

# BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN  
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Heft 3

München, März 1956

11. Jahrgang

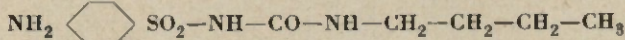
(Aus der Stoffwechselabteilung des Krankenhauses Am Biederstein, München.  
Leitender Arzt: Prof. Dr. Dr. F. Steigerwaldt)

## Neue Möglichkeiten in der Diabetestherapie

Von F. Steigerwaldt

Seitdem Bertram-Hamburg im Oktober vergangenen Jahres am 18. Kongreß für Stoffwechselkrankheiten in Bad Homburg erstmalig über klinische Erfahrungen mit einem neuen oralen Antidiabeticum berichtet hat, ist die Diskussion um das Für und Wider dieser neuen therapeutischen Möglichkeit nicht mehr verstummt. Zur gleichen Zeit waren in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift Veröffentlichungen von Franke-Berlin, Achelis-Mannheim und Bertram-Hamburg zum selben Thema erschienen und haben einerseits über die theoretischen Grundlagen (Achelis) wie über die bis dahin gesammelten praktischen Erfahrungen berichtet. In der Zwischenzeit ist an vielen Kliniken und Krankenhäusern neues Erfahrungsgut gesammelt worden, und es erscheint an der Zeit, besonders da das Präparat nun für den Apothekenverkauf freigegeben wurde, eine kurze Zwischenbilanz über die bisherigen Erfahrungen und aufklärende Hinweise über die Anwendung zu geben.

Einleitend muß kurz auf das Präparat selbst eingegangen werden. Es handelt sich dabei um ein Sulfonylbutylkarbamid, also um ein Sulfonamidpräparat, das wegen seiner langsamen Ausscheidung zu einem verhältnismäßig hohen und lange anhaltenden Blutspiegel führt und deshalb als Depot-Sulfonamid für den bisherigen Indikationsbereich solcher Verbindungen in den Handel gebracht werden sollte.



Bei der klinischen Prüfung hat sich dann die stark blutzuckersenkende Wirkung dieses Präparates ergeben, das sich deshalb trotz seiner guten bakteriziden Wirkung als ungeeignet erwies. Verständlicherweise hat man sich nun dafür interessiert, inwieweit die blutzuckersenkende Wirkung für die Diabetestherapie nutzbar gemacht werden kann. Nach orientierenden Tierversuchen erfolgte die klinische Prüfung zuerst in den Kliniken bei Franke-Berlin, und Bertram-Hamburg, und später auf breiter Basis in verschiedenen anderen Kliniken und Krankenhäusern.

Das Sulfonamidpräparat wird von zwei Firmen, der Firma Boehringer, Mannheim/Waldhof, unter dem Namen „Nadisan“ und von der Firma Farbwerke Hoechst, Frankfurt am Main, unter dem Namen „Invenol“ in den Handel gebracht. Beide Präparate sind chemisch identisch.

Ehe ich im einzelnen über unsere Untersuchungen berichte, möchte ich prinzipiell Feststellungen voranstellen.

1. Es hat sich, ich glaube, ich kann sagen, heute eindeutig erwiesen, daß das neue Präparat keinen Ersatz für das bisher verwandte Insulin darstellt. Die orale Diabetestherapie hat im wesentlichen nur dann zur Durchführung zu kommen, wenn das Insulin mehr oder weniger eindeutig versagt, also beim sog. Gegenregulationsdiabetes, und zwar auch nur, wenn der Patient das 40. Lebensjahr überschritten hat.

2. Die Diät bleibt, darauf hinzuweisen erscheint mir besonders wichtig, nach wie vor die Grundlage jeder Behandlung von Zuckerkranken, sei es als alleinige Maß-

nahme, sei es zusammen mit Insulin oder dem neuen Antidiabeticum.

3. Die bisherigen Indikationen für die Notwendigkeit der Altinsulintherapie bleiben unverändert bestehen.

Da, wie gesagt, die Diät die Grundlage auch für diesen neuen therapeutischen Weg ist, muß kurz mit einigen Worten auf die Kostgestaltung beim Diabetiker eingegangen werden, wie sie heute nach über 20jähriger Erprobung als richtig erkannt wurde und sich in dieser Zeit auf das Beste bewährt hat. Das Diätprinzip ist ein relativer Kohlehydratreichtum bei bewußter und energischer Fettbeschränkung unter Beibehaltung eines normalen bis leicht erhöhten Eiweißverzehr. Um dies verständlich zu machen, ein kurzes Beispiel.

Wir verordnen also einem leicht bis mittelschweren Diabetiker von einem Durchschnittsgewicht von 70 kg, der keine allzu schweren Arbeiten zu leisten hat und annähernd normalgewichtig ist, etwa 200–240 g Kohlehydrate, 60 g Fett und 80–100 g Eiweiß. Besonderen Wert legen wir dabei darauf, daß die Kohlehydrate in kleinen, etwa zweistündigen Portionen über den Tag verteilt werden, also daß es zu keiner Anreicherung von Kohlehydraten in einer Mahlzeit kommt. Für die Fettbeschränkung gilt, daß in den 60 g Fett das kaschierte Fett (z. B. in Fleisch, Wurst, Käse) und das Kochfett enthalten ist. Es ist deshalb bei der Wahl der Eiweißträger darauf Rücksicht zu nehmen, daß Eiweiß meistens, z. B. in Fleisch oder im Käse mit Fett zusammen vorkommt. Aus diesem Grund empfehlen wir, einen größeren Teil des Eiweißbedarfs durch Magermilchquark zu decken. Daß diese Kostform keine zufällige Modeströmung, sondern eine wissenschaftliche, d. h. also physiologisch und klinisch begründete Therapie darstellt, sei hier betont. Es ist in diesem Rahmen nicht möglich, näher darauf einzugehen, es sei nur auf zwei wichtige Veröffentlichungen des vergangenen Jahres hingewiesen. Die eine stammt von Fanconi, dem bekannten Pädiater in der Schweiz, der mitteilt, daß seit Einführung einer fettarmen Ernährung die Zahl der diabetischen Komplikationen bei seinen Kindern erheblich und in erfreulicher Weise bis jetzt zurückgegangen ist. Eine andere Veröffentlichung stammt aus Helsinki. Die Autoren (Ilmarinen und Antti-Telkkä) berichten über Tierexperimente, in denen sie zeigen konnten, daß durch fettreiche Ernährung von Ratten sich das Verhältnis der a- zu den b-Zellen im Langerhansschen Gewebe zugunsten der

### AUS DEM INHALT:

Steigerwaldt: Neue Möglichkeiten in der Diabetestherapie . . . . .	Seite 43
Hellbrügge: Die derzeitige Beanspruchung durch die Schulen in ärztlicher Sicht . . . . .	Seite 45
(Fortsetzung und Schluß)	
Keppel: Richtlinien für die Anwendung der Sozialversicherung (Fortsetzung) . . . . .	Seite 48
Asanger: Zwang zur Operation? . . . . .	Seite 50
Schildmayer: Wert des ärztlichen Zeugnisses . . . . .	Seite 51

a-Zellen, also der nicht insulinproduzierenden Zellen, verschoben hatte. Diese kurzen Hinweise mögen hier genügen.

Die Möglichkeiten der modernen Diabetestherapie sind nun folgende: Wenn keine absolute Insulinindikation vorliegt, wird man zuerst versuchen, inwieweit durch eine diätetische Einstellung die Stoffwechselstörung kompensiert werden kann. Gelingt dies mit Diät nicht, d. h. wird keine Blutzuckersenkung auf die 200-mg-%-Grenze im Tagesdurchschnitt erreicht und die Harnzuckerausscheidung nicht auf unter 30 g Tagesausscheidung reduziert bei Fehlen jeglicher Ketonurie und Ketonämie, dann erfolgt die Einstellung auf Insulin, zusammen mit der zuvor beschriebenen Diät. Es ist hier nicht der Platz, über die Technik der Einstellung etwas zu sagen. Als Grundsatz für die Insulineinstellung gilt uns nach wie vor der Leitsatz: „Soviel Insulin als nötig, so wenig als möglich.“ Nun ist jedem, der Diabetiker behandelt, bekannt, daß es besonders unter den Fällen von Altersdiabetes vorkommt, daß durch Insulin keine oder doch keine befriedigende Kompensation erreicht werden kann. Mit anderen Worten, man hat das Gefühl, daß der Diabetiker insulinresistent ist, ja in manchen Fällen kann man sich sogar des Eindrucks nicht erwehren, als ob bei solchen, bei denen durch Insulin, besonders dann, wenn zu hohe Dosen verwandt werden, ein weiteres Blutzuckeranstiegen erfolgt. Bei diesen Patienten war es bisher kaum möglich, zu befriedigenden Ergebnissen zu kommen. Hier scheint der neue Weg der Diabetestherapie zu günstigeren Einstellungsergebnissen zu führen. Es hat sich nämlich gezeigt, daß der Großteil der auf das Sulfonamidpräparat einstellbaren Diabetiker der Gruppe des sog. Gegenregulations- oder Insulinhemmungsdiabetes (siehe Tabelle) angehört. Damit hat sich für den Arzt und den Patienten eine neue erfreuliche Erweiterung unserer therapeutischen Möglichkeiten ergeben.

Insulinmangeldiabetes	Insulinhemmungsdiabetes) (Gegenregulationsdiabetes)
Asthenischer Habitus	Sthenischer Habitus
Leptosom	Pyknisch
in jüngeren Jahren also unter 30	in höherem Alter also über 40
vagotone Tendenz	sympathicotone Tendenz
grazil — schlank	adipös
insulinempfindlich daher normale oder herabgesetzte Nierenschwelle daher meist höhere Glykosurie mäßige Hyperglykämie	insulinresistent erhöhte Nierenschwelle daher meist geringe oder fehlende Glykosurie ausgeprägte Hyperglykämie mit Werten meist über 250—300 mg%
Azidose-Neigung	keine Azidose-Neigung
Komagefahr groß jedoch gute Prognose	Komagefahr gering jedoch schlechte Prognose

Die Umstellung auf das neue Präparat soll auf Grund unserer Erfahrungen — wir stimmen darin mit allen bisherigen Untersuchern überein — klinisch erfolgen, besonders dann, wenn es sich um einen Ersatz des Insulins durch die orale Therapie handelt. Dies ist aus verschiedenen Gründen notwendig.

1. Es soll, solange wir noch keine sicheren Kenntnisse über den Wirkungsmechanismus des Präparates haben, jeder Fall, bei dem diabetische Komplikationen oder Lebererkrankungen vorliegen, vorläufig von der oralen Medikation ausgeschlossen werden. Es ist also eine eingehende klinische Untersuchung jedes Patienten vor Beginn der Sulfonamidtherapie notwendig.
2. Die Indikationsabgrenzung ist heute noch nicht so eindeutig, daß man bereits mit Sicherheit sagen kann, in welchen Fällen ein Erfolg zu erwarten ist. Es muß also auch bei geeigneten Fällen mit einem Mißerfolg gerechnet werden.
3. Bei der Umstellung von Insulin auf das Sulfonamid kann es dann, wenn ein solcher Mißerfolg eintritt, zu erheblichen Stoffwechselverschlechterungen und damit zu einem Schaden für den Patienten kommen.
4. Auch bei Einstellung von bisher allein diätetisch behandelten Patienten auf das Präparat können Schwierigkeiten auftreten, und zwar meist mehr oder weniger aus-

geprägte hypoglykämische Zustände. Wir haben aber auch bei dieser Gruppe von Patienten manchmal nicht erklärliche Stoffwechselverschlechterungen im Sinn einer zunehmenden Hyperglykämie gesehen.

In der Klinik führen wir vor Beginn der Einstellung eine genaue Untersuchung der Patienten durchgeführt, und zwar sowohl der Herzkreislaufverhältnisse wie auch der Lunge, besonders aber halten wir eine eingehende Untersuchung der Nierenfunktion und der Leber für erforderlich. Außerdem wurde in jedem Fall der Diabetes-typ durch eine Insulinüchternkurve klargestellt, d. h. auf Insulinempfindlichkeit geprüft. Erst nach Vorliegen aller dieser Befunde entschließen wir uns zur Durchführung oder Ablehnung einer Einstellung auf das Sulfonamidpräparat.

Die Durchführung der Einstellung ist kurz folgende:

Am ersten Tag geben wir, wie dies **B e r t r a m** vorgeschlagen hat, 5 Tabletten des Präparates, also, da 1 Tablette  $\frac{1}{2}$  g wirksamer Substanz enthält, 2,5 g. Am zweiten Tag geben wir 3 Tabletten = 1,5 g und vom dritten Tag an geben wir 2 Tabletten = 1 g. Ob man die Tabletten alle jeweils morgens nach dem Frühstück verabreicht oder ob man sie über den Tag verteilt, ist in der großen Mehrzahl der Fälle gleichgültig. In einzelnen Fällen hat sich uns eine Verteilung der Tabletten über den Tag als günstiger erwiesen. Meist machen wir es jedoch so, daß wir wenigstens am ersten und zweiten Tag die Tabletten in zwei Portionen geben, eine Portion nach dem ersten, die zweite nach dem zweiten Frühstück oder nach dem Mittagessen. Bereits drei Stunden nach Verabreichung der ersten drei Tabletten wird in den meisten Fällen ein Sulfonamidspiegel von 12—14 mg% erreicht. Der optimal zu erreichende Blutspiegel liegt zwischen 14—16 mg%. Bei Ansprechen auf die Tabletten-therapie ist spätestens am zweiten Tag eine beginnende Besserung der Stoffwechsellage zu erkennen, die ihren Ausdruck in einer erheblichen Verminderung der Harnzuckerausscheidung und meist einem Absinken der Blutzuckerwerte findet. Wichtig ist, daß durch Einhaltung der Diät, wie sie oben beschrieben wurde, besonders durch die Fraktionierung der Kohlehydrate über den Tag, hypoglykämische Erscheinungen vermieden werden.

Die nun wohl am meisten interessierende Frage ist, wie lange wird die 2-Tabletten-Dosierung fortgesetzt? Nach unseren Erfahrungen an einem Krankengut von nun über 85 Patienten können wir sagen, daß in den allermeisten Fällen die Möglichkeit besteht, etwa 14 Tage bis spätestens drei Wochen nach dem Einstellungsbeginn auf eine Tablette zurückzugehen. Nun hat bereits **B e r t r a m** darauf aufmerksam gemacht, daß in manchen Fällen die Möglichkeit besteht, auch diese Tablette für mehr oder weniger lange Zeit abzusetzen und ein sog. behandlungsfreies Intervall zu schaffen. Wie lange man ohne Tablettenmedikation auskommt, dürfte individuell sehr verschieden sein. Man muß bei all diesen Fällen durch regelmäßige Stoffwechselkontrollen sich davon überzeugen, ob das erreichte Gleichgewicht noch besteht. Beginnt die Harnzuckerausscheidung, die meist auf 0 g zurückgegangen ist, wieder zu steigen, dann ist es notwendig, erneut mit zuerst 2, dann 1 Tablette für einige Zeit zu behandeln. In manchen Fällen, bei denen ein völliges Absetzen nur kurzfristig möglich war, haben wir über längere Zeiträume  $\frac{1}{2}$  Tablette täglich morgens nach dem Frühstück verabreicht. Wie nun bakteriologische Stuhluntersuchungen gezeigt haben, vermindert sich in vielen Fällen unter der Sulfonamidtherapie die physiologische Bakterienflora des Darmes. Wir raten deshalb dazu, von Anfang an ein Milchsäurepräparat, z. B. Hylak forte, täglich zu geben. Wir glauben aber auch, daß durch die intermittierende Behandlung ein günstiger Einfluß auf das bakteriologische Milieu des Darmes erreicht werden kann. Die Verträglichkeit des Präparates ist bei den allermeisten Patienten eine ausgezeichnete. Wir haben bisher nur in drei Fällen eine allergische Reaktion in Form eines mehr oder weniger universellen Exanthems erlebt und bisher nur in vier Fällen Magen-Darm-Störungen, die erst nach längerer Medikation auftraten und bis auf einen Fall durch kurzfristiges Absetzen des Präparates zu beseitigen waren.

Wie erfolgt nun die Umstellung von Insulin auf das Sulfonamidpräparat? Es gibt zwei Möglichkeiten, einmal

das schlagartige Absetzen der Insulinspritze und das Ersetzen des Insulins durch das Sulfonamid oder das Umstellen auf das neue Präparat unter Insulinschutz. Wir sind in den meisten Fällen so verfahren, daß wir eine vorher bestehende Depot-Insulin-Einstellung am Tag der Umstellung durch eine kleine Altinsulingabe ersetzt haben. Wir verabreichen in diesen Fällen morgens um 7 Uhr 12—16 Einheiten Altinsulin. Die Tablettenmedikation beginnt etwa eine Stunde später, also nach dem ersten Frühstück. Bis zur Erreichung des therapeutisch wirksamen Sulfonamidblutspiegels wird durch das gegebene Altinsulin ein morgendliches Blutzuckeranstiegen verhindert und damit eine bessere Ausgangslage für den Start der neuen Therapie erreicht. Näher auf diese Fragen hier einzugehen, ist deshalb unnötig, da, wie ja bereits gesagt, die Umstellung klinisch erfolgen soll und über diese Fragen an anderer Stelle noch berichtet werden muß.

Erweist sich nun ein Patient nach den ersten Tagen als nicht auf das Sulfonamidpräparat einstellbar, dann kann ohne Schwierigkeiten wieder auf die alte Insulineinstellung zurückgegangen werden. Irgendwelche Minderungen der Insulinwirkung sind nicht zu beobachten, im Gegenteil, in manchen Fällen erscheint wenigstens vorübergehend eine bessere Insulinansprechbarkeit vorzuliegen.

Zusammenfassend läßt sich sagen: Entscheidend für die Einstellbarkeit auf das Sulfonamidpräparat ist

1. das Alter des Patienten;
2. sein Konstitutionstyp, sthenischer oder asthenischer Habitus;
3. seine vegetative Tonuslage, hypo- oder hyperten;
4. das Alter, in dem der Diabetes manifest wurde;
5. die Dauer des Bestehens des Diabetes;
6. die Stoffwechsellage, d. h. also die Insulinempfindlichkeit des Patienten.

Kontraindikationen für die Einstellung sind

1. der jugendliche Diabetes,
2. das Bestehen einer Azidose,

3. der Zustand eines Präkomas oder Komas,
4. das Bestehen von interkurrenten Erkrankungen,
5. das Bestehen diabetischer Komplikationen,
6. das Bestehen von Leberschäden.

Die neue Therapie ist also, wie schon anfangs gesagt, nicht als Insulinersatz aufzufassen, sondern sie besteht neben der Insulintherapie und setzt diese dort fort, wo das Insulin ohne Erfolg bleibt. So angewandt, wird sie zusammen mit einer sinngemäßen Diät eine Erweiterung der Diabetestherapie sein. Nur bei Beachtung dieser Gesichtspunkte und Forderungen ist ein Erfolg zu erwarten. Die weitere Zukunft wird eine Verbesserung der Präparate und damit vielleicht eine Erweiterung der neuen Therapie bringen können.

Anschrift d. Verf.: Krankenhaus am Biederstein, München, Stoffwechsellab.

