracht Prügel noch keinem Jugendlichen geschadet hat. Lieber ein paar Neurotiker als eine Horde Verbrecher, argumentiert der kalifornische Mediziner Douglas McGlashan Kelley, Professor für Kriminalmedizin und ehemaliger Chefspsychiater beim Nürnberger Kriegsverbrecherprozeß. (Kasseler Post)

UN: Opium-Jahresproduktion: 6500 t. Das Internationale Büro zur Bekämpfung des Rauschgifthandels, das der UNO untersteht, teilt mit, daß die gegenwärtige Weltopium-Produktion schätzungsweise 6500 Tonnen beträgt. Legal ist davon nur die Produktion von 500 Tonnen, die zwischen den Haupterzeugerländern streng kontingentiert ist. 4000 Tonnen der Gesamtproduktion entfallen auf den Ostblock, der Rest auf den Iran, die Türkei, Siam, den Sudan, die Philippinen usw. Während die Erträge der mittelasiatischen und afrikanischen Mohnfelder jedoch meist an Ort und Stelle, d. h. in Nordafrika, dem Orient und Südasien verbraucht werden, dient das sowjetische und chinesische Opium ausschließlich zu Exportzwecken. 2000 Tonnen gehen allein nach den USA, wo der Rauschgifthandel in den letzten Jahren beträchtlich gestiegen ist, weitere 800 Tonnen an neue Verteiler in Mittelamerika. Die in harten Währungen einfließenden Erlöse werden von den burmesischen Zwischenhändlern benutzt, um für China strategisch wichtige Güter einzukaufen.

(Pharmaz. Ztg. 44/55)

Schweden: Nahezu 1200 Selbstmorde werden jährlich in dem reichen Schweden begangen. Das bedeutet, daß in einem der fortgeschrittensten Wohlfahrtsstaaten der Welt wesentlich mehr Menschen durch Freitod als durch Verkehrsunfälle aus dem Leben scheiden. In Stockholm hat sich in den letzten zwei Jahren die Zahl der Selbstmordversuche mehr als verdoppelt. Auffällig ist, daß im Gegensatz zu anderen Ländern in Schweden genau soviele Frauen wie Männer aus dem Leben scheiden wollen. Die meisten dieser Frauen sind geschieden. (Hamburger Echo, 28. 10. 55.)

AMTLICHES

Bekanntmachung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns betreffend Neuwahlen der KV.

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns ist nach Art. 4, § 2, Abs. I des Gesetzes über Kassenarztrecht (GKAR) vom 17. 8. 1955 mit dem Inkrafttreten des Gesetzes am 20. 8. 1955 Kassenärztliche Vereinigung im Sinne des § 368 k, Abs. I der RVO geworden. Seit dem gleichen Tage gelten ihre gesetzlichen Organe (Landesvorstand und Vertreterversammlung nach dem Bayer. Gesetz über eine Kassenärztliche etc. Vereinigung Bayerns vom 30. 9. 1949) als Vertreterversammlung und Vorstand der Vereinigung im Sinne des § 368 l, Abs. I der RVO. Rechtsgrundlage der KVB und ihrer Organe ist nunmehr ausschließlich § 368 k, Abs. I der RVO. Durch die bundesgesetzliche Regelung sind die landesrechtlichen Bestimmungen auch hinsichtlich der Neuwahl der Organe außer Kraft getreten. Nach Art. 4 § 4 GKAR hat die derzeitige Vertreterversammlung bis anfangs Juni 1956 eine neue Satzung zu beschließen. Innerhalb weiterer drei Monate haben dann die Neuwahlen zur KVB zu erfolgen. Die derzeitigen Organe der KVB waren in den letzten Monaten ausschließlich damit beschäftigt, mit den RVO-Kassen Vereinbarungen über Honorarerhöhungen zu treffen. Nachdem diese Honorarverhandlungen jetzt beendet sind, wird die Neufassung der bisherigen Satzung der

KVB derzeit bearbeitet mit dem Ziele, im Februar der Vertreterversammlung den Satzungsentwurf vorzulegen. Nach Beschlußfassung über die neue Satzung und nach Genehmigung der Satzung durch die Aufsichtsbehörde werden innerhalb von drei Monaten die Neuwahlen stattfinden.

Bekämpfung der übertragbaren Kinderlähmung: hier Gemeinschaftsforschung

Wie das Bundesgesundheitsamt mit Schreiben v. 4. 11. 1955, Az. 6283, mitteilt, soll die auf dessen Veranlassung seit dem Oktober 1953 laufende Sammlung der epikritischen Berichte über Erkrankungen an Poliomyelitis mit etwas abgeänderter Fragestellung in den nächsten Jahren fortgeführt werden.

Das bisher geübte Erhebungsverfahren, bei dem die Berichtsformulare durch die Gesundheitsämter verteilt werden und das Bundesgesundheitsamt jedem vom berichterstattenden Arzt hierfür eingereichten Bogen eine Anerkennungsgebühr von 6 DM für die nicht geringe Mitarbeit zugesteht, wird auch für die Zukunft beibehalten werden. Für den Neudruck des Berichtsformblattes konnten einige Fragen, zu deren Bearbeitung das bereits gesammelte Material ausreichend erscheint — bisher liegen rund 4000 abgeschlossene Berichte vor —, eingespart werden, während einige bisher unberücksichtigte Fragen, die neuerdings Bedeutung erlangt haben, neu aufgenommen werden mußten. Im ganzen hat sich eine etwas kürzere Fassung des Formblattes ermöglichen lassen.

Das Bayerische Staatsministerium des Innern verbindet mit dem Dank für die bisherige Mitarbeit an dieser Erhebung die Bitte an die Ärzteschaft, sich auch künftig an der Gemeinschaftsforschung zu beteiligen. Die Erhebungsformblätter werden wie bisher entsprechend der Zahl der gemeldeten Fälle durch die Gesundheitsämter übermittelt.

Auch diesmal wird gebeten, durch Veröffentlichung des vorstehenden Schreibens im dortigen Mitteilungsblatt die Ärzteschaft von der Verlängerung des Erhebungsprogramms alsbald zu verständigen.

I. A. gez.: Dr. Schmelz, Ministerialrat

BUCHBESPRECHUNGEN

Vom Arzt und seinen Kranken. Von Albert Krecke. Neuauflage 26.—27. Tausend, mit einem Vorwort von Prof. Dr. E. K. Frey. I. F. Lehmanns Verlag, München 1955. 288 Seiten, brosch. DM 10.—, Leinen DM 15.—.

