BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Heft 6 | München, Juni 1956 | 11. Jahrgang

Markgrafenschloß in Ansbach

Bild:
Studio Hanns Beer, Ansbach

Den in Ansbach versammelten Ärzten zum Geleit

Unter allen fränkischen Städten ist Ansbach neben den beiden Bischofssitzen Würzburg und Eichstätt der ältesten eine. Während Nürnberg erst 1050 ins Licht der Geschichte tritt und der beiden anderen früheren Markgrafensitze Kulmbach 1174 und Bayreuth 1194 Erwähnung getan wird, fallen die Siedlungsanfänge Ansbachs in die spätmerowingische Zeit. Aus einem Papstbrief läßt sich mittelbar schließen, daß 748 im Mündungswinkel zwischen dem Onoldsbach und der Fränkischen Rezat ein Benediktinerkloster stand, das von dem Rangaugrafen Gumbert gestiftet war. Dieser überließ das Ansbacher grundherrliche Kloster an Karl den Großen, der es an den Würzburger Bischof weitervergabte. In ein Augustinerchorherrenstift umgewandelt, unterstand es später der Vogtei der staufischen Herzöge in Rothenburg, die als ihre Untervögte die Edelherren von Schalkhausen über Ansbach setzten. Dieses wird bereits 1221 als Stadt (civitas) bezeugt und gelangt 1331 auf dem Kaufweg in die Hände der Zollerschen Burggrafen von Nürnberg, die damit dem im Zuge ihrer zielstrebigen territorialen Politik um Nürnberg gelegten Gütergürtel die krönende Schließe gaben.

Für Ansbach aber wurde es entscheidend, daß mit dem Übergang an die Nürnberger Burggrafen das Schicksal der Stadt mit der Entwicklung des Zollerngeschlechts aufs engste verflochten wurde. Dadurch, daß die Nürnberger Burggrafen im Jahre 1415 mit der Mark Brandenburg belehnt und mit der Kurwürde ausgestattet wurden, geriet Ansbach in das Spannungsfeld der gesamtdeutschen Geschichte. Bald verlegten die Markgrafen von Brandenburg-Ansbach ihre Residenz, nachdem sie vorher ihren Nürnberger Burgensitz mit der Cadolzburg vertauscht hatten, nach Ansbach und bauten an der Stelle, an der sich heute das ausladende barocke Schloß befindet, eine Wasserburg.

Zwei Gestalten unter den älteren Markgrafen ragen hervor: Der bedeutende Territorialfürst Albrecht Achilles des 15. Jahrhunderts, von dem es hieß, daß das Reich durch Kaiser Friedrich III. vom Kurfürsten und Markgrafen Albrecht von Brandenburg-Ansbach regiert wurde, und Georg der Fromme, der im Ansbacher Land der Reformation den Weg bahnte und im Jahre 1533 die erste evangelische Kirchenordnung, die brandenburgisch-nürnbergische, erließ.

Dieser Ansbacher Fürst war auch Besitzherr der schlesischen Fürstentümer Jägerndorf, Oppeln und Ratibor. Auf diesen Besitztitel seines Ansbacher Vorfahren gründete später Friedrich der Große gegenüber Maria Theresia seine Ansprüche auf Schlesien. Georg der Fromme bewog auch seinen zu Ansbach geborenen Bruder Albrecht, den letzten Hochmeister des Deutschen Ordens, den Ordensstaat Preußen in ein weltliches Herzogtum umzuwandeln und als erster Herzog von Preußen in Königsberg einzuziehen.

Was sonst in europäischen Ländern die großen Renaissancefürsten galten, das bedeutete für die beiden fränkischen Markgrafentümer Ansbach und Bayreuth, die, wie so oft im Ablauf ihrer Geschichte, in der Hand des Ansbacher Markgrafen vereinigt waren, der Markgraf Georg Friedrich I. An seine Baulust aus der Gesinnung der Renaissance erinnern außer dem Neuen Schloß in Bayreuth, der Plassenburg und der Feste Wülzburg ob Weißenburg, in Ansbach die stattlichen Renaissancebauten, die das Gepräge der Stadt wesentlich mitbestimmen.

Entscheidenden Einfluß auf die Gestaltung des heutigen Erscheinungsbildes der Stadt übte der Markgraf Johann Friedrich in der zweiten Hälfte des 17. Jahrhunderts aus. Er bewirkte ein großangelegtes „Flüchtlings-Bauprogramm" in der Absicht, den landesflüchtigen Hugenotten, von deren handwerklicher Tüchtigkeit er sich große wirtschaftliche Vorteile versprach, in einem weitausgelegten Rahmen Siedlungs- und Fertigungsstätten zu bereiten. Es wurde der Grund zur „Neuen Auslage" gelegt, zu jener nach einheitlicher Planung gestalteten neuen Stadt, die sich vor das mittelalterliche innerhalb seines Berings gewachsene Gemeinwesen breitete.

Dieser Johann Friedrich war übrigens der Vater der Queen Carolina, deren tüchtiges Wirken an der Seite ihres untüchtigen Gatten, des englischen Königs Georg II. hannoverschen Geblüts, in England in guter Erinnerung weiterlebt.

Ihre weitere Ausgestaltung gewann die „Neue Auslage" unter der Markgräfin Christiane Charlotte, der erlauchtesten Fürstin auf dem Ansbacher Thron. Deren Sohn Carl Friedrich Wilhelm, der „wilde Markgraf" genannt, und Schwager Friedrichs des Großen, wußte die Baulust im neuen Stadtteil anzuregen, indem er als „Bau-Gnaden" den 4. Teil der Baukosten — staatliches Wohnungsbaudarlehen! — zuschoß, zur Hälfte aus Mitteln der fürstlichen Kammer, zur andern aus Mitteln der Landschaft, und Steuerfreiheit auf 20—40 Jahre gewährte.

TAGESORDNUNG

1. Tätigkeitsbericht der Kammer und der Ausschüsse
2. Anträge zum Ärztetag
3. Wahl der Delegierten zum 59. Deutschen Ärztetag 1956 in Münster
4. Rechnungsabschluß 1955 und Haushaltsplan 1956
5. Festsetzung der Beiträge für 1956 zur Familienausgleichskasse
6. Festsetzung der Umlagen für die Prämienzahlung an die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege für das in ärztlichen Praxen beschäftigte Personal
7. Bericht über den Stand der Beratungen des Änderungsgesetzes zum Bayer. Ärztegesetz, insbesondere der Neuregelung der Berufsgerichtsbarkeit
8. Bericht über den Entwurf einer neuen Facharztordnung
9. Bericht über den Entwurf einer neuen Berufsordnung.

Der letzte Markgraf war Carl Alexander, der im Jahre 1791 die in seiner Hand vereinigten beiden Markgrafschaften Ansbach und Bayreuth an die preußische Krone veräußerte, an die sie ohnehin nach seinem Tode, da er kinderlos blieb, gefallen wären. Die preußische Herrschaft über Ansbach-Bayreuth ist dank dem vortrefflichen Wirken des preußischen Statthalters August von Hardenberg in lichter Erinnerung geblieben. 1806 mußte der französische General Bernadotte, der Begründer der schwedischen Dynastie, im Befolg eines Napoleonischen Machtanspruchs das preußisch-hohenzoller'sche Ansbacher Territorium an die bayerische Krone übergeben.

Wer sich hinauf zum Drechselsgarten, nach einem der ersten Regierungspräsidenten, dem Grafen von Drechsel, so benannt, begibt, der kann sich dank dem umfassenden Blick auf die Stadt ein aufschlußreiches und einprägsames Siedlungsbild verschaffen. Er erkennt drei Lebenskreise innerhalb der Gesamtanlage Ansbachs, jede durch ein sehr sinnfälliges Baudenkmal gekennzeichnet. Zur Rechten des Beschauers, gegen Norden, trifft das Auge auf die spätgotische Hallenkirche von Sankt Johannis, an der höchsten Stelle der Stadt, auf dem „Kirchenbuck", errichtet. Um diese Pfarrkirche scharten sich die Bürger, die „Rätischen", über die der Rat der Stadt waltete. Überragt von den eigenwillig gestalteten Türmen, steht als Mittelpunkt der geistlichen Stadt Sankt Gumbertus an der Stelle des ursprünglichen Benediktinerklosters, des späteren Chorherrenstifts; um sie herum breitete sich der Wohnraum der „Stiftischen". Südlich davon, in der Bannmeile der fürstlichen Residenz, erkennen wir die höfische Stadt, den ehemaligen Wohnbereich der dem markgräflichen Kastenamt Pflichtigen, der sogenannten „Kastnerschen".

Unbedacht und abgegriffen erscheint es, Ansbach als die Stadt des fränkischen Rokoko werbemäßig zu kennzeichnen. Dies ist eine unstatthafte Einschränkung des architektonischen Bildes der Stadt, dessen Wirkung auf den empfänglichen Beschauer gerade auf die Vielfalt seiner Erscheinungsformen und auf deren polare Spannung zurückgeht.

Mittelalter und achtzehntes Jahrhundert sind in Ansbach in so dichtem Nebeneinander und schroffem Gegeneinander wie kaum anderswo lebendig geblieben. Jede dieser Zeiten hat ihr Formgepräge und ihren Stimmungswert in weitgehend unverfälschter Art bewahrt.

Wer aufgeschlossenen Sinnes durch die Ansbacher Altstadt bummelt, den umfängt spätmittelalterliche Stimmung beim Blick auf die gotischen Formen der Kultbauten, er mag sich im Gewinkel malerischer Gassen verlieren, sich von mittelalterlichen Straßensälen umhegt fühlen und eintauchen in die Beschaulichkeit idyllischer Höfe.

Und dicht daneben die Stadt fürstlicher Baugesinnung. Die weitgespannte Baumasse eines der schönsten Schlösser in Franken mit seiner dithyrambisch bewegten Portalseite als Kernstück einer eigenen Stadt, in der an die Stelle willkürlicher Gewachsenheit die Planung eines diktatorisch waltenden Baudirektoriums getreten ist. Klar ausgerichtete, dem rechten Winkel unterworfene Straßenzüge, ganze Häuserzeilen von durchlaufenden Gesimsen zu Einheiten zusammengespannt, stattliche Wohnpaläste im Geist der Grandezza ihrer feudalen Bewohner.

Dr. Friedrich Cannstadt,
Begründer des Kreisvereins mittelfränkischer Ärzte

Wer den Genius loci Ansbachs in der Vielfalt seiner Gesichte rechten Sinnes erlebt, in dem wird das Erscheinungsbild dieser ehemaligen fränkischen Residenzstadt als freundliche Erinnerung haften und die Sehnsucht nach Wiederkehr erwecken.

Die Geschichte der Ansbacher Ärzte ist in eingängiger Weise noch nicht geschrieben. Sie hätte von einer langen Reihe berufener, bewährter und zum Teil weithin gerühmter Hof- und Leibärzte, Professoren und Medizinalräte zu künden, sei es, daß sie Söhne des markgräflichen Landes waren, sei es, daß sie als Ärzte von Geltung an den fürstlichen Hof gerufen wurden. Fachleute wissen um die Bedeutung des Anatomischen Lehrbuchs des Leibarztes Georgs des Frommen, Leonhard Fuchs, andere nicht, daß die „Fuchsie" an sein Wissen um die Botanik erinnert. Ein anderer Leibarzt, Dr. Lorenz Laelius, am Hesselberghang geboren, verfaßte manches anatomische und chirurgische Buch und bezeugte sich als großer Balneologe. Dazu legte er den Ansbacher Hofgarten an. Der in Feuchtwangen geborene Dr. Gundelsheimer wurde später von dem preußischen König Friedrich I. an dessen Seite gerufen und wurde nach seinem Tode in gleichen königlichen Diensten von dem in Ansbach gebürtigen Dr. Georg Ernst Stahl abgelöst. Seine medizinischen Forschungen haben in 251 Schriften Niederschlag gefunden und brachten ihm eine weithin unbestrittene wissenschaftliche Geltung ein. Des letzten Markgrafen Carl Alexander Leibarzt war Dr. Daniel Schöpf, der die Ansbacher Truppen nach Amerika begleitete und noch in der preußischen Zeit zum Präsidenten des Medizinalkollegiums in Ansbach ernannt wurde. Zudem gab er als einer der ersten eine wissenschaftliche Reisebeschreibung von Amerika heraus. In der bayerischen Zeit verdient Dr. Friedrich Cannstadt, Landgerichtsarzt in Ansbach und nachher Professor in Erlangen, Erwähnung, der 1840 die Gründung eines Kreisvereins mittelfränkischer Ärzte anregte.

Dr. Hans Schregle, Regierungspräsident

Ein Ansbacher — Begründer der Wiener geburtshilflichen Schule

Von Dr. Walther Koerting

Inmitten harter Kämpfe um die Geschicke Österreichs und seines Herrscherhauses[1]), stellte sich die junge Kaiserin Maria Theresia (1717—1780), neben der Verteidigung ihres Reiches nach außen, die Aufgabe, den Staat in seinem Innern zu festigen. Mit Recht glaubte sie, dies durch die Pflege der Wissenschaften und besonders durch die völlige Umgestaltung des medizinischen Unterrichts zwecks besserer Ausbildung der Ärzte erreichen zu können. Die Kaiserin berief im Jahre 1745 den Schüler Prof. Boerhaaves von der Universität Löwen, van Swieten, aus Leyden nach Wien, der weitgehende Reformen der medizinischen Fakultät und des Studienplanes durchsetzen konnte. Von van Swieten wurde durch die Gewinnung einer Reihe bedeutender Lehrer der Medizin für Wien jene Entwicklung eingeleitet, die späterhin als „Wiener Medizinische Schule" bekannt wurde. Billroth nannte den Beginn dieses Reformwerks „ein fundamentales Ereignis", nicht nur für die Fakultät Wien, sondern für die gesamte deutsche Medizin.

Van Swieten war es, der einen öffentlichen Lehrstuhl der Geburtshilfe in Wien errichtet hat, auf den er wenige Jahre später Lukas Johann Boer (Boogers) berief.