Zusatz der Schriftleitung: Es mag zunächst befremdend erscheinen, daß gerade in den Spalten eines Standesorgans über ein neues Medikament berichtet wird, dessen pharmakologische Eigenschaften noch in keiner Weise als vollkommen geklärt gelten können. Aber die Erfahrungen mit anderen Behandlungsmitteln und -methoden in den letzten Jahren lassen es geraten erscheinen, den daran interessierten Kollegen über das neue Mittel wenigstens das zur Kenntnis zu bringen, was heute als gesichertes Wissensgut gelten kann. Angesichts der mitunter drängenden Forderungen der Patienten wird es vielleicht manchem Kollegen nicht unlieb sein, etwas über die Wirkungsbedingungen und -grenzen des neuen Mittels zu erfahren, um nicht durch seine falsche Anwendung seine Kranken — und nicht zuletzt sich selbst — einer Gefahr auszusetzen.

Herrn Prof. Dr. Steigerwaldt sei der besondere Dank ausgesprochen, daß er uns das Autoreferat seines Vortrages überlassen hat, den er am 17. Februar vor der Vereinigung der Praktischen Ärzte Bayerns in München gehalten hat.

## Die derzeitige Beanspruchung durch die Schulen in ärztlicher Sicht

Von Priv.-Dozent Dr. Theodor Hellbrügge

(Fortsetzung und Schluß)

Unter diesen Umständen beanspruchen die Zeiten für die Erholung ein besonderes Interesse. Von diesen möchte ich Ihnen zunächst als etwas sehr Erfreulichem über den Schlaf berichten. Nach den Aufzeichnungen der Eltern schliefen die von uns untersuchten Kinder an den Tagen des Vormittagsunterrichtes im Mittel 10,5 Stunden, diese Zeit wurde errechnet aus 6777 Tagesverläufen. An den Tagen des Nachmittagsunterrichtes betrug die durchschnittliche Schlafzeit 11 Stunden, wie aus 4379 Tagesverläufen berechnet werden konnte. Damit entspricht der Erholung durch Schlaf dem, was im Alter von 10 bis 11 Jahren ärztlicherseits für notwendig erachtet wird.

Wesentlich ungünstiger liegen dagegen die Zeiten, in denen die Kinder sich nach ihren eigenen Wünschen beschäftigen durften. Nach alter pädagogischer und auch ärztlicher Erfahrung hat gerade die Freizeit für die geistige, seelische und für die charakterliche Entwicklung des Kindes eine eminente Bedeutung. Schon 1594 behauptete Johannes Heurnius in seinem Werke: „De morbis humani capitis“, daß der Erfolg der Studien von der Zwischenzeit abhängig sei, die der Erholung gewidmet werde. In 8879 Tagesverläufen mit Vormittagsunterricht errechneten wir eine durchschnittliche tägliche Freizeit von 2 Stunden und 20 Minuten. Da aber wegen des häufigen Schichtunterrichtes bei einem Drittel aller Tagesverläufe der Unterricht auf die ungünstigen Nachmittagsstunden fiel, ist die effektive Freizeit viel geringer. An den Tagen des Nachmittagsunterrichtes betrug nämlich die frei zur Verfügung stehende Zeit im Durchschnitt nur 1½ Stunden pro Tag.

Diese aus 4379 Tagesverläufen errechnete äußerst dürftige Freizeit im Alter von 10 bis 11 Jahren fordert un-

bedingt zur ärztlichen Stellungnahme heraus. Unserer Meinung nach spiegelt sie am deutlichsten die Krise der heutigen Oberschulbildung wider. Die Kinder werden mit einer Fülle von Unterrichtsstoff — der bekannte Jenaer Pädagoge Peter Petersen sprach von einer „Lehrstoffelephantiasis“ und der berühmte Münchener Pädagoge Kerschensteiner von einer „Stoffseuche“ — so vollgepackt, daß ihnen keine Gelegenheit mehr zu eigenen schöpferischen Leistungen gegeben ist. Dies bedeutet die völlige Mißachtung eines alten pädagogischen Grundsatzes, welcher von Gregorius Horst schon im Jahre 1650 in seinem Büchlein: „de tuenda valetudine studiosorum“ verkündet wurde, daß man, um mit Liebe und Nutzen zu lernen, nur wenig hören und sehen müsse.

An dieser Stelle gestatten Sie mir den Hinweis, daß an der ständigen Zunahme des Wissensstoffes an den höheren Schulen die Universität, insbesondere auch die naturwissenschaftliche und medizinische Fakultät nicht ganz schuldlos sind. Das läßt sich sogar an unseren speziellen schöpferischen Verhältnissen beweisen. Im Jahre 1909 hielt Friedrich von Müller im Ärztlichen Verein zu München unter der Teilnahme von hochangesehenen Schulmännern und Hochschullehrern aus allen Wissensgebieten einen Vortrag über die Frage, welche Art der Vorbildung durch die Oberschule für den Arzt die beste sei. Dabei vertrat er die Auffassung, daß es notwendig wäre, wesentlich mehr als bis dahin den Unterricht in den Naturwissenschaften, insbesondere in der Biologie zu pflegen, und er glaubte, durch eine Ausdehnung des Unterrichtes in Physik, Chemie, Zoologie, Botanik, eine bessere Vorbereitung für das spätere Studium an der Universität zu erreichen.

Diese Ausführungen waren Anlaß, daß die Schulkommission des Ärztlichen Vereins sich mit diesem Problem beschäftigte und im Endergebnis zu folgender Forderung kam:

„In erster Linie erheben wir den Wunsch nach der Einführung eines durch alle Klassen durchgehenden systematisch fortschreitenden Unterrichts in den Naturwissenschaften, der durch ein reiches, praktisches Anschauungs- und Übungsmaterial unterstützt werden soll. Im Rahmen dieses naturwissenschaftlichen Unterrichts soll auch das Kapitel der Gesundheitslehre seinen Platz finden.“

Wie ich Ihnen bereits eingangs erwähnte, hatte 50 Jahre vorher Max von Pettenkofer in scharfer Form gegen die Einführung des naturwissenschaftlichen Unterrichts an der Höheren Schule Stellung genommen, und seine große Sorge galt dabei der Überlastung des kindlichen Gehirns mit zuviel Wissensgebieten. „Wer etwas Besonderes leisten will, darf nicht nach allem, sondern er muß nach etwas ganz Besonderem streben. Multum, nonnulla, in omnibus aliquid, in toto nihil.“

Wenn Sie mich nun fragen, ob Max von Pettenkofer oder Friedrich von Müller mit seinen Gedankengängen recht behalten hat, wobei ich noch erwähnen möchte, daß erst vor wenigen Wochen Grassl im „Bayerischen Ärzteblatt“ die Forderung nach Intensivierung des Gesundheitsunterrichtes an den höheren Schulen erhob, dann möchte ich Ihnen die Entscheidung selbst überlassen.

Wenn Sie beispielsweise das Biologiebuch der ersten Oberschulklasse ansehen, aus dem die Kinder von 10 bis 11 Jahren ihre Biologiekenntnisse beziehen, dann finden Sie schon auf den ersten Seiten neben der Abbildung des kompletten menschlichen Skeletts noch Detailbilder aus dem Skelettsystem einer ganzen Reihe von Säugetierarten, wie Schädel-, Fußwurzel- und anderer Knochen. Aus eigener Erfahrung, als Vater von zwei Oberschülern, darf ich dazu noch erwähnen, daß ein besonderer Wert auf das Erlernen der verschiedenen Zahnformeln gelegt wird, und nur bei exaktem Auswendiglernen der Zahnformeln, etwa des Pferdes, des Schweines und des Menschen ist es möglich, die schriftlichen Schularbeiten in der Biologie einigermaßen erfolgreich zu bestehen. Ihnen ist dieses Wissensgebiet von der Universität her bekannt als vergleichende Anatomie der Wirbeltiere. Aber ich glaube, es dürfte kaum einen Ordinarius für Zoologie geben, der sämtliche Zahnformeln der Säugetiere in seinem Gedächtnis hat.

Gestatten Sie mir noch einen kurzen Hinweis auf eine ganz andere Form der Überbürdung, die dadurch zustande kommt, daß der Wissensstoff in den Schulbüchern in völlig unkindlicher Weise dargestellt wird. Sie wissen alle, daß nur in seltenen Fällen ein 10- bis 11jähriges Kind schon im räumlichen Denken geschult ist, und daß in der Mehrzahl die Kinder ihre Umgebung noch flächenmäßig wiedergeben. Aber nur allzuoft wird diese Eigenart des kindlichen Geistes bei den optischen Hilfsmitteln des Unterrichts ignoriert. So finden Sie in dem Erdkundebuch für diese Altersstufe auf Seite 12 in besonders „plastischer“ Weise das Firmament dargestellt, um den Lauf der Sonne in den verschiedenen Jahreszeiten räumlich klarzumachen. Sie werden einsehen, daß das kindliche Auffassungsvermögen mit diesen Verhältnissen nicht sehr viel anfangen kann und daß der Unterrichtsbetrieb im wesentlichen darauf hinausläuft, alles mechanisch auswendig zu lernen.

Die dargestellten Verhältnisse dürften Ihnen allen zeigen, daß es dringend notwendig ist, die Fülle des Unterrichtsstoffes drastisch einzuschränken und die Konzentration des Kindes auf einige wichtige Bildungspunkte zu lenken. Nur so wird es möglich sein, daß der einzelne Schüler in der Lage ist, das Gelernte wirklich durchzudenken und damit Besitz von ihm zu ergreifen.

Gegen eine solche Forderung hört man nun immer wieder den Einwand, daß eine Kürzung des Unterrichtsstoffes den Anforderungen der Hochschule zuwiderlaufe. Um dieses zu entkräften, möchte ich Ihnen die Zitate einiger Hochschullehrer wiedergeben. Max von Pettenkofer vertrat vor beinahe 100 Jahren die Auffassung:

„Wenn die Gymnasien eine geist- und hergesunde, frische und tätige Jugend ohne alle Vorkenntnisse in den meisten Spezialfächern an die Universitäten abliefern, so haben sie reichlich ihre Bestimmung erfüllt.“

Wilhelm Conrad von Röntgen, welcher übrigens niemals eine der üblichen Mittelschulen besucht hat, erklärte im Jahre 1909:

„Den jungen Leuten, welche auf die Universität kommen, fehlt vor allem die Beobachtungsgabe. Nicht darum handelt es sich, daß das Zeichnen geübt wird, sondern darum, daß die Schüler beobachten können wie das Kind. Bei den jetzigen Schülern verkümmert diese Gabe infolge übermäßiger Belastung durch die Schule.“

Emil Kraepelin behauptete: „Daß die rein mechanische Aneignung irgendwelchen Lehrmaterials ohne innere Verarbeitung nicht nur unnützlich und wertlos sei, sondern daß sie gerade ein Hindernis für die höhere geistige Ausbildung darstelle.“

In den letzten Jahren hat der bekannte Göttinger Physiker von Weizsäcker betont, daß es im Gegensatz zum 16. Jahrhundert einem einzelnen Forscher nicht mehr möglich sei, das Wissen unserer Zeit zu überblicken und der Kölner Ordinarius für Kinderheilkunde, Bennholdt-Thomsen, zog daraus die für die Anforderungen der Schule entscheidende Schlußfolgerung:

„Wenn ein Hochschullehrer schon nicht mehr fähig ist, das Wissen in seinem speziellen Fach ganz zu beherrschen, so muß vom ärztlichen Standpunkt aus der Wunsch ausgesprochen werden, nicht noch mehr den notwendigen Wissensstoff für die Kinder zu verbreitern. Vom Standpunkt des praktischen Lebens und auch der Hochschule erscheint ein gründlich begrenztes Wissen wichtiger als andeutetes Wissen auf vielen Fachgebieten.“

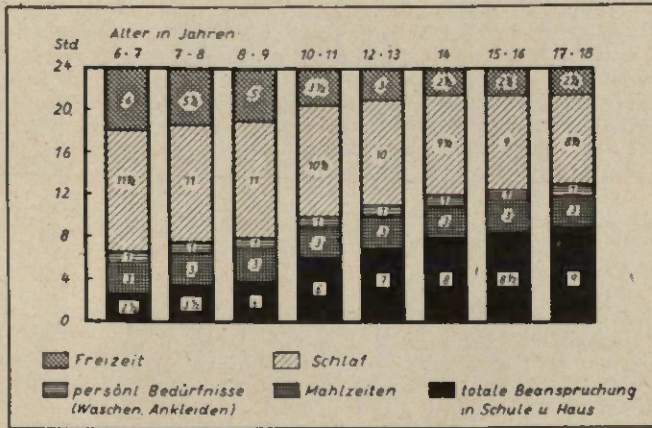
Um nun die derzeitigen Verhältnisse von Beanspruchung und Erholung im Schulalter deutlich werden zu lassen, haben wir uns beinahe vergeblich nach einem entsprechenden Vergleichsmaterial umgesehen. In ähnlichem Umfang wurden lediglich vor 70 Jahren in den nordischen Ländern Erhebungen durchgeführt. Bei diesen wurden außer den Arbeits- und Schlafzeiten auch der jeweilige Gesundheitszustand der Kinder genau beobachtet. Zum Vergleich mit unseren Ergebnissen eignen sich jedoch lediglich die Untersuchungen, welche Key im Auftrag des Schulkomitees der Schwedischen Ärztegesellschaft bei zehn- bis elfjährigen Buben und Mädchen durchführte.

Im einzelnen lagen seinen Ergebnissen die folgenden Belastungszeiten zugrunde: Für Unterricht und Hausaufgaben benötigen die 10- bis 11jährigen schwedischen Buben täglich 7 Stunden und 46 Minuten, die schwedischen Mädchen pro Tag 5 Stunden und 34 Minuten. Hinzu kam ein Schulweg von einer halben Stunde. Da die Unterrichtszeiten bei den Erhebungen von Key aus 50-Minuten-Lektionen mit jeweils 10 Minuten Pause bestanden, mußten auch wir bei unseren Unterrichtszeiten entsprechende Pausen zwischen den Unterrichtsstunden hinzuzählen. Dagegen dürfte sich kaum ein Einwand erheben, da die Pausen weniger als Erholung, sondern vielmehr als „arbeitsablaufbedingte Wartezeiten“ aufzufassen sind. Damit besteht die Schulbeanspruchung bei unseren Kindern vergleichsweise aus folgenden Zeiten: Bei den Buben: 5 Stunden und 3 Minuten für Unterricht, 2 Stunden und 6 Minuten für Hausaufgaben und 1 Stunde für Schulweg. Bei den Mädchen: 5 Stunden und 23 Minuten für Unterricht, 2 Stunden und 12 Minuten für Hausaufgaben und 1 Stunde für Schulweg.

Aus der Gegenüberstellung der verschiedenen Zeiten läßt sich erkennen, daß die gesamte Belastungszeit bei den 10- bis 11jährigen Buben von 1885 und 1955 gleich geblieben ist. Dazu muß allerdings bemerkt werden, daß Key diese Zeiten auf Grund seiner parallel gehenden Erhebungen über die Krankheitshäufigkeit der Kinder im höchsten Grade für gesundheitsschädlich ansah. Bei unseren Mädchen hat die Zeit der Beanspruchung gegenüber von 70 Jahren um ein Drittel zugenommen und Key bemerkt hierzu: „Für die Mädchen ist weit mehr freie und unbesetzte Zeit, weit mehr Bewegung in frischer Luft, weit mehr praktische Betätigung, weit mehr Bewegung und Spiel notwendig als für die Knaben.“ Die damaligen Ergebnisse des Schulkomitees der Schwedischen Ärzteschaft führten dazu, daß in gemeinschaftlicher Arbeit von Pädagogen und Medizinern für jede Altersstufe eine spezifische Tageseinteilung vorgeschlagen wurde. Die für die verschiedenen Lebensalter nach lang-

## 9. Bayerischer Ärztetag 1956 vom 29. Juni bis 1. Juli in Ansbach

jährigen Beobachtungen als äußerste Grenze der Belastung und als minimale Zeit der Erholung bezeichneten Forderungen habe ich Ihnen in der folgenden Abbildung zusammengestellt. Siehe S. 45.



Maximal erlaubte Beanspruchung und Mindestforderung an Freizeit und Erholung in den verschiedenen Altersstufen bei Schulkindern nach den Vorschlägen des Schulkomitees der schwedischen Ärztegesellschaft aus dem Jahre 1885.

Sie erkennen darin, daß mit ansteigendem Lebensalter auch die tägliche Arbeitszeit in Schule und Haus allmählich ansteigen soll, und zwar bis zu 9 Stunden im Alter von 17 und 18 Jahren. Für unsere Altersstufe ist eine Höchstbelastung von 6 Stunden pro Tag in Schule und Haus vorgesehen (bei Unterrichtsstunden von 50 Minuten und jeweils 10 Minuten Pause!). Daneben wird größter Wert gelegt auf ausreichende Zeit für Spiel und freiwillige Beschäftigung, die für die von uns untersuchten Altersklassen pro Tag 3 bis 4 Stunden betragen soll. In diese Zeit ist nicht eingerechnet die Zeit für persönliche Bedürfnisse, Ankleiden, Waschen und ähnliches und die Zeit für Mahlzeiten und Ruhe. Hierfür sind in jeder Altersstufe pro Tag insgesamt 4 Stunden vorgesehen.

Gerade auf die Zeit für Mahlzeiten und gehörige Ruhe muß heute mit Betonung hingewiesen werden. Hier soll nämlich das stattfinden, was von vielen Eltern und auch Lehrern in völliger Verkennung der kindlichen Gegebenheiten im allgemeinen als Trödelei, als Herumklüngeln, als Bummeln innerhalb der Wohnung oder um die Landeselternvereinigung zu zitieren „als unerwünschte Zerstreutheit, Unrast im Tun, Denken und Spielen“ und dem dadurch begründeten oft übermäßigen Zeitbedarf für die häuslichen Arbeiten verurteilt wird.

Unser Ergebnis wird besonders anschaulich, wenn man die für unsere Kinder bei Vormittagsunterricht und bei Nachmittagsunterricht vorgesehene tägliche Belastungs- und Erholungszeit dem für unsere Altersstufe oben gezeigten Mustertagesverlauf gegenüberstellt und gleichzeitig daneben einen von Lehmann für Industriearbeiter als Norm berechneten Tagesverlauf betrachtet.

Dann zeigt sich, daß die Inanspruchnahme unserer Kinder weit über das hinausgeht, was in ihrem Lebensalter als äußerste Grenze des vom schulhygienischen Standpunkt aus noch als zulässig erklärt worden ist. Es zeigt sich ferner, daß die tägliche Belastungszeit der Oberschüler im Alter von 10 bis 11 Jahren beinahe ebenso groß ist wie die eines Industriearbeiters. Außerdem wird deutlich, daß die Freizeit in keiner Weise dem entspricht, was ärztlicherseits schon vor 70 Jahren als Mindestmaß für unsere Kinder gefordert wurde. Dabei ist zu beachten, daß dem Industriearbeiter heute mehr als doppelt so viel frei verfügbare Zeit zusteht als unseren 10 bis 11jährigen Kindern.

Es dürfte Ihnen allen klar geworden sein, daß das heutige Großstadtkind schon in jungen Jahren über die Grenze des Erträglichen hinaus durch die Schule in Anspruch genommen wird. Trotzdem kann aber ein großer Teil der Kinder die von der Schule gestellten Aufgaben nicht allein bewältigen. Nach den Angaben der Eltern benötigen bereits nach einem halben Jahr Oberschule schon 14,5% ihrer Kinder Nachhilfeunterricht und 25,1% die ständige Hilfe durch die Eltern. Damit ist beinahe 40% aller Kinder nicht in der Lage, den Wissensstoff schon in der 1. Klasse allein zu bewältigen.