Eine Tat, eine Wohltat zugleich, ist die Neuerscheinung des alten berühmten Buches. Der Kommentar für Arzttum, im edelsten Sinne des Wortes, denn Albert Krecke war und bleibt uns ein Meuter auf unserem Arztweg.

Das Buch erschien erstmals 1932, Albert Krecke starb am 29. Juli 1932. Für uns alle, die wir die Entwicklung im Arztstand miterlebt haben, ist es ein tief bewegender Eindruck, wie vorausschauend Krecke uns alles nahebrachte mit seinen wohlthuend kurzen und klaren, weisen Gedankengängen. Es ist so, als wenn er sich eilen wollte, da die Zeit für ihn drängte, alles noch niederzulegen als ein Vermächtnis, all das, womit er ein Leben lang gerungen hatte, um es denen, die nachfolgen, leichter zu machen.

Das Ganze hat als Hintergrund das Bild des Kranken, kontrastreich aufleuchtend, davor spielt sich alles ab; es leitet und erfüllt den Gedankengang. Als großen Wegweiser stellt Krecke Kerschensteiner auf, der den „Arzt“ in seinem Wesen charakterisiert als einen „typus humanus und suggestivus“, von dem er in seiner Menschenliebe und Herzenswärme fordert: „Der Arzt muß ein guter Mensch sein . . . der Arzt soll bei allen schwierigen Fragen nie an sich selbst denken . . . er soll sich stets in die Seele des Kranken hineinversetzen, des Kranken, der bei ihm nicht nur Hilfe, sondern auch ein tröstliches Wort sucht.“

Noch zwei andere, Liek und Kurt Graßmann, blicken durch die Zeilen Krecke's. Nuizanwendung und Weg wird uns durch Krecke gewiesen. Daß in Kreckes Buch viel von chirurgischen Dingen gesprochen wird, ist naheliegend, aber der chirurgische Meister ist ein viel zu lebensschafflicher Arzt, als daß er nicht den leidenden Menschen hoch über die Technik stellte, soweit, daß er die kunstfertige Geschicklichkeit, die dem Arzt eigen sein muß, fast zu bescheiden verschweigt. Er tut dies bewußt, um den Arzt in unbedingte Beziehung zu seinem Kranken zu bringen mit Selbstlosigkeit, Bescheidenheit,

Oplerbereitschaft. So fühlt sich jeder Arzt und jeder Facharzt direkt und oft angesprochen, sei es nun der allgemein praktische Arzt, der Internist, der Chirurg, der Frauen-, der Nervenarzt usw. bis zum Hautarzt, und dieser ganz besonders. Das aber gerade macht das Lesen so spannend und fruchtbar bei dem Buch, mag nun in den 23 Kapiteln geredet werden von den Gründen der Beliebtheit des Arztes, vom Ermutigen und Aufrichten des verzweifelten Kranken, vom ärztlich-menschlichen Takt gegenüber den Kranken, von der Schmerzverhütung. Oder . . . wieweit soll und darf der Arzt mitteilbar sein, wieweit soll und darf der Arzt seinen Kranken einweihen in Gedanken und Sorgen seiner selbst? — Ganz besonders, wie soll sich der Arzt verhalten gegenüber Krebskranken und gegenüber deren Angehörigen? Dies Kapitel ist überragend, von hoher Warte gesehen und warmherzig, und — auch das Warum bekommt seine Antwort. Von der Operationsfreudigkeit, sowohl von seiten des Arztes wie auch des Kranken, wird geredet, von Einseitigkeit und von Überschätzung und wie sich davor bewahren? . . . Operationsanzeige, ob ja, ob nein? z. B. im hohen Alter? . . . Wir steht es mit der „kollegialen“ Operationsanzeige? Eine schwierige, verantwortungsvolle, kitzlige Frage, um dem Arzt, der überweist, und vor allem dem Kranken gerecht zu werden! . . . Dann kommt das spannende Kapitel über „Haftpflicht“ im Hinblick auf die verantwortliche Stellung des Arztes und die haftpflichtrechtliche Einstellung unserer Zeit.

„Darf man in der Sprechstunde Kranke anderer Ärzte behandeln?“ An jeden von uns ist so eine peinliche Frage schon herangetreten. Wenn ja, wie? Die §§ 14 und 16 der Ständesordnung reichen nicht aus, wenn sie nicht mit Lebenswärme angefaßt werden! Wichtige Grundsätze und Regeln bei der Krankenuntersuchung! Über das „Händewaschen“, über den „Geruch und die Bedeutung des Geruchsinnes“, das sind zwei Kapitel von Lebenskunst, von Lebenskenntnis, mit leinem Humor gewürzt. „Der Arztbrief“ etwas wirklich ganz brennend Wichtiges, um nicht zu sagen Aktuelles!

„Der tägliche Blinddarm“? gar nicht so selbstverständlich, früher gab es einen Operationsfall im Monat, jetzt täglich einen. Wie dieser Wandel der Zeit? . . . und wie ihm begegnen?

Schließlich „der kranke Arzt und Kollege“ selbst beim Arzt und Kollegen? Wie ihn richtig auffassen, um helfen zu können? Wie die peinliche Frage der Honorierung regeln? — Ein klarer, sauberer Ausweg ist: es gibt Arztwitwen und Arztwaisen, denen könnte geholfen werden!

Das Buch ist mit behutsamer Hand von Prof. Dr. Wilh. Fick so überarbeitet, daß das uns ans Herz gewachsene in keiner Weise verändert ist, nur den neuen Zeitverhältnissen werden notwendige Konzessionen gemacht. Ein Vorwort aus der Feder unseres verehrungswürdigen Univ.-Prof. Dr. E. K. Frey geht der Neuauflage voraus und sagt in wenigen, ernststen Worten nachdrücklich das, was auch die obigen Zeilen bezwecken sollen: das Buch von Albert Krecke lesen und nachdenken, sich daran und dafür begeistern! Dr. Jul. Thieme.

Der Arzt der sultatischen Geminschaft. Von Dr. Heinrich Hawickhorst. 56 S. brosch. Verlag Balduin Pick, Köln. DM 2.20.