Boer, der allgemein als der Begründer der berühmten Wiener geburtshilflichen Schule betrachtet wird, wurde am 12. April 1751 zu Uffenheim, in der damaligen Markgrafschaft Ansbach, als Sohn eines Falkoniers des Markgrafen geboren. Er studierte an der Jesuitenschule (Gymnasium) zu Würzburg die Humaniora und später die Philosophie. Mit siebzehn Jahren wurde er Magister dieser Wissenschaften. Von seinen Eltern wurde er ursprünglich für den geistlichen Stand bestimmt. Dem Rat des berühmten Würzburger Wundarztes Carl Caspar von Siebold[2]), war es zuzuschreiben, daß Boer für die Dauer seiner Ausbildung zum Wundarzt 1768 einen Freiplatz im Juliusspital erhielt. Beim Ausbruch einer bösartigen Epidemie (Typhus?) sandte ihn Siebold auf das Land, als es dort an behandelnden Ärzten fehlte.

„Er wandte sich bereits damals — wie später als Geburtshelfer — gegen die herrschende Vielgeschäftigkeit in der Therapie und legte das Hauptgewicht seiner Kuren auf kräftigende, jedoch leicht verdauliche Diät und gesunde hygienische Verhältnisse." Bei seiner Rückkehr nach Würzburg wurde er von Fürstbischof Adam Friedrich von Seinsheim belobt, der ihm den Wunsch, zur Fortsetzung seiner Studien nach Wien zu gehen, erfüllte. Boer verscherzte sich aber bald, den Verlockungen der Hauptstadt erliegend, die Gunst seines Landesherrn, der ihm das Stipendium entzog. Mit literarischen Arbeiten, Nachhilfeunterricht in den Gymnasialfächern, Korrekturarbeiten in einer Druckerei, Nachtwachen bei ernsthaft Erkrankten, verdiente er sich seinen Lebensunterhalt. Daneben fand er — ein Vergleich mit dem heutigen Werkstudium liegt nahe — Zeit für seine weitere Ausbildung als Arzt. Im Jahre 1778 wurde er Magister der Chirurgie. Er lernte den Leibwundarzt der Kaiserin Maria Theresia, Rechberger, kennen, der ihn zum Studium der Geburtshilfe bewog. Deren Ausbildung schloß er 1780 ab, worauf er von Rechberger eine Gehilfen- (Assistenten-) Stelle erhielt. 1784 wurde er Wundarzt beim Waisen- und Findelhaus. Als solcher erwarb er sich die Gunst Kaiser Josephs II., der ihn zu Studienzwecken in das Ausland sandte. Er gab ihm folgende Worte auf den Weg: „Von ihm wünsche ich, daß er sich der Geburtshilfe weihe und diesem Fache jenen Fleiß und jene Obsorge zuwende, die es wegen seiner Wichtigkeit verdient. Seine Persönlichkeit eignet sich ganz zum Geburtshelfer; sein Talent und sein Fleiß werden das Übrige tun."

Im November 1785 fuhr Boer zuerst nach Holland, dann anfangs 1786 nach Paris, wo ihm auf Befehl der unglücklichen Königin Marie Antoinette, der Schwester Kaiser Josephs, der Zutritt zu den, Männern sonst nicht zugänglichen Gebäranstalten gestattet wurde. Nach einem fünfzehnmonatigen Aufenthalt fuhr er nach London, von wo er im Juli 1788 über Italien nach Wien zurückkehrte. Über das Ergebnis seiner Reise sagte er, daß er in Frankreich kennengelernt habe, was die Kunst, und in England, was die Natur vermöge. Boer entschied sich für die abwartende Geburtshilfe. Die Zange wurde damals in einem Umfang angewendet, daß es, wie Boer sagte, fast schien, „als habe die Natur ihr Werk der Gebärung aufgegeben und es der Zange des Geburtshelfers überlassen".

Im August 1788 erhielt Boer die Stelle eines Kaiserlichen Leibwundarztes und bald darauf 1789 die außerordentliche Professur der praktischen Geburtshilfe nebst der Leitung der neu eingerichteten Abteilung für arme Wöchnerinnen in dem 1784 von Joseph II. geschaffenen Wiener Allgemeinen Krankenhaus.

Der unglückliche Ausgang der Entbindung der Gemahlin des nachmaligen Kaisers Franz I., bei der schon während der Schwangerschaft Ödeme sowie spärlicher Urinabgang bestanden haben und die wenige Stunden nach der Geburt eines lebenden Mädchens an „heftigen Konvulsionen" gestorben war, brachte ihm viele Angriffe aus den Kreisen seiner zahlreichen Neider.

Kaiser Joseph II., der Boer den Auftrag erteilt hatte, die Entbindung durchzuführen, schrieb nach dem Tode der Erzherzogin Elisabeth an Boer, zwei Tage vor seinem eigenen Tod: „Boer, ich bedauere Sie wegen des Unglücks, das uns beiden widerfuhr; ich werde es nicht lange mehr tragen, ein desto größeres Unglück ist aber dieser Schlag für Sie, für Ihr ganzes Leben, denn ich kenne mein Publicum. Ich wünschte Ihnen diese Geschäfte nicht aufgetragen zu haben und kann für Sie nichts anderes tun, als Ihnen Ihren bisherigen Gehalt samt Nebenbezügen zur lebenslänglichen Pension belassen, denn man wird Sie vom Hofe entfernen, sobald ich die Augen geschlossen habe."

Nachdem Boer im Jahre 1817 auch das Lehramt der theoretischen Geburtshilfe übertragen worden war, trat er 1822, müde der ständigen Anfeindungen, in den Ruhestand. Während die Universität Wien ihm die verdiente Anerkennung nicht versagte, zahlreiche gelehrte, medizinische Gesellschaften ihn zu ihrem Mitglied erwählten, wurde gegen ihn eine Disziplinaruntersuchung wegen seiner Lehrtätigkeit eröffnet. Die Vicedirektion der medizinischen Studien fand ihn in einem Gutachten für den theoretischen Teil des geburtshilflichen Unterrichts so wenig fähig, „daß sie sich von ihm niemals einen systematischen und gedeihlichen Vortrag versprach". Er starb, völlig zurückgezogen, am 19. Januar 1835 an einer Ruptur der rechten Vena iliaca.

Boers besondere Aufmerksamkeit galt den einzelnen Kindeslagen, besonders der Gesichtslage. Er zeigte, daß durch die Kraft der Natur sich eine anfangs ungünstige Lage noch im Geburtsakt richtig einstellen kann. Er beschrieb den physiologischen Geburtsakt in Anpassung an die Anatomie des Beckens. Die heutigen Vorstellungen in der Geburtshilfe gehen im wesentlichen auf ihn zurück.

[1]) Österr. Erbfolgekrieg 1741—1748, Erster Schlesischer Krieg 1740—1742, Zweiter Schlesischer Krieg 1744—1745, Siebenjähriger Krieg 1756—1763.

[2]) Das Haupt der berühmten Ärztefamilie von Siebold. Er lehrte an der Universität Würzburg neben Anatomie und Chirurgie auch Geburtshilfe, die erst 1799 als Lehrfach abgetrennt wurde.

Das Hauptwerk Boers, die „Abhandlungen und Versuche geburtshilflichen Inhalts zur Begründung einer naturgemäßen Entbindungsmethode" erschien 1791 bis 1807 in mehreren Bänden. (Die letzte deutsche Ausgabe wurde 1834 herausgegeben.)

Im Vorwort zum letzten Band schrieb Boer vorausschauend: „Für die Gegenwart war diese Arbeit vielleicht zur Unzeit unternommen; aber kam je etwas Ungewohntes zur Zeit? Ist je eine Gestalt, die erst begann, der größeren Menge willkommen gewesen? Dieser Umstand ändert nichts an dem inneren Gehalt der Dinge, die ungeachtet alles Widerstrebens auf der Urbahn des Einfachen und Wahren ruhig fortschreiten; und so wird auch das wohlgemeinte Werk durch unparteiische Nachkommen endlich zur Vollendung gedeihen, da hier vorerst nur der Grund dazu gelegt werden konnte."

Joseph Servaz d'Outrepont, der als Nachfolger von Adam Elias von Siebold[3]) auf dem 1799 an der Universität Würzburg geschaffenen, von der Chirurgie nunmehr abgetrennten Lehrstuhl für Geburtshilfe wirkte, war ein Schüler Boers, der ihn, wie er in einem als Abwehr gegen Angriffe gedachten Nachruf, betitelt, „Worte der Pietät, Worte der Wahrheit, Worte des Dankes", sagte, „wie einen Sohn liebte". Im Jahre 1798 und 1799 hatte Boer nach Angabe d'Outreponts eine so große Anzahl von Schülern „in seiner Klinik und in seinen Vorträgen, wie seit Röderer[4]) wohl kein Lehrer der Geburtshilfe mehr, und viele der Professoren, welche die Lehrkanzel der Geburtshilfe geziert haben und noch zieren, verdanken ihm den größten Teil ihrer Bildung".

D'Outrepont betonte in seiner Würdigung Boers, daß dieser weit davon entfernt war, im Spezialistentum aufzugehen, und sowohl als Geschichtsphilosoph wie als erkenntniskritischer Beurteiler der medizinischen Entwicklung hoch erhaben über den meisten seiner ärztlichen Zeitgenossen dastand. „Boer tadelte die großen Gebärhäuser und nicht minder die großen Säle mit einer großen Anzahl von Schwangeren oder Wöchnerinnen und wünschte, daß man in Wien statt einer einzigen, vier bis fünf kleinere Entbindungsanstalten errichte." Auch der damals überaus hohen Säuglingssterblichkeit wandte er sein Augenmerk zu und hoffte eine Abhilfe dadurch zu finden, daß man die Säuglinge an möglichst vielen Stellen verteilen sollte. „Man muß", heißt es in dem Nachruf, „die Männer, welche Neues lehrten, nach der Zeit, in der sie auftraten und dem damaligen Standpunkt der Künste und Wissenschaften beurteilen, und als Boer auftrat, war er wirklich als ein Reformator der Geburtshilfe anzusehen. Seine Lehren waren allerdings mehr negativ als positiv, er lehrte mehr, was man unterlassen, was man nicht tun solle, weil man damals die Rechte der Natur verkannte, ihr eine Bahn vorschreiben wollte, statt von ihr sich belehren zu lassen, und dies war Boers großes und unvergängliches Verdienst."

Schrifttum

Burghard Breitner, Geschichte der Medizin in Österreich. Wien 1951.

Heinrich Faßbender, Geschichte der Geburtshülfe. Jena 1906.

Max Neuburger, Die Wiener medizinische Schule im Vormärz. Wien 1921.

J. v. d'Outrepont, Erinnerungen aus den Studienzeiten, Johann Lukas Boer (Neue Zeitschrift für Geburtskunde, Bd. XII., 1842).

Ludwig Schönbauer, Das medizinische Wien. Wien 1947.

Ed. Casp. Jac. von Siebold, Versuch einer Geschichte der Geburtshülfe, Tübingen, 1902.

[3]) A. E. von Siebold war der Sohn des bereits erwähnten, zu jener Zeit als „inter Germanos chirurgus princeps" bezeichneten Carl Caspar von Siebold. A. E. von Siebold suchte (1800), wie viele andere Geburtshelfer, Boer in Wien auf, um dessen geburtshilfliche Tätigkeit näher kennenzulernen, und sich mit der Einrichtung der Wiener Gebäranstalten vertraut zu machen. Aus Anlaß der Eröffnung des durch seine Initiative 1805 errichteten neuen Gebärhauses in Würzburg schrieb von Siebold ein Programm: „Über Zweck und Organisation der Klinik in einer Entbindungsanstalt". Er folgte 1816 einem Rufe nach Berlin. Sein 1808 und später noch in fünf weiteren Auflagen erschienenes Hebammenlehrbuch blieb bis 1844 an allen bayerischen Hebammenschulen gesetzlich eingeführt.

[4]) Der erste Vertreter der Geburtshilfe an der Universität Göttingen.

Anschrift: München 19, Laimer Straße 28.

Wie lassen sich die Errungenschaften der modernen Chirurgie für kleinere Krankenhäuser nutzbar machen?

Von Prof. Dr. Georg Maurer, Chefarzt d. Chirurg. Abt. des Krankenhauses r. d. Isar, München

(Schluß aus Nummer 5)

Ein erfreuliches Ergebnis brachte die Umfrage in bezug auf die Blutübertragung:

Es wurden in 100 Krankenhäusern mit 7800 chirurgischen Krankenbetten in einem Jahr 12500 Transfusionen ausgeführt. 60% verwenden nur Nativblut, 20% verwenden Konserven und Nativblut, 20% bedienen sich nur der Blutkonserve.

Mit Genugtuung kann jedenfalls festgestellt werden, daß sich der seit einigen Jahren angebahnte Siegeszug der Blutübertragung auch immer mehr auf die kleineren Krankenhäuser in Stadt und Land erstreckt. Die Bluttransfusion hat sich aus einem gelegentlichen Hilfsmittel in absoluter Lebensgefahr zu einem grundlegenden, unentbehrlichen Behandlungsverfahren entwickelt und Blut ist zu einem Medikament geworden, das durch nichts vollwertig ersetzt werden kann.

Solange wir in Deutschland über kein so gut funktionierendes Netz von zweckmäßig über das Land verteilten Blutbanken wie beispielsweise die Schweiz verfügen, wird es sich nicht umgehen lassen, daß sich die kleineren Krankenhäuser ihren eigenen Spenderstamm halten. In vielen Fällen wird sich die eigene kleine Blutbank rechtfertigen lassen, da die Blutkonserve gegenüber dem Frischblut doch eine Reihe von Vorzügen besitzt. Ich erinnere nur an die größere Unabhängigkeit hinsichtlich der Spenderbeschaffung, so daß Blut in jeder Menge und zu jeder Zeit bereitstehen kann, an die vorteilhafte Handhabung der Dauertropf-Transfusion im Operationssaal und am Krankenbett, wodurch ausreichende Blutreserven den Operationsschock auf ein Minimum reduzieren können, ohne eine momentane Herz-Kreislaufbelastung herbeizuführen, und schließlich an die Vermeidung der Luesübertragung. Aus Blutkonserven, die innerhalb ihrer Verwendungsdauer nicht aufgebraucht wurden, ist ohne viel Aufwand an Zeit und Mühe flüssiges Plasma herzustellen, das 6 Monate lang aufbewahrt und verwendet werden kann.