Sie werden jetzt bestimmt versichern, daß dies in erster Linie zurückzuführen ist auf die Überbelegung der Oberschule mit Kindern, deren Intelligenz nicht ausreicht, um dem Unterricht einwandfrei zu folgen. Das mag in dem einen oder anderen Fall trotz Aufnahmeprüfung und Bewährung in der Probezeit sicherlich seine Berechtigung haben. Wir möchten demgegenüber aber auf einen viel bedeutsameren Befund hinweisen, nämlich auf die ausgesprochene Überalterung in dem von uns untersuchten Jahrgang.

Nach den damaligen Bestimmungen wurden am 1. September 1950 in Bayern die zwischen dem 1. Januar und 31. Dezember 1944 geborenen Kinder in die Schule aufgenommen. Da der Übergang in die Oberschule unter normalen Bedingungen nach 4 Volksschuljahren erfolgt, mußten die Schüler und Schülerinnen der ersten Oberstufenklasse während des Untersuchungszeitraumes im Februar/März dieses Jahres im Durchschnitt 10 1/2 Jahre alt sein. Tatsächlich betrug jedoch das Durchschnittsalter bei den Buben 11 Jahre und 4 Monate und bei den Mädchen 11 Jahre und 3 Monate.

Nach diesem Ergebnis vermuteten wir, daß ein Großteil der Eltern ihre Kinder wegen der hohen Anforderungen erst nach fünf Volksschuljahren auf die Oberschule gibt. Unsere Vermutung wurde voll bestätigt durch die in der Zeitschrift „Schule und Jugend“ veröffentlichten Erhebungen von Höcht.

Diese enthalten die Zahlen des Übertritts der Münchener Volksschüler für das Schuljahr 1954/55, also des von uns untersuchten Jahrganges, in Höhere, Mittel- und Privatschulen, enthalten die Eignungsgrade nach dem Urteil der Volksschule und die Zahlen derer, die nach der Prüfung bestanden oder nicht bestanden, bzw. nach der Probezeit zurückgewiesen wurden. Nach diesen Unterlagen gingen von insgesamt 3621 Schülern nur 58,7% nach dem vierten Volksschuljahrgang, die restlichen 41,3% nach dem fünften oder den späteren Jahrgängen von der Volksschule auf die Höhere Schule über. Damit ist die von uns gefundene Überalterung absolut geklärt.

Es ist nun leicht, einzusehen, daß die älteren Kinder in der für ihr Alter gar nicht vorgesehenen Oberstufenklasse häufig dem Unterricht besser folgen und den Unterrichtsstoff wesentlich leichter aufnehmen werden als die jüngeren. Dieses wurde uns bestätigt durch zahlreiche, den Erhebungsbogen beigefügte Elternbriefe. In diesen fanden beinahe übereinstimmend die Eltern der 12- bis 13jährigen Kinder die derzeitige Beanspruchung durch die Schule in keiner Weise zu hoch. Dagegen klagten fast alle Eltern der 10- bis 11jährigen Schüler und Schülerinnen über deren Überlastung.

Interessanterweise hätte z. B. ein Drittel der von uns beobachteten Kinder noch vor 50 Jahren diese Klasse nicht besuchen dürfen, weil amtlicherseits hierfür ein Limit mit dem 12. Lebensjahr bestand.

Das bemerkenswerteste und vom ärztlichen Standpunkt aus das alarmierendste Ergebnis unserer Untersuchungen liegt jedoch in der Antwort der Eltern auf unsere Frage, ob sie ihr Kind für nervös halten. Im Rahmen dieser Betrachtungen ist es nicht möglich, die Problematik des Begriffes „Nervosität“ näher zu erörtern. Nach Graf

gehen nervös belastende Situationen im Gemüts- und Gefühlsleben mit einer gemüthlichen Reizbarkeit oder einer Verminderung der Selbstbeherrschung einher“. Das läßt sich aber unseres Erachtens im Kindesalter von den Eltern noch am besten beurteilen. Nun wurden aber 60,9% der Buben und 54,7% der Mädchen von ihren Eltern als nervös bezeichnet, und dieser Prozentsatz ist ganz unwahrscheinlich hoch. Vergleichsweise wurde ein ähnlich hoher Prozentsatz von Nervosität im Erwachsenenalter bisher nur bei Industriearbeitern nach mehrmonatiger Nachtschicht gefunden.

Es wäre nun allerdings falsch, wenn man schließen wollte, daß der hohe Prozentsatz von nervösen Kindern im Alter von 10 bis 11 Jahren ausschließlich durch die Schulüberbürdung bedingt ist. In der Großstadt spielen hier die vielfältigsten Faktoren mit hinein. Das hat von Harnack vor 2 Jahren in seiner Studie „Über Wesen und soziale Bedingtheit frühkindlicher Verhaltensstörungen“ bei Hamburger Kindern klären können, die erstmalig in die Schule aufgenommen wurden. Die äußeren Einflüsse der Großstadt, auf die ich vor diesem Gremium nicht näher einzugehen brauche, insbesondere der fortschreitende Verfall der Familie und die dadurch bedingte, zunehmende Entmutterung bedeuten für den ganzen kindlichen Lebensraum einen schwerwiegenden Schaden. Zu diesen wenig erfreulichen Gegebenheiten kommen nun die durch unsere Untersuchungen klar-

gestellte außerordentliche Beanspruchung durch die Schule. Ich möchte hier noch einmal erinnern an die übermäßige Beanspruchung durch Unterricht und Hausarbeit, an die einzigartige nervöse Belastung durch den Schulweg, an die beinahe obligate Wochenendarbeit und an die äußerst dürftige Freizeit. Nicht zuletzt muß auch hervorgehoben werden die ständige Inanspruchnahme durch Schichtunterricht, welche eine erhöhte Anstrengung der Kinder gegen ihre normale Leistungsbereitschaft im Verlaufe des Tages notwendig macht.

Gestatten Sie mir, zum Schluß daraus eine Folgerung zu ziehen. Es ist dringend notwendig, die Überbürdung des Kindes in Schule und Haus wieder einzuschränken, und es ist dringend erforderlich, unseren Kindern wieder wesentlich mehr Freizeit zu gewähren. Eine gewisse Resignation bei diesen Forderungen überkommt mich jedoch, wenn ich nunmehr schließe mit den gleichen Worten, mit denen vor 120 Jahren Lorinser seinen Artikel „Zum Schutze der Gesundheit in den Schulen“ endete:

„Darum ist es gewiß auch der Beachtung der Schulmänner und Pädagogen wert, ob es nicht bald Zeit sein wird, die Lehrpläne der deutschen Gymnasien wieder zu vereinfachen und die große Lehrstundenzahl zu reduzieren.“

Anschr. d. Verf.: Pädiatrische Poliklinik, München 15, Pettenkofenstr. 8a.

## Richtlinien für die Anwendung der Sozialversicherung

II. Teil Stand IX/55

Von Dr. med. Hans Keppel, Marktzeuln/Ofr.

### Voraussetzungen für die Gewährung von Renten

Zunächst darf ich verschiedene sich immer wiederholende Begriffe erläutern:

#### Anwartschaft:

Ist der gesetzliche Anspruch auf Versicherungsleistung bei Eintritt des Versicherungsfalles (§ 32 AVG).

#### Wartezeit:

Ist die Zeit, die der Versicherte zurückgelegt haben muß, bevor ein Anspruch auf Versicherungsleistung überhaupt entstehen kann. (§ 31 AVG.)

#### Ersatzzeiten:

Sind die Zeitabschnitte, für die keine Beitragsentrichtung erforderlich ist und die dennoch so gewertet werden können, als seien für sie Beiträge entrichtet worden.

#### I. Allgemeine Voraussetzungen für Ruhegeld:

- a) Ruhegeld erhält der Versicherte, der
  1. zur Ausübung seines Berufes dauernd unfähig (berufsunfähig) ist, oder
  2. vorübergehend berufsunfähig ist, wenn die Berufsunfähigkeit ununterbrochen 26 Wochen gedauert hat, oder
  3. das 65. Lebensjahr vollendet hat, wenn die Wartezeit erfüllt und die Anwartschaft erhalten ist (§ 26 AVG).
- b) Hinterbliebenenrenten sind Witwenrenten, Witwenrente und Waisenrente (§ 28 AVG). Die Hinterbliebenenrenten werden gewährt, wenn für den Verstorbenen z. Z. seines Todes die Wartezeit erfüllt und die Anwartschaft erhalten ist.
- c) Keinen Anspruch auf Ruhegeld hat, wer sich vorsätzlich berufsunfähig macht. Hinterbliebene haben keinen Anspruch, wenn sie den Tod des Versicherten vorsätzlich herbeigeführt haben (§ 29 AVG, § 1261 RVO).

#### II. Wartezeit (§ 31 AVG):

- a) Die Wartezeit ist erfüllt, wenn mindestens zurückgelegt sind:
  1. beim Anspruch auf Ruhegeld wegen Berufsunfähigkeit oder auf Hinterbliebenenrente 60 Beitragsmonate (5 Jahre bei 12 Marken jährlich),
  2. beim Anspruch auf Ruhegeld wegen Vollendung des 65. Lebensjahres (Altersruhegeld) 180 Beitrags-

monate (15 Jahre bei 12 Marken und 30 Jahre bei 6 Marken jährlich).

- b) Kalendermonate, die nur teilweise mit Beiträgen belegt sind, gelten als volle Beitragsmonate. Sind es Wochenbeiträge (in der Invalidenversicherung), so gelten je 13 Wochen als 3 Monate; von dem verbleibenden Rest gelten je 4 Wochen als ein Beitragsmonat. Für jeden Kalendermonat gilt nur ein Beitrag.
- c) Die Wartezeit gilt auch als erfüllt, wenn der Versicherte
  1. infolge eines Arbeitsunfalles, bzw. Berufskrankheit, oder
  2. in Mobilmachungs- oder Kriegszeiten dem Deutschen Reich Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste geleistet hat, oder
  3. während des Krieges, ohne Berufsunfähigkeit geworden oder gestorben ist. (§ 31 AVG, § 1263a RVO).
- d) Ersatzzeiten (§ 1263 RVO) sind die nicht mit Beiträgen belegten Zeiten, in denen der Versicherte
  1. zur Wehrpflicht (auch im Frieden, Übungen usw.) oder
  2. zur Reichsarbeitsdienstpflicht eingezogen gewesen ist, oder
  3. in Mobilmachungs- oder Kriegszeiten dem Deutschen Reich Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste geleistet hat, oder
  4. während des Krieges, ohne Kriegsteilnehmer zu sein, durch feindliche Maßnahmen an der Rückkehr aus dem Ausland verhindert gewesen ist,
  5. Zeiten der Ausweisung aus den besetzten Gebieten.
  6. Krankheitszeiten (hierzu zählt auch die Genesungszeit).
  7. Teilnahme an anerkannten Lehrgängen für Leibeseziehung.

Für die Erfüllung der Wartezeit gelten (in sämtlichen Versicherungszweigen) die vorstehenden Ersatzzeiten nur, wenn die Versicherung (in einem der Sozialversicherungszweige) bereits vorher bestanden hat. Welche Steigerungsbeträge werden nun für diese Ersatzzeiten gewährt?

Für die Zeit des aktiven Wehrdienstes bzw. RAD, auch weiblicher RAD, ab 1. 10. 35 Klasse B, seit 1. 6. 49 Klasse II AVG.

Sind für diesen Zeitraum freiwillige Beiträge entrichtet worden, so werden vorstehende Steigerungsbeträge zu-

sätzlich gewährt. Für die Teilnahme am letzten Krieg werden die Steigerungsbeträge nach der Klasse gewährt, zu der der letzte Beitrag vor der Einberufung zur Wehrmacht entrichtet worden ist, jedoch mindestens Steigerungsbeträge der Klasse B oder Klasse II (siehe oben!).

### III. Anwartschaft (§ 32 AVG §§ 1264—1267 RVO).

#### I. Laufende Erhaltung der Anwartschaft.

- a) Aus sämtlichen Beiträgen, die bis zum 31. 12. 48 irgendwann geleistet worden sind, ist die Anwartschaft bis zum 31. 12. 48 erhalten, wenn für die Zeit seit dem 1. 1. 24 bis 30. 11. 48 wenigstens ein einziger Beitrag (Pflicht- oder freiwilliger Beitrag) entrichtet worden ist, und der Versicherungsfall nicht bereits vor dem 1. 1. 49 eingetreten war. Ist aber während dieser Zeit (1. 1. 24 bis 30. 11. 48) kein einziger Beitrag entrichtet (eine Nachentrichtung war und ist nicht zulässig), dann ist die Anwartschaft aus den Beiträgen vor 1924 erloschen.
- b) Zur Erhaltung der Anwartschaft ab 1. 1. 49 müssen in der AV für jedes Kalenderjahr mindestens sechs Monatsbeiträge (dem Einkommen entsprechend!) entrichtet werden, sonst erlischt die Anwartschaft aus den vorhergehenden Beiträgen. Für die Jahre 1926 bis 1933 genügen je vier Monatsbeiträge jährlich (§ 1264 Abs. 1 RVO).
- c) Für jeden Kalendermonat gilt nur ein Beitrag.
- d) Für das Kalenderjahr, in dem die Versicherung beginnt, genügt ein einziger Beitrag. Die Versicherung beginnt mit dem Monat, für den der erste Beitrag entrichtet ist.
- e) Für das Kalenderjahr, in dem der Versicherungsfall eintritt, oder der Versicherte das 65. Lebensjahr vollendet, sind keine Beiträge erforderlich (§ 1264 RVO).
- f) Fällt die Berufsunfähigkeit (oder Invalidität) wieder weg, so ist die Anwartschaft bis zum Schluß des laufenden Kalenderjahres erhalten.
- g) Für jeden Versicherungsfall ist das z. Z. des Eintrittes des Versicherungsfalles geltende Anwartschaftsrecht maßgebend.

Dem Versicherten ist zu empfehlen, am Ende jeden Kalenderjahres die Marken der entsprechenden Klasse zu erwerben, in die Versicherungskarte einzukleben und vorschriftsmäßig zu entwerfen. Versicherte, die die Wartezeiten von 60 Monaten nicht erfüllt haben, entrichten zweckmäßigerweise 12 Beiträge jährlich, ebenso Versicherte, welche die 180 Beitragsmonate (für das Altersruhegeld) bis zum vollendeten 64. Lebensjahr mit 6 Beiträgen jährlich nicht mehr erreichen können (siehe III, 1e).

#### 2. Die Halbdeckung § 1265 RVO.

Die Anwendung des Halbdeckungsverfahrens ist äußerst kompliziert und kann auch deshalb bei falscher Anwendung leicht den Versicherungsanspruch gefährden. Wer sich also nach diesem Verfahren (zwecks Einsparung von hohen Beiträgen) versichern will, muß die nachfolgenden Punkte genauestens beachten und regelmäßig weiterverfolgen.

Wegen der Wichtigkeit wird der genaue Wortlaut des § 1265 1 (Halbdeckung) wiedergegeben:

„Die Anwartschaft gilt als erhalten, wenn beim Versicherungsfall der Invalidität oder des Todes oder bei Vollendung des fünfundsiebzehnten Lebensjahres oder danach bei Antrag auf Altersinvalidenrente (§ 1253 Abs. 1 Nr. 3) die Zeit seit dem ersten Eintritt in die Versicherung mit Beiträgen zur Hälfte belegt ist. Hierbei werden das erste und das letzte Kalenderjahr der Versicherung und die Zeiten, in denen der Versicherte während des Weltkrieges dem Deutschen Reich oder einem Verbündeten oder befreundeten Staate Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste geleistet hat, nicht mitgezählt, wohl aber die hierfür entrichteten Beiträge. Das Kalenderjahr wird zu zweiundfünfzig Wochen gerechnet.“

(Fassung nach § 18 d. Ges. v. 21. Dezember 1937 — RGBl. I S. 1393 — in Kraft seit 1. Jan. 1938, geändert durch Art. 3. d. Gesetzes v. 19. April 1939 — RGBl. I S. 793 —, in Kraft seit 1. Juli 1939.)

- a) Ist die Anwartschaft nach III 1 (Laufende Erhaltung...) nicht erhalten, so ist bei Eintritt des Versicherungsfalles zu prüfen, ob die Halbdeckung besteht.
- b) Wird also die Anwartschaft nicht durch regelmäßige Entrichtung von Beiträgen usw. nach III 1 erhalten, so erlischt sie zunächst. Die Halbdeckung wird erst wirksam bei Eintritt des Versicherungsfalles. Die erloschene Anwartschaft lebt also wieder auf. Es ist kein Unterschied ob die Anwartschaft nach III 1 erhalten ist oder durch die Halbdeckung als erhalten gilt.
- c) Sämtliche Ersatzzeiten (s. II c. u. d.) gelten nicht ohne weiteres für die Halbdeckung. Bei der Prüfung ob die Halbdeckung erfüllt ist, werden folgende Zeiten nicht mitgezählt:
  - aa) während des Krieges Kriegs- u. Sanitätsdienste oder ähnliche Dienste § 14
  - bb) Zeiten politischer Verfolgung (Anerkennung!)
  - cc) Zeiten des Rentenbezugs und der Berufsunfähigkeit.

Ebenso werden das erste und letzte Kalenderjahr nicht mitgezählt, die Beiträge werden jedoch bei der Rentenberechnung wirksam.

- d) Nach einem Ministerialerlaß dürfen die Versicherungsträger vor Eintritt des Versicherungsfalles den Versicherten keine Auskunft darüber geben, wie lange im Einzelfalle noch Halbdeckung besteht.

Trotz entgegengesprechender Urteile von Oberversicherungsämtern, wird (zur Schonung der überlasteten Angestellten der Versicherungsträger?) diese Gepflogenheit beibehalten.

#### e) Beispiele:

1. Versicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis vom 1. 1. 35 bis 1. 2. 52 = 205 Monate (204). Halbdeckung besteht für 204 : 6 = 34 Jahre. Diese 34 Jahre beginnen ab 1. 1. 36 und reichen bis 31. 12. 69. Tritt während dieses Zeitraumes oder bis zum 31. 12. 70 der Versicherungsfall ein, besteht An-

BEI GRIPPE

# ANGINOS

*Temperatur*

MUND- UND  
RACHENDESINFIZIENS

spruch auf Rente, obwohl ab 1. 2. 52 keine Beiträge gezahlt wurden.

Für das Jahr 1970 sind wieder jährlich 6 Beitragsmarken zu entrichten um die Halbdeckung aufrechtzuerhalten, falls der Versicherungsfall nicht eingetreten ist.

2. Versicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis von I. 23 bis IV. 33 = 120 Monatsbeiträge.

Von V. 33 bis V. 45 = 12 Jahre als politisch Verfolgter (gleichgestellt II 2c) im Ausland gelebt. Seit IV. 33 kein Beitrag mehr entrichtet.

Halbdeckung besteht für  $120 : 6 = 20$  Jahre. Diese 20 Jahre beginnen mit dem Januar 24 und enden zunächst am 31. 12. 43. Da jedoch 12 Jahre politischer Verfolgung usw. nicht mitzählen, reicht die Halbdeckung 12 Jahre weiter, also bis zum 31. 12. 55.

Tritt der Versicherungsfall bis zum 31. 12. 56 ein (das letzte Jahr wird auch nicht mitgezählt), besteht Anspruch auf Rente auf Grund der Halbdeckung.

An Hand dieser Beispiele kann man erkennen, daß die Errechnung der Halbdeckung doch schwieriger ist, als man zunächst annehmen möchte. Bestehen Zweifel über die

Anrechnung bestimmter Dienstzeiten für die Halbdeckung, so müssen die Versicherungsämter hierüber Auskunft erteilen, jedoch nicht über die Dauer der Halbdeckung. Im übrigen steht zu erwarten, daß die Bestimmung über die Halbdeckung im Rahmen der Sozialreform, evtl. auch schon früher geändert wird, bzw. wegfällt.