Kurz auf die Reformbestrebungen und auf kritische Stimmen eingehend, gibt der Verfasser einen gedrängten geschichtlichen Überblick über die Entwicklung des militärärztlichen Standes, spricht über die Aufgaben des Militärarztes, die — neben der selbstverständlichen Ausbildung — ein hohes menschliches Niveau fordern, setzt sich mit dem Wesen des „Arztoldaten“ und dessen Stellung innerhalb der Truppe auseinander und weist mit statistischem Material und in Einzelbeobachtungen auf die Leistungen des Arztes während des Krieges hin. Auf Grund dieser gesamten Ausführungen wendet sich H. im Schlußkapitel den neuen Aufgaben des Militärarztes zu, die dieser nur meistern wird, wenn er „Arzt mit ganzer Seele und Soldat aus vollem Herzen“ ist.

Das mit zahlreichen Hinweisen auf das entsprechende Schrifttum versehene Büchlein ist nicht nur ein wichtiger Beitrag zu der heute so aktuellen Debatte über die Gestaltung des künftigen Sanitätswesens, sondern es ist auch in seiner Gesamtheit ein Beweis für die Echtheit des Ausrufes, mit dem sich der Verfasser zu den Werten seines Berufes bekennt: „Truppenärztliche Tätigkeit! Mit welcher Freude war sie verbunden!“ G. S.

Der Turmbau zu Babel. Von Dr. Max Kibler. Hippokrates-Verlag G.m.b.H., Stuttgart 1. 116 S., karton. DM 6.80.

Es ist eine der Eigentümlichkeiten der Menschen unserer hastigen Zeit, daß sie so häufig in ihren Problemen nur den Vordergrund sehen, und es viel zu eilig haben, um den Ursachen nachzugehen, von denen aus eine Lösung möglich wäre. So vermißt man in den Auseinandersetzungen um die soziale Krankenversicherung so oft eine tiefreichende Begründung unserer Stellungnahme, und so entsteht mitunter der Eindruck, es ginge uns im Grund nur um mehr oder minder verschleierte Honorarfragen. Selbst in der brennenden Frage der Erweiterung der „schulmedizinischen“ Denkweise haben wir es eigentlich nicht weitergebracht als zu einer mißvergnügten gegenseitigen

Duldung, ohne daß es geglückt wäre, den wertvollen Kern der verschiedenen Richtungen — der freilich mitunter recht dürftig sein mag! — herauszuarbeiten und im großen Gebäude der Wissenschaft organischer einzufügen.

Einen außerordentlich wertvollen Beitrag zu dieser „Krise in der Medizin“ liefert Kibler in seiner Broschüre, indem er auf Grund einer ungewöhnlich umfassenden und tiefen Allgemeinbildung ihre Zusammenhänge mit der Gesamtsituation unserer abendländischen Kultur aufzeigt. In sieben Aufsätzen, von denen nur die prächtige Abhandlung über den „Stein der Weisen“ genannt sei, behandelt er höchst aktuelle wissenschaftliche wie soziale und standespolitische Fragen von einem Standpunkt aus, der hoch genug liegt, um gewissermaßen als geometrischer Ort eine freie Übersicht über Teilstandpunkte zu ermöglichen und einen Weg zu ihrer Lösung zu zeigen.

Trotz dieses hohen Niveaus ist das Büchlein so leicht verständlich und elegant geschrieben, daß seine Lektüre für jeden ein Genuß und für den Standespolitiker ein großer Gewinn sein wird. So recht ein Weihnachtsgeschenk für jeden, der sich mit all den Fragen einmal anders als mit geranzelter Stirn beschäftigen will. Wa.

Die Ursachen der Kinderlähmung und verwandter Krankheitszustände.

Von E. R. Elstie. Aus der Schriftenreihe: Zur Viruskunde, Bd. 1, H. 1. Senior-Verlag Emmendingen. 148 S., karton.

Das Büchlein bringt eine erstaunliche Fülle von Erkenntnissen und Anregungen zur Frage der Ätiologie der Poliomyelitis. Der Verfasser geht grundsätzlich von reichlich vorliegendem Beobachtungsmaterial aus, um zu einer Neukonzeption — zunächst einer Hypothese — der ursächlichen Zusammenhänge bei Pm.-Entstehung, -Übertragung, -epidemischen, -Ausbreitung usw. zu kommen. Minutiöse Untersuchung der physiochemischen Natur des Virus führt zur Annahme einer Intoxikation durch eine Protaminverbindung. Letztere als Schlüsselsubstanz im Pm.-Virus-Molekül soll ausschlaggebend sein für die chemisch-physiologischen und pathologisch-histologischen Vorgänge bei der Erkrankung. Die Substanz ist ein Salmin oder eine aus solchen hervorgegangene salzartige Verbindung von Protamincharakter. Dieses Toxin, als Pm.-Toxid bezeichnet, könnte herrühren von *Salmo salar* L., dem Salm der europäischen und atlanto-amerikanischen Bereiche. Es wird in ungeheuren Mengen in Flußläufen und Gewässern frei und besitzt ausgesprochene chemische Affinität zu dem Kephalin der menschlichen Nervensubstanz. In Konnex mit diesem kommt es zu schweren neurotropen-Virusschädigungen in den Vorderhornzellen. Das Toxid nimmt den bekannten Weg: Enteraler Eintritt — haematogene Ausbreitung — Bindung an die Nervensubstanz. Verfasser bringt eingehende Untersuchungen über die Sre- und Flußwanderungen des Lachses, der damit zusammenhängenden Pm.-Seuchengänge in den verschiedensten Ländern. In gewissem Sinne bedeutet diese zunächst noch hypothetische Auffassung eine gewisse Rückkehr zur seinerzeitigen Klingsohnr Wassertheorie (Ref.). Die neue Hypothese klingt zunächst befremdend, Verfasser versteht es aber, sie in ebenso interessanter wie weit- und tiefausholender Begründung zu unterbauen. Wer irgend mit Poliomyelitis sich zu befassen hat, sollte nicht an dem Werk vorbeigehen, er wird sehr viel Wissenswertes und vielerlei Anregung daraus entnehmen können.

J. Hunsler (München).

Impfschutz als Aufgabe und Förderung der öffentlichen Gesundheitspflege. Von Prof. Dr. F. Klose. Georg Thieme Verlag, Stuttgart. 35 S., karton. DM 3.—.

In dem Büchlein landen verschiedene Vorträge, die der Verfasser über dieses Thema hielt, ihren Niederschlag. Nach allgemeinen Ausführungen über das Wesen der Schutzimplungen wird jede Impfung kritisch besprochen. Trotz der Kürze der Darstellung bringt der Verfasser alles und berücksichtigt auch die neuen Mitteilungen zur Polioimpfung. Seine zurückhaltende Beurteilung des Wertes der Tuberkuloseimpfung ist bekannt und wird nicht ungeteilten Beifall finden. Nicht zu folgen vermag der Referent Klose in seiner Einstellung zur Tetanusimpfung. Wenn man auch einen Impfwang sicher nicht befürworten kann, so steht der Wert dieser Impfung außer jedem Zweifel.