Daß uns in Deutschland Trockenplasma immer noch nicht zur Verfügung steht, auf dessen Vorzüge ich bereits vor 4 Jahren an dieser Stelle hingewiesen habe, ist gerade im Hinblick auf die kleineren Krankenhäuser besonders zu bedauern und es ist völlig unverständlich, warum sich die verantwortlichen Stellen gegenüber dieser notwendigen Aufgabe so verschließen.

Bezüglich der Voruntersuchungen bei Transfusionen hat die Umfrage ergeben, daß man in 10% der Krankenhäuser auf die Kreuzprobe verzichtet und daß in 6% der Rhesus-Faktor nicht bestimmt wird. Hier müssen gewisse Bedenken geäußert werden! Der Rh-bedingte Transfusionsschaden verläuft häufig sehr schwer und tödlich. Die Kreuzprobe (= direkte serologische Vorprobe) stellt ein wesentliches Hilfsmittel zur Vermeidung von Zwischenfällen dar. Es ist dringend zu empfehlen, beide Untersuchungen durchzuführen, wenn es sich nicht um überaus eilige Transfusionen aus vitaler Indikation handelt.

Gerade dem Krankenhauschirurgen auf dem Land sei empfohlen, Blut von Universalspendern, also einige Konserven oder auch Spender mit 0 rh (= Null, rh — negativ), immer bereitzuhalten, weil dann bei eiligen Transfusionen — wenn die Rhesusfaktorbestimmung nicht erfolgen kann — eine Rhesus-Sensibilisierung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit vermeidbar ist.

Auf den besonderen Wert der intraarteriellen Transfusion beim schweren Blutkollaps und beim schweren Unfallschock sei in diesem Zusammenhang noch hingewiesen.

Wie steht es mit der Einführung neuzeitlicher Thromboseprophylaxe in kleineren Krankenhäusern? Zunächst einige Zahlen! 60% verwenden Heparine und Cumarine, wobei allerdings häufig auf die Bestimmung der Prothrombinzeit, des Quickwertes bzw. der Spontangerinnungszeit verzichtet wird. 32% vertrauen auf Venostasin und Thrombocid. 8% üben keinerlei Thromboseprophylaxe aus.

Es steht außer Zweifel, daß heute auch das kleinere Krankenhaus über Ärzte verfügen muß, die imstande sind, thromboembolische Zustände in einer Weise zu diagnostizieren und zu behandeln, die dem gegenwärtigen Wissen voll und ganz gerecht wird. Man kann sich jedoch des Eindrucks nicht erwehren, daß die Bedeutung der thromboembolischen Erscheinungen noch nicht die erforderliche Beachtung erfährt.

Wollen wir das Ziel einer „emboliefreien Chirurgie" erreichen, so ist nicht nur eine wirksame Thrombosebehandlung, sondern bereits eine Prophylaxe zu fordern!

Die Thrombose-Frequenz beträgt bei chirurgischen Erkrankungen, je nach prädisponierenden Faktoren — wie Alter, Konstitution, Krankheitsart, Gefährdung durch Operation und Narkose —, bis zu 5%.

15% aller unbehandelten Thrombosen führen zur tödlichen Embolie.

Somit dürfte Einigkeit darüber bestehen, daß auch im kleineren Krankenhaus der Patient das Recht auf eine zielstrebige Thromboseprophylaxe hat, nachdem das letzte Jahrzehnt auf diesem Gebiet so gewaltige Fortschritte gebracht hat.

Freilich sind gewisse Komplikationsmöglichkeiten, die sich aus der Anwendung von Antikoagulantien ergeben können, nicht ganz außer acht zu lassen. Man ist daher vielfach zur gezielten Prophylaxe übergegangen, wobei man versucht, aus dem in Frage kommenden Patientenkreis die Gefährdeten herauszutesten. Klinische Symptome leisten hierbei meist wertvollere Dienste als gerinnungsphysiologische Teste. Die gezielte Prophylaxe führt also zu einer Beschränkung der Thrombosevorbeugung auf Kranke, die nach klinischen und statistischen Erfahrungen als besonders gefährdet gelten können. Das Einstufungsschema nach Domanig hat sich bei Auswahl der Gefährdeten bewährt. Da die moderne Thrombosetherapie im Bedarfsfall große Erfolgsaussichten bietet, so wird man — vor allem im kleineren Krankenhaus — auf eine generelle Prophylaxe verzichten dürfen und es kann die gezielte Prophylaxe als ausreichend bezeichnet werden. Als Grundsatz wird dabei immer gelten, daß die Verabreichung von Antikoagulantien postoperativ erst dann erfolgt, wenn die operationsbedingte Blutung sistiert. In der Regel wird die Prophylaxe mit gerinnungshemmenden Mitteln am 2. und 3. Tag nach der Operation beginnen.

Die Behandlung der Thrombose hat selbstverständlich auch im kleineren Krankenhaus mit Antikoagulantien zu erfolgen. An einem sehr großen Krankengut hat sich uns in jahrelanger Erprobung die kombinierte Anwendung von Heparinen und Cumarinen bestens bewährt, deren gerinnungshemmende Wirkung ja bekanntermaßen auf verschiedenen Grundlagen beruht. Es empfiehlt sich zunächst das rasch wirksame Heparin für 2—3 Tage zu verabreichen und dann auf die Behandlung mit Cumarin-Derivaten überzugehen, wobei freilich dann eine geeignete Kontrollmethode zur Überwachung der individuell stark schwankenden Cumarin-Wirkung unentbehrlich wird.

Über die genaue Dosierung und die Kontrolltests hat mein Mitarbeiter Sartori jüngst unsere Erfahrungen eingehend veröffentlicht. Es handelt sich dabei um eine Handhabung der Thrombose-Behandlung, wie sie auch für das kleine Krankenhaus geeignet ist und als absolut zuverlässig und wirksam bezeichnet werden kann.

Mein Mitarbeiter Köstler teilt eben unsere Erfahrungen mit Kontrembol, einem neuen Antikoagulans der Heparin-Reihe mit, das sich voll bewährt hat und das besonders wirtschaftlich ist.

Noch ein Wort zur wirtschaftlichen Seite der Behandlung mit Antikoagulantien!

Es mag sein, daß beim Etat gerade des kleineren Krankenhauses die angeblich „hohen Kosten" der kausalen Thrombosetherapie besonders auffallen. Wenn man aber nur einige Zahlen sprechen läßt, dann können alle diesbezüglichen Bedenken rasch zerstreut werden.

Es ergeben sich für die Thrombose folgende Durchschnittszahlen:

Bettruhe: 6 Wochen — bei kausaler Therapie 2 Wochen
Krankenhausaufenthalt: 60 Tage — bei kausaler Therapie 34 Tage
Arbeitsunfähigkeit: 18½ Wochen — bei kausaler Therapie 4 Wochen
Tödliche Lungenembolie: 15% — bei kausaler Therapie 0,2%
Spätere Folgezustände (wie Ödeme, Ulcus, Varizen): 29% — bei kausaler Therapie 6%.

Betrachtet man dagegen die Gesamtsumme der Aufwendungen für die lege artis durchgeführte Behandlung mit Antikoagulantien über 3 Wochen, die sich auf höchstens 100.— DM beläuft, so steht der Wert dieser Therapie auch für das kleine Krankenhaus außer jeglichem Zweifel. Daß die kausale Therapie auch noch wesentliche Einsparungen an Krankenhauskosten und Krankengeld bedingt, sei nur am Rande erwähnt!

Sulfonamide und Antibiotika sind zu Meilensteinen auf dem Wege der Bekämpfung chirurgischer Infektionen geworden und haben selbstverständlich auch in den kleineren Krankenhäusern breiten Eingang gefunden.

Mit besonderem Nachdruck muß aber immer wieder darauf hingewiesen werden, daß erstens eine exakte Diagnose die Grundlage einer kritischen Chemotherapie darstellt und zweitens die bewährten chirurgischen Behandlungsgrundsätze durch die Antibiotika keine Änderung erfahren haben. Jede sogenannte „symptomatische" kritiklose Chemotherapie bei Infekten unklarer Herkunft kann zur Verschleierung des Krankheitsbildes mit schwerwiegenden Folgen führen. Abzulehnen ist eine blinde Routineprophylaxe bei jeglichem Eingriff und bei zuverlässig aseptischen Operationen, während die prä- und postoperative Chemoprophylaxe bei kritischer Indikationsstellung eine ideale Ergänzung der Aseptik bildet.

Da für eine gezielte und rationelle Chemotherapie der Erregernachweis und die Testung der Empfindlichkeit der Keime gegenüber Antibiotika und Sulfonamiden wesentliche Voraussetzungen darstellen, so ist auch für das kleinere Krankenhaus die Durchführung der Resistenzbestimmung unbedingt anzustreben. Meine Anregung geht dahin, daß an bakteriologischen Instituten Kurzkurse für Krankenhausassistenten abgehalten werden, in denen sie sich die wichtigsten Grundlagen der Empfindlichkeitstestungen aneignen können. In vielen Fällen wird es diesen vorgebildeten Ärzten dann möglich sein, wertvolle Hinweise für die Therapie zu geben und somit auch unnötige Ausgaben für teuere Antibiotika zu vermeiden, die im vorliegenden Fall nutzlos sein müssen.

Ein dringendes Erfordernis stellt auch für die kleineren Krankenhäuser die Einrichtung eines Laboratoriums dar, in welchem die Möglichkeit besteht, klinisch wichtige

Störungen des Blutchemismus zu erfassen. Die Umfrage ergab, daß 68% der Krankenhäuser über eine medizinisch-technische Assistentin verfügen, daß in 70% die üblichen Serumwerte bestimmt werden können, daß jedoch fast die Hälfte der Krankenhäuser auf die Feststellung des Reststickstoffs und des Kochsalzspiegels verzichtet. Wer Bauch-Chirurgie betreibt — und das ist doch auch in kleineren Krankenhäusern in sehr erheblichem Umfang der Fall! —, ist verpflichtet, die Reststickstoff-Bestimmung zur Erkennung lebensbedrohlicher Wasser-Salzverarmungen routinemäßig vorzunehmen. Die Reststickstofferhöhung stellt ein Warnlicht der drohenden Milieuentgleisung dar, die, zu spät erkannt, so rasch die tödliche Katastrophe heraufbeschwören kann. Der verhängnisvolle Abfall des Kochsalzspiegels im Blut kann mit Verabreichung von 10prozentiger Na-Cl-Lösung oder mit dem echten „beaf tea" wirksam bekämpft werden, wenn man die Möglichkeit hat, den niedrigen Natriumchloridwert im Serum rechtzeitig aufzudecken.

Der Feststellung von Störungen im Wasser-Salz-Eiweiß-Haushalt, der Bestimmung des Blutzuckers, der Harndiastase, den Leberfunktionsprüfungen und vielem anderen mehr kommt jedenfalls in der heutigen Chirurgie eine so große Bedeutung zu, daß man die berechtigten Wünsche der Chefärzte auch kleinerer Krankenhäuser nach einem gut eingerichteten Laboratorium und auf Anstellung von medizinisch-technischen Assistentinnen mit Nachdruck unterstützen muß.

Für das Elektrokardiogramm gilt in abgewandelter Weise das gleiche. Das EKG besitzt — selbstverständlich neben dem klinischen Befund — hohen diagnostischen Wert, und es ist besonders bei älteren Patienten vor größeren Eingriffen obligatorisch anzufertigen. Häufig gibt es uns einen Fingerzeig bezüglich der notwendigen Vorbereitung eines Kranken mit Strophanthin, oder klärt uns auch nach dem Eingriff auf über den traumatischen Einfluß von Narkose und Operation auf den Herzmuskel.

An diagnostischen Maßnahmen, die zu den Errungenschaften der letzten Jahrzehnte gehören, ließe sich mancherlei für die kleineren Krankenhäuser nutzbar machen. Ich denke beispielsweise an die peroperative Cholangiographie, die erst knapp in einem Viertel der befragten Krankenhäuser geübt wird. Wie Herr Lehner angeführt hat, gehört diese Untersuchungsmethode zur Vermeldung der „Cholecystektomiekrankheit" auch in jedes kleinere Krankenhaus.

Daß Arteriographien nur in 35% der befragten Krankenanstalten durchgeführt werden, ist erstaunlich, nachdem es sich dabei um eine einfache, weitgehend ungefährliche, aber doch sehr wertvolle diagnostische Methode handelt.

Inwieweit können neuzeitliche therapeutische Maßnahmen der speziellen Chirurgie im kleineren Krankenhaus Einführung finden?

Auf dem Gebiet der operativen Frakturbehandlung haben moderne Errungenschaften bereits weitgehend Einzug in die kleineren Krankenanstalten gehalten, nachdem die Umfrage ergab, daß Schenkelhalsnagelungen in 83% und Küntscher-Nagelungen des Oberschenkels in 84% durchgeführt werden. Erstaunlich ist dabei freilich, daß nur in 54% eine Krankengymnastin für die Nachbehandlung zur Verfügung steht. Sicher ist nichts dagegen einzuwenden, daß Knochenbrüche auch im kleineren Krankenhaus mit blutiger Osteosynthese geheilt werden, aber man soll dann alle Voraussetzungen schaffen, die hierfür erforderlich sind, und dazu gehört eben auch die bestmögliche systematische Nachbehandlung.

Die Verletzungschirurgie des Schädels und des Thorax wird man bei Bedarf selbstverständlich im Landkrankenhaus ausführen, dagegen gehört die darüber hinausgehende Hirnchirurgie und Thoraxchirurgie in die Spezialabteilungen der chirurgischen Zentren, wo die weitläufige Organisation des Teamworks zur Verfügung steht.