(Fortsetzung folgt)

<sup>1)</sup> Siehe Anm. 1 zu § 1264 RVO. Wegen Wahrung der Anwartschaft bei Halbdeckung s. Erl. d. BundsAbrMin. v. 2. Okt. 1950 — abgedr. im Amtsbl. d. Bayer. ArbMin. 1950 S. 647. Siehe auch § 1 der AuswirkungsVO vom 7. April 1953 — BGBl. I S. 119 —, in Kraft seit 19. April 1953 — Anh. Nr. 89.

<sup>2)</sup> Ergänzt durch § 14 d. Ges. über weitere Maßnahmen in der Reichsversicherung v. 15. Januar 1951 — RGBl. S. 34 —, in Kraft seit 26. 8. 1959;

§ 14 Für die Halbdeckung (§ 1265 der Reichsversicherungsordnung) werden auch die Zeiten, in denen der Versicherte während des Krieges, Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste leistet, nicht mitgezählt, wohl aber die hierfür entrichteten Beiträge.

In Zweifelsfällen bestimmt das Reichsversicherungsamt, ob Zeiten bestimmter Dienstleistungen unter diese Vorschrift fallen.

§ 1266 (Behandlung mehrerer Beiträge)

Für jede Kalenderwoche gilt nur ein Beitrag. Fällt eine Woche, für die ein Beitrag entrichtet ist, in zwei Kalenderjahre, so wird er in beiden Jahren für die Halbdeckung jedoch nur einmal berücksichtigt.

## Zwang zur Operation?

Von Assessor Dr. jur. Reimund Asanger, stellv. Hauptgeschäftsführer der Tiefbau-Berufsgenossenschaft, München

Vor etwa zwei Jahren verbreitete die Tagespresse weit hin ein Urteil des Sozialgerichts (SG) Bayreuth, das die Auflage einer Berufsgenossenschaft (BG) an einen ihrer Unfallrentenbezieher, sich zur Hebung seiner Erwerbsfähigkeit einer Operation zu unterziehen, als Eingriff in die Grundrechte des Menschen erklärte. Das Urteil war am 2. 2. 1954 verkündet worden und schon am 9. 2. 1954 war es z. B. in einer Hamburger Zeitung veröffentlicht. Auch das „Bayer Ärzteblatt“ übernahm es s. Z. aus „Ärztl. Presse-Rundschau“ unter der Überschrift „Kein Zwang zur Operation“ (vgl. 1954, Heft 3, S. 47).

Handelte es sich wirklich, wie es damals hieß, um ein bemerkenswertes Urteil? Handelt es sich überhaupt um einen Zwang zur Operation?

In dem vom SG Bayreuth entschiedenen Fall hatte die zuständige BG auf Grund von zwei fachärztlichen Gutachten bescheidmäßig die operative Absetzung des versteiften linken Mittelfingers angeordnet. Dabei hatte sie sich auf § 603 RVO gestützt, wonach eine Genossenschaft jederzeit ein neues Heilverfahren eintreten lassen kann, wenn zu erwarten ist, daß es die Erwerbsfähigkeit des Unfallrentners erhöht.

Das SG Bayreuth hatte in seinem Urteil vom 2. 2. 1954 zwar nicht übersehen, daß „nach der ständigen Rechtsprechung ein Unfallverletzter, der Rente bezieht, zur Duldung einer Operation verpflichtet ist, wenn dadurch

die Erwerbsfähigkeit wesentlich gebessert und die Operation ohne nennenswerte Gefahren und Schmerzen durchgeführt werden kann“. Das Gericht hat sich indes in seinen weiteren Entscheidungsgründen auf Art. 2 Abs. 2 des Grundgesetzes berufen — wonach jeder das Recht auf körperliche Unversehrtheit hat — und demgemäß die Auffassung vertreten, daß diese Vorschrift „die Anordnung der Amputation entgegen dem Willen des Klägers ausschließe“.

Diese Entscheidung ist, wie nicht anders zu erwarten war, auf die Berufung der BG vom Bayer. Landessozialgericht (LSG) in München durch Urteil vom 14. 9. 1955 aufgehoben worden. In der Begründung gibt das oberste Gericht der Sozialgerichtsbarkeit in Bayern eine zusammenfassende Darstellung der Voraussetzungen, die die herrschende Rechtslehre und Rechtsprechung an die Anordnung einer Operation\*) knüpft. Diese Bedingungen sind:

1. Der Eingriff muß nach ärztlicher Voraussicht mit hoher Wahrscheinlichkeit gefahrlos sein, soweit nicht unvorhersehbare Umstände eine Gefahr bedingen. Diese Gefährlosigkeit wird durch die etwa notwendige allgemeine Betäubung nicht berührt, sofern sie bei dem sonstigen Gesundheitszustand ohne Bedenken ist.
2. Der Eingriff muß schmerzlos sein, d. h., er darf keine beträchtlichen Schmerzen verursachen, wobei die „an-

Stas

Das wirksame  
percutane  
Expectorans

Tube zu 18 g      DM 1,45 o. U.

Zusammensetzung:

Sirotol,  
Methyl. nicotinic.,  
äther. Ole  
in nichtfettender  
Salbengrundlage

Stada

STANDARDPRÄPARATE  
DEUTSCHER APOTHEKEN



## R E F E R A T E

Einem vielfach geäußerten Wunsch entsprechend, bringen wir im nachfolgenden als neue Rubrik probeweise die ersten Seiten eines Referatenteiles, der in zwangloser Form fortgesetzt werden soll. Die Referate erheben keinen Anspruch darauf, den Inhalt einer Abhandlung erschöpfend wiederzugeben. Sie werden sich in vielen Fällen darauf beschränken müssen, dem in der freien Praxis stehenden Kollegen dadurch zu dienen, daß sie ein ihm interessierendes Thema und die Art seiner Behandlung kurz skizzieren, und ihm einen genauen Literaturnachweis in die Hand zu geben nach dem Grundsatz: *qui scit, ubi sit, scienti proximus est.*

Falls die Neueinführung sich bewährt, ist beabsichtigt, eine Sammelmappe herauszubringen mit einem Sachregister am Ende des Jahres.

**Schäden und Gefahren bei der Varizenbehandlung.** Von Dr. med. Robert May, Innsbruck, Bozener Platz 6. (MMW 1/56.)

Die Verödungsbehandlung der oberflächlichen Varizen gehört zu den meist geübten und dankbarsten kleinen Eingriffen des praktischen Arztes. Obwohl die Injektionsmittel im Laufe der letzten Jahre immer verbessert wurden, ist die Methodik der Krampfaderverödung mit einer Reihe von Gefahren belastet, von denen man manche nur deswegen unterschätzt, weil sie erst nach einem größeren Zeitabschnitt manifest werden. Unter den akuten Gefahren steht mit an erster Stelle der Schock, der durch Verwendung von Injektionsmitteln, die ungesättigte Ölsäuren enthalten, ausgelöst werden kann. Derartige Zufälle können bei allen Allergikern vorkommen, am häufigsten bei Asthmatikern. Eine falsche Technik, wie die Verwendung von größeren Mengen des Injektionsmaterials, zentrale Abschnürung bei der Injektion und eine falsche Indikationsstellung, wenn bereits tiefer liegende Venen undurchgängig geworden sind oder bei arteriellen Durchblutungsstörungen, können zu Spätfolgen in Form von schwer zu beeinflussenden Ödemen führen. Verfasser bespricht ausführlich die Technik und die Vermeidung von unliebsamen Früh- und Spätfolgen. Auch für die operative Varizenbehandlung werden wichtige Hinweise gegeben, vor allem bezüglich der dabei besonders großen Emboliegefahr, bei der jede Ruhigstellung durch Bettruhe streng kontraindiziert ist.

DK 616.147.3—007.64—085

**Kritische Betrachtungen über die Schmerzlinderung bei der Geburt.** Von Prof. Dr. med. K. Burger, Würzburg. (DMW 5/6/56.)

Eine Linderung der Schmerzen könne nur bei normal verlaufenden Geburten erreicht werden. Bei Regelwidrigkeiten und in Fällen von Wehenschwäche sind Erfolge seltener. Die Schmerzbekämpfung kann mit allgemein wirkenden Betäubungsmitteln oder durch Lokal- bzw. Leitungsanästhesie erreicht werden. Für die Durchtrittsnarkose wird das Chloräthyl, u. U. mit Eau de Cologne, bis zu 5 ccm empfohlen, jedoch erscheint Vorsicht geboten, da es kein ungefährliches Narkoticum ist. Mit Trichloräthylen kann die Patientin selbst unter ärztlicher Aufsicht Schmerzlinderung bewirken. Die Kontraindikationen und die Notwendigkeit ihrer nicht zu frühen Verwendung ist zu beachten. An die Verwendung von Äther wird erinnert. Skopolamin wird zum Dämmerschlaf verwendet, in neuerer Zeit wird Scophedal empfohlen. Auch Belladonna-Exclud-Zäpfchen haben sich bewährt. Eine günstige Beeinflussung sieht man bei Verwendung von Morphium, Pantopon oder Dilaudid. Eine wehenhemmende

Eigenschaft konnte nicht festgestellt werden. Heptalgin, ein Abkömmling des Morphium, zeitigt gute Erfolge. Bei spastischem Muttermund bewährt sich Dihydroergotamin. Ohne schädliche Nebenwirkungen konnte Avacan, Buscopan, Spasmopapavid verwendet werden. Vorsicht in der Dosierung ist bei Dolantin geboten. Auch Pernocton sowie Rectidon kann bei vorsichtiger Anwendung erfolgreich wirken. Wegen der Asphyxie-Gefährdung des Kindes wird Evipan vermieden, solange das Kind nicht geboren ist. Für den Praktiker dürfte die Leitungsanästhesie nicht in Betracht kommen. Das Readsche Verfahren, das eine Schmerzlinderung bewirkt, findet Erwähnung. Die eigenen Erfahrungen haben gezeigt, daß man mit einer Kombination von Aufklärung, Gymnastik und Übungen mit autogenem Training gute Erfolge erzielen kann, wobei das Hauptaugenmerk nicht so sehr auf die Lockerung der äußeren Körpermuskulatur als vielmehr auf eine innere Gesamtentspannung gelegt wird. Die Geburt ist ja nicht nur eine Entspannungsfrage der Muskulatur, sondern eine physische und psychische Gesamtleistung der Kreißenden. In der Aufklärung ist es wichtiger, die werdende Mutter psychisch und physisch zu betreuen, als allein die Furcht- und Schmerzvorstellungen zu beseitigen. Verkehrt ist es sicherlich, in diesem Sinne die Geburt zu bagatellisieren oder falsche Versprechungen zu machen.

Grundprinzip muß heute mehr denn je sein, daß die Schmerzlinderung ohne Gefährdung der Mutter und des Kindes erfolgen muß. Burger verweist auf die Äußerung von B. P. Watson von der Columbia-Universität in New York, daß „kein Geburtshelfer, der seinen Beruf wirklich ernst nimmt, je einer Frau eine absolut schmerzlose Geburt versprechen kann. Soweit wie möglich müssen wir vielmehr ernstlich darauf bedacht sein, nicht in Extreme zu verfallen und uns der unmotivierten laienhaften Forderung nach einer absolut schmerzfreien Geburt für alle Frauen unterwerfen, wie sie in gewissen Zeitschriften und Magazinen immer wieder erhoben werden.“

**Zur Diagnostik der Hirntumoren im höheren Lebensalter.** Von Dr. med. W. Laux. (Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel.) (DMW 3/56.)

Die bei jüngeren Patienten besonders wichtigen Symptome: Kopfschmerz, Stauungspapille und Erbrechen treten etwa vom 50. Lebensjahr an an Bedeutung stark zurück, während psychische Veränderungen an differentialdiagnostischem Wert gewinnen. Auf das Auftreten einer Stauungspapille darf nicht gewartet werden. Ein stetig progredientes Krankheitsbild, das mit psychischen Veränderungen einhergeht (organisches Psychosyndrom plus Bewußtseinstrübung), das außerdem zu neurologischen Veränderungen führt und bei dem auch Kopfschmerzen vorkommen können, muß den Verdacht auf einen raumfordernden Hirnprozeß erregen. Apoplektische Insulte sprechen keineswegs gegen einen Tumor. Anscheinend kann das EEG in einem größeren Teil der Fälle weitere diagnostische Anhaltspunkte geben.

**Wiederbelebung und Erste Hilfe.** („Die Therapiewoche“ 9/10, 1956.)

Die meisten der kleinen Werke über Erste Hilfe sind für den Unterricht des ärztlichen Hilfspersonals bestimmt und legen den Schwerpunkt auf die Erwerbung gewisser technischer Fertigkeiten. Da sie gleichzeitig als Lehr- und Nachschlagebuch dienen müssen, ist ihr wissenschaftliches Niveau ihrem Leserkreis angepaßt. Dem Arzt bringen sie schwerlich etwas neues. Nun sind aber gerade die Zustände, die unser sofortiges ärztliches Handeln erfordern, also die akuten Störungen des Respirations-, des Zirkulations- und des Nervensystems, in den letzten Jahren Gegenstand eingehender Studien im Zuge der Arbeiten

über die verschiedenen neuen Narkosemethoden geworden. Die dabei gewonnenen Erkenntnisse der chemisch-physikalischen wie der biologischen Vorgänge bei Katastrophenzuständen des Organismus haben unsere Anschauungen doch weitgehend modifiziert, und zwingen uns, auch die bisherige Technik unserer „ersten Hilfeleistungen“ einer Revision zu unterziehen.

Der 3. Kongreßtag der Deutschen Therapiewoche 1955 in Karlsruhe war dem Thema „Wiederbelebung und erste Hilfe“ gewidmet. Die einzelnen Referate sind nun in Heft 9/10 der „Therapiewoche“ im Februar 1956 veröffentlicht. Nach einem historischen Rückblick und der Erörterung der physikalisch-chemischen Situation bei akuter Anoxämie von Killian, Donaueschingen, werden folgende Themen behandelt:

Schnelder: Hypoxie und Anoxie.

Dönhardt: Die respiratorische Wiederbelebung.

Zürn: Die Technik der Wiederherstellung des Gasaustauschs mit Narkoseapparaten: Die Intubation.

Wirth: Möglichkeiten der vegetativen Dämpfung.

Irmer: Praktische Verwendung der vegetativen Dämpfung.

Frey: Wiederbelebung der Zirkulation bei Kollaps und Schock.

Hartert: Die Therapie des akuten Herzversagens.

Koß: Bekämpfung des Herzstillstandes und des Herzflimmerns bei der Operation.

Wustmann: Hirnhistologische Bilder bei wiederbelebten Patienten nach über 4 Minuten dauerndem, vollständigem Herzstillstand.

Kutschera-Aichbergen: Wiederbelebung mit einfachen Mitteln bei Barbituratvergiftungen.

Koeppe: Erste Hilfe bei Elektro- und Blitzenfällen.

Allgöwer: Hitzeschäden und Verbrennungen.

**Frisch- oder Trockenhefe als Diätetikum?** Von Prof. Dr. med. et phil. Tr. Baumgärtel und Dr. Zahn, München. (Med. Klin. Nr. 5/56.)

Zur Klärung der langumstrittenen Frage, ob bei der Verwendung der Bierhefe als Diätetikum die Frisch- oder die Trockenhefe den Vorzug verdiene, wurden im Laboratorium für Coli-Forschung in München Untersuchungen angestellt. Auf Grund der Tatsache, daß lebende Hefe den Magen-Darmkanal passieren kann, wurde der Einfluß der Hefe auf die Darmflora (Coli) untersucht. Dabei zeigte sich eindeutig, daß die Einwirkung lebender Hefe die Entwicklung der Colikeime stark hemmt, und nach wenigen Tagen sie in die Degenerationsform des *Bact. coli mucosum* umwandelt. Im wesentlichen geschieht dies dadurch, daß sie aus dem Substrat gewisse Vitamine *ad usum proprium* an sich reißt, und antibiotisch wirkende Stoffe abgibt, und somit das Milieu für ein Bakterienwachstum nachteilig beeinflusst. Dagegen wirkte eine bei 100° abgetötete Trockenhefe durch wachstumsfördernde Substanzen (Vitamine) offensichtlich fördernd auf das Coli-Wachstum ein. Alle Modifikationen der Versuchsanordnung wiesen in die gleiche Richtung: Lebende Hefe wirkt deletär auf das Coliwachstum, bei 100° abgetötete Trockenhefe fördert das Wachstum. In erhöhtem Maße ist dies noch der Fall bei Präparaten abgetöteter Hefe, die mit Vitaminen des B-Komplexes angereichert sind (etwa bei der „Levurinose“).

**Erfahrungen bei der Behandlung der Apoplexia cerebri.** Von Dr. med. Ewald Erley. (Med. Kli. Nr. 8/56.)

Die Behandlung der frischen Apoplexie mit Aminophyllin (Euphyllin) hat sich in den letzten Jahren gerade für den Praktiker häufig als sehr dankbar erwiesen. Es wird jedoch dagegen geltend gemacht, daß dem Aminophyllin eine blutdrucksenkende Wirkung nachgewiesen ist. Bei einem durch Minderdurchblutung des Gehirns bereits vorher bestehenden Sauerstoffmangel kann daher u. U. eine plötzliche Blutdrucksenkung schwerwiegende Folgen haben, auch innerhalb therapeutischer Dosen. Heilmeyer empfiehlt daher das Oxaethyltheophyllin (Cordalin), dem zumindest in therapeutischen Dosen diese Wirkung sicher nicht zukommt. Verf. berichtet über seine

Beobachtungen bei 132 Apoplexiefällen, von denen 77 mit Cordalin bzw. Aminophyllin behandelt wurden. Dosierung und Behandlungsschema sowie die Anwendung von hochprozentigen Traubenzuckerlösungen, Quecksilberdiureticis und Cardiacis (bes. des Strophantins) müssen im Original nachgelesen werden. Hervorzuheben ist noch der dringliche Hinweis des Autors auf die Wichtigkeit der Sofortbehandlung, der sich in erster Linie an den praktischen Arzt richtet.

**Gefahren bei der Anwendung von Antibiotika in der Chirurgie.** Von Dr. K. Zuschneid. (Fortschr. d. Med. Nr. 5/56.)

Die großzügige prophylaktische und therapeutische Anwendung der Antibiotica hat das Gebiet der operativen Chirurgie hinsichtlich der Topographie wie der Indikationsstellung erheblich erweitert. Doch hat die wachsende klinische Erfahrung über ihre möglichen Schäden sie wieder auf den zweiten Platz verwiesen gegenüber den alten Fundamenten der Chirurgie: einer sauberen Diagnostik, operativen Technik und Asepsis. Speziell für die Chirurgie drohen die Gefahren

1. durch toxische Reaktionen (Frage der Dosierung)
2. durch allergische Reaktionen (auf Grund einer primären Idiosynkrasie oder einer sekundären Sensibilisierung des Patienten)
3. durch sekundär auftretende Entzündungen unter dem Bild einer generalisierten Sepsis bzw. Toxikämie oder einer lokalisierten schweren hämorrhagischen Entzündung.

Die toxischen Reaktionen am Nervensystem, dem Verdauungstraktus wie an parenchymatösen Organen lassen sich durch Berücksichtigung der spezifischen Wirkungsweise der einzelnen Medikamente (vor allem der Tetracycline) weitgehend vermeiden.