Hervorzuheben ist die klare Stellungnahme zu den einzelnen Problemen. Dies macht das Buch von Klose zu einem guten Wegweiser in der allmählich unübersichtlich werdenden Vielzahl der Schutzimplungen.



Not lindern!

Jetzt auf alle Briefe
Tuberkulose-Marken!
Steuerabzugsfähig!

KOMITEE · MÜNCHEN 27 · HOLBEINSTRASSE 11

Kinderheilkunde. Eine Hilfe für Studierende und Ärzte als Einführung in die Kinderheilkunde. F. Klose. 25. Auflage. Neubearbeitet von Prof. A. Loeschke. Ärzte-Verlag, Köln, 1954. 416 Seiten. Geheftet DM 25.50, Ganzl. DM 28.50.

Erstmals wurde dieses Werk 1918 von Klose herausgegeben, dann von Hohlfeld fortgeführt und nunmehr von A. Loeschke neu bearbeitet. Der Tenor des Werkes ist im wesentlichen beibehalten, der Inhalt — nach elfjähriger Pause — auf den neuesten Stand der Wissenschaft gebracht und ergänzt worden. Die beiden Hauptteile umfassen: I. Entwicklung, Ernährung und Pflege des gesunden Kindes. II. die Krankheitslehre. Im Anhang sind Tabellen über Längen- und Gewichtsverhältnisse, Krankheitsreger, Vitamine, Hormone, chemische und physikalische Daten, Kochvorschriften u. a. angefügt. Den wichtigsten Krankheitsbeschreibungen sind jeweils eine prägnante kurze Krankengeschichte vorangestellt (136 typische Fälle), der dann die eingehende Erörterung der Erkrankung im einzelnen mit Besprechung der Differentialdiagnose und Therapie folgt. Die Darstellung führt in die Grundelemente der Pädiatrie ein, ist in lebendigem Stile gehalten, der Stoff übersichtlich und einprägsam gegliedert. Ein Bilderanhang bringt instruktive Röntgendiagramme und Photos sowie einige Coloraufnahmen aus dem Rocheschen Archiv. Das Werk ist wohl in erster Linie für Studenten gedacht und für den Praktiker, der Kenntnisse auffrischen will. Sein Zweck soll sein, „Einblick und Überblick zu gewähren“, eine Aufgabe, der es nicht nur in seiner altbewährten und nunmehr neuen, verjüngten Form, sondern auch seinem klar übersichtlichen und überall sich auf das Wesentliche beziehenden Inhalt vortrefflich nachkommt und somit bedingungslos zur Empfehlung anregt. Husler (München).

Deutsches Handbuch für Fremdenverkehr, Band 1 (Württemberg, Baden, Bodensee). 15. Ausgabe. Verlag Erwin Jaeger, Darmstadt.

Herausgegeben wird dieses Werk im Auftrage des Bundes Deutscher Verkehrsverbände e. V. und in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Bäderverband e. V. vom Verlag Erwin Jaeger in Darmstadt. Der Inhalt zeigt mit seinen ausführlichen, nach Reisegebieten geordneten Ortsbeschreibungen und reichen Illustrationen wieder das seit Jahren bewährte Bild. Selbstverständlich wurden alle Angaben überprüft und auf den neuesten Stand gebracht. Auch dieser Band wurde nun mit den ergänzenden Verbesserungen ausgestattet, die bei den Bänden III und IV der letzten Ausgabe so großen Anklang fanden: einem vollständigen Unterkunftsverzeichnis mit Telefon-Nummer, Bettenzahl, Zimmer- und Pensionspreisen; und mit einer Zwischenzeile vor jedem Ortstext, die zwei Aufgaben erfüllt: sie gestattet dem eiligen Leser einen schnellen Überblick und sagt auch dem Ausländer, der die deutsche Sprache nicht beherrscht, das Wesentliche über jeden Ort.

Die Anhänge bieten wie immer präzise Angaben über Heilbäder und Kurorte, Sanatorien und Heilanstalten, Höhenlagen der Ferienorte, Landschulheime, Kindersanatorien und Kinderheime, Jugendherbergen, Bergbahnen und Skilifte, Camping-Plätze, Grenzauskunftsstellen u. a. m. Sie ergänzen den Hauptteil und machen das Werk für jeden Fachmann unentbehrlich und darüber hinaus nützlich für alle, die beruflich oder zu ihrem Vergnügen reisen.

Das übersichtliche Kartenmaterial soll hier nicht unerwähnt bleiben. Mit Hilfe des Ortsregisters ist jeder Fremdenverkehrsplatz mit einem Griff auffindbar.

Besonders wertvoll für den, der sich über einen Ort oder eine Landschaft orientieren will, sind die zahlreichen Abbildungen teils

als ausgezeichnete Vierfarbendrucke, teils als Schwarzweißdrucke im Kupfertiefdruckverfahren.

Zu beziehen ist das „Deutsche Handbuch für Fremdenverkehr“ in jeder Buchhandlung für je DM 12.— für den Band I (Württemberg, Baden, Bodensee), Band II (Bayern), Band IV (Berlin-West, Niedersachsen, Schleswig-Holstein), den Band III (Hessen, Rheinland, Pfalz, Westfalen) für DM 15.— und das Gesamtwerk für DM 45.—, oder direkt vom Verlag Erwin Jaeger, Darmstadt.

Der Verlag hat in dankenswerter Weise das große Werk in der neuesten Auflage der Bayer. Landesärztekammer überlassen, die es gerne den Kollegen zur Einsichtnahme zur Verfügung stellt.

Unsere inneren Konflikte. Von Karen Horney. Eine konstruktive Neurostheorie. Gustav Kipper Verlag, Stuttgart 1954. 288 S., Ganzleinen DM 12.—.