Der gute Chirurg im kleineren Provinzkrankenhaus wird die Grenzen des Erreichbaren nicht überschreiten, er wird sich nicht mehr zumuten, als er auf Grund seiner Ausbildung, seiner Erfahrung, der technischen und personellen Voraussetzungen verantworten kann. Seine wahren ärztlichen Qualitäten zeigen sich nicht in einem übertriebenen Ehrgeiz, sondern oft genug in der weisen Befolgung des Goethe-Wortes: „In der Beschränkung erst zeigt sich der Meister."

Anschrift des Verfassers: München 8, Ismaninger Str. 22.

„Die derzeitige Beanspruchung durch die Schule in kinderärztlicher Sicht"

Erwiderung zum Aufsatz von Herrn Priv.-Doz. Dr. Hellbrügge*)

Von Stud.-Prof. E. Grosholz

Der Aufsatz, der in der breiteren Öffentlichkeit ein begrüßenswertes Echo gefunden hat, hat ein außerordentlich wichtiges Problem ins helle Licht gerückt, und es ist dem Verfasser zu danken, daß einmal von dieser Seite Schäden zur Sprache gebracht wurden, die zwar den unmittelbar Beteiligten (Schülern, Eltern, Lehrern) täglich auf den Fingern brennen, an denen die Öffentlichkeit zu interessieren aber bisher nur ungenügend gelungen ist.

Trotz aller Verdienste des Verfassers bedarf aber die Arbeit einer Berichtigung, und zwar in zweierlei Hinsicht. Erstens sind einige, und zwar grundlegend wichtige Zahlenangaben unzutreffend und müssen richtiggestellt werden. Zweitens erscheint der Blickwinkel des Verfassers gegenüber der Schulwirklichkeit eigentümlich verengt und einseitig. Es sei deshalb in diesen an sich nur Medizinern geöffneten Spalten einem Mann der Schule gestattet, einige für eine vollständigere Behandlung des gestellten Themas notwendigen Ergänzungen und Erweiterungen hinzuzufügen.

Nun zuerst zu den Zahlen. Eine Arbeit, die auf einer so weitgehenden Verwendung von statistischen Methoden und Zahlenmaterial beruht, dürfte keine, übrigens leicht vermeidbaren Fehler in Zahlenangaben enthalten. Dies ist aber leider an einigen ganz wesentlichen Stellen der Fall. In Heft 1/1956 Seite 3 Spalte II Zeile 14 bis 17 heißt es: „Da eine Lektion jeweils 50 Minuten dauern soll . . ." Nun leider dauert sie in Wirklichkeit in Schulen mit Schichtunterricht (das sind 71% der untersuchten Fälle) nicht immer so lang. Es gibt Lektionen mit 50 Minuten und solche mit 45 Minuten Dauer. Dies allein würde noch nicht sehr viel ausmachen. Es kommt aber hinzu, daß die tatsächliche Zahl der Wochenstunden ebenfalls unrichtig angegeben ist. Zwar betragen „die behördlicherseits für die ersten Klassen festgelegten Unterrichtszeiten für Buben für das Humanistische Gymnasium (Hum. Gy.) und für das Realgymnasium (R. Gy.) je 30 Wochenstunden, für die Oberrealschule (O. R.) für Buben 31 Wochenstunden (nämlich eine Zeichenstunde mehr). An den Mädchenschulen kommen jeweils zwei Stunden Nadelarbeit hinzu."

Aber in keiner Schule Münchens, die mir bekannt ist, werden die in diesen Zahlen enthaltenen zwei Spielstunden je Woche durchgeführt, so daß diese noch abgezogen werden müssen. Es ergibt sich jetzt also folgendes Bild über die absolute Unterrichtszeit je Woche unter Abrechnung der Pausen:

Schulart	Hellbrügge	Wirklich	Fehler
Hum. Gy. Buben	25,2 Std. Mittelwert	22,2 Std.	13,5%
R. Gy. Buben		22,2 Std.	13,5%
O. R. Buben		23 Std.	9,5%
Hum. Gy. Mädchen	26,8 Std. Mittelwert	23,7 Std.	13%
R. Gy. Mädchen		23,7 Std.	13%
O. R. Mädchen		24,3 Std.	10%

*) Erschienen im „Bayer. Ärzteblatt" Heft 1—3/1956.

Die Abweichungen an anderer Stelle sind noch stärker. In Heft 3/1956 Seite 46 Spalte II Zeile 21 von unten sind Zahlen für die gesamte einschließlich Pausen in der Schule verbrachte Zeit angegeben, die mit der Wirklichkeit nichts zu tun haben. Da Herr Dr. Hellbrügge die Zahlen mit einer schwedischen Statistik aus dem Jahr 1885 vergleichen will, und weil damals jede Unterrichtsstunde 50 Minuten dauerte und darauf 10 Minuten Pause folgten, rechnet er auch für die heutige Stundeneinteilung mit diesem völlig unrealen Ansatz. Erst lange nach Erscheinen des Aufsatzes hat Herr Dr. Hellbrügge im Lauf einer Diskussion davon Kenntnis genommen, daß leider heutzutage (wegen des Schichtunterrichts) zwischen den einzelnen Unterrichtsstunden überhaupt keine Pausen mehr eingeschoben sind bis auf die eine große, 15 Minuten dauernde Pause nach der dritten Stunde. Eine Tabelle mag die Unterschiede für die gesamte einschließlich der Pausen im Durchschnitt täglich in der Schule verbrachte Zeit veranschaulichen:

Schulart	Hellbrügge	Wirklich	Fehler
Hum. Gy. Buben	5 Std. 3 Min. Mittelwert	3 Std. 55 Min.	29%
R.-Gy. Buben		3 Std. 55 Min.	29%
O. R. Buben		4 Std. 3 Min.	25%
Hum. Gy. Mädchen	5 Std. 23 Min. Mittelwert	4 Std. 18 Min.	25%
O. R. Mädchen		4 Std. 18 Min.	25%
R.-Gy. Mädchen		4 Std. 25 Min.	22%

Wie gesagt, diese starken Abweichungen kommen zustande, weil zwei Spielstunden im Lehrplan stehen, die nicht gehalten werden, weil es Stunden mit 45 Minuten Dauer gibt und weil zwischen den einzelnen Unterrichtsstunden (infolge Schichtunterricht) keine Pausen eingeschoben werden können.

Man wende nun nicht ein, daß zwei Stunden von je 45 Minuten, die ohne Pause aneinanderschließen, ebenso anstrengend sind, wie zwei Stunden von je 50 Minuten Dauer, zwischen denen die Erholungspause von 10 Minuten liegt. Hier in dieser Statistik handelt es sich nicht um die Intensität der Belastung, sondern ausschließlich um die Zeitdauer. Die Intensität der Belastung hängt nämlich von sehr viel mehr Faktoren ab, als bloß davon, ob zwischen zwei Unterrichtsstunden 10 Minuten Pause eingeschaltet sind; auch ist die Frage der Intensität nirgends im Aufsatz von Herrn Dr. Hellbrügge erörtert, denn dazu würde eine eingehende Beschäftigung mit Schulproblemen nötig sein und außerdem würde sich diese Frage ganz der gewählten Methode entziehen, mit Zahlen und Statistiken zu arbeiten und Unwägbarkeiten (die im Erziehungswesen eine größere Rolle spielen als zahlenmäßig erfaßbare Tatsachen) außer acht zu lassen. Gerade bei einer so stark auf der Unanfechtbarkeit der statistischen Erhebung beruhenden Arbeit ist es aber notwendig, unzutreffende Zahlenangaben richtigzustellen.

Wie man sieht, ist also die im Aufsatz erhobene Forderung „einer Höchstbelastung von 8 Stunden pro Tag in Schule und Haus" erfüllt, nämlich für Buben des Hum. Gy. und des R. Gy. 3 Std. 55 Min. gesamte in der Schule einschließlich Pausen verbrachte Zeit, wozu die aus der Statistik von Herrn Dr. Hellbrügge entnommenen 2 Std. 6 Min. für häusliche Arbeit zu addieren wären. Soweit der Aufenthalt in der Schule für O. R. und Mädchen länger ist als 3 Std. 55 Min. pro Tag, besteht die Verlängerung aus Zeichnen und Handarbeitsunterricht.

Es zeigt sich also, daß alle Folgerungen des Aufsatzes über zu lange zeitliche Inanspruchnahme der Kinder durch Schulzeit und häusliche Arbeit der Grundlage entbehren.

Anders steht es mit den Ausführungen Herrn Dr. Hellbrügges über die Schädlichkeit des Schichtunterrichts. Hier muß dem Verfasser der Dank aller mit der Schule Verbundenen ausgesprochen werden, endlich einen Krebsschaden unserer höheren Schule klar und unmißverständlich herausgestellt zu haben, der die Gesundheit unserer Kinder untergräbt und dessen Auswirkungen Kindern und Eltern (und uns Lehrern!) täglich neue Schwierigkeiten und nicht endenden Kummer bereiten. Denn der Ansatzpunkt der Arbeit ist meiner Ansicht nach völlig richtig: unsere Kinder in der höheren Schule sind nervös, überbelastet und daher konzentrationsunfähig, zappelig, nicht im Stande, ruhig zuzuhören, und zerstreut bei häuslichen Aufgaben.

Wenn sich diese Aussagen auch mehr oder weniger statistischer Untersuchung entziehen, so sind sie doch die Wirklichkeit, vor der Schule und Elternhaus täglich kapitulieren müssen, und von der Herr Dr. Hellbrügge als Kinderarzt ausging. Die im Aufsatz angegebenen Grundtatsachen sind richtig, nur die angegebenen Ursachen sind teils unrichtig, teils lückenhaft.

Welches sind aber nun die wirklichen Ursachen der oben aufgezählten Schäden, nachdem die von Herrn Dr. Hellbrügge angegebene der zu langen Unterrichtszeit weggefallen ist? Nun, diese Frage nach den Ursachen ist nicht mit drei Sätzen beantwortet, denn sie rührt an so viele Seiten der heutigen Gesamtsituation, daß es gestattet sei, die Ursachen in vier Gruppen aufzugliedern:

1. Schäden, die die Schule verursacht.

Der Schichtunterricht wurde schon gebührend gewürdigt. Hier ist nichts mehr hinzuzufügen. Der zweite Krebsschaden, der leider von Herrn Dr. Hellbrügge in keiner Weise erkannt wurde, ist die zu große Schülerzahl in den Klassen. Man macht sich keine Vorstellung, was es heißt, wenn in einer Klasse 50 oder gar 54 quecksilbrige Elfjährige vereinigt sind. Die negativen Einwirkungen eines Massenbetriebes sind trotz aller Bemühungen der Lehrer unvermeidbar. Diese sind gezwungen, mit rein autoritativen Mitteln, die dann andererseits bei den Schülern Angstgefühle und Nervosität fördern, die natürliche Bewegungslust und Unruhe zu unterdrücken. Gerade bei dem heute fast schockartig wirkenden Übergang von der Volksschule zur höheren Schule wäre es notwendig, durch individuelles Eingehen auf den einzelnen Schüler diesem zu helfen, Schwierigkeiten, soweit sie nicht in mangelnder Begabung liegen, zu überwinden. Dies ist aber bei den hohen Schülerzahlen fast ganz unmöglich. Aber auch in allen anderen Altersstufen, insbesondere in den stürmischen Jahren der Pubertät, wirkt sich der Massenbetrieb denkbar ungünstig aus. Man macht sich kein Bild, welche kreischende Höhe der Lärmspiegel bei einer solchen viel zu großen Klasse in den wenigen Minuten erreicht, die sie sich ohne Unterricht im Klaßzimmer oder in den Gängen aufhält. Und man weiß ja, daß Lärm der schlimmste Feind aller Konzentration ist. Aber auch während des Unterrichts hört der Lärm nicht auf. Mangels Turnhallen in den meisten höheren Schulen findet vielfach der Turnunterricht in Form von Wettkampfspielen im Schulhof vor den geöffneten Fenstern der Klaßzimmer statt. Es ist unmöglich, ballspielende Buben am Schreien zu verhindern, und es ist unmöglich, die im Klaßzimmer zuhörenden (zum Teil zusehenden) Schüler zur Konzentration auf den Unterricht zu bringen.

Unerwähnt bleiben weiterhin von Herrn Dr. Hellbrügge die sogenannten Wanderklassen. Es gibt in fast allen Schulen Klassen, die kein eigenes Klaßzimmer haben, sondern nur in solchen Zimmern unterrichtet werden können, die gerade frei sind, weil die betreffende Klasse Zeichnen, Musik oder Physik in den speziell dafür bestimmten Räumen hat. Zum Vergleich stelle man sich vor, daß man einem Erwachsenen zumuten würde, alle 50 Minuten seine gesamten Arbeitsunterlagen einzupacken und sich an den vorübergehend freiwerdenden Schreibtisch eines Kollegen zu setzen. Niemandem würde man so etwas zumuten, selbst nicht, wenn er rein mechanische Schreibarbeiten auszuführen hat. Nun tun unsere Schüler aber nichts Mechanisches, sondern ihr Lernen sollte ein ungestörter Prozeß geistigen Wachstums sein. Wenn man hinzufügt, daß für das Umziehen von einem Klaßzimmer in ein anderes keine Zeit vorgesehen ist, so daß einfach der Unterricht verkürzt wird; wenn man bedenkt, daß solche Wanderklassen natürlich wechselweise in Klaßzimmern mit zu großen und zu kleinen Bänken untergebracht werden müssen; daß beim Zimmerwechsel Schulbücher, Schreibgeräte und Kleidungsstücke, wie es der Vergeßlichkeit der Jugend entspricht, verlorengehen, und daß die Schüler den ganzen Tag wie ein heimatloser Haufen im Schulgebäude hin und her wandern, dann kann man sich die auf eine solche Wanderklasse einwirkenden Schädigungen nicht massiv genug vorstellen.