Die allergischen Schäden äußern sich in den leichteren Formen in den bekannten Hauterscheinungen oder Asthma, in schwereren an den blutbildenden Organen (vor allem beim Streptomycin und Oxytetracyclin). Für die schwerste Reaktionsform, den anaphylaktischen Schock weist Verf. 87 schwerste Schockzustände und 48 tödlich endende Fälle nach. Daß dabei — abgesehen von den primären Allergikern — die mit Penicillin behandelten Fälle das Hauptkontingent stellen, ist mit Sicherheit auf die vorherige Sensibilisierung mit Penicillin als dem populärsten Mittel für banale Gelegenheitserkrankungen zurückzuführen.

Hauptproblem des Chirurgen ist aber die sekundär auftretende Entzündung, die oft einen Grad erreicht, daß dagegen die primäre Erkrankung in den Hintergrund tritt. Die Ursache kann sowohl in einem Infektionswechsel mit Keimen anderer Art wie im Resistenzwerden der primären Entzündungserreger liegen. Soweit es die Verhältnisse zulassen, ist daher an der Forderung der Identifizierung und Testung der Erreger festzuhalten. Eine besondere Sorge des Chirurgen ist die Anpassungsfähigkeit des *Staph. aureus*, der als resistente Variation mitunter den größten Teil des Krankenhauspersonals, das häufig mit Antibiotica umgeht, zu Keimträgern macht, und besondere hygienische Maßnahmen erfordert. Bei subakut verlaufenden Entzündungen, die vor einer genauen Diagnose und Lokalisation antibiotisch behandelt werden, kann die damit erreichte Symptomenarmut des gesamten Bildes beim plötzlichen Aufflackern resistenter Keime dem Chirurgen den rationalen Weg in verhängnisvoller Weise verschleiern.

Zusammenfassend wird die Verwendung von Antibiotica in der Chirurgie unter folgenden Bedingungen gestellt: Exakte Diagnose und Lokalisation und rechtzeitiger chir. Eingriff, nach Möglichkeit Identifizierung und Testung der Erreger, Einschränkung des Mißbrauchs zur Prophylaxe banaler Erkrankungen, strenge allgemeinhygienische Maßnahmen gegenüber den hauseigenen Staphylokokkenstämmen und äußerste Zurückhaltung in Verwendung der z. Zt. noch wirksamen Breitbandspektrum-Antibiotica als gewissermaßen der „letzten Patrone“ im Kampf gegen die Infektion.

schließenden unvermeidlichen Wundschmerzen sich durch medikamentöse Behandlung im Rahmen des Zumutbaren halten lassen müssen.

3. Der Eingriff muß erfolgreich sein, d. h., nach dem Urteil von ärztlichen Sachverständigen (möglichst chir. Chefarzt eines Krankenhauses) mit Sicherheit entweder eine wesentliche Steigerung der Erwerbsfähigkeit oder gar die völlige Wiederherstellung des Verletzten sichern, so daß nach einer kurzen Schonzeit die Rente um wenigstens 10% herabgesetzt oder ganz entzogen werden kann. Außerdem kann eine Operation dann gefordert werden, wenn ohne sie mit einer wesentlichen Verschlimmerung der Unfallfolgen zu rechnen ist.

Das Bayer. LSG hat in der erwähnten Entscheidung die Anordnung einer Heilanstaltspflege mit Operation nicht als Widerspruch zu Art. 2 Abs. 2 Grundgesetz erachtet, weil „die dort garantierten Rechte auf Leben, Freiheit und körperliche Unversehrtheit dadurch unberührt“ bleiben.

Die Entscheidung stellt klar, daß es selbstverständlich nicht — insoweit war die Überschrift zutreffend, unter der die Veröffentlichung des erstinstanzlichen Urteils vor zwei Jahren vielfach erfolgt war — einen Zwang bei der Anordnung einer Heilbehandlung gibt, „wodurch der Verletzte in das Krankenhaus geschafft und gegen seinen Willen einer Operation unterzogen werden soll. Es liegt vielmehr in der freien Entscheidung des Verletzten, ob er der Aufforderung zur Heilanstaltspflege und Operation nachkommen will oder nicht“. Man sollte daher statt von Operationsduldungspflicht besser von Zumutbarkeit einer Operation sprechen (vgl. Podzun H. in „Die Berufsgenossenschaft“ 1954/103).

Mit seiner Begründung bleibt das Bayer. LSG auf der Ebene früherer Entscheidungen der Spruchinstanzen. So hat z. B. schon das Oberversicherungsamt Koblenz mit Urteil vom 18. 12. 1950 (Die Berufsgenossenschaft 1953/285) nach gutachtlicher Anhörung des Staatsrechtlers Prof. Dr. v. Mangoldt (Univ. Kiel) dahin erkannt, daß das Grundgesetz nicht ausschließt, „von Rentenempfängern zu verlangen, daß sie sich zur Wiederherstellung ihrer Gesundheit oder einer erheblichen Minderung ihrer Erwerbsunfähigkeit einer Operation unterziehen“.

Ähnlich hat auch das Bayer. Landesversicherungsamt am 6. 11. 1952 entschieden, daß die Verpflichtung eines Verletzten zur Durchführung einer als Heilverfahren angeordneten Operation dem Grundgesetz für die Bundesrepublik nicht entgegensteht. (Zentralblatt für Sozialversicherung und Versorgung 1953/53).

Die Voraussetzungen für die Zumutbarkeit einer Operation, die das Sozialversicherungsrecht entsprechend der im zivilen Schadensersatzrecht gültigen Rechtsübung entwickelt hat, müssen also einerseits die Würde des Menschen und die Achtung vor der Integrität des Körpers berücksichtigen. Andererseits muß das „Recht am eigenen Körper“ dort seine Grenzen finden, wo sich seine Ausübung als selbstsüchtige Ausnutzung von Haftungsansprüchen oder als Verletzung der auch dem Geschädig-

ten obliegenden Pflicht, den Schaden zu mindern, darstellt.

Im öffentlichen Recht ist diese Interessenabwägung abhängig von der jeweiligen Anschauung über das Verhältnis des einzelnen zum Staat. Im sozialen Rechtsstaat des Grundgesetzes herrscht weder das uneingeschränkte Selbstbestimmungsrecht des einzelnen noch die schrankenlose Allmacht des Staates. Für das soziale Unfallversicherungsrecht ist aus dem Grundsatz von Treu und Glauben ein vernünftiger Ausgleich zwischen den Rechten und Opfern des einzelnen und den durch den Versicherungsträger vertretenen allgemeinen Belangen zu finden.

\* Über die „Duldungspflicht bei diagnostischen Maßnahmen“ vgl. Hübner A., Monatsschrift für Unfallbeilkunde und Versicherungsmedizin 1951/134.

## Wert des ärztlichen Zeugnisses

Eine Erwiderung von Dr. med. Hans Schildmayer

Im Heft 2/1956 stellt Kollege Mayer, prakt. Arzt aus Michelau, die Frage, ob Zeugnisse von prakt. Ärzten wirklich keinen Zweck hätten. Er beklagt sich bitter darüber, daß von seiten der Sozialbehörden die Urteile und Diagnosen und die daraus gezogenen Schlüsse nicht genügend, der Stellung des Arztes entsprechend, berücksichtigt werden. Gleichzeitig fordert er die Standesorganisationen auf, diesem Mißstand von sich aus entgegenzuwirken.

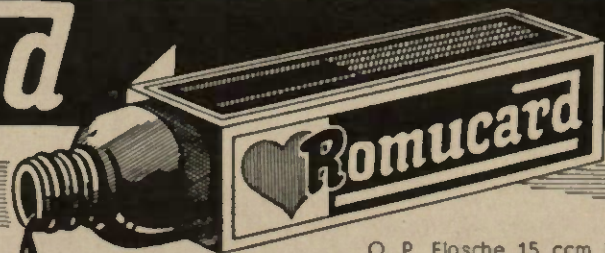
Was die Klage des Kollegen Mayer anlangt, so ist ihr voll und ganz zuzustimmen. Es unterliegt keinem Zweifel — und ich wiederhole damit nur, was andernorts leider schon mehrfach festgestellt wurde —, daß der Wert des ärztlichen Zeugnisses im Laufe der Jahre ganz erheblich gesunken ist. Die Ursache dieser Wertminderung ist ganz gewiß nicht einheitlich. Einmal muß die Bürokratie beschuldigt werden, die eine Zeugnisflut ohnegleichen bewirkte, der der Arzt kaum mehr gewachsen ist. Ich brauche nicht besonders herauszuheben — jeder praktisch tätige Arzt kann ein Lied davon singen —, für was alles ein Zeugnis verlangt wird, und wer alles glaubt, ein ärztliches Zeugnis verlangen zu müssen (so verlangte z. B. neulich eine Krankenkasse die Bestätigung, daß einer Frau wegen der strengen Kälte [zwischen 20 und 25 Grad minus] die Fahrt mit dem Rade nicht zugemutet werden könne. Die Frau litt an einer Facialislähmung).

Zum anderen — und das darf nicht verschwiegen werden — sind die Ärzte selbst daran schuld, daß heute das Zeugnis des Arztes nicht mehr als das angesehen wird, was es vor etwa 30 oder 40 Jahren war. Von den sogenannten Gefälligkeitszeugnissen ganz abgesehen (sie haben den Ruin des ärztlichen Zeugnisses nur beschleunigt), kann jeder gutachtlich und sozialgerichtlich tätige Arzt sich fast täglich davon überzeugen, auf welch schwachen Füßen heute das ärztliche Zeugnis steht. Das wissen die Sozialbehörden natürlich. Sie bekommen ja täglich demonstriert, in welch oft erschreckendem Maße die Zeugnisse des behandelnden Arztes sich vom objektiven Befundmaterial unterscheiden, und nur zu oft herrscht beim

# Romucard

Das vorzügliche Herztonicum mit spasmolytischer Wirkung

Indikation:  
 Altersherz  
 Zirkulationsstörungen  
 Hypertonie  
 nervöse und  
 krampfartige  
 Herzbeschwerden



O. P. Flosche 15 ccm DM 1,50

Zusammensetzung:

Popaverin 0,3%, Nitroglyc. 2,5 mg%, Tinct. Adonid. 7%, Tinct. Bellad. 4%, Tinct. Valerian., Extr. Coston. Vesc. fluid., Vit. B u. C

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

medizinischen Sachverständigen ein beschämendes Gefühl vor, wenn das Sozialgericht feststellen muß, daß das Zeugnis des behandelnden Arztes mangelhaft, unklar, wenig präzise, sachlich unbrauchbar und daher zu verwerfen sei.

Daß es auch anders geht, wird x-fach bewiesen: Saubere, klare Diagnosen, mit Befundangaben und Angaben darüber, wie diese Befunde erhärtet wurden. Damit kann der Sachverständige etwas anfangen, und damit hat der Richter — darauf kommt es ja an — positives Beweismaterial in den Händen. Viele Kollegen vergessen, daß der Richter Beweise braucht. Was soll da eine „Diagnose“ in einem ärztlichen Zeugnis: Herzleiden. Eine solche Diagnose ohne nähere Beschreibung und Befundangabe kann m. E. für eine Behörde genügen. Für ein Verfahren z. B. im Bereich der Unfall- oder Invalidenversicherung ist sie völlig unzureichend. Auch die Diagnose: Kreuzschmerz oder Herzklappenfehler oder Anfälle sind unmöglich. Sie mögen für einen Heilpraktiker oder für einen Laien genügend sein. Für ein ärztliches Zeugnis, das in einem Rentenverfahren gebraucht wird und das ja andere Kollegen auch zu sehen bekommen, ist es mehr als mangelhaft. Man kann dagegen einwenden, Zeit und Bezahlung reichen nicht aus, um ein wirklich brauchbares Zeugnis mit entsprechenden Unterlagen auszustellen. Das kann aber niemals stichhaltig sein. Der Name des betreffenden Kollegen steht unter dem Zeugnis. Er haftet dafür, was darin steht. Steht viel in diesem Zeugnis und ist es befundmäßig unterlegt, dann sind Richter und Sachverständige dem praktischen Arzt außerordentlich dankbar. Und da beweist sich der Wert des Zeugnisses des praktischen Arztes. Stehen in diesem Zeugnis aber nur unklare Diagnosen und Behauptungen, die sich dann bei der notwendigen Nachuntersuchung nicht bestätigen, dann ist allerdings der Unwert dieses Zeugnisses ebenfalls bewiesen. Schreibt z. B. der behandelnde Arzt: „... es handelt sich bei ... um eine Myodegen. cordis, Hypotonie, Lungenemphysem ... auf Grund der heutigen Untersuchung. Und stellte dann der Gutachter fest nach EKG- und Röntgenuntersuchungen: kein Anhalt für Myocardschaden, kein Lungenemphysem. Pat. ist als Psycho- und Neuropath bekannt, dann wird man bei der Beurteilung von Zeugnissen dieser Art sehr vorsichtig, vor allem wenn man die große Anzahl dieser Art von Zeugnissen kennt. Oder was soll man sagen, wenn der behandelnde Arzt völlige Arbeitsunfähigkeit bestätigt, und der Patient zugeben muß, daß er in der gleichen Zeit seine Arbeit wieder aufgenommen hat? Was soll man von Zeugnissen halten, die feststellen, der Gang sei unbehindert, und auf der gleichen Zeile liest man: re. Bein tahnend?

So geht das also nicht! Glauben Sie ja nicht, verehrter Herr Kollege Mayer, daß ich hier vereinzelt Fälle herausgegriffen habe. Jeder Gutachter ist in der Lage, diese Beispiele ad infinitum zu vermehren. Hinzu kommt noch, daß viele Kollegen in ihren ärztlichen Zeugnissen die Bedeutung einer Erkrankung in bezug auf die Höhe der Erwerbsminderung erheblich überschätzen. So schreibt ein Kollege: „Ich beantrage vorübergehend Invalidität wegen Status nach Commotio cerebri.“ Dabei passierte der Unfall 7 Monate (!) vorher. Ein anderer stellt eine EM von 70% fest wegen Herzmuskelschadens. Dabei sind Dekompensationserscheinungen in keiner Weise vorhanden. Viele Kol-

legen begründen den Antrag auf Invalidität auf einem Rezeptformular mit 3—4 Zeilen. Andere wieder nehmen prinzipiell in jedem Zeugnis und bei jedem Antragsteller Invalidität an. Sie würden das nicht mehr tun, wenn sie nur einmal erleben könnten, wie das Sozialgericht auf die uniformierten Zeugnisse dieser Ärzte reagiert. Nie sollte vergessen werden, daß den Zeugnissen dieser Art in der weitaus größten Anzahl von vertrauensärztlicher Seite her einwandfreie und ausgefeilte, mit allen in Frage kommenden Untersuchungen begründete Diagnosen gegenüberstehen. Somit kommt ein ärztliches Zeugnis, schon allein seiner Natur nach, ins Hintertreffen. Wenn es aber sorgfältig abgewogen ist (das allein läßt sich in den meisten Fällen schon an der Art der Ausstellung erkennen!), wenn es begründet ist und wenn gar noch schon vorher angefertigte Labor-Röntgen-Facharztbefunde beiliegen, dann wird kein Sachverständiger, kein Richter und keine LVA oder andere Behörde dieses begründete Zeugnis ignorieren. Es wird — darauf kann sich Kollege Mayer verlassen — verwertet, auch wenn dies im amtlichen Schreiben der LVA nicht ausdrücklich erwähnt wird. Daß im übrigen die Nichterwähnung des Zeugnisses im Schreiben der LVA bittere Gefühle und Untergrabung der ärztlichen Autorität erwecken bzw. bewirken soll, diese Auffassung dürfte m. E. gar nicht aufkommen. Es ist doch in Anbetracht der unendlichen Mühe, die Kollege Mayer mit seiner Patientin hatte, belanglos, ob sein Zeugnis erwähnt wird oder nicht. Daß er großes Verdienst hat, weiß die Patientin und wissen die Angehörigen, und daß er mit seiner Auffassung und mit seinem Urteil recht hatte, das wird ihm doch von zwei Fachärzten und amtlich bestätigt! Das stärkt doch sein Ansehen, das stärkt doch seine Autorität!

Was schließlich die Forderung des verehrten Kollegen Mayer anlangt, die Standesorganisation möge darauf hinwirken, daß auf die Stellung der praktischen Ärzte und ihr Urteil von den Sozialbehörden mehr Rücksicht genommen wird, so muß ich gestehen, daß ich im Augenblick nicht weiß, wie das geschehen soll. Soweit ich orientiert bin, wurde von seiten der Standesorganisation schon wiederholt das Thema „ärztliches Zeugnis“ behandelt. Mehr kann m. E. die Standesorganisation nicht tun. Sie kann warnen und größte Sorgfaltspflicht anraten und kann empfehlen, zur Frage des Erwerbsminderungsgrades in einem Zeugnis nicht Stellung zu nehmen. Es wäre absolut wünschenswert, wenn letztere Empfehlung sich alle Kollegen aneignen würden. Damit wird 1. der Kollege entlastet, 2. wird ihm vor Fehlurteilen geschützt. 3. Wird im Patienten oder Renten-antragsteller keine falsche Vorstellung erweckt, und 4. wird dadurch vermieden, daß oft auf nicht gerade schöne Art in Sozialgerichtssitzungen die Auffassung des einen Kollegen gegen jene des anderen ausgespielt wird. Wenn jemand Stellung und Urteil des praktischen Arztes vor den Sozialbehörden stärken und angesehen machen kann, so ist es nur der praktische Arzt selbst. Ansprüche auf Anerkennung und Respekt kann keine Standesorganisation für ihn erheben. Keine Standesorganisation kann diese Dinge bei den Sozialbehörden bestellen. Es ist nur die eigene Arbeit, die für uns sprechen kann, und nur derjenige wird Anerkennung finden, der sie sorgfältig und gediegen verrichtet, auch wenn es sich „nur“ um ärztliche Zeugnisse handelt. Diese Anerkennung braucht nicht immer öffentlich zu sein. Die innere Freude und die innere Genugtuung, das stille Bewußtsein, recht und richtig gehandelt zu haben, dürfte m. E. wertvoller sein als eine Bestätigung auf einem Stück Papier, das so wie so in einer Schublade bald der Vergessenheit überstellt wird.

Anschrift: Fürth i. Bay., Hornschuchpromenade 25.

#### Beilagenhinweis

Dieser Ausgabe liegen Prospekte folgender Firmen bei:  
 Klinge GmbH., München 23,  
 Dr. Hommels Chemische Werke und Handelsgesellschaft mbH.,  
 Hamburg 6,  
 UPHA GmbH., Hamburg 20,  
 A. Nattermann & Cie., Köln-Braunsfeld,  
 Galenika Dr. Hetherich GmbH., Fürth/Bay.,  
 Aktiengesellschaft für medizinische Produkte, Berlin N 65.

### 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.

## MITTEILUNGEN

### Übernahme von Vertretungen

Die Bayer. Landesärztekammer beabsichtigt, auf Wunsch und Anregung vieler Kollegen, eine Vertreterzentrale einzurichten.

Diejenigen Ärztinnen und Ärzte, die Vertretungen von praktischen Ärzten oder Fachärzten übernehmen wollen, werden gebeten, dieses unter Angabe, ob sie im Besitz eines Führerscheines oder eigenen Fahrzeuges sind, möglichst umgehend an die Bayerische Landesärztekammer, München 23, Königinstr. 85, zu melden.

### Eine Klarstellung

Das Januar-Heft der „Mitteilungen“ des Landesverbandes Bayern des Hartmannbundes brachte eine Meldung aus Nürnberg über große Unterschlagungen in der Bezirksstelle Mittelfranken der Kassenzahnärztlichen Vereinigung.