Wir wissen, daß Karen Horney während ihres Wirkens in den Vereinigten Staaten tatsächlich und mit Erfolg „Neue Wege in der Psychoanalyse“ (nebenbei der Titel eines früher im gleichen Verlag erschienenen Buches der Verfasserin) eingeschlagen hat. Auch ihr hinterlassenes Werk „Unsere inneren Konflikte“, das im Aufbau ihrer Schriften eine gewisse Krönung darstellt, wird man als einen bedeutenden Versuch in der Entwicklung der Neurostheorien nach Freud werten müssen. Man erinnert sich, daß Horney als Leitmotiv der Charakterneurose (im Gegensatz zur Situationsneurose) die Grundangst, eine Form der existentiellen Angst der Kreatur überhaupt, aufzeigte. Und nun stellt sie drei Haltungen des Neurotikers dar, in denen drei Elemente der Grundangst, überbetont und jedes für sich, isoliert in Erscheinung treten: hilflose Anlehnung, Feindseligkeit, Absonderung. Auf dem zwanghaft festgehaltenen nur So-oder-so-sein-Können beruhe der Grundkonflikt des Neurotikers. — Wenn man die Beschreibung der subtil herausgearbeiteten drei Haltungen liest, stellt man wohl die Frage: Sind hier nicht — entgegen der Meinung der Verfasserin — drei mögliche typische Haltungen des Individuums überhaupt, nicht nur des Neurotikers, in einer Oberflächenbetrachtung charakterisiert? Erschwerend für das Verständnis ist es freilich, daß diesmal die Übersetzung, trotz aller Bemühung um Wörtlichkeit, nicht immer gelungen erscheint. Aus dem psychoanalytischen „Jargon“ haben sich nun mal bestimmte feststehende Begriffe gebildet, die nicht nachlässig gehandhabt werden dürfen, schon gar nicht bei einer Übersetzung. Trotz alledem erleichtert das Buch das Verständnis des Originals, das eine, in den Vereinigten Staaten bedeutende Strömung moderner Psychotherapie repräsentiert. Gerweck, München.

Interne Medizin. Diagnose, Differentialdiagnose und Therapie. Von E. Schliephake — F. V. Spiegl. Schlütersche Verlagsanstalt und Buchdruckerei Hannover. 232 S., 145 Abb. und Zeichnungen im Text, Leinen DM 59.—.

Die Autoren hatten vor allem die Absicht, die praktisch-wichtigen Punkte der Diagnostik hervorzuheben und Anfangs- und Leitsymptome in den Vordergrund zu stellen. Es handelt sich um mehr oder weniger tabellarische Übersichten, in denen schlagwortartig auf diagnostische und differentialdiagnostische Momente hingewiesen ist. Die differentialdiagnostische Abgrenzung ist nicht immer und eindeutig genügend herausgearbeitet und der therapeutische Teil beschränkt sich ebenfalls meist auf kurze schlagwortartige Bemerkungen.

Das Buch kann nach meiner Ansicht nicht ein systematisches, wenn auch kurzes Lehrbuch ersetzen, aber, wie das auch beabsichtigt ist, einen bereits genügend erfahrenen Arzt noch einmal rasch auf die wesentlichsten Punkte hinweisen. Kämmerer, München.



KREWEL-WERKE
Eitorf b. Köln

STANDARTINE

Experimentell wirkungsbestimmte Hustensäfte

Hebammengesetz vom 21. 12. 38 und „Gesetz zur Regelung von Fragen des Hebammenwesens vom 4. 1. 54“ mit Erläuterungen und Anhang von Dr. Kurt Zimdars und Dr. Karl Sauer. Neubearbeitet und ergänzt von Min.-Rat Dr. Frdr. Koch und Min.-Rat Dr. Fritz Bernhardt. Verlag Elwin Staude K.G., Hannover. 3. Aufl. 1953, 144 S., kart., DM 6.45.

Das Hebammengesetz von 1938 stellt auch heute noch die Grundlage für das Hebammenwesen in der Bundesrepublik dar. Seit langem fehlte der sehr eingehende Kommentar von Zimdars-Sauer. Diesem läßlichen Mangel hilft die jetzt erschienene 3. Auflage ab. Die Neuerscheinung hat insofern besondere Bedeutung, als sie auch das im Januar 1954 ergangene „Gesetz zur Regelung von Hebammenfragen“ enthält und — erstmalig alle seit dem Erlass des Gesetzes von 1938 ergangenen Verordnungen über das Hebammenwesen und die Durchführungsverordnungen zum Hebammengesetz, soweit sie heute noch Gültigkeit haben.

Jeder einzelne Paragraph des Hebammen-Gesetzes ist ausführlich und zeitgemäß erläutert. Durch besondere Hervorhebung sind alle die Stellen gekennzeichnet, die Fragen behandeln, die durch die Zeitverhältnisse bedingt, inzwischen eine Neuregelung gefunden haben oder heute von anderen staatlichen Stellen aus geregelt werden.

Das Werk enthält außerdem in einem Anhang Auszüge von gesetzlichen Bestimmungen, die für das Hebammenwesen von Bedeutung sind. (Z. B. Mu.Sch.Ges., Ges. z. Beh. d. Geschlechtskrankheiten, St. G., ST.P.O., Z.O.P. usw.).

Ein ausführliches Sachregister erleichtert das Nachschlagen wesentlich. Jeder, der mit dem Hebammenwesen befaßt ist, sollte zu diesem unentbehrlichen Kommentar greifen, weil er über alle Fragen des Hebammenrechts ausführlich und zuverlässig Auskunft gibt.

LESEPROBE aus A. Krecke:

Vom Arzt und seinen Kranken!

vgl. S. 236.

Über den Geruch und die Bedeutung des Geruchssinn

Auge, Hand und Ohr sind unsere wichtigsten Organe für die Diagnosestellung. Was wir sehen, fühlen und hören können, gibt uns immer eine sichere Vorstellung von den Veränderungen, die sich im menschlichen Körper abspielen. Die durch die genannten Sinnesorgane aufgedeckten Krankheitszeichen sind vollständig objektiv, jedermann kann sie leicht kontrollieren.

Geruch und Geschmack sind bei der Diagnose nicht so sehr geschätzt. Der Geschmack wird sehr selten zur Diagnose herangezogen. Ein pathologisches Produkt mit der Zunge zu prüfen, wird nicht so leicht jemandem Vergnügen machen, und die Erzählung von dem Göttinger Professor, der seinen Studenten empfahl, den zuckerhaltigen Urin mit dem Finger auf die Zunge zu bringen und dabei selbst einen anderen Finger henützte, zeigt uns nur, daß auch der Lehrer die Beobachtung mit dem Auge höher einschätzt als die mit der Zunge.

Etwas anderes ist es mit dem Geruch. In den Kliniken wird zwar, soweit ich unterrichtet bin, die Diagnosestellung mit Hilfe des Geruchsorgans wenig geübt. Aber der Student, der nur einmal in den Saal der inoperablen Uteruskarzinome oder der unheilbaren Lungenkranken hineinkommt, erhält doch von der in diesen Zimmern herrschenden Luft einen nachhaltigen Eindruck.