Eine weitere gesundheitlich nachteilige Einwirkung, die den Kinderarzt interessieren könnte, sind unsere mangel-

haften Schulmöbel. In vielen höheren Schulen Münchens sind die Schulbänke durchweg 50 Jahre alt, in einigen älter. Statistische Erhebungen haben ergeben, daß in diesem Zeitraum die Durchschnittsgröße der heranwachsenden Jugend im Endstadium um etwa 10 cm zugenommen hat, und daß sich der Beginn des Längenwachstums um zwei bis drei Jahre verfrüht hat. Das Ergebnis ist, daß unsere Schüler in schlechtester Haltung in zu kleinen Schulbänken sitzen, und nicht wissen, wie sie ihre viel zu langen Gliedmaßen darin unterbringen sollen. Das ständige Bedürfnis, durch Bewegungen den in eine unbequeme Lage gezwungenen Körper zu entspannen, schafft eine neue Quelle der Unruhe und des Lärms. Es ist anzunehmen, daß erst, wenn sich bei der Musterung des Offiziernachwuchses eine Häufung von Haltungsschäden der Abiturienten ergeben wird, die Mittel für die Abstellung dieses Mangels bereitgestellt werden.

In derselben Richtung, aber noch schlimmer, wirkt das Fehlen von Turnhallen. Zur Zeit werden reihenweise Schülerjahrgänge aus unseren Schulen entlassen, die niemals eine Turnhalle von innen gesehen haben. Wenn man weiß, welche Rolle der Bewegungstrieb, der Spieltrieb und das Körpergefühl im menschlichen Wachstum eines Buben spielt, muß man sich im klaren sein, daß hier eine ganze Generation gerade der akademischen Berufe in ihrer Jugendentwicklung in dieser Richtung verarmt und ohne Entfaltung natürlicher Gaben bleibt.

Um es noch einmal zusammenzufassen, die Gesundheit der Schüler unserer höheren Schulen wird geschädigt durch Schichtunterricht, zu große Schülerzahl in den Klassen und deshalb überlastete Lehrer, durch Massenbetrieb, Lärm, Mangel an Turnhallen, Mangel an moderner Ausstattung und Hilfsmitteln, kurz durch Mangel an Geld. Solange die Öffentlichkeit nicht entschlossen ist, der Unterrichtsverwaltung endlich, wie diese es seit Jahren fordert, angemessene Beträge zur Verfügung zu stellen, ist keine Besserung der Lage möglich. Solange man ebensoviele Milliarden für Straßenbau und Kasernen auszugeben für richtig hält, als man Millionen für den Bau höherer Schulen bereitstellt, bleibt das Mißverhältnis bestehen.

Nach diesen Darlegungen leuchtet es wohl ein, daß neben diesen Tatsachen die Gesichtspunkte der sogenannten Stoffülle und die Frage ungeeigneter Lehrbücher, die Herr Dr. Hellbrügge in seinem Aufsatz anschneidet, völlig sekundär sind. Sicher gibt es in vielen Richtungen etwas zu verbessern, denn nichts ist vollkommen. Eins steht jedenfalls fest, die Anforderungen zumindest in den Hauptfächern sind seit z. B. 1930 fast überall zurückgegangen. Kein Lehrer, der damals schon unterrichtet hat, könnte es wagen, unbesehen Schulaufgaben von vor 25 Jahren einer heutigen Klasse zu stellen. Schwieriger ist die Frage der Stoffülle in den naturwissenschaftlichen Fächern, wo die ungeheure Menge der im Lauf der letzten 100 Jahre neu gewonnenen Erkenntnisse, die ja bekanntlich für unser heutiges Leben nicht ganz gleichgültig sind, die höhere Schule vor die ständig neu zu lösende Aufgabe stellt, diese in irgendeiner Weise zu verdauen. Aber gerade in diesen Fächern hat sich die höhere Schule zum Teil zu radikaler Beschneidung des Stoffes bereit gefunden. So lernen zum Beispiel Schüler des Hum. Gym. zur Zeit keine physikalische Tatsache kennen, die aus der Zeit von, sagen wir, nach 1870 stammt, wobei die Frage zu stellen wäre, ob man das für wünschenswert hält. Jedenfalls sind diese schwierigen und vielschichtigen Probleme, wie die höhere Schule die schnelle Entwicklung unseres physikalischen, biologischen, usw. Weltbildes rein stofflich verarbeiten soll, nicht einfach mit der Forderung nach Verminderung des Stoffs zu lösen.

Auf alle Fälle heißt es die Öffentlichkeit auf Nebendinge ablenken, wenn man behauptet, durch irgendeine Verbesserung an Lehrplan, Schulbüchern oder Unterrichtsdauer könne das Elend der höheren Schule gebessert werden, solange nicht die oben genannten Grundprobleme gelöst sind. Überhaupt begibt sich Herr Dr. Hellbrügge in einigen Abschnitten des Aufsatzes auf das Gebiet pädagogischer Problemstellungen, wo man seine Ausführungen nur als unverbindliche, von Sachkenntnis nicht getrübte Aphorismen eines Nichtfachmannes werten kann, die ein ähnliches Gewicht haben, wie zum Beispiel Äußerungen meinerseits über Methode, Ziel und Erfolge kinderärztlicher Bemühungen unter dem Vorgeben, als Vater von Kindern für diese Fragen zuständig zu sein. Der Wunsch z. B., daß „unsere Jugend das Gymnasium ohne alle Vorkenntnisse in den meisten Spezialfächern verläßt . . ." (Max v. Pettenkofer) (Heft 3/1956, S. 46, Sp. I, Z. 3 von unten), dürfte nicht von allen Eltern geteilt werden; denn das hieße, wenn ich es recht verstehe, doch wohl, daß sie keine Physik, Chemie, Biologie, Erdkunde und Geschichte lernen soll. Immer wird es zu den schwierigsten Entscheidungen gehören, in welchem Umfang man Kenntnisse auf diesen Gebieten für die Weitung des geistigen Horizontes für notwendig hält, und von wann ab eine Vermehrung der Kenntnisse nur noch totes Wissen darstellt. So einfach, wie sie sich Herr Dr. Hellbrügge macht, ist die Entscheidung allerdings auf keinen Fall. Jedenfalls ist es unrichtig, daß „der Unterrichtsbetrieb im wesentlichen darauf hinausläuft, alles mechanisch auswendig zu lernen" (Heft 3/1956, S. 46, Sp. I, Z. 18 von unten).

2. Schädigungen, die im Bereich der Familie liegen.

Diese Einwirkungen werden am Ende des Aufsatzes mit einigen Sätzen über „den fortschreitenden Verfall der Familie und die dadurch bedingte, zunehmende Entmutterung" wenigstens berührt, stellen aber nach meinen Erfahrungen im Leben der Jugend einen mindestens ebenso entscheidenden Faktor dar wie alles, was in der Schule erlebt wird. An Hauptursachen wären hier zu nennen: Tod oder Abwesenheit des Vaters, Scheidung der Eltern, Berufstätigkeit der Mutter, verschärftes Arbeitstempo der Eltern, Stiefeltern, Wohnungselend, häufiger Wechsel des Wohnsitzes und damit wiederholte Entwurzelung des Kindes und das Hereingreifen der Unrast der Arbeitswelt in die Sphäre des Kindes. In manchen Familien spielt auch die Verdünnung des Familienlebens durch Radio, Fernsehen und Autofahren eine entscheidende Rolle.

Wenn diese Faktoren auch nur schlagwortartig aufgezählt sind, macht man sich wohl nicht so leicht eine Vorstellung, welch ungeheures Gewicht sie in Wirklichkeit haben, und daß neben ihnen von Herrn Dr. Hellbrügge beanstandete Einzelheiten im Betrieb der höheren Schulen an Bedeutung verschwinden.

3. Schäden, die von der Großstadtumwelt verursacht werden.

Herr Dr. Hellbrügge hat seine Untersuchungen ganz auf Münchner Verhältnisse beschränkt. Wenn man diese Einschränkung annimmt, muß man aber auch die speziell großstädtischen Einwirkungen auf die Schuljugend bei der Beurteilung ihres Gesundheits- und Nervenzustandes mit ins Auge fassen. Hier hat sich Herr Dr. Hellbrügge ganz auf die Länge des Schulwegs konzentriert, über die jetzt dank seiner Arbeit wichtige und gut fundierte Zahlen vorliegen. Nicht erwähnt sind die Verkehrsschwierigkeiten auf dem Schulweg. Gerade in der Zeit stärksten Berufsverkehrs müssen unsere Schulkinder den Gefährdungen und Konzentrationsanforderungen des modernen Großstadtverkehrs in Straßenbahn, Autobus, als Radfahrer und Fußgänger standhalten, denn wegen des Schichtunterrichts kann nicht in einer verkehrsärmeren Zeit nach 8 Uhr begonnen werden. Die Belastung der Nerven durch den Verkehr stellt aber nicht die einzige Großstadteinwirkung dar. Hier wäre die generelle Reizüberlastung der Kinder zu erwähnen, die in Form von Radio, Kino, Sensationspresse, an jeder Straßenecke angeschlagenen Mordnachrichten, illustrierten Zeitungen, Comic-Strips, Sportsensationen und immer faszinierender werdender Reklame auf die Kinder einstürmt. Auch hier habe ich mich mit einer Aufzählung begnügt, ohne die Dinge im einzelnen auszumalen; aber jeder, der sich bemüht, das wirkliche Leben eines Großstadtkindes von heutzutage zu verstehen, wird mir zustimmen, daß diesen Einwirkungen ein beträchtliches Gewicht zukommt.

4. Andere Gesichtspunkte.

Eine weitere Tatsache, die eine große Belastung gerade für den ersten Jahrgang der höheren Schule darstellt, ist der starke Bruch zwischen den Methoden der Volksschule und denen der höheren Schule. Dadurch, daß sich die Volksschule von der höheren Schule wegentwickelt hat,

macht die plötzliche Umstellung beim Übertritt von der Volksschule in die höhere Schule oft auch gutbegabten Kindern große Schwierigkeiten und strengt ihre Kräfte bis zum Äußersten an. Über dieses Thema wäre viel zu sagen. Eine andere Belastung, die weniger die jüngsten Jahrgänge als die Schüler der mittleren Klassen der höheren Schule in ihrer Leistungsfähigkeit behindert, ist das enorm gesteigerte Längenwachstum. Nur wer erlebt hat, in welchem Zustand der Zerstreutheit und Schusseligkeit sich ein 14jähriger befindet, der in zwei Jahren 20 cm wächst, kann sich eine Vorstellung machen, vor welchen Problemen die höhere Schule in Klassen dieser Altersstufe steht.

Zusammenfassung.

Allen in der höheren Schule Tätigen ist es mehr oder weniger bewußt, daß wir heute vor einer völlig veränderten Jugend stehen. Trotz ständigem Nachgeben in der Schärfe der Anforderungen (verglichen etwa mit 1930 oder 1910) sieht man die ständigen Schwierigkeiten auch gutbegabter Schüler, das ihnen Zugemutete zu bewältigen. Die Ursachen, die in den verschlechterten äußeren Umständen der Schule liegen, und die leicht beseitigt werden können, habe ich dargelegt. Die Ursachen, die außerhalb der Schule liegen und die kaum oder gar nicht zu beeinflussen sind, habe ich in ihrem Gewicht geschildert. Bei aller Rücksicht auf die verminderte Leistungsfähigkeit der Schüler kann die höhere Schule nicht darauf verzichten, eine „Leistungsschule" zu sein, d. h. eine ihrer Grundlagen ist es, von den Schülern g e i s t i g e A r b e i t zu fordern und sie dazu anzuhalten, Schwierigkeiten zu überwinden und den Unterricht nicht zum Spielerischen absinken zu lassen. Bei veränderter Leistungsfähigkeit hier das richtige Maß zu finden, ist sehr schwierig, sicher aber keineswegs mit einigen billigen historischen Zitaten zu bewältigen. Man schaffe durch den Bau von Schulen und Herabsetzung der Schülerzahlen in den Klassen der höheren Schule die Möglichkeit, ohne Schichtunterricht und Massenbetrieb wieder eine Stätte ruhigen Lernens und Wachsens zu werden, dann gehen wenigstens die von der Schule verursachten Schäden sofort auf ein Minimum zurück!

Inhaltsangabe.

Richtig sind die Erkenntnisse des Aufsatzes von Herrn Dr. Hellbrügge betreffend starke Belastung der Schüler und die Schädlichkeit des Schichtunterrichts. Unrichtig sind die Aussagen über zu lange Dauer des Schulunterrichts. Einige Zahlen, die bis zu 29% falsch waren, mußten richtig gestellt werden. Verfehlt sind die Äußerungen über die Zielsetzung der höheren Schule. Unerwähnt bleiben entscheidend wichtige Gesichtspunkte wie zu große Schülerzahl, Wanderklassen u. a. Nicht gebührend in ihrem Gewicht gewürdigt sind Veränderungen der Familienstruktur, Einwirkungen der Großstadtumwelt u. a.

Anschrift des Verfassers: München 13, Adalbertstraße 102, Telefon 37 44 39.