Auf Bitte der Schriftleitung der „Mitteilungen“ brachten wir in der Februar-Nummer des Bayer. Ärzteblattes auf Seite 33 deren „Berichtigung“, wonach durch einen Satzfehler irrtümlicherweise die Kassenzahnärztliche Vereinigung genannt wurde, während sich die Nachricht auf die Kassenzahnärztliche Vereinigung bezog. Zum Tatbestand selbst wurde in der uns übermittelten Berichtigung nicht Stellung genommen.

Zur Klärung des wahren Sachverhaltes ersucht uns nun die Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns um die Mitteilung folgender Tatsachen:

1. Ein sofort fristlos entlassener Buchhalter hat beim Zahnärztlichen Bezirksverein Mittelfranken in Nürnberg, Körperschaft des öffentlichen Rechts, einen Betrag von rund DM 8000.— unterschlagen. Ein Schaden ist nicht entstanden, weil der Betrag auf einem Bankkonto des Buchhalters restlos vorhanden war und von ihm sofort nach Aufdeckung der Unterschlagungen an den Zahnärztlichen Bezirksverein zurückgezahlt wurde. Gegen den ungetreuen Buchhalter läuft ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren beim Landgericht Nürnberg-Fürth. Ob die Staatsanwaltschaft bereits die öffentliche Klage erhoben hat, ist uns nicht bekannt.

2. In letzter Zeit wurde durch verschiedene groß aufgebaute Presseberichte über angebliche Honorarverluste von 500 000—600 000 DM bei der Abrechnungsstelle Nürnberg eine erhebliche Unruhe in die Zahnärzteschaft getragen. Das Bayerische Landesprüfungsamt für Sozialversicherung, das auf ausdrücklichen Wunsch und auf Antrag des Landesvorstandes der KZVB vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge gegenwärtig mit der Überprüfung der gesamten KZVB beauftragt ist, stellt hierzu in einem „vorläufigen Zwischenbericht“ am 18. 1. 1956 fest:

„Hierzu kann festgestellt werden, daß die verschiedenen Presseberichte, die ganz allgemein von einem ‚Verlust‘ der KZVB von 500 000—600 000 DM sprechen, nicht den Tatsachen entsprechen. Vielmehr scheinen die beteiligten Krankenkassen durchwegs bereit zu sein, nach vorangegangener Überprüfung der ungeklärten Abrechnungen ihren Zahlungsverpflichtungen nachzukommen. Soweit jedoch die von den Krankenkassen an den Abrechnungen vorgenommenen Abstriche berechtigt sind, d. h. soweit also Leistungskosten von den

Kassenzahnärzten zu Unrecht berechnet sind, bisher aber von der KZVB in voller Höhe bezahlt wurden, kann von einem tatsächlichen Verlust der KZVB oder der Kassenzahnärzte nicht gesprochen werden.“

### Zur Neuordnung der Alters- und Invaliditätssicherung

Stellungnahme des Bundesverbandes der freien Berufe

Der Bundesverband der freien Berufe hat von dem Standpunkt der Bundesregierung in dem Bulletin Nr. 15 vom 21. 1. 1956 über die Neuordnung der Alters- und Invaliditätssicherung mit Interesse Kenntnis genommen. Danach hat das Sozialkabinett sich hinsichtlich der selbständig Tätigen „für die Schaffung eigenständiger Einrichtungen“ ausgesprochen, „soweit ein Sicherungsbedürfnis besteht“.

Hierzu stellt der Bundesverband der freien Berufe fest:

1. Ein solches Bedürfnis besteht innerhalb des größeren Kreises aller selbständig Tätigen für die freien Berufe unzweifelhaft und im besonderen Maße; denn für diese Berufsschichten, die nicht mit währungssicherem Betriebskapital arbeiten, haben die zerstörenden Wirkungen des Krieges und des Währungszersfalls sich nachdrücklich ausgewirkt; ebenso war und ist für sie die Möglichkeit neuer Kapitalbildung ungleich schwerer als in anderen Teilen der Wirtschaft, denen zumal auch in weitem Umfang steuerliche Erleichterungen hierfür gegeben wurden und auch heute noch gegeben werden.

2. Die von dem Sozialkabinett angeregte Schaffung „eigenständiger Einrichtungen“ mag ein Weg für die soziale Sicherung der in freien Berufen Tätigen sein. Für einen erheblichen Teil der freiberuflich Tätigen — z. B. für freiberufliche Künstler, Schriftsteller — ist aber dieser Weg nicht gangbar.

Die freien Berufe sind der Meinung, daß es keinen Unterschied in dem Sicherungsbedürfnis jedes einzelnen macht, ob er sich einer „eigenständigen Sicherungseinrichtung“ bedienen kann und will, oder ob er Umfang und Art seiner Sicherung für den Lebensabend und für den Fall seiner Invalidität selbst bestimmen will.

3. Zu der erstrebten Schaffung eigenständiger Sicherungseinrichtungen, aber ebenso für eine individuelle Sicherung muß den freien Berufen dieselbe Ausgangs- und Grundlage gegeben werden, wie den unselbständig Tätigen. Diese Voraussetzung ist aber nur gewahrt, wenn den freien Berufen die Möglichkeit gegeben wird, denjenigen Betrag steuerlich als zusätzlichen und nach der selbst verantwortlichen Entscheidung jedes einzelnen zu verwendenden Freibetrag zu behandeln, der erforderlich wäre, um diejenigen Alters- und Invalidenrenten durch Abschluß privater Rentenversicherungen zu erhalten, die nach den Plänen des Sozialkabinetts den unselbständig Tätigen durch wohlthätigen staatlichen Zwang gesichert werden sollen.

Der Bundesverband warnt schon jetzt — bevor noch die Pläne für die unselbständig Tätigen weiter verfolgt werden — die Anliegen freiberuflich Tätiger nach Sicherung für Lebensabend und Berufsunfähigkeit zu vergessen.

Die Angehörigen der freien Berufe legen keinen Wert auf staatliche Einrichtungen und Subventionen zur Sicherung ihres Lebensabends; wohl aber glauben sie einen



CEFAK  
Kempten/Allg.

# Cefangipect

Tropfen / Tabl. / Amp.

Angina pectoris und verwandte Zustände

Anspruch darauf zu haben, daß für eigenständige Einrichtungen und individuelle Vorsorge die notwendigen steuerlichen Voraussetzungen geschaffen werden, die dazu nur einen schwachen Ausgleich gegenüber dem Verzicht der freien Berufe auf Subventionen und auf viele andere ihnen nicht gewährte steuerliche Vorteile zu größerer Kapitalbildung darstellen würde.

#### Klinikneubauten in München

Bei der Weiterberatung des außerordentlichen Haushalts 1956 im Finanz- und Haushaltsausschuß des Bayerischen Senats wurde davon gesprochen, daß die voraussichtlichen Wettbewerbs- und Planungskosten für die Klinikneubauten in München auf 2 Mill. DM geschätzt sind, wovon der Betrag von 500 000 DM in den Haushalt 1956 eingesetzt ist. Es wurde jedoch darauf hingewiesen, daß die gesamten Planungskosten sich in Wirklichkeit auf 4,5 Mill. DM belaufen werden. Der Ausschußvorsitzende Hielscher bemerkte, man müsse wenigstens „eine leiseste Chance zur Finanzierung“ sehen. Es habe keinen Zweck, diesen hohen Betrag für eine Planung auszugeben, die vielleicht jahrelang in der Schublade liegenbleiben müsse. Der Vertreter des Finanzministeriums mußte dazu erklären, daß die Finanzierung der Klinikneubauten noch in keiner Weise sicher sei. Der Vertreter des Kultusministeriums verwies darauf, daß dem Kultusministerium die Besetzung der „traditionsreichen medizinischen Lehrstühle“ der Münchener Universität nicht unmöglich gemacht werden sollte. Wenn der Ruf Münchens in dieser Hinsicht aufrechterhalten werden solle, müsse es möglich sein, für den ersten Bauabschnitt der Klinikneubauten, der sich mit der Planung auf etwa fünf Jahre erstrecken werde, die hierfür erforderlichen 80—100 Mill. DM aufzubringen. Der Ausschuß beschloß die Empfehlung, die Schätzung der Planungskosten für die Klinikneubauten in München bis zum Schluß der Haushaltsberatungen zu berichtigen.

Das Institut für Gerichtliche Medizin der Universität München hat mit gleichzeitiger Erweiterung seiner Aufgaben nunmehr den Titel „Institut für Gerichtliche Medizin und Versicherungsmedizin der Universität München“

#### Bettennot in den Münchener Krankenhäusern

In den Münchener Krankenhäusern sind zur Zeit durch die Folgen des strengen Winters keinerlei Krankenbetten frei. Nach Ansicht von Stadtrat Dr. Hamm müßte die Stadt über mindestens 2000 Krankenbetten mehr verfügen können. Aus dieser Tatsache geht hervor, daß die Stadt München für Katastrophenfälle vollkommen ungenügend gerüstet ist.

ID 6/56

#### Entlastung der Krankenschwestern in Hamburg

Wie wir einer Mitteilung der Ä. P. entnehmen, sollen in den Krankenanstalten der Hamburger Gesundheitsbehörde 318 Reinmachefrauen mit Halbtagsbeschäftigung mit sofortiger Wirkung angestellt werden. Unter Zugrundelegung einer vollen Arbeitszeit entspricht das etwa 160 vollbeschäftigten Kräften. Man will damit einer Überlastung der Krankenschwestern in Hamburg entgegenwirken.

#### Dr. Jonas Salk ausgezeichnet

„In Anerkennung seiner Leistung bei der Entwicklung eines Impfstoffes gegen die Kinderlähmung“ wurde der amerikanische Arzt und Forscher Dr. Jonas Salk mit einer Goldmedaille ausgezeichnet.

#### Stand der Schutzimpfung gegen Kinderlähmung

Zu dem vorliegenden Zwischengutachten des Bundesgesundheitsamtes über den Stand der Schutzimpfung gegen die Kinderlähmung teilt das Bundesministerium des Innern u. a. mit:

Das Gutachten stellt fest, daß eine abschließende Beantwortung aller mit der Schutzimpfung gegen die Poliomyelitis zusammenhängenden Fragen noch nicht möglich ist. Die bisher hergestellten und in den Verkehr gebrachten Impfstoffe bieten noch keine hinreichende Gewähr für die Gefährlosigkeit ihrer Anwendung für den Impfling selbst, seine Umgebung und die übrige Bevölkerung.

Trotz gewisser Bedenken wird davon Abstand genommen, von einer Freigabe des Impfstoffes abzuraten. Entscheidend hierfür war, daß eine Schutzimpfung nach den derzeitigen wissenschaftlichen Erkenntnissen die einzige wirksame Waffe zur Bekämpfung der Kinderlähmung überhaupt darstellt. Einzelimpfungen lassen sich überwachen und die Geimpften erforderlichenfalls von der Umwelt absondern. Bei Massenimpfungen ist beides undurchführbar.

Die Anwendung des Impfstoffes in Einzelfällen ist zuzulassen. Bei entsprechender Aufklärung kann die Einwilligung des Impflings bzw. seines Sorgeberechtigten in die Impfung rechtliche Bedeutung erlangen.

Wegen der unabdingbaren Sicherung des Impflings und seiner Umwelt bedarf es einer bisher fehlenden Lenkung und Beaufsichtigung der Impfung nach wissenschaftlichen Grundsätzen. Damit der Arzt seiner Sorgfaltspflicht gegenüber dem Impfling nachkommen kann, ist eine weitgehende wissenschaftliche Aufklärung der Ärzteschaft über die zur Zeit im Handel befindlichen Impfstoffe notwendig.

Massenimpfungen kommen nach dem Gutachten noch nicht in Frage. Es fehlen ausreichende Kenntnisse über die Durchseuchung und Immunitätslage der Gesamtbevölkerung, über die Gefährdung bestimmter Bevölkerungskreise, über die Verbreitung des Virus, die Zahl der Virusausscheider, über die allgemeine, individuelle und aktuelle Disposition, über die Bedeutung von Umweltfaktoren für die Erkrankungsbereitschaft u. a. m.

An der Entwicklung eines ungefährlichen und trotzdem wirkungssicheren Impfstoffes wird in den staatlichen Instituten und staatlich beauftragten Forschungsgemeinschaften vieler Länder sehr intensiv gearbeitet.

Das Gutachten war Gegenstand einer Beratung mit den leitenden Medizinalbeamten der Länder im Bundesministerium des Innern am 10. Februar 1956. Es wurde beschlossen, einen Arbeitskreis aus Vertretern des Bundesministeriums des Innern, des Bundesgesundheitsamtes



# R-MALLEBRINETTEN

(Respectol-Mallebrinetten)

Adstringo-antiseptische Rachentabletten

# Bei RHEUMA Thermulsion

Die zuverlässig  
wirkende Einreibung  
50 ccm DM 1.25 o.U.

und der obersten Gesundheitsbehörden der Länder zu bilden, der die Maßnahmen prüfen soll, die sich aus diesem Gutachten für weitere Behandlung ergeben können.

ID 6/56

## Heilstätte für die Nachbehandlung der Folgen bei Kinderlähmung

Mit einem Kostenaufwand von 2 Mill. DM wurde in Bad Oeynhausen eine Kurklinik erbaut, in der ständig 160 Kinder und Jugendliche im Alter von 4—21 Jahren Aufnahme finden sollen, die an Folgen der Kinderlähmung leiden. Die Errichtung dieser Heilstätte wurde im Sommer 1952 während der großen Kinderlähmungs-epidemie im Landtag von Nordrhein-Westfalen angeregt, weil die Oeynhausener Heilquellen besonders geeignet sind für die Nachbehandlung von Folgen der Kinderlähmung.

## Der Sozialpolitische Ausschuß des Bayerischen Landtags

befasste sich in seiner Sitzung am 23. Februar 1956 u. a. mit der Durchführung von Schutzimpfungen gegen die spinale Kinderlähmung, Tuberkuloseuntersuchungen der Angehörigen des öffentlichen Dienstes, Errichtung von virologischen Untersuchungsstellen.

ID 6/56

## Regenerationszentrum für praktische Gesundheitsvorsorge in München

Mit einer Feier, zu der zahlreiche Vertreter des öffentlichen und kirchlichen Lebens geladen waren, wurde am 7. Februar 1956 das erweiterte Moorbad Wetterstein in München als Regenerationszentrum für praktische Gesundheitsvorsorge eingeweiht und seiner Bestimmung übergeben. Herr Georg Hubmann als Besitzer hatte bereits seit 1952 eine Kuranstalt in Harlaching in Betrieb genommen, in der neben verschiedenen medizinischen Bädern auch Natur-Moorbäder abgegeben werden; das Material wird aus Lagern in Oberbayern gewonnen und in fein zermahlenem Zustand in wässriger Aufschwemmung zu therapeutischen Mooranwendungen benutzt. In jüngster Zeit ist die Kuranstalt erweitert worden, u. a. durch einen Kneippschen Gußraum, eine Sauna und eine größere Moortretanlage. Alle Einrichtungen dieses „Gesundheitshauses“, in dem auch biologische Ernährungsgrundsätze zur Anwendung gelangen, sind auf das Ziel gerichtet, den Schaffenden in der Großstadt Möglichkeiten zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit auf naturgemäßer Grundlage zu geben; damit dient das Haus der heutigen Tage so wichtigen und notwendigen Krankheitsvorsorge.

Staatsminister Zietsch legte in seinem Referat die Grundzüge einer naturgemäßen Lebensführung dar und betonte insbesondere die Bedeutung dieser Grundsätze für den im Schaffensprozeß stehenden Menschen; es sei sinnvoll, Investitionen für Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge zu machen. Der Minister begrüßte die Initiative des Besitzers als eine hohe soziale Tat und wünschte dem Betrieb gute Erfolge.

Professor von Braunbehrens, Vorstand des Instituts für physikalische Therapie der Universität München und des Balneologischen Instituts, med. und klimatologische Abteilung, weist in seinen Grußworten auf die Absicht der medizinischen Fakultät der Universität München hin, in Harlaching die dringend notwendigen neuen Universitätskliniken erstehen zu lassen. In direkter Verbindung mit den Kliniken seien dann auch Anlagen zur Durchführung hydrotherapeutischer Maßnahmen und der Bewegungstherapie unter Ausnutzung der sich bietenden Gelegenheiten des Geländes im Freien geplant. Diese Anlagen könnten dann neben der Behandlung der Kranken auch im Sinne vorbeugender und prophylaktischer Maßnahmen für Krankheitsanfällige herangezogen werden. Im Zeichen guter Nachbarschaft könne dann das medizinische Zentrum Harlaching arbeiten, zu dem auch die Orthopädische Klinik zu rechnen sei.

Dr. von Weckbecker, der leitende Arzt des Hauses, referierte über die Grundsätze der Behandlung im

neuen Regenerationszentrum, dessen Aufgaben in der Beratung und Behandlung krankheitsgefährdeter und erkrankter Menschen zu sehen sei. Eine Konkurrenz für die Moorbäder und Kurorte sei nicht zu befürchten, vielmehr verspreche man sich von der Arbeit des Harlachinger Instituts eine enge Verbindung mit der kurörtlichen Behandlung.

Dr. med. K. W. Schnelle,  
Regierungsmedizinalrat.

## Für die Schulgesundheits- und Schulzahnpflege

sind im Haushalt des Innenministeriums für 1956 300 000 DM vorgesehen. Von einzelnen Abgeordneten (SPD) wurde beantragt, den Betrag um 200 000 DM zu erhöhen. ID 6/56

## Zucker und Organismus

Die Deutsche Fluorkommission, Stuttgart-Degerloch, teilt uns mit:

Die Weltkriegsriege haben gezeigt, daß die Rationierung der Lebensmittel, insbesondere der Kohlenhydrate (Weißmehl, Zucker usw.) zu einer Reduzierung der Zahnkaries führte. Mit der Normalisierung der Nahrung nach der Währungsreform wurde die alte Höhe des Kariesbefalls wieder erreicht, bei unseren Kindern sogar weit überschritten. Wir haben dieses Bild in der Schweiz, in Norwegen, Schweden, England und dem Bundesgebiet.

Die Wissenschaft hat sich bemüht, das Phänomen zu erklären. Es konnte nachgewiesen werden, daß dem erhöhten Zuckerkonsum in ätiologischer Hinsicht eine wesentliche Bedeutung für das Zustandekommen der Zahnkaries beizumessen ist. Die nach Zuckergenuß — insbesondere Zerbeißen von Zucker, Lutschen von Bonbons oder ähnlichem — zustandekommende Säurebildung in der Mundhöhle ist besonders schädlich. Zucker, der mit der Nahrung genossen wird, kommt nach Cremer, Mainz, keine nachteilige Wirkung auf das Zahnsystem oder den Organismus zu.

Auf einem „Zucker-Symposium“ der Miami-Tagung der amerikanischen Zahnärztesgesellschaft stimmten die Forscher darin überein, daß die Gegenwart von Kohlenhydraten, besonders von Zucker, wesentlich für die Entstehung neuer Zahnschäden ist.

Die umfassendsten Untersuchungen, die zur Klärung dieser Fragen je angestellt wurden, fanden in Vipeholm in Schweden statt. Das Ergebnis dieser 6jährigen Versuche war:

- Zulagen von großen Mengen von Zucker zur Kost ergaben keine Karies.
- Zulagen von Schokolade zwischen den Mahlzeiten ergaben nur geringe Karies.
- Hingegen verursachten Toffees, zwischen den Mahlzeiten genossen, einen sehr starken Kariesanstieg.