In der Praxis hat man um so mehr Gelegenheit, die Geruchsdiagnose zu betreiben, und es wird wohl keinen Praktiker gehen, der mit der Zeit sich nicht befähigt glaubt, allein mit Hilfe seines Geruchssinnes irgendeine Krankheit erkennen zu können.

Wenn in wissenschaftlichen Kreisen vom Geruch selten die Rede ist, so gibt es doch auch Ausnahmen. Mein verstorbener, hochverehrter Lehrer Penzoldt erzählte mir oft, daß er im Verein mit Emil Fischer wiederholt chemische Stoffe in allergeringsten Verdünnungen mit der Nase festzustellen versucht habe. Er glaubte es für sehr dienstvoll halten zu müssen, wenn jemand es unternehmen würde, Geruchskonzerte zu veranstalten, bei denen die mannigfachsten, angenehmsten Gerüche in harmonischer Verbindung vorgeführt würden. Leider ist aus dieser Idee, die vor ungefähr fünfzig Jahren gefaßt wurde, bisher nichts geworden. Jeder, der mit einer einigermaßen empfindlichen Nase behaftet ist, weiß, welche Lustgefühle ihm bei einem angenehmen Duft aufsteigen, und welche Unlustgefühle bei dem Gegenteil einzutreten pflegen. Wer geht nicht mit Wohlbehagen abends durch seinen nach Veilchen, Heliotrop, Nelken, Rosen, Linden duftenden Garten! Welch starke Empfindung bewirkt bei den meisten der berauschte Jasmingeruch. Welche Quelle des Wohlbehagens bedeutet für viele eine frischgemähte Wiese oder ein reifes Kornfeld. Die absterbenden Blumen leiten schon über zum Gegenteil, und der Geruch der welkenden, einem lieben Verstorbenen mitgegebenen Blumenkränze wirkt in unserer Erinnerung noch lange nach.

Auch die bei gewissen Situationen erhaltenen Geruchseindrücke können, wenn sie Irenndlichen Begebenheiten entsprechen, stets angenehme Empfindungen hervorrufen. Wer kennt nicht den eigen-

tümlichen Geruch einer großen Bahnhofhalle, der uns an unsere vielen schönen Reisen denken läßt und in uns das Gefühl der Freiheit und Verantwortungslosigkeit hervorruft!

Auch ein ganz feiner (der Gebildete sagt diskreter) Duft eines unserer vielen Riechmittel hat für viele Menschen etwas Angenehmes. Aber schon eine kleine Überdosis vermag das Gegenteil hervorzurufen und unangenehmste Empfindungen auszulösen. Wenn unsere sich mit den verschiedensten Düften beladenen Damen nur wüßten, welch unangenehmen Eindruck die hinter sich ausbreitende Duftwolke bei den meisten richtig empfindenden Menschen auslöst, so würden sie ihre verschiedenen Fläschchen etwas sparsamer verwenden.

Und nun gar die unangenehmen Gerüche, von denen hier nicht gesprochen zu werden braucht. Bei den meisten handelt es sich ja um Gerüche, die durch Fäulnis und Verwesung entstehen und die jedem normal empfindenden Menschen in gleicher Weise zuwider sind.

In einem medizinischen Aufsatz darf vielleicht hier auf die Gerüche hingewiesen werden, die durch gewisse Arzneimittel hervorgerufen werden und die besonders die Luft unserer Krankenhäuser so außerordentlich verderben: Jodoform, Lysol, Karbol, Jod vermischen sich zu einem ganz charakteristischen Etwas, das für jeden Besucher eines Krankenhauses, der einmal solch einen Geruch empfunden hat, geradezu abstoßend wirkt. Viele Kranke, die zu einer Operation ein Krankenhaus aufsuchen, werden schon allein durch den Krankenhausgeruch in ihrer Psyche unangenehm geschädigt. Es ist Pflicht jedes Krankenhausleiters, auch auf diese unwesentlichen Dinge achtzugeben und die Krankenhausluft möglichst rein zu erhalten. Jodoform, Lysol, Karbol sind in einem Krankenhausbetriebe durchaus entbehrlich. Bei mir werden sie seit dreißig Jahren grundsätzlich nicht benützt; irgendwelche Schäden haben sich bei dieser Nichtverwendung sicher nicht gezeigt.

Auch der einzelne Arzt hat die Pflicht, sich im Verkehr mit seinen Kranken von unangenehmen Gerüchen freizuhalten.

Wenn man weiß, wie unangenehm für viele Menschen der nach Tabak und Alkohol riechende Atem ist, so wird sich jeder Arzt bemühen, während der Praxisausübung auf diese Genußmittel zu verzichten oder zum mindesten die Spuren zu verwischen. Ebenso wie jeder Arzt nach der Untersuchung eines Infektionskranken sich die Hände, das Gesicht zu waschen hat, so hat er sich auch nach Alkohol- und Tabakgenuß in gleicher Weise zu reinigen. Ich halte schon seit Jahren streng darauf, daß meine Assistenten nicht mit ihren nach Zigaretten duftenden Händen eine Narkose unternehmen, sondern sich sorgfältig waschen. Ich kenne eine Arztfrau, die immer im höchsten Grade peinlich berührt ist, wenn ihr Mann in seinen Kleidern den Athergeruch aus dem Operationsaal mit nach Hause bringt. Auch in dieser Beziehung soll man eine gewisse Rücksichtnahme nicht vergessen. Der Arzt soll in seinem Äußeren nicht nur in gewöhnlichem Sinne sauber sein, sondern er soll auch alles, was die Geruchsorgane seiner Klienten beleidigen kann, vermeiden.

Die in der Praxis die Diagnose erleichternden Gerüche sind durchweg unangenehmer Art. Auch der nach Veilchen duftende Urin und die nach Äpfeln riechende Atemluft vermögen keine Lustgefühle zu erzeugen. Wenn wir die bei den kranken Menschen auftretenden eigentümlichen Gerüche in ein gewisses System zu bringen versuchen, so müssen wir am besten unterscheiden zwischen allgemeinen Gerüchen und Gerüchen bestimmter Organe oder bestimmter pathologischer Produkte.