Über die ambulante Diabeteseinstellung mit dem Sulfonamid BZ 55 (Invenol bzw. Nadisan)

(Diskussionsbeitrag zu der Abhandlung: „Neue Möglichkeiten in der Diabetes-Therapie" im „Bayerischen Ärzteblatt", 1956, Heft 3, S. 43)

Von Dr. med. Curt S c h u l e r, Facharzt für Inn. Medizin

Über das orale Antidiabeticum BZ 55 (Invenol bzw. Nadisan) auf gegenregulatorischer Basis wurde bekanntlich im Oktober v. J. von BERTRAM, Hamburg, in Bad Homburg über ein Erfahrungsgut an über achtzig Fällen berichtet; zur gleichen Zeit erschienen in der Deutsch. Med. Wschr. über dasselbe Thema Veröffentlichungen von FRANKE und FUCHS, Berlin, und ACHELIS und HARDEBECK, Mannheim, und auch von F. BERTRAM, Hamburg, teils über praktische Erfahrungen an Krankengut, teils über die theoretischen Grundlagen und physiologischen Zusammenhänge dieses Präparates. In dem oben erwähnten Referat faßte nun nochmals F. Steigerwaldt seine inzwischen gesammelten Erfahrungen an rund achtzig stationär eingestellten Fällen zusammen. Im Verlauf dieser Ausführungen wurde, insbesondere durch Sperrung eines einzelnen Satzes der Eindruck erweckt, als ob die außerklinische Einstellung auf dieses Präparat, und zwar insbesondere die Umstellung von Insulin auf BZ 55 nicht möglich sein bzw. nicht ausgeführt werden sollte. Dieser Behauptung muß widersprochen werden. Im Laufe des letzten Halbjahres habe ich 92 geeignete Fälle auf das Präparat BZ 55 (Invenol) mit gutem Erfolg a m b u l a n t eingestellt, so daß über ein Erfahrungsgut an ebenso viel Fällen berichtet werden kann wie bei den Ausführungen Steigerwaldts. Unter diesen Fällen sind auch einige Insulin-Diabetiker, welche ebenfalls mit befriedigendem Erfolg unter kurzfristig weiterlaufender Kontrolle auf Invenol umgestellt wurden. Die teilweise hervorragenden Ergebnisse bei der ambulanten Einstellung auf dieses Präparat veranlassen mich, gegen die Behauptung, die Einstellung könne nur stationär vorgenommen werden, Stellung zu nehmen. Es muß dazu gesagt werden: Eine ambulante Einstellung auf dieses Präparat ist durchaus möglich, sie erfordert allerdings ein großes Maß von s p e z i e l l e r Sachkenntnis auf diesem Gebiete. Ich habe inzwischen von anderer Seite einzelne diesbezügliche Einstellungsversuche von auf diesem Gebiete ungeschulten Ärzten gesehen, welche allerdings die Forderung auf unmittelbare Kontrolle bei evtl. Mißerfolgen sehr verständlich werden lassen und auch die Forderung der Arzneimittelkommission unterstreichen, daß die Einstellung auf dieses Präparat entweder stationär oder wenn ambulant, dann nur in solchen Praxen durchgeführt werden soll, welche die laboratoriumsmäßige und erfahrungsmäßige Voraussetzung erfüllen, daß jeder evtl. Stoffwechselentgleisung sofort und sachverständig begegnet werden kann. Nur bei vollständiger Beachtung aller, den heutigen wissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechenden Gesichtspunkte sollte die Einstellung auf das Präparat vorgenommen werden.

Der hauptsächliche und günstigste Indikationsbereich des Präparates dürfte meiner Erfahrung nach bei denjenigen Fällen liegen, welche bisher diätetisch geregelt werden konnten, im Laufe der Zeit jedoch allmählich die Diätgrenze überschritten haben und somit nach früherer Auffassung insulinpflichtig werden. Bei diesen Fällen habe ich den größten Anteil an überraschend guten Erfolgen gesehen, d. h. Profilwerte, die um 250 mg% Tagesprofil lagen, konnten oft innerhalb einer einzigen Woche auf ein Durchschnittsprofil von 130—150 mg% bei entsprechender Tagesgrammausscheidung unter 20 gebracht werden. Dieses Gebiet wird in Zukunft wohl die Domäne dieses Präparates werden.

Im Laufe der Jahre sind rund 800 Diabetiker zur ambulanten Einstellung bzw. ambulanten Kontrolle durch meine Hände gegangen, so daß ich wohl, insgesamt gesehen, mich auf einen beträchtlichen Erfahrungsschatz bei meinen Beobachtungen berufen kann; einen Erfahrungsschatz, wie er wohl größer auch nicht an einer durchschnittlichen Universitätsklinik gesammelt werden kann. Zur ambulanten Einstellung auf dieses Präparat gehört natürlich auch die augenärztliche Kontrolle, die von einem freipraktizierenden Augenarzt ebensogut durchgeführt werden kann als von einer Klinik. Bei Verdacht auf Lebererkrankungen empfehlen sich außerdem die Leberfunktionsreaktionen (Takata-Ara, Weltmann-Coagulationsband usw.), die natürlich ebenfalls a m b u l a n t vorgenommen werden können. Entgleisungen über 280 mg% nach oben und 90 mg% nach unten sind bei sämtlichen

Ein- und Umstellungen auf das neue Präparat in Anbetracht der laufenden Profilüberwachung und sehr vorsichtigen stufenweisen Insulinabsetzungen nie vorgekommen. Sämtliche ambulant eingestellten Fälle sind in bester gesundheitlicher Verfassung und gehen ausnahmslos ihrem Berufe nach und werden nach Einstellung regelmäßig ambulant überprüft, um etwaigen Entgleisungen vorzubeugen. Es ist hier nicht der Raum, um auf die weitergehenden Probleme einzugehen. Ich erinnere in diesem Zusammenhang an mein Referat: Ärztl. Mitteilungen, 1956, Heft 9, S. 247 „Präventive Medizin und Diabetesüberwachung".

Ambulante oder stationäre Einstellung, es ist schließlich auch noch ein finanzielles Problem sowohl für die Krankenkassen als auch für die Patienten. In Berlin, Hamburg, Düsseldorf, Duisburg und anderen Orten wird teilweise schon seit vielen Jahren die regelmäßige fachgerechte ambulante Diabetesüberwachung durchgeführt, die durch ständige Nachprüfung und entsprechende Nachregulierung eine Stoffwechselentgleisung verhindert und somit die früher stets als ultima ratio vorgenommene Krankenhauseinweisung mit deren hohen Kosten für Kasse und Patient überflüssig macht. Auch eine immer wieder in größeren Zeitabständen vorgenommene Krankenhauseinweisung kann eine diabetische Stoffwechselentgleisung auf die Dauer nicht verhindern, da die zwischenzeitliche Kontrolle fehlte und im Alltagsleben vom Diabetiker viel grundlegende Fehler gemacht wurden (z. B. KH-arme und womöglich noch fettreiche Kost, nur prozentuale Erfassung des Harnzuckers, Blutzuckerbestimmungen im nüchternen bzw. Hungerzustand und ähnliche Dinge mehr, die oft genug über die Profilverschlampung zu den gefürchteten Spätschäden: Acidosis, Retinitis diabetica, Nephrose, Gangrän, schließlich zum Tode vieler Diabetiker führte, also schwere Folgen, die durch fachgerechte ambulante regelmäßige Überprüfung und Nachregulierung völlig überflüssig gewesen wären). Eine regelmäßige Einweisung zum Krankenhausaufenthalt mit den daraus resultierenden hohen Kosten kann weder den Kassen noch den Patienten zugemutet werden, wenn derselbe Zweck durch regelmäßige ambulante Überwachung erreicht werden kann.

Anschrift: München 2, Sendlinger Straße 55.

Ärzte vor Gericht

Von Dr. Walther Koerting

Vor wenigen Tagen ging in München ein Prozeß zu Ende, in dessen Mittelpunkt ein bekannter Chirurg und eine bewährte Operationsschwester unter Anklage fahrlässiger Tötung standen.

Es mag als ein Zeichen dafür gelten, daß einem Menschenleben wieder jener selbstverständliche Wert zuerkannt wird, auf den man in den letzten Jahren glaubte verzichten zu können, wenn das Gericht (die 1. Strafkammer des Landgerichts München I) über beide Angeklagte hohe Gefängnisstrafen, wenn auch mit Bewährungsfrist, verhängte.

Das Urteil ist noch nicht in Rechtskraft erwachsen, da innerhalb von sieben Tagen noch die Möglichkeit einer Revision besteht. Es soll weder von der Strafe als solcher, noch von ihrem Ausmaß gesprochen oder daran Kritik geübt werden. Und doch seien einige Bemerkungen grundsätzlicher Art gestattet.

Der Vorsitzende betonte in der Urteilsbegründung, daß gemäß der ständigen Rechtsprechung des Reichsgerichts und jetzt des Bundesgerichtshofes bei Vergehen von Ärzten ein besonders harter Maßstab anzulegen ist. Wieweit dies mit der grundsätzlich festgelegten Gleichheit vor dem Gesetz in Einklang zu bringen ist, sei dahingestellt. Es darf auch nicht verschwiegen werden, daß in Ärzte-, aber auch in juristischen Kreisen manche Urteile des höchsten Gerichts in der Bundesrepublik gegenüber Ärzten doch manche Zweifel aufkommen ließen. Natürlich: Der Arzt ist berufen, Leben zu erhalten. Dadurch erwächst ihm eine besondere Verpflichtung. Aber es sei darauf hingewiesen, daß man Richter und Staatsanwälte besondere Kurse besuchen läßt, um sie mit den Eigenheiten des Straßen- und Kraftwagenverkehrs vertraut zu machen. Hier aber sind Regeln festgelegt, die von jedem Verkehrsteilnehmer zu beachten sind. Anders ist es bei einer Operation. Hier kann es in jedem Augenblick verhängnisvolle Situationen geben, die — neben dem Können — nur die Geistesgegenwart des Operateurs (unter Umständen auch des oder der Assistenten und der Operationsschwester) meistern kann. Dazu kommt, daß der Operateur oft in die Lage versetzt wird, unter ungünstigen Verhältnissen (ungewohnte oder ungeschulte Assistenz, Licht, Notwendigwerden eines besonderen Medikaments) zu operieren. Dazu kommen natürlich unter Umständen auch äußere, die Tätigkeit des Operateurs beeinflussende Einwirkungen. Es ist ein großer Unterschied zwischen der verläßlich eingespielten Arbeitsgruppe an operativen Universitätskliniken, wo oft, ohne daß ein Wort gesprochen wird, der normale — es sei betont, der normale — Ablauf einer Operation sich vollzieht. Wie viele Richter oder Staatsanwälte haben schon Operationen beigewohnt, um einmal die bei plötzlichen Zwischenfällen sich folgemäßig einstellende Anspannung aller Beteiligten, die — das wird doch wohl von keiner Seite bestritten werden — das Beste wollen, selbst zu beobachten und so zu sehen, daß man bei Urteilen über „Fahrlässigkeit" sich nicht nur auf die Gutachten von Sachverständigen stützen sollte? Diese tragen zwar selbst schwer an ihrer Verantwortung, aber sind meist nicht in der Lage, dem Gericht den Ablauf, den oft dramatischen Ablauf, mit jener Eindringlichkeit darzustellen, wie eben das Wort oder Bild nicht ausreicht, solche Vorgänge, jemandem, der das nie, zumindest als Zuschauer, miterlebt hat, deutlich zu machen.

Eine weitere Frage ist die, warum eigentlich der Arzt bei einer als Fahrlässigkeit qualifizierten Handlung oder Unterlassung, also keineswegs Leichtsinn, besonders hart bestraft werden muß. Es liegen Vergleiche nahe mit dem Strafausmaß bei Vergehen oder Verbrechen, bei denen nicht ein, sondern mehrere Menschenleben durch Brutalität — man denke nur an die Straßenrowdys — Opfer wurden, oder an die Auswirkungen einer fahrlässigen Handlung durch Lokomotivführer, wo bei den durch sie herbeigeführten Zugsunglücken oft mehrere Todesopfer und zahlreiche Schwerverletzte zu beklagen sind.

Es braucht nicht besonders betont zu werden, daß bei dem eingangs erwähnten Prozeß den Angeklagten jede Möglichkeit zur Verteidigung und zur tunlichen Klärung der keineswegs ganz klaren Schuldfrage gegeben wurde.

Ungeklärt blieb jedoch, warum der Oberarzt des Krankenhauses (gleichzeitig Vertreter des Leiters der Chirurgischen Abteilung), der mit der Beobachtung der (16 Tage später gestorbenen) Patientin in den Stunden nach der Operation betraut war, zwar als Zeuge begreiflicherweise einvernommen werden sollte, seine Abwesenheit aber vom Gericht als entschuldigt angesehen wurde, obwohl er ausgerechnet am Tage des Beginns der Hauptverhandlung einen Urlaub antrat, und so seine gewiß nicht unwichtige Vernehmung unterblieb. Auf die Einvernahme einer zur damaligen Zeit gleichfalls im Operationssaal tätigen Schwester hatte das Gericht scheinbar von vornherein verzichtet, da sie als Zeugin nicht geladen wurde.

Daß der Wahrheitsfindung die späte Ansetzung des Prozesses, zwei Jahre und vier Monate nach der Operation, nicht dienlich war, braucht wohl nicht erwähnt zu werden.

In der Urteilsbegründung wurde gesagt, daß der Chirurg, der als Gastarzt in dem betreffenden Krankenhaus tätig war, die Möglichkeit gehabt hätte, gegebenenfalls durch eine Zivilklage die Durchführung seiner Anordnungen

im Operationssaal durchzusetzen. (Das Gericht hat dabei die Tatsache nicht berücksichtigt, daß die Rechte der Gastärzte in dem betreffenden Krankenhaus sehr beschränkte waren, und daß der Operateur, für den natürlich zur Ausübung seiner Tätigkeit die Möglichkeit des Operierens unerläßlich ist, diese nach Einbringung einer Klage unweigerlich verloren hätte.)

So bleiben nicht nur bei diesem Prozeß manche Unklarheiten, deren Beseitigung von grundsätzlicher Bedeutung wäre.

Bericht aus England

Von Dr. med. Paul Kellner

Aus einem Erfahrungsbericht, den ein Kollege aus eingehender Kenntnis der englischen Verhältnisse und nach längerem Aufenthalt in England der Landesärztekammer übersandt hat, geben wir nachfolgend einen Auszug wieder. Die Ausführungen sind vor allen Dingen für unsere Leser deswegen von Interesse, weil sie von scharfer Beobachtungsgabe und völlig frei von Sentiment oder Ressentiment die Verhältnisse in einem anderen Land sehen und würdigen.