Es scheint wesentlich, diese Probleme zu verfolgen, da die tägliche Praxis einen katastrophalen Gebißzustand der Kinder zeigt, der sich in seinen Folgen auf den Gesamtorganismus nachteilig auswirken muß.

Gesichert erscheint, daß als einziger mineralischer Bestandteil der Nahrung oder des Trinkwassers das Fluor eine kariesreduzierende Wirkung ausübt.

## Verbrauch von Schlafmitteln gestiegen

Wie der Deutsche Arbeitsring für Lärmbekämpfung festgestellt hat, ist der Schlafmittelverbrauch fast genau im gleichen Umfang gestiegen wie die Zahl der zugelassenen Motorfahrzeuge. Es ist allerdings höchst zweifelhaft, ob durch den erhöhten Verbrauch an Schlafmitteln die Schlaflosigkeit erfolgreich bekämpft werden kann.

## Zunahme der Rheumatismuskranken

Die Zahl der Rheumakranken in der Bundesrepublik Deutschland wird augenblicklich auf 1,25 Millionen Menschen geschätzt, so daß die Zahl der Tuberkulosekranken weit überhoht wird. Der primär chronische Gelenkrheumatismus fordert den Hauptanteil der Invalidität.



# Veralgit-Tabl.

Internes  
Analgeticum und Sedativum  
Krewel-Werke, Eitorf b Köln

## Versicherte der sozialen Krankenversicherung

Fast ein Sechstel des Gesamtbestandes der deutschen Sozialversicherung beruht auf freiwilliger Versicherung. Die Gesamtzahl der Versicherten betrug in der Bundesrepublik am 1. 11. 1955 18,59 Millionen und in West-Berlin 0,96 Millionen, wovon 16,5 Millionen Pflichtversicherte und 3,03 Millionen Versicherungsberechtigte sind.

## Der Fortschritt schreitet fort

Die Völker der Welt, die an der Freizeitgestaltung Interesse haben, sollen in näheren Kontakt gebracht werden. Das ist die Zielsetzung des „International Recreation Association Service“, der 1956 in Philadelphia zu einem internationalen Kongreß zusammentritt. Auf Einladung der Gruppe Jugend im Bundesministerium des Innern trafen sich Vertreter der Jugendarbeit in den Ländern und Einzelpersonlichkeiten zu einem Gespräch mit Mr. Rivers, dem Generalsekretär des „Recreation Service“. Rivers führte aus, daß unter Recreation ein umfassendes und detailliertes Programm rein privater Natur zu verstehen sei, das zur Bereicherung des Lebens durch Pflege von Musik, Spiel, Sport und sonstigen Liebhabereien beitragen will.

Man kann der Auffassung sein, daß von oben oder außen her organisierte Freizeitgestaltung ein besserer Freiheitsentzug ist. Wenn man befürchtet, daß der moderne Mensch mit Freizeit nicht mehr etwas Rechtes anzufangen weiß (was im allgemeinen zu bezweifeln ist), dann kann doch die Folgerung nicht darin bestehen, einen solchen Notstand durch Organisation zu verdecken und zu verewigen. Es mag sein, daß der „Recreation Service“ nur hilfreicher Pädagoge sein will. Aber es ist wohl zu verstehen, daß hier Zweifel laut werden; denn internationale Kongresse lassen auf gewollte Organisation schließen. Diese aber ermangelt des Schmelzes unaufdringlicher Pädagogik, die hier allein helfen könnte.

GPK 1/1956

## Papageienkrankheit unter den Tauben Wiesbadens ausgebrochen

Der Magistrat von Wiesbaden ordnete an, daß im Laufe des Monats Februar alle Tauben so weit als möglich abzufangen oder abzuschließen seien, um die Bevölkerung vor Ansteckung zu schützen, nachdem die Tauben von der Papageienkrankheit befallen sind. Die auf Menschen leicht übertragbare Ornithose tritt bei den Menschen meist sehr schwer auf und verläuft in 20% aller Fälle tödlich.

## Entlassung wegen Nichteinhaltung ärztlicher Anordnungen

Das Landesarbeitsgericht Düsseldorf hat in einem Urteil (3 Sa 282/55) die fristlose Entlassung einer Verkäuferin bestätigt, die trotz ärztlichen Verbots, während ihrer Krankheit die Straße zu betreten, Kaffeehäuser usw. besuchte. Das Gericht stellte fest, daß der Arbeitgeber einem unverschuldet erkrankten Angestellten 6 Wochen

lang sein Gehalt weiterzahlen müsse. Der Angestellte habe daher die „Treuepflicht“, alles in seinen Kräften stehende zu tun, um eine rasche Heilung zu ermöglichen. Die Auffassung, daß es den Arbeitgeber nichts angehe, was der Angestellte während seiner Krankheitszeit mache, müsse als irrig abgelehnt werden. Wer trotz ärztlichen Verbotes auf der Straße gesehen werde, könne als Simulant angesehen werden.

ID

## Todesursachen der Sterbefälle im Jahr 1954

Wir entnehmen einer Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes folgende Mitteilung über die Todesursachen der Sterbefälle im Jahr 1954: Auf 10 000 Personen entfallen insgesamt 104 Todesfälle; 40 wurden durch Herz-, Gefäß- und Kreislaufkrankheiten verursacht, 18 durch Krebs, 7 durch Altersschwäche, 5 durch Unfälle, 4 durch Lungenentzündungen, 2 durch Tuberkulose und 2 durch Selbstmord usw.

## Berufung Prof. Schuberts, Hamburg, in die Atomkommission

Der Direktor der Universitäts-Frauenklinik Hamburg-Eppendorf, Prof. Dr. Gerhard Schubert, der als einer der ersten deutschen Ärzte radioaktive Strahlen zu therapeutischen Zwecken verwendete, wurde in die Atomkommission der Bundesrepublik berufen.

## 15 Professoren der Münchener Universität nach Paris eingeladen

Die so sehr interessante und erfolgreiche Pariser Woche der Universität München hat ihren Nachklang in einer Einladung der Pariser Sorbonne gefunden. Prof. Marchionini, der Initiator der Pariser Universitätswoche in München, wird in der Zeit vom 12. bis 18. März 1956 etwa 15 Professoren aus einer Reihe von Fakultäten zu einem Gegenbesuch nach Frankreich geleiten.

## Förderung der kulturellen Beziehungen zum Ausland

Nach einem Beschluß des Haushaltsausschusses des Bundestages sollen die kulturellen Beziehungen zum Ausland stark gefördert werden. Dabei sind höhere Stipendien für ausländische Studenten vorgesehen, verstärkte Werbung für die deutsche Sprache im Ausland und höhere Zuschüsse für deutsche Krankenhäuser im Ausland.

## Studienfahrten

Das Büro für Internationale Fach- und Studienreisen in Tübingen, Friedrichstraße 15, führt in der Zeit vom 1. bis 15. 6. 1956 seine III. Kreuzfahrt zu den griechischen Inseln durch. Bei der Programmgestaltung, die mit Unterstützung der „Studienfahrten Deutscher Akademiker“, Professor Dr. Kutscher in München vorgenommen wurde, sowie bei der Reiseleitung wirken 10 deutsche Wissenschaftler aller Fakultäten mit.

# Pectamed

Besonders wohltuende Wirkung  
durch Inhalation nach Eintropfen von  
Pectamed in heiße Flüssigkeit.

O. P. mit 15 ccm DM 1.15 o. U.  
E. MERCK AG - DARMSTADT



Bei vegetativen  
Störungen

NEUROVEGETALIN



VERLA PHARM · TUTZING / OBB.

## AUS DER FAKULTÄT

Der Privatdozent für Augenheilkunde, Dr. med. Erwin Walser, Facharzt für Augenheilkunde in München, wurde mit ME. V 5591 vom 1. 2. 1956 zum außerplanm. Professor ernannt.

## PERSONALIA

Prof. Dr. Josef Beck, Direktor der Universitäts-Hals-Nasen-Ohren-Klinik Erlangen, wurde vom Haute-Collège International pour l'Etude psychophysiologique et psychopathologique des Langages, des Langues et de la Pensée, Paris, zum Président Général Adjoint für Deutschland ernannt. Seit 1954 ist Professor Beck Ehrenmitglied des Comité directeur de l'Association française, Paris.

Prof. Dr. Norbert Hennig, Direktor der Medizinischen Universitätsklinik Erlangen, wurde von der Academia Real de Medicina in Barcelona zum Ehrenmitglied und von der Academia de Sao Paulo zum korrespondierenden Mitglied ernannt.

### Professor Dr. Brünings — 80 Jahre alt.

Am 31. 1. 1956 vollendete der ehemalige Direktor der Universitäts-Hals-Nasen-Ohrenklinik München, Professor Dr. med. et phil. W. Brünings, sein 80. Lebensjahr.

Es war — um es mit den Worten des Psalmisten zu sagen — ein „köstliches“ Leben! — dank einem gütigen Schicksal, aber auch dank einer universellen Begabung und Bildung, die dem Ideal des Humanismus entsprach.

Gleich, ob man Brünings als Arzt, Künstler, Physiologen oder Physiker betrachtet, d. h. gleich, welchem Gebiet er sich zuwandte, stets sind seine Erkenntnisse grundlegend und seine Folgerungen originell und zukunftsweisend. Allein um sein wissenschaftliches Werk zu würdigen, bedürfte es des Rahmens einer Monographie, und deshalb kann an dieser Stelle nur ein kurzer Werdegang anhand äußerer Daten gegeben werden.

Brünings wurde am 31. 1. 1876 in Kustedt (Kreis Stade) geboren. Er besuchte die Gymnasien in Cleve (Rhld.) und Hannover. Es war eigentlich selbstverständlich für Brünings, seinen Studien von Anfang an die breiteste Grundlage zu geben: In Tübingen und Erlangen studierte er Philosophie, Naturwissenschaften und Medizin und promovierte zunächst — man schrieb das Jahr 1899 — in Physik, Chemie und Zoologie zum Dr. phil. Seinen klinischen Studien unterzog er sich in Berlin und Tübingen, wo er 1901 das Staatsexamen bestand und im selben Jahr zum Dr. med. promovierte. Wer Brünings näher kennt, wird es als natürlich empfinden, daß er nach Ablauf seiner Studien zunächst als Schiffsarzt eine Weltreise unternahm. Danach ging er an das Physiologische Institut in Zürich und habilitierte sich 1904. Das aufstrebende Fach der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde zog den jungen Gelehrten an, und so wurde er bei dem damals bekanntesten Laryngo-

logen, Killian in Freiburg, Assistent. Schon 1908 erhielt er die *venia legendi*, siedelte aber trotzdem schon ein Jahr später nach Jena über, um bei dem Altmeister der Otologie, Wittmaack, auch diese Sparte des Fachgebietes von Grund auf kennenzulernen. Es ist bezeichnend für Brünings, daß er stets die grundlegenden Probleme des Faches, in der Laryngologie wie in der Otologie, erkannte und mit wissenschaftlichen Methoden einer Lösung zuführte. Die Beherrschung der exakten Naturwissenschaften und eine technisch-konstruktive Begabung befähigten ihn, die für unser Fach so ausschlaggebenden endoskopischen Untersuchungsmethoden so vollkommen auszugestalten, daß für Jahrzehnte seine Methodik richtungweisend geblieben ist. Anlässlich der Geburtstagsfeier vermachte er seiner ehemaligen Klinik die neueste Konstruktion seines weiterentwickelten Endoskops. Das seinerzeit von ihm herausgegebene Handbuch über die endoskopischen Untersuchungsmethoden schuf die Möglichkeit dafür, daß diese Methode allgemein gelehrt, erlernt und von allen Fachärzten ausgeführt werden konnte.

Brünings' Persönlichkeit war jedes Schema, jede Einseitigkeit und Eingeleisigkeit zuwider, und so leistete er auf allen Gebieten der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde Pionierarbeit. Es sei nur erinnert an die quantitativen Funktionsprüfungen der Innenohr-Gleichgewichtsapparate, die experimentellen Untersuchungen über Kehlkopftuberkulose, die röntgenologische Nebenhöhlendiagnostik, die Therapie der Recurrenslähmungen, Liquordiagnostik und Hirndruckregulierung, Meningitis- und Hirnabszefbehandlung usw. Besonders Aufsehen erregte seinerzeit die physiologische Habilitationsschrift „Zur osmotischen Theorie der Zellelektrizität“.

Unvergeßlich für jeden, der sie einmal hörte, waren Brünings' Vorträge. Hörer aller Fakultäten saßen in seinen Vorlesungen, um die Prägnanz seiner Formulierungen zu bewundern — er ist auch hier ein Künstler!

1917 erging der Ruf an die Greifswalder Klinik, und 1926 übernahm er den Lehrstuhl in Jena. Hier entstand unter seiner Leitung eine der schönsten und für Jahre modernsten Fachkliniken. In diese Zeit fällt ein Ereignis, das nicht unerwähnt bleiben soll: Der preußische Kultusminister bot ihm 1926 die Leitung des Kaiser-Wilhelm-Forschungsinstitutes in Berlin an. Eine größere Ehre konnte einem Gelehrten nicht widerfahren. Letzten Anlaß zu diesem Angebot gab sein Hamburger Experimentalvortrag über „Wissenschaftliche Grundlagen der Korrektur von Hörfehlern“. Theorie und Korrektur von Hörfehlern wurden mit modernsten physikalischen Methoden abgehandelt. Diese Arbeit kann man als den eigentlichen Beginn der modernen Audiologie bezeichnen. Brünings lehnte den ehrenvollen Ruf ab, er wollte bei aller Forschertätigkeit Arzt bleiben.

1930 kam Brünings nach München und vereinigte die bis dahin getrennt bestehenden zwei Kliniken für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfleiden. Aus seiner vielseitigen wis-

Rheumyl

**TROPON**

Neuralgien  
Myalgien  
Arthritiden  
Rheumatismus

Rheumyl

senschaftlichen Tätigkeit, die er in München noch weiter ausdehnte, sind besonders hervorzuheben noch die Arbeiten über die Krebskrankheit, die ihm eine Radiumstiftung der deutschen Industrie einbrachten.

Bedarf es noch einer Erwähnung, daß dieser ungewöhnliche Forscher und Arzt ein begnadeter Diagnostiker ist und eine ungemaine operative Begabung mit einem seltenen intuitiven therapeutischen Geschick verbindet.

Von seiner künstlerischen Betätigung ist am meisten bekannt geworden seine „Altmeisterwerkstätte“ (für Möbelbau), aus der manche Ausstellung beschickt wurde. Brünings' Bemühungen um neue Formen fanden auch die offizielle Anerkennung der maßgebenden Stellen und des Deutschen Werkbundes.

So rundete sich ein reiches Leben — und seine Schüler wünschen von Herzen, daß es wie bisher gesegnet sein möge!

Prof. Dr. A. Kressner, München 15.

## IN MEMORIAM

Der Privatdozent für Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie, Dr. med. Ferdinand Hartl, wissenschaftlicher Assistent am Patholog. Institut München, ist am 9. 2. 1956 im 35. Lebensjahr verstorben.

## KONGRESSE UND FORTBILDUNG

### Studiengesellschaft für praktische Psychologie

In der Zeit vom 20. bis 22. April 1956 findet in Mannheim die 12. Tagung der Studiengesellschaft für praktische Psychologie statt. Thema: „Überspannung — Spannung — Entspannung.“

Die Geschäftsstelle der Studiengesellschaft in Nürnberg, Tristanstraße 5, Tel. 4 62 88, gibt Auskunft über alle offenen Fragen.

### Vereinigung Süddeutscher Orthopäden

In der Zeit vom 29. April bis 1. Mai 1956 hält die Vereinigung Süddeutscher Orthopäden in den Sälen des Kurhauses Baden-Baden ihre diesjährige Tagung ab unter dem Vorsitz von Dr. med. Josef Hilgers, München. Die drei Hauptthemen lauten: 1. Die Frühdiagnose der arteriellen Veränderungen an den Beinarterien und deren Behandlung; 2. Die Röntgenologie für die orthopädische Praxis; 3. Über die Bedeutung der orthopädisch-physikalischen Therapie. Quartierbestellung und Anmeldung: Kurverwaltung Baden-Baden.

### Arbeitsgemeinschaft für Erfahrungsheilkunde

In Bad Brückenau findet in der Zeit vom 28. April bis 1. Mai die X. Arbeitstagung der Arbeitsgemeinschaft für Erfahrungsheilkunde statt. Programm und Anmeldung durch die Arbeitsgemeinschaft für Erfahrungsheilkunde, Ulm a. D., Neue Straße 70.

### Atemtherapie-Lehrkurs für Ärzte in Freudenstadt/Schw.

In dem in der Zeit vom 9. bis 20. Mai 1956 stattfindenden Atemtherapie-Lehrkurs für Ärzte werden in praktischen Übungen die Regulierungsmöglichkeiten der Atmung durch Gymnastik, Massage, Hydrotherapie, Ton, Suggestion, autogenes Training und Yoga erläutert. Das Ziel dieses Kurses ist die Koordinierung und Ökonomisierung der Atmung, besonders bei psychosomatischen Fehlsteuerungen. Auskunft durch die Kursleitung: Dr. Glaser, Freudenstadt/Schw., Tannenstraße 23.

## KONGRESSKALENDER

### INLAND

#### März 1956

- 16.—18. in Nürnberg: 4. Bayer. Internistenkongress. Auskunft: Prof. Dr. Meythaler, Nürnberg, Flurstr. 17.
- 17.—25. in Bad Pyrmont: 10. Kurs für Naturheilverfahren. Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren zusammen mit dem Kneippärztebund. Auskunft: Dr. Hans Haferkamp, Mainz, Adam-Karrillon-Straße 13.
- 18.—24. in Freiburg/Brg.: Frühjahrstagung des Bundesverbandes Deutscher Ärzte für Naturheilverfahren e. V. Auskunft: Bundesverband Deutscher Ärzte für Naturheilverfahren e. V., Verbandsbüro München, Richard-Wagner-Straße 10
- 21.—24. in Bad Kreuznach: 3. Arbeitswissenschaftlicher Kongress der Gesellschaft für arbeitswissenschaftliche Forschung e. V. Thema: „Die arbeitende Frau.“ Auskunft: Dr. Hans Kellner, München 8, Schneckenburgerstraße 41.
- 24.—28. in Bad Pyrmont: VI. Psychotherapie-Seminar im Anschluß an den Kurs über die Naturheilverfahren des Zentralverbandes der Ärzte für Naturheilverfahren. Auskunft: Dr. Graf Wittgenstein, Sanatorium Ebenhausen b. München.

#### April 1956

- 4.—5. in Bad Nauheim: 6. Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Herdforschung und Herdbekämpfung. 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. G. Maurer, Städt. Krankenhaus rechts der Isar, München.
- 5.—7. in Freiburg i. Brg.: 5. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Anthropologie. Auskunft: Prof. Dr. Freiherr von Verschuer, Münster/Westf., Waldeyerstraße 27.
- 5.—7. in Mainz: 3. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Ernährung. Auskunft: Dr. Bening, Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V., Frankfurt a. M., Cronstettenstraße 6 A.
- 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 52.
- 13.—14. in Frankfurt a. M.: 5. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Allergieforschung. Auskunft: Prof. Dr. K. Hansen, Lübeck, Städt. Krankenhaus-Süd.
- 16.—17. in Bonn: Tagung der Vereinigung deutscher Neuropathologen. Auskunft: Prof. Dr. med. Jacob, Hamburg, Psychiatrische und Nervenambulanz, Hamburg-Eppendorf.
- 20.—22. in Mannheim: 12. Tagung der Studiengesellschaft für praktische Psychologie e. V. Auskunft: Geschäftsstelle der Studiengesellschaft, Nürnberg, Tristanstraße 5.
- 26.—28. in Freudenstadt/Schw.: Kongress der Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie. Auskunft: Prof. Dr. med. W. Th. Winkler, Univers.-Nervenambulanz, Tübingen
- 28.—1. Mai in Baden-Baden: Tagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden. Auskunft: Dr. Joseph Hilgers, München 15, Herzog-Heinrich-Str. 18.
- 28.—1. in Bad Brückenau: X. Arbeitstagung der Arbeitsgemeinschaft für Erfahrungsheilkunde. Auskunft: Arbeitsgemeinschaft für Erfahrungsheilkunde, Ulm a. D., Neue Straße 70.
29. in Nürnberg: Tagung der Bayerischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde. Auskunft: Stadtmedizinaldirektor Dr. H. Rummel, Nürnberg, Neutorgraben 3.