Der allgemeine, von einem Menschen ausgehende Dunst hat oft etwas ganz Charakteristisches. Man kann ihn im einzelnen nicht beschreiben. Man weiß aber ganz genau, daß ein bestimmter Dunst von einem ganz bestimmten Menschen ausgeht. Trifft man beim anderen den gleichen Dunst, so wird man immer an seinen Wesens-(Dunst-)Gleichen erinnert. Man weiß nicht, woher dieser Dunst kommt. Man kann ihn auch einem andern nicht beschreiben. Tatsache ist, daß ein solcher Dunst uns immer wieder auffällt, wenn wir mit dem betreffenden Menschen zusammenkommen.

Bei Frauen sind es zweifellos gewisse Hautausscheidungen, die sich zur Zeit der Menstruation bilden. Polano hat vor einigen Jahren auch auf gewisse Sekretionsstoffe hingewiesen, die bei der Menstruation nachweisbar sind. Viele Frauen wissen das ganz genau und suchen diesen Dunst durch Riechmittel zu übertünchen. Leider wissen sie nicht, daß dadurch die Wirkung meistens noch unangenehmer wird.

Ganz charakteristische Gerüche bewirken bestimmte Krankheiten. Der Geruch eines Tuberkulösen ist absolut charakteristisch. Wahrscheinlich sind es bei ihm gewisse, durch die Haut ausgeschiedene Fettsäuren, welche diesen eigentümlichen, immer wiederkehrenden Geruch hervorrufen. Bei der Neigung der Tuberkulösen zu Schweiß ist diese Ausdünstung wohl erklärlich. Die unangenehme Wirkung des Schweißes kann man ja in der Praxis sehr häufig beobachten. Im höchsten Grade zuwider ist eine Fettsäuremischung, die bei mir immer die Erinnerung an den Geruch von Zwiebeln hervorruft. Bei jungen Mädchen und Frauen, die auf körperliche Reinigung nicht viel

gehen und den berühmten pfingstlichen Hemdwechsel betreiben, ist dieser Zwiebelgeruch besonders eindrucksvoll. Mit Kraukheiten scheint er nichts zu tun zu haben. Auch die Ausdünstung, die viele ältere, letzte, um ihre Körpersauberkeit wenig bemühte Frauen verbreiten, ist absolut charakteristisch und immer wiederkehrend.

Der Geruch von Eiter ist immer unangenehm, läßt sich aber nicht immer sicher charakterisieren. Wiederholt habe ich aus dem Geruch des Eiters die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Staphylokokken stellen können. Es handelt sich dabei um einen eigentümlichen aromatischen Geruch. Der Geruch von Kolibakterien ist nicht zu verkennen. Wenn ein subphreuscher Abszess nach Kot riecht, so kann man mit großer Sicherheit annehmen, daß er von der Appendix ausgeht. Der kotig riechende appendizitische Abszess des Douglas ist von dem geruchreichenden appendizitischen Abszess ohne weiteres zu unterscheiden. Sehr widerlich riechen alle Abszesse, die mit der Mund- und Nasenhöhle in Verbindung stehen, lerner die vereiterten Atherome und Dermioide (Mandl). Nach demselben Autor gibt die Osteomyelitis des Unterkiefers einen jauchig-brenzlichen Geruch. Ganz charakteristisch ist der leimartige Geruch des blauen Eiters, der sich oft schon vor dem Auftreten der eigentümlichen Verfärbung bemerkbar macht.

Ludwig Heim weist darauf hin, daß die Kulturen verschiedener Bakterien an ihrem Geruch oft leicht zu erkennen sind. Cholera-bazillen zeigen schon nach 24 Stunden einen typischen Geruch. Der Krusesche Bazillus hat einen sperma-ähnlichen Geruch. Von dem Geruch der Kolibazillen wurde schon gesprochen.

Daß die Infektionskrankheiten vielfach von Ärzten und Wärterinnen am Geruch erkannt werden, ist bekannt. Der alte Heim hatte eine besonders feine Nase. Den Scharlachgeruch verglich er mit dem Geruch, der in den Kellern der Berliner Viktualienhändler angefroren wird, und der vor allem Dingen den dort lagernden alten Heringen und mancherlei Käsesorten zuzuschreiben ist. Der Maserngeruch ist von ihm als unangenehm süßlich bezeichnet worden, ähnlich dem Geruch der gerupften Federn einer noch lebenden oder eben geschlachteten Gans. An der Bauerschen Klinik war eine alte Wärterin, die mit völliger Sicherheit eine Miliar tuberkulose von einem Typhus wegroch. Eine mit bekannte Frau vermag an dem Geruch ihrer Kinder mit Sicherheit zu erkennen, ob eine Angina sich entwickeln wird. Daß die Lungentuberkulose von vielen Ärzten am Geruch erkannt wird, ist bekannt. Ortoloph kann mit Hilfe des Geruches sogar die Prognose der Lungentuberkulose beurteilen.

Das Karzinom kann die mannigfachsten und im höchsten Grade widerlichen Gerüche verbreiten. Von den schrecklichen Ausdünstungen der armen Gebärmutterkreislernen wurde schon gesprochen. Das Mastdarmkarzinom sticht dem Gebärmutterkrebs nicht viel nach. Was Hochenegg über die Geruchsdiagnose des Mastdarmkrebses schreibt, kann man durchaus bestätigen. Es handelt sich dabei um einen ganz außerordentlich unangenehmen, scharfen, halb kotig, halb faulig riechenden Dunst, dessen Anwesenheit den Erfahrenen eigentlich nie täuscht, und der manchmal schon beim Eintritt des Kranken in das Sprechzimmer erkennbar ist.

Von großer Bedeutung ist der Geruch der verschiedenen Ausscheidungen. So wenig angenehm die Beriechung des Stuhles ist, so soll man sich in wichtigen Fällen diese kleine Unlustempfindung doch gefallen lassen. Manche Ärzte vermögen aus dem Geruch des Stuhles zu erkennen, ob es sich um einen einfachen Darmkatarrh oder um einen Darmkrebs handelt. Der eigentümlich lade Geruch des Erbrochenen beim beginnenden Ileus spielt auch heute noch, wo wir ganz andere diagnostische Hilfsmittel haben, eine gewisse Rolle.

Der Geruch der Atemluft ist für die Beurteilung vieler Erkrankungen von Bedeutung. Am bezeichnendsten ist der Azetongeruch bei Diabetes und bei Azetonämie.

Auf das eigentümliche Krankheitsbild der Azetonämie bei Kindern wird man immer durch den Geruch aufmerksam werden. Einer meiner Assistenten hat bei einem wegen einer vermeintlichen Appendizitis hereingesandten Kindes durch den Geruch sofort die Diagnose: Azetonämie gestellt.