Die Schriftleitung

Die akademische Jugend

Das Baccalaureat beendet die Mittelschulbildung. Es entspricht nicht ganz unserem Abitur. Die englische Mittelschule entläßt die jungen Leute früher als die deutsche. Sie paßt sich dem Natürlichen in der Entwicklung des jungen Menschen mehr an. Während bei uns die schwierigsten Passagen, z. B. in den Sprachen die Stilistik, bei den Naturwissenschaften die höhere Mathematik — um nur zwei zu nennen — begonnen werden, ohne zu einem befriedigenden Verständnis und Ergebnis zu kommen, übernimmt dies in den angelsächsischen Ländern das College, das den jungen Menschen über die Pubertätsjahre hinüberführt. Dieses erst führt die jungen Menschen an diese Probleme der eigentlichen wissenschaftlichen Lehren heran. Das scheint für uns nördliche Menschen eine günstigere Lösung zu sein.

Ein weiterer Vorrang liegt in der Beschlagnahme des jungen Menschen durch den überwiegenden Internatsbetrieb, 3 Jahre bleiben hier durchschnittlich die Jungen. Für Mädchen sind weit weniger Möglichkeiten vorhanden. Morgens ist nach dem gemeinsamen Frühstück gemeinsame Andacht mit dem gesamten Lehrkörper, anschließend Unterricht. Mittags und abends ist wieder wie morgens mit den Professoren gemeinsame Tischzeit. Die Freizeit ist knapp. Um 9 Uhr abends ist Sperrstunde mit Strafe für zu spät Kommende. Die Jungen tragen Mütze und Schal in der jeweiligen Collegetracht, dazu einen schwarzen Umhang. Nachts gehen noch heute Pedelle mit Läufern für Flüchtende durch die Straßen. Das mag recht mittelalterlich, verstaubt und überholt aussehen. Tut man aber einen Blick nach Oxford oder Cambridge, so sieht man sofort, daß das nötig ist wie die Polizei in einer Stadt, hat doch jede dieser Studentenstädte 18 bzw. 24 Colleges mit insgesamt Tausenden von Studenten. Überdies ist ein College nicht einfach ein großes Haus mit einem Garten, sondern immer ein Gebäudekomplex mit Kirche, weitläufigen Park- und Rasenflächen, oft mit Fluß und Teich. Das College ist überdies Jahrhunderte alt, und viele Stifter und Gönner haben in verschiedenen Stilen daran gebaut. Die Kirchen darin nehmen einen Ehrenplatz ein und sind eigentlich Mittelpunkt jedes College. Sie rufen einen tiefen Eindruck hervor durch ihre großartige Architektur, ihre Kunstschätze, ihre altehrwürdige Tradition und nicht zuletzt durch ihren täglichen Gebrauch durch die Lehrkörper und die Jugend.

Die Führung und Bildung der jungen Generation wird in England ganz groß geschrieben. Das sieht man an den in ihrem Unterhalt und ihrer Erhaltung kostspieligen Colleges, die vor Jahrhunderten gegründet wurden mit einem Aufwand an Kosten, der Staunen macht und durch Jahrhunderte aufrechterhalten wurde. Darin dürfte sowohl der außerordentliche Wert der kommenden Generation für die Führung des Volkes dokumentiert sein wie auch die Liebe der Nation zu ihr.

Der körperlichen Ertüchtigung und Schulung wendet das College ein großes Augenmerk zu. Wir kennen die bekanntesten Sportkämpfe in den Bootswettkämpfen zwischen Oxford und Cambridge, an denen die gesamte Nation die größte Anteilnahme zeigt. Es ist selbstverständlich, daß dort auch jede andere Sportart auf weiten und vielfältigen Sportplätzen betrieben wird. Aber auch gesellschaftlicher Schliff, Gewandtheit im Verkehr mit Erwachsenen und Angehörigen beiderlei Geschlechts auf Parties wird häufig und ernst gepflegt. Freilich wird damit ein Kodex geprägt, der sich im Volk, namentlich im Mittelstand ausgebreitet hat. Mit „It is done" und „It is not done" wird ein Ritual umschrieben und begrenzt, das ein Ausländer niemals verstehen und gegen das er immer wieder verstoßen wird. Man wird ihm diese Verstöße deshalb auch nicht übelnehmen.

Im Winchester College hatten wir einen besonders guten Führer. Er beschrieb uns eingehend das Zeremoniell der Andacht und erklärte uns die architektonischen, künstlerischen und historischen Besonderheiten der Kapelle und des Kreuzgangs und führte uns an die Grabsteine und Gedenktafeln von bedeutenden ehemaligen Zöglingen des College. So lernten wir auch achten auf die Verbundenheit der jungen Collegemitglieder weit darüber hinaus mit dem Leben hin bis zum Tod.

Nach meist 3 Jahren einer Bildung an Körper, Geist und Seele und mehrfachen Prüfungen ziehen die jungen Leute nun hinaus an die Universitäten, z. B. die Mediziner an die Universitätskliniken. Die Aufnahme an den Universitäten ist begrenzt nach Größe des Instituts, aber auch nach anderen Gesichtspunkten, z. B. spielt der Besuch und die Güte des Examens bestimmter Colleges eine Rolle. Zweifellos gibt bei der tiefverwurzelten Tradition und der Verbundenheit der ehemaligen Angehörigen der Colleges auch die Protektion einen Ausschlag.

Die Universitäten erfreuen sich einer viel größeren Freiheit als bei uns. Sie sind fast völlig selbständig in allen ihren Rechten. Der Staat greift in ihre Angelegenheiten nicht ein. Sie berufen ihre Mitglieder. Die Aufnahme eines Arztes an ein Universitätsinstitut wiederum entscheidet nicht dessen Leiter, sondern ist abhängig vom Beschluß einer Versammlung der dort tätigen Ärzte. Sein bisheriger Ausbildungsgang, sein Können entscheidet ebenso wie seine menschlichen Qualitäten. Eine sehr demokratische Einrichtung. Daß aber immer das und der Richtige gefunden wird, ist doch wohl nicht anzunehmen. Vorliebe und Abneigung dürften hier das Allzumenschliche begünstigen.

Eine neue Universität entsteht aus einer schon bestehenden heraus, und wird nicht vom Staat errichtet. Eine Universität hält eine neue evtl. in einem bestimmten Teil eines Dominions aus örtlichen und persönlichen Gründen für nötig. Ihr medizinisches Dekanat z. B. beschickt Kliniken dort mit ihren Professoren, die langsam und systematisch Forschungs- und Lehrkörper aufbauen. Erst wenn die Patenuniversität sicher ist, daß dort jedes Erfordernis, jede Voraussetzung auf eine Universität gewährleistet ist, erfolgt schrittweise die Übertragung der Universitätsfunktionen. So berichtete der mich aufs liebenswürdigste führende englische Kollege, daß die beiden westindischen Universitäten ihre medizinischen Doktorarbeiten gegenwärtig vom Guy's Hospital in London bekämen. Der Staat enthält sich jeder Einflußnahme. Seine Unterstützung richtet sich nach der Leistung der Institute. Die große Selbständigkeit der Universitäten und die Achtung des Staates vor ihrer Leistung im Dienste der Nation geht daraus hervor, daß sie die Approbation verleihen.

Der Unterricht beschränkt sich nicht so sehr auf große Vorlesungen, wie wir es kennen. Gewiß, die Vorlesung wird gepflegt. Das lebendige Wort des Universitätslehrers gibt auch dort die großen Überblicke und die Verbindung zum wissenschaftlichen Dombau. Die Angelsachsen schätzen besonders den Wert der kleinen Gruppe mit ihrem älteren

Führer, der Aussprache untereinander, der frühzeitigen und immer wiederholten ständigen Arbeit am Krankenbett, im Labor und in der Bibliothek. Vom Beginn der klinischen Ausbildung an erhalten die Studenten ihre „Fälle am Krankenbett" zugeteilt, die sie unter Aufsicht betreuen und über die sie ihren Professoren referieren. Die praktische Ausbildung des künftigen Arztes erfolgt früher und intensiver als bei uns. Sie ist genau geregelt. Die theoretische Ausbildung bleibt mehr dem Studenten überlassen. Der persönliche Kontakt zwischen Lehrer und Schüler bleibt während des ganzen klinischen Studiums bestehen.

Das Guy's Hospital ist eine der alten, großen, weitläufigen Krankenanstalten. Es hat eine fast dreihundertjährige Tradition und liegt in nächster Nähe der London Bridge, eigentlich nur durch die Docks von der Themse getrennt. Es litt erheblich unter den Bomben 1944. Seine Umgebung ist noch ziemlich zerstört. 1956 wird es einen modernen, großen Erweiterungsbau bekommen.

Im letzten Jahrhundert leuchtete über dem Guy's Hospital das Dreigestirn: Richard Bright, der 1827 das klassische Bild der Nephritis beschrieb; Thomas Hodgkin zeigte das Syndrom der Lymphogranulomatose 1832 auf, und Thomas Addison wurde am berühmtesten durch seine Arbeit über die Erkrankungen der Nebennieren, den „Morbus Addison", 1855. Wie viele „Große" fand er bei Lebzeiten keine Anerkennung, weil die „Kleinen" die Tragweite seiner Leistung nicht erkannten. Er starb schließlich von schweren Leiden gequält, schon seit seiner Jugend zu Depressionen neigend, in tiefer Melancholie. In der Elisabeth-Kapelle von Westminster ist seine Gedenktafel eingelassen. Das Grab des großen „Guys-Man" liegt in der Nähe von Carlisle.

Die mir zugänglichen Operationsräume waren absichtlich klein gehalten, im übrigen mit denselben Einrichtungen wie bei uns ausgestattet. Schräg über dem Operationstisch hat man durch eine verglaste Estrade einen guten Überblick aus etwa 2—3 m Entfernung auf das Operationsfeld. Das Guy's Hospital ist ein selbst für Londoner Verhältnisse großes Institut, an dem namhafte, international bekannte Professoren tätig sind. Ein Juwel ist die Bibliothek. Die Parterre-Flucht eines Gebäudeflügels mit bequemen, ruhigen Seitennischen wird von einer eigenen Sekretärin betreut. Eine große Zahl von Zeitschriften, hauptsächlich des angelsächsischen Schrifttums, ist vorhanden neben den bis zum Neuesten ergänzten vielfältigen medizinischen Werken. Trotz der Sommerferien war die Bibliothek von zahlreichen Studenten frequentiert, die sichtlich alle Hautfarben und Nationen repräsentierten. Die Auffindung bestimmter Themen wird den jungen Leuten durch einen jährlichen Sammelindex wesentlich erleichtert.

In der Pathologie überraschte die Großzügigkeit der Lehrmittelabteilung. Vier größere Räume mit Emporen stehen zur Verfügung mit Dutzenden von Situs- und Hunderten von Spirituspräparaten, die jeder Besucher sich zum Studium aus dem Regal nehmen kann. Eine kurze, prägnante Krankengeschichte dazu findet sich auf Kartonkarten in Kästchen an der Balustrade.

Ein eigener Raum ist dem Gedenken Addisons gewidmet, der hier seine grundlegenden Untersuchungen über die Nebennierenerkrankungen ausführte. Seine Originalarbeiten und -präparate haben hier eine pietätvolle Stätte gefunden.

Am Eingang zum Hospital fand ich einen Anschlag, auf dem neben den Operationen des Tages eine „Ausstellung" angekündigt war. Diesmal „Frakturen der Wirbelsäule". Später fand ich dann unter dieser „Ausstellung" einen kurzen Lehrgang von anatomisch-pathologischen Präparaten, Röntgenbildern, Krankengeschichten und Diagnosen, Therapie und Prognose, einschließlich eingehender krankengymnastischer Vorschläge. Diese „Ausstellung" soll, wie man mir versicherte, häufig wechseln. Eine eindrucksvolle und vorbildliche Maßnahme gezielter Ausbildung.

Die jungen Mediziner werden von Anfang an zur praktischen ärztlichen Arbeit angeregt. Die verantwortliche ärztliche Tätigkeit beginnt viel früher als in unserer Ausbildung. Schon im letzten Semester tut der Medizinstudent Dienst in der „Poliklinik" des Krankenhauses. Die Poliklinik ist die Aufnahmeabteilung, meist verbunden mit der Ambulanz. Seine Aufnahmearbeit wird nachgeprüft von Assistenzärzten. Mindestens am selben Tag abends sieht der Stationsarzt den Kranken. Unterdessen hat der Student evtl. notwendige spezialärztliche Begutachtungen und Laborarbeiten durchführen lassen und den Fall möglichst diagnostisch geklärt.

Nach dem Examen, das nach dem ganzen Ausbildungsgang eine wesentlich sicherere Beurteilung ermöglicht als unsere im großen ganzen theoretische Staatsprüfung mit ihren Zufallstreffern, widmet sich der junge Arzt ein Jahr ganz der klinischen Ausbildung in verantwortlicher ärztlicher Tätigkeit. Diese muß die vier Hauptfächer umfassen: Innere Medizin, Chirurgie, Frauen- und Kinderkrankheiten. Es ist ein großer Vorzug in den angelsächsischen Ländern, daß praktisch nur Krankenhäuser, die alle vier Abteilungen umfassen, die Jungärzte ausbilden können. Diese haben auch die Auflage, Prosekturen und bakteriologische Abteilungen zu führen. Dieses praktische Jahr wird als Ehrendienst an der Nation betrachtet und auch entsprechend honoriert. Der turnusmäßige Wechsel auf den vier Abteilungen innerhalb einer solchen Anstalt bringt dem jungen Arzt, zusammen mit der ihm übertragenen Verantwortung, eine solide und umfassende Ausbildung. Es ist tief bedauerlich, daß unsere Jungärzte seit eh und je als notwendiges Übel und fünftes Rad monate- und jahrelang mitlaufen, ohne über das unbeteiligte Zuschauertum hinauszukommen. Diesen Vorwurf kann man namentlich unseren Universitätskliniken nicht ersparen.