# Vaporin

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

## April 1956

30.—4. Mai in Tübingen: Fortbildungskurs in Neurosenlehre und Psychotherapie an der Univ.-Nervenlinik. Auskunft: Prof. Dr. W. Th. Winkler, Universitäts-Nervenlinik, Tübingen.

## Mai 1956

- 6.—12. in Bad Wörishofen: 8. Ärztlicher Fortbildungslehrgang. Ärztliche Gesellschaft für Hydrotherapie und Physiotherapie zusammen mit dem Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren. Auskunft: Kneippbund, Bad Wörishofen.
- 9.—20. in Freudenstadt/Schw.: Atemtherapie-Lehrkurs für Ärzte. Auskunft: Dr. Glaser, Freudenstadt/Schw., Tannenstr. 23.
- 10.—12. in Karlsruhe: Einführungskurs für praktische Elektrokardiographie als praktische Funktionselektrokardiographie. Auskunft: Chefarzt Dr. med. habil. Franz Kienle, Karlsruhe, Moltkestraße 18.
- 11.—12. in Bad Honnurg: Tagung der Wissenschaftlichen Gesellschaft Südwestdeutscher Tuberkuloseärzte. Auskunft: Dr. med. habil. L. Rickmann, Schömberg bei Wildbad.
- 12.—13. in Konstanz: Wissenschaftliche Tagung der Vereinigung Südwestdeutscher Röntgenologen. Auskunft: Prof. Dr. Stutz, Strahleninstitut der Chirurgischen Universitätsklinik, Freiburg i. Br., Hugstetter Straße 55.
14. in Heiligenberg üh. Bodensee: Symposium der Arbeitsgemeinschaft für Radiohologie. Auskunft: Prof. Dr. Langendorff, Direktor des Radiologischen Instituts der Universität (Krönig-Haus), Freiburg i. Br., Hebelstraße 26.
- 14.—18. in Karlsruhe: Kurs für Fortgeschrittene für praktische Elektrokardiographie als praktische Funktionselektrokardiographie. Auskunft: Chefarzt Dr. med. habil. Franz Kienle, Karlsruhe, Moltkestraße 18.
- 17.—18. in Heidelberg: 20. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde und Versicherungsmedizin. Vorsitz: Prof. Dr. K. H. Bauer (Heidelberg); Auskunft: Prof. Dr. med. R. Herget, Chefarzt d. chirurg. Abtlg. des Evangel. Krankenhauses Huyssens-Stiftung, Essen.
- 19.—21. in Bielefeld/Westf.: Internationale Saunatagung. Auskunft: Dr. Fritzsche, Organisationsbüro, Bielefeld/Westf., Kavalleriestraße 9.
- 20.—26. in Hamburg: 1. Europäisches Vitamin-B<sub>12</sub>-Symposium. Auskunft: Prof. Dr. Kühnau, Physiologisch-Chemisches Univ.-Institut, Hamburg 20, Martinstraße 52.
- 23.—27. in Berlin: 5. Deutscher Kongreß für ärztliche Fortbildung. Auskunft: Kongreßgesellschaft für ärztliche Fortbildung, Berlin-Steglitz, Klingsorstraße 29.
- 26.—27. in Berlin: Deutsche Gesellschaft für Aesthetische Medizin und ihre Grenzgebiete (in Gemeinschaft mit der Kongreßgesellschaft für ärztl. Fortbildung). Auskunft: Büro der Kongreßgesellschaft, Berlin-Steglitz, Klingsorstr. 29.
- in Berlin: Deutsche Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung (in Gemeinschaft mit der Kongreßgesellschaft für ärztl. Fortbildung). Auskunft: Büro der Kongreßgesellschaft, Berlin-Steglitz, Klingsorstr. 29.
- 27.—31. in Freudenstadt/Schw.: V. Internationaler Kongreß für prophylaktische Medizin. Auskunft: Kurverwaltung Freudenstadt/Schw.
- 28.—30. in München: Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie. Auskunft: Dr. Dr. med. habil. F. Schön, Bad Reichenhall, Ludwigstr. 30.

## Juni:

- 5.—7. in Lindau i. B.: Tagung der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. Auskunft: Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V., Köln, Riehler Straße 53.
- 9.—11. in Marburg und Kassel: III. Kongreß der Europäischen Arbeitsgemeinschaft für Fluorforschung und Kariesprophylaxe. Auskunft: Kongreßbüro, Univers.-Zahnklinik, Marburg/L.
- 10.—23. in Freudenstadt/Schw.: Sportärztelehrgang des Deutschen Sportärztebundes. Auskunft: Kurverwaltung Freudenstadt/Schw.
- 12.—15. in Stuttgart: Hauptversammlung 1956 der Max-Planck-Gesellschaft.
- 22.—24. in Freudenstadt/Schw.: Deutscher Sportärztekongreß 1956. Auskunft: Kurverwaltung Freudenstadt/Schw.

## Juni/Juli 1956:

- 29.—1. in Ansbach: 9. Bayerischer Ärztetag. Auskunft: Dr. Wendelstein, Facharzt für HNO, Ansbach, Promenade 9.
- 29.—1. Juli in Freiburg i. Br.: 4. Symposium an der Med. Universitätsklinik unter der Leitung von Prof. Dr. L. Heilmeyer. Thema: Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie der Leberkrankheiten. Auskunft: Doz. Dr. Kühn, Medizin. Universitätsklinik, Freiburg i. Br.

## AUSLAND

## April 1956

- 4.—7. in Paris: Internationaler Kongreß für Medizinische Röntgengraphie, veranstaltet von der Internationalen Vereinigung gegen die Tuberkulose. Auskunft: Sekretariat, 66 Boulevard Saint Michel, Paris 6e
- 14.—28. in Obergurgl/Tirol: Fortbildungskurs und Hochtourenkurs der Deutschen Sportärztekammer. Auskunft: Bundesärztekammer — Kongreßbüro — Köln a. Rh., Brabanter Straße 13.
- 22.—13. Mai: Ärztliche Studienreise nach Griechenland. Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln, Brabanter Straße 13
- 27.—3. Mai in Rom: 3. Internationale Konferenz für Gesundheits-erziehung. Auskunft: Bundesausschuß für gesundheitliche Volksbelehrung e. V., Köln-Merheim, Ostmerheimer Str. 200.

## Mai 1956

9. in Genf: 9. Versammlung der Weltgesundheitsorganisation der Vereinten Nationen (WHO).
- 18.—26. in Neapel: 2. Internationaler Weltkongreß für Fruchtbarkeit und Unfruchtbarkeit. Auskunft: Dozent Dr. med. habil. W. Rust, Chefarzt der Gynäkolog. Abtlg. im DRK-Krankenhaus Jungfernhöhe, Berlin-Charlottenburg, Tegeler Weg 28.
- 21.—26. in Zell am See/Osterreich: 9. Religiös-wissenschaftliche Ärztetagung. Auskunft: Dr. Affons Riegel, Schorn-dorf/Wtbg., Burgstraße 53.
- 25.—27. in Wien: 23. Kongreß der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft. Auskunft: Prof. Dr. A. Wiedmann, Wien 9, Alerstraße 4, Allgem. Krankenhaus
- 24.—26. in Lyon: 1. Internationaler Kongreß über die Pathologie der Infektionskrankheiten. Auskunft: Generalsekretariat, Institut Pasteur da Lyon, 77, rue Pasteur, Lyon.
- 26.—27. in Brüssel: VI. Kongreß der Internationalen Gesellschaft zum Studium der Bronchien. Präsidium: Prof. Eeman, Gent. Auskunft: Generalsekretär Dr. Mannes, 23, Avenue d'Andergem, Brüssel.
- 29.—1. Juni in Bürgenstock/Schweiz: XI. Internationaler Kongreß für Sportmedizin. Auskunft: Sekretariat Dr. G. Schönholzer, Blümliisalpstraße 7, Muri bei Bern.

## Juni 1956

- 5.—6. in Paris: 21. Internationale Neurologentagung. Auskunft: Dr. J. Sigwald, 68 Boulevard de Courcelles, Paris XVIIe. Anmeldung und Auskunft: Bundesärztheaus — Kongreßbüro.
- 11.—23. in Grado: Fortbildungskurs für praktische Medizin. Anmeldung und Auskunft: Bundesärztheaus — Kongreßbüro — Köln, Brabanter Straße 13.
- 22.—24. in Bad Ischl: Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. Auskunft: Kurverwaltung Bad Ischl/Osterreich.

## AMTLICHES

## Stellenausschreibung für die staatl. Gesundheitsämter

Bei dem Staatl. Gesundheitsamt Neustadt/WN ist eine Hilfsarztstelle (keine Beamtenstelle) neu zu besetzen. Bewerbungen können sich Ärzte, die die Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst abgelegt haben und in der Anwärterliste für den öffentlichen Gesundheitsdienst geführt werden. Bewerbungsgesuche sind bei der für den Wohnort zuständigen Regierung einzureichen, für außerhalb Bayerns wohnhafte Bewerber beim Bayer. Staatsministerium des Innern. Die Gesuche müssen bis spätestens 26. März 1956 eingegangen sein. Die Anstellung erfolgt nach Vergütungsgruppe III TO A.

I. A. gez. Platz, Ministerialdirektor

## Mahnung zur Bezahlung noch ausstehender Beiträge zur Familienausgleichskasse der Bayer. Landesärztekammer für das Jahr 1955

Das Kindergeldgesetz bestimmt ausdrücklich, daß auch die freiberuflich tätigen Ärzte zur Familienausgleichskasse zahlungspflichtig und andererseits für jedes dritte und weitere Kind anspruchsberechtigt sind.

Aus wohlwollenden Gründen und im Interesse der bayerischen Ärzteschaft hat die Abgeordneten-Versammlung der Bayer. Landesärztekammer im vergangenen Jahr

die Gründung einer eigenen Familienausgleichskasse beschlossen.

Nach Festlegung der Beiträge durch den Bayerischen Ärztetag in Passau wurden die bayerischen Kolleginnen und Kollegen gebeten, sich selbst einzustufen und den auf sie treffenden Beitrag entweder an die Familienausgleichskasse einzuzahlen oder ihr Einverständnis damit zu erklären, daß dieser Betrag ihrem Verrechnungskonto bei der KV belastet wird.

Der weitaus größte Teil der bayerischen Kolleginnen und Kollegen hat inzwischen seiner gesetzlichen Pflicht Genüge getan.

Leider hat jedoch ein Teil der Verpflichteten trotz Aufforderung und nachfolgender Mahnung bis jetzt weder die Veranlagungserklärung eingereicht, noch den Beitrag bezahlt.

Nachdem die Kammer mit der Schaffung der Familienausgleichskasse als Eigeneinrichtung die Verpflichtung zur Zahlung des Kindergeldes in monatlicher Höhe von DM 25.— für jedes anspruchsberechtigte Kind übernommen hat, ist sie auch gezwungen, dafür Sorge zu tragen, daß die dazu erforderlichen Mittel, welche durch Beitragszahlung aller selbständig tätigen Ärzte aufzubringen sind, zur Verfügung stehen. Die Kammer kann es unter keinen Umständen hinnehmen, daß auch nur ein einziger Arzt seine Beitragspflicht nicht erfüllt. Mit der Staffelung in 5 Beitragsgruppen und der darüber hinaus noch bestehenden Möglichkeit, in besonderen Härtefällen Ermäßigungs-gesuche einzureichen, wurde allen Erfordernissen einer gerechten Verteilung der Last Rechnung getragen.

Die erste Aufforderung zur Einstufung und Beitragszahlung sowie auch die erste Mahnung wurden jedem betroffenen Arzt persönlich zugestellt.

Ich fordere nunmehr diejenigen Kolleginnen und Kollegen, welche ihrer Verpflichtung immer noch nicht nachgekommen sind, durch Veröffentlichung dieser Mahnung im amtlichen Organ der Bayerischen Landesärztekammer letztmals auf, ihre Veranlagungserklärung abzugeben und den Beitrag für das Jahr 1955 zu bezahlen. Wer dieser Aufforderung innerhalb 14 Tagen nach Erscheinen des Bayerischen Arzteblattes noch nicht nachgekommen ist, möge zur Kenntnis nehmen, daß ich dann leider gezwungen bin, die fälligen Beiträge für 1955 zwangsweise einzuziehen zu lassen.

H. Sewering

#### Zurücknahme des Verbotes der ärztlichen Berufsausübung

Mit rechtskräftigem Bescheid der Regierung von Oberbayern vom 23. 9. 1955 Nr. II/11 — 5003 cc 154 wurde die mit Bescheid der Regierung von Oberbayern vom 23. 5. 1953 verfügte Untersagung der Ausübung des ärztlichen Berufes durch Dr. med. Leo Gleiß, geb. 27. 10. 1908, in Saarmund/Brandenburg, zurückgenommen.

#### Untersagung der Ausübung des ärztlichen Berufes

Mit rechtskräftigem Bescheid der Regierung von Unterfranken vom 22. 1. 1954 Nr. 6281 a 1 wurde dem Arzt Dr. Albert Kritzmänn, geb. 14. 5. 1895 in Eisenach, die Ausübung des ärztlichen Berufes untersagt.

I. A. gez. Platz, Ministerialdirektor  
StAnz. 1956 / Nr. 6

### BUCHBESPRECHUNGEN

Der Geist als Widersacher der Seele. Von Ludwig Klages. 3. verbesserte Auflage des Hauptwerkes. Bouvier-Verlag Bonn 1954, zwei Bände, 1521 Seiten, Leinen, DM 120.—

Das Lebenswerk des deutschen Philosophen erschlen erstmalig 1929/32. Seit Jahren auf dem Büchermarkt vergriffen, bedeutet seine Neuauflage ein Ereignis in der Geistesgeschichte des Abendlandes. Klages (geb. 1872) ist zu einer

europäischen Größe der Denkgeschichte geworden. Seine Schriften wurden in fast alle Sprachen Europas übersetzt.

Der Titel „Der Geist als Widersacher der Seele“ wurde leider in der Zwischenzeit zu einem verbreiteten Schlagwort, das vom eigentlichen Gehalt des Werkes kaum einen Begriff gibt. Jeder besinnliche und kritische Kopf wird daher die Wiederauflage begrüßen, da er im „Widersacher“ die Lebensarbeit eines Mannes vor sich hat, der unbeirrt um die Meinungen des Tages allein der Stimme der Wahrheit gehorchend seine Gedankenwege bis zum Ende ging.

Das Werk gliedert sich in fünf Bücher, von denen die ersten beiden zumeist der Kritik bisheriger Denkergebnisse gewidmet sind, während die drei folgenden eigene Forschungsergebnisse in Fülle ausbreiten. Kernstücke sind die „Lehre vom Willen“ und die „Lehre von der Wirklichkeit der Bilder“. Klages' Denken kreist um die Zentralmacht: Leben.

Seine biozentrische Denkweise zog seit ihrem Bekanntwerden je länger je mehr Naturforscher, Biologen und besonders Ärzte an. Diese zumal gehen Klages' Funde an, denn er allein konnte bisher bindende Aussagen machen über das Wesen der Gefühle im Gegensatz zum Wesen der Empfindungen, über den Unterschied von Trieb und Triebfeder, über den von Lebensvorgang und Urteils- und Willensakt, über die Möglichkeit der Zählbarkeit geistiger Akte, über das Wesen des Bewußtseins und des Unbewußten, über Wille und Trieb, über Seele und Leib als Urpolarität, über Wachen und Schlafen, über Sensibilität und Motilität, über den kennzeichnenden Unterschied der pflanzlichen, tierischen und menschlichen Lebensform und viele andere biologische Fragen.

Das Lebenswerk von Klages wird des Arztes mühevollen Arbeitstag erhellen und den wissenschaftlich tätigen Arzt in seinem Forschen befruchten. Zu erwähnen sind in diesem Zusammenhang „Seelische Erkrankungen bei Mensch und Tier“ von E. Frauchiger und Friedrich S. Rothschild, „Symbolik des Hirnbaus“, zwei Bücher, in denen das biozentrische Denken von Ludwig Klages bereits seine Auswirkungen und seinen Niederschlag im Bereich der Medizin gefunden hat.

Abschließend sei zur Charakterisierung des Werkes Hans Prinzhorns Vorwort in der Festschrift zum 60. Geburtstage von Ludwig Klages zitiert: „Wer im Reiche des Erkennens das Ungefähr und die zufällige Willkür mittelmäßiger Idealisten nicht mehr erträgt, der sucht sich in der Denkwelt eines großen Wissenden zu verwurzeln. Man sammelt auf solche Weise seine Kraft im Dienst an einer Sache, der man mehr Wert beimißt, als seinen persönlichen Neigungen.“

Um Seele und Geist. Ein Wegweiser zum Hauptwerk von Ludwig Klages. Herausgegeben von Hans Kasdorff. Ernst Reinhardt Verlag München 1955, 28 Seiten, broschiert, DM 1.50.

Gleichzeitig sei auf die kleine, aber verdienstvolle Schrift von Kasdorff hingewiesen, die eine gedrängte, sachgetreue Einführung in das Lebenswerk „Der Geist als Widersacher der Seele“ von Ludwig Klages bietet, jedoch ein eindringendes Studium des „Widersachers“ nicht ersetzen will. Da die propädeutischen Veröffentlichungen über Klages' Schriften vergriffen sind, füllt Kasdorffs Kurzbericht eine Lücke auf dem Büchermarkt. Sein Erscheinen hat Klages selbst gefördert.

Dr. W. Schürer

„Bayerisches Arzteblatt.“ Herausgeber: Bayer. Landesärztekammer. Schriftleitung: Mü. 25, Königinstr. 85/III. Tel. 361121—25. Schriftleiter Dr. W. Wack, München. Die Zeitschrift erscheint monatlich im Richard Pflaum Verlag, München 2, Lazarettstraße 2—6, Telefon 63421—23, 62534, 60081. Verlagsgeschäftsstelle: Nürnberg: Breite Gasse 25/27, Telefon 23133. — Bezugspreis für Nichtmitglieder der Bayer. Ärztekammer DM 2.40 vierteljährlich, zuzügl. Zustellgebühr. Postscheckkonto München 15900, Richard Pflaum Verlag (Abt. „Bayerisches Arzteblatt“). Anzeigenverwaltung: Carl Gabler, München 1, Theatinerstr. 49, Tel. Sammel-Nr. 28686. Telegrammadresse: Werbegabler. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharfing, München. Druck: Richard Pflaum Verlag.



Ulcus ventriculi et duodeni, chronische Ulcusleiden, Gastrroduodenitiden, alle Schmerzzustände bei Hyperacidität und Hypersekretion, akute und chronische Gastritis u. ä.

HELOPHARM KG · BERLIN N 20

**Helo-gastrid**  
mit Azulen

spasmolytisch wirkendes Antacidum und Ulcus-Therapeuticum