Der gesunde Harn riecht nach Fleischbrühe. Im zersetzten Harn entsteht der widerliche, ammoniakalische Geruch. Viele Arzneistoffe und Lebensmittel kann man im Harn durch den Geruch wiedererkennen. Am bekanntesten sind der Geruch des Harns nach Veilchen bei Terpentinegebrauch und der Geruch nach Methylmerkapтан nach Spargelgenuß.

Sehr merkwürdige Geruchserscheinungen werden von den Neugeborenen berichtet. Von mehreren Ärzten (Hildebrandt, Büchner) ist bei den Kindern am Tage nach der Geburt ein überaus zarter und leiner Duft der Atemluft beobachtet worden, der an Veilchen und Tulpen erinnerte. Eine Mutter sagte mir, daß dieser Duft das schönste sei, was sie sich vorstellen könne. Im allgemeinen kann dieser Duft nur von den Müttern wahrgenommen werden. Eine Hebamme erzählte, daß sie an der Freiburger Klinik die Assistenten oft auf diesen Duft

hingewiesen habe, von ihnen aber immer ausgelacht worden sei. Mit dem Ende des vierten Tages verschwindet der Duft wieder.

Beim Sterben soll die Atemluft einige Stunden vor dem Tod einen leichenartigen Geruch annehmen (Niedermeier D. M. W. 1923, S. 387). Darauf führt man es zurück, daß Hunde ihren sterbenden Herrn meiden. Mozart soll auf dem Sterbebett zur Schwester seiner Frau gesagt haben: „Ich habe schon den Leichengeschmack auf der Zunge.“

Die Fähigkeit der Menschen, einen bestimmten Geruch zu empfinden, ist verschieden. Einzelne Menschen verfügen über einen auffallend gut entwickelten Geruchssinn. Soldaten sollen im Feld mit Sicherheit allein aus Geruchswahrnehmungen erkannt haben, ob sie Weiße, Farbige oder Neger sich gegenüber hatten. Bei den Naturvölkern ist der Geruchssinn weit besser ausgebildet als bei den sogenannten Kulturvölkern, die ihren Geruchssinn durch Alkohol und Nikotin verschlechtert haben. Ein mir bekannter Kollege erzählte, daß er für alle Gerüche ein viel besseres Empfinden habe, seitdem er den Genuß von Alkohol und Tabak nahezu völlig aufgegeben habe. Die Besserung seiner Geruchsempfindung merke er besonders daran, daß er die Qualität eines Weines weit besser mit der Nase als mit der Zunge erkennen könne, und daß er von dem Aroma eines wertvollen Pfälzers einen weit höheren Genuß habe als von dem Geschmack des Weines.

Daß Tiere einen weit besseren Geruch haben als die Menschen, können wir alle Tage beobachten. Den hohen Geruchssinn der Hunde hat die Polizei sich vielfach zunutze gemacht.

Eine Vervollkommnung des Geruchssinnes durch Übung ist zweifellos möglich. Der Praktiker sollte keine Gelegenheit versäumen, seinen Geruchssinn zu verfeinern. Er wird davon bei der Diagnose sicherlich manchen Vorteil haben. Vor allen Dingen sollte er sich bemühen, seinen Geruchssinn durch Genuß von Alkohol und Nikotin nicht zu verschlechtern. Man spricht nicht umsonst von der „guten Nase“, die manchen berühmten alten Diagnostikern eigen war. Wenn man sich erzählt, daß ein bekannter Kliniker, dem seine Assistenten sehr umständlich über die diagnostischen Schwierigkeiten eines Falles berichtet und alle diagnostischen Möglichkeiten vorgeführt hatten, nur einmal in den Kranken hineinzuriechen brauchte, um die Krankheit mit Sicherheit zu erkennen, so liegt darin gewiß die Bedeutung, die der Geruchsdiagnose zukommt, in bester Weise ausgedrückt.

Berichtigung

In Heft 11/55 des „Bayer. Ärzteblattes“ ist auf Seite 212 im Artikel „Englands kommendes großes Sozialproblem“ infolge unrichtiger Abschrift aus dem Stenogramm ein sinnstörender Druckfehler unterlaufen. In der viertletzten und letzten Zeile muß anstatt „Arbeitende“ stehen „Kinder“. Der richtige Text lautet somit: Darnach trafen im Jahre 1901 auf jede Person im Pensionsalter, d. h. 65 Jahren bei Männern und 60 Jahren bei Frauen, fünf Kinder unter 15 Jahren und 10 Personen im erwerbstätigen Alter, die Güter produzierten und für den Unterhalt des einen Pensionisten und der fünf Kinder sorgten.

Beilagenhinweis

Dieser Ausgabe liegen Prospekte folgender Firmen bei:
Klinge GmbH., München 25,
UPHA GmbH., Hamburg 20,
Dr. Hommels Chemische Werke und Handelsgesellschaft mbH., Hamburg 6,
Dr. Gerhard Mann, Berlin,
Aktiengesellschaft für medizinische Produkte, Berlin N 65 (West),
A. Nattermann & Cie., Köln-Braunsfeld,
MED Fabrik chemische-pharmazeutischer Präparate J. Carl Pflüger, Berlin-Hallensee,
RASSAU Pharm. Präparate, Eltville (Rhein),
Dr. Gustav Klein GmbH., Zell-Harmersbach.

„Bayerisches Ärzteblatt.“ Herausgeber: Bayer. Landesärztekammer.
Schriftleitung: Mü. 23, Königinstr. 85/III, Tel. 56 11 21-25, Schriftleiter
Dr. W. Wack, München. Die Zeitschrift erscheint monatlich im Richard
Pflaum Verlag, München 2, Lazarettstraße 2-6, Telefon 6 31 21-23,
6 25 54, 6 00 81. Verlagsgeschäftsstelle: Nürnberg: Breite Gasse 25/27,
Telefon 2 31 33. — Bezugspreis für Nichtmitglieder der Bayer. Ärz-
tekammer DM 2.40 vierteljährlich, zuzügl. Zustellgebühr. Postscheck-
konto München 159 00, Richard Pflaum Verlag (Abt. „Bayerisches
Ärzteblatt“). Anzeigenverwaltung: Carl Gabler, München 1,
Theatinerstr. 49, Tel. Sammel-Nr. 2 86 86. Telegrammadresse:
Werbegabler, Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst
W. Scharschinger, München. Druck: Richard Pflaum Verlag,
München.