Erst nach Abschluß dieser Ausbildung und Erhalt der Approbation leistet der fertige Arzt seinen Militärdienst mit 18 Monaten ab. Daneben gibt es auch eine Möglichkeit, sich frühzeitig dem militärärztlichen Dienst zuzuwenden, ähnlich wie in unserer früheren Militärakademie. Am Grundsatz der vorgeschilderten ärztlichen Ausbildung wird aber dadurch nichts geändert. Auch in England hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, daß der gut funktionierende Sanitätsdienst ein wesentlicher Teil der Schlagkraft eines Heeres ist. Die Amerikaner, die zweifellos auch in dieser Hinsicht die Fortschrittlichsten sind, hatten im zweiten Weltkrieg von 1000 Mann durchschnittlich 45 Mann außer Gefecht, davon waren 29 Kranke, 8 Unfälle ohne Zusammenhang mit dem Kampf und 8 im Kampf Verletzte. Im ganzen verlor Amerika im 2. Weltkrieg 240 000 Soldaten durch Feindeinwirkung, 51 000 (!) durch Unfälle und nur 14 000 durch Krankheit. Im Koreakrieg konnten 98% aller Verwundeten am Leben erhalten werden. 70% davon kehrten in den Kampf zurück.

In früheren Kriegen war der Verlust an Krankheitstoten umgekehrt außerordentlich hoch und vernichtete zuweilen ganze Heere. Damals mußten ungezählte Verwundete in den Militärspitälern an Spitalbrand sterben. Daß diese nicht durch Feindeinwirkung verlorene Menschenkraft der Heere bis zum Krimkrieg sehr oft kriegsentscheidend war, kann ebensowenig bestritten werden, wie die Tatsache, daß die ärztlichen Erkenntnisse der letzten 70—80 Jahre diese schwere Gefährdung der Heere beseitigt haben. Nicht nur in England besteht kein Zweifel, daß die Kampfkraft der Truppe durch einen guten Sanitätsdienst wesentlich gehoben wird, daß aber auch die Moral der Truppe gesteigert wird, wenn sie einen fähigen und einsatzbereiten Arzt mit den notwendigen Helfern und Schwestern und einer guten Lazaretteinrichtung hinter sich weiß.

In England hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, daß es nicht mehr genügt, Kriegsdienstverweigerer, Schwachköpfe und Halbkranke zum Sanitätsdienst abzustellen. Es wird dort dringend nötig empfunden, das männliche Sanitätspersonal im Militärlazarett oder Zivilkrankenhaus auszubilden. Auch die Ausbildung von geeigneten Schwestern und Schwesternhelferinnen in größtem Umfang wird als Gebot der Menschlichkeit betrachtet im Hinblick auf den Krieg, der künftig vom ersten bis zum letzten Tag das gesamte Volk treffen wird. Es ist bekannt, daß das englische Königshaus diesem Dienst seine meisten weiblichen Mitglieder zur Verfügung stellt.

Die Sanitätsoffiziere haben sich auch in England in einem Jahrhundert die Gleichberechtigung mit dem Truppenoffizier durch ihre oben geschilderte wertvolle ärztliche Arbeit errungen. Ihre Dienststellung als Offizier aus Ressentiment wieder aufzugeben, würde weder ihnen noch dem Soldaten schlechthin einen Dienst erweisen. So wie dem Truppenführer muß auch dem Chefarzt des Lazaretts die Führung desselben in jeder Hinsicht vorbehalten bleiben. Ein Verwaltungsbeamter oder Truppenoffizier wird niemals Gleichwertiges leisten können. Die ärztlichen Belange sind grundverschieden von allen anderen. Jeder ehemalige Sanitätsoffizier kennt die völlig verschiedene Moral des gesunden Soldaten von der des verwundeten und kranken. Die Offiziere machen hier keine Ausnahme. Die Erfordernisse einer Sanitätsdiensteinheit kann nur der leitende Arzt beurteilen. Niemand wird daran denken, einem Fliegerhorst einen Verwaltungsbeamten als Chef zu geben oder einem Pionierbataillon das gleiche zuzumuten. Die Verantwortung liegt, wie dort beim Flieger und Pionier, im Lazarett beim Arzt. Man tut gut, diese auch bei ihm zu belassen.

Die ärztliche Praxis

England hat den Weg des Vorsorgungsstaates gewählt. Dadurch ist auch der fernere Weg des Arztes vorbezeichnet. Nach dem Militärdienst, der häufig in den Kolonien abgeleistet wird, bildet sich der junge Arzt meist noch einige Zeit weiter, bevor er in die Praxis geht. Entweder übernimmt er eine bestehende Praxis, was als selten angegeben wird, oder er wird, was häufiger ist, Assistent eines älteren Kollegen und später dessen Associer; oder es bleibt ihm nichts anderes übrig, als „sein Schild herauszuhängen" und anzufangen.

97% der englischen Bevölkerung sind im National Health Service zusammengefaßt, d. h. praktisch die gesamte Bevölkerung wird kostenlos behandelt. Deshalb lenkt der Gesundheitsdienst auch schon in gewissem Umfang die Niederlassung. Hempstead, ein bevorzugtes Londoner Wohnviertel, wurde als mit Ärzten übersetzt bezeichnet. Deshalb soll dort kein Arzt mehr die Arbeitserlaubnis bekommen, d. h. es besteht der gleiche Zustand wie bei uns zwischen Recht der Niederlassung und Möglichkeit der Zulassung. Der Unterschied besteht eigentlich nur darin, daß der Engländer nicht versucht, dem ewig fluktuierenden Leben so paragraphenmäßig starre Fesseln anzulegen als der Deutsche. Es gibt dort noch viele ungeschriebene Gesetze.

Und was „it is done" und „it is not done" im bürgerlichen Leben als Brauch und tabu in vielfältigen Variationen vom Ausländer mit Erstaunen registriert wird, gilt bis in das ärztliche Leben hinein ebenso.

Wie arbeitet nun der freipraktizierende Arzt in England? Ich lernte eine Arztpraxis in einem Arbeiterviertel im Süden der Stadt kennen und kann nur darüber berichten.

Das Arzthaus liegt von seiner Umgebung nur durch das Arztschild unterscheidbar freundlich an breiter, heute am Sonntag stiller Straße in Croidon. Der Hausherr führte uns, einen deutschsprechenden argentinischen Kollegen und mich, in den sitting room. Bei Kaffee und Gebäck beantwortete er geduldig stundenlang unsere vielen Fragen.

Die Ärzte führen ein Register von eingeschriebenen Leuten, nicht Patienten. Je nach Beliebtheit haben die Kollegen zwischen 1500—3000 Eingeschriebene. Diese brauchen nicht krank zu sein. Die Eintragung in das Register hat den Zweck, den Arzt im Krankheitsfall auch in Anspruch nehmen zu können, oder in gesundheitlichen Fragen allgemeiner Natur sich beraten zu lassen. Er wird also nicht nach Krankheitsfall oder Leistung bezahlt. Er ist Sprengelarzt und versorgt nicht nur seine Kranken, sondern überwacht auch seine anderen Klienten. So erzählte uns der Kollege stolz, daß er im vergangenen Winter eine große Zahl davon mit Karte vorlud und sie je nach Notwendigkeit behandelte oder unbehandelt wieder entlassen konnte. Auf die Frage, woher er die Leiden und Krankheiten seiner Registerleute kenne, hörten wir, daß für diese eine Krankengeschichte vom zuständigen Arzt angelegt würde, die entweder beim ursprünglichen Arzt bliebe oder bei Wohnungswechsel über den nationalen Gesundheitsdienst zu seinem Nachfolger geschickt würde. Die Krankengeschichten gingen nur über den ärztlichen Dienst und kämen niemand sonst zu Gesicht.

Er führte uns, um die Sache in ihrer Einfachheit zu demonstrieren, in das Zimmer seines Sekretärs. Dort entnahm er einem Schrank einen Kasten und griff wahllos Karten heraus. Viele hatten überhaupt keinen Eintrag. Diese Leute kannte er gar nicht. Andere Karten enthielten, wie häufig bei uns auch, in einem Faltkarton Krankengeschichten und Befunde. Auf einer war z. B. eine akute Nierenentzündung vor einigen Jahren eingetragen. Diese Frau wurde vorgeladen und neben klinischen Untersuchungen durch den Kollegen in der Poliklinik des nächsten Krankenhauses eine Reihe fachärztlicher Untersuchungen vorgenommen. Die Patientin konnte als gesund befunden werden. Ein Mann kam nach einer früher durchgemachten Lungentuberkulose auf gleiche Weise zur Untersuchung und wurde als nicht mehr ganz einwandfrei einem Sanatoriumsaufenthalt zugeführt. Eine Frau war wegen einer früheren Portio-Erosion auf Antrag des Kollegen fachärztlich wiederholt kontrolliert worden ohne pathologisches Ergebnis; ein Kind war nach einer Diphtherie auf zurückgebliebene Herzschädigung geprüft worden. Interessant war zu hören, daß Fürsorgeeinrichtungen des Medizinalwesens nicht existieren, und ebenso wurde die Frage nach einem englischen Heilpraktikergesetz verneint, ja die Existenz von Kurpfuschern absurd gefunden.

Der englische nationale Gesundheitsdienst überträgt demnach dem freipraktizierenden Arzt eine sehr weitgestellte Aufgabe. Neben seiner bisherigen ärztlichen Tätigkeit in der Krankenbehandlung hat er nun auch eine solche rein vorsorglicher Natur auszuüben. Außerdem steht er als Sprengelarzt jedem Engländer seines Registers in ärztlichen Fragen zur Verfügung, d. h. daß auch die ärztliche Fürsorge und Vorsorge in seinen Händen liegt. Der Dienst der englischen Amtsärzte beschränkt sich auf die alten Aufgaben der Hygiene und Überwachung allgemeiner gesundheitlicher Erfordernisse. Er dürfte unserem staatlichen Gesundheitsdienst entsprechen vor seiner Auswertung auf die rein ärztlichen Gebiete.

In England wird vom Arzt allerdings verlangt, sich in ärztlichen Klubs und Gesellschaften über notwendige berufliche Kenntnisse und Erfordernisse zu informieren und fortzubilden. Jedoch sind auch dafür keine Gesetze und ministeriellen Verordnungen erlassen. Die ärztlichen Berufseinrichtungen sind so angesehen und einflußreich, daß ihrem Rat und Beispiel aus freien Stücken entsprochen wird.

Die Praxis des englischen Kollegen bestand aus drei Räumen, einem Wartezimmer mit eigenem Eingang vom Vorgarten aus, dem Zimmer des Sekretärs und dem Sprechzimmer. Jeder Raum umfaßte etwa 14—16 qm. Im Sprechzimmer Schreibtisch, Untersuchungsbett und Waschgelegenheit, flankiert von zwei schmalen, kleinen Wandschränken aus Holz. In diesen ganz wenige einfache Instrumente, ein paar Rekordspritzen in Alkoholbehältern und einige Schachteln Ampullen. Die Kollegen in der Stadt machen keine Laborarbeiten, keine chirurgischen oder sonstigen Untersuchungen oder Behandlungen, auch keine physikalischen Behandlungen. Ihre Tätigkeit besteht in einfacher klinischer Untersuchung und Beratung. Alle Technik erledigt die „Poliklinik" des Krankenhauses.

Diese Einrichtung ähnelt unserer alten Poliklinik sehr. Alle technischen und fachärztlichen Untersuchungen werden dort erledigt. Die freipraktizierenden Ärzte verweisen ihre Patienten dazu dorthin, nicht zum Facharzt in der Stadt. Von dort bekommt er das Ergebnis zurück. Er sieht seinen Patienten z. B. mit einem Radiusbruch trotzdem immer wieder, natürlich auch bei intercurrenten Erkrankungen, Gutachten usw. Nach Abschluß der fachärztlichen Behandlung betreut er ihn wieder ganz allein. Eine direkte Konsultation der Fachärzte ist nur bei privaten Verrechnungen möglich und auch diese spielt sich meist in der Poliklinik ab. Diese Art der ärztlichen Arbeit ist also grundverschieden von unserer. Es wurde gesagt, daß die englischen Kollegen mit dieser Tätigkeit zufrieden wären. Hausbesuche wären in der Minderheit, namentlich nachts. Der Praktiker ist rein ärztlicher Berater geworden.

Der Arbeiter verdient in England sehr gut, noch besser als bei uns; er braucht für seinen Arbeitsplatz infolge

der Vollbeschäftigung nicht zu bangen; das milde Klima bringt im Winter fast keine Arbeitsunterbrechung mit sich; er scheint genügsamer und zufriedener wie bei uns; er fühlt sich im Schutz seiner Organisation, der Gewerkschaft, geborgen; er braucht keine Überstunden zu machen; letztere und Nebenverdienst werden sogar nicht gerne gesehen; er genießt die freien Samstage und Sonntage als wirkliche Ruhetage; er glaubt, der Schutz vor Krankheit und Alter im nationalen Gesundheitsdienst genüge ihm; er erkennt das Häuschen, das ihm aus Staatsmitteln oder Gemeindezuschüssen subventioniert wurde, dankbar an; er dürfte aus einem Revolutionär früherer Zeit durch all das für ihn Erreichte zu einem staatserhaltenden Element geworden sein.

Apropos Arbeit. Die Arbeitszeit, die Arbeitsintensität, die Einstellung des Menschen zur Arbeit, sie alle scheinen mit unserer Auffassung zu differieren. Bei uns ist man bestrebt, die Arbeitsstunden durch mögliche Leistung auszufüllen und sich darüber zu freuen, wenn mehr geleistet wird, als angenommen wurde. In England dagegen gilt die zu erwartende Leistung allein, d. h. man kann Arbeiter sehen, die auf ihrem Arbeitsgerät sitzend das Ende der Arbeitszeit erwarten, weil sie ihr Soll erfüllt haben. Solch ein Anblick stimmt recht nachdenklich. Nicht nur weil die Gewerkschaft streng auf Einhaltung der vorausbestimmten Leistung sieht — sie droht mit Ausschluß und Streik, wenn darüber hinaus Leistungen erfolgen; z. B. Vor Ort eine bestimmte Tonnenmenge von Kohle, beim Maurer eine bestimmte Menge Ziegelsteine —, sondern weil trotz dieser Schonung des Arbeiters die Herz- und Gefäßkrankheiten auch bei ihm an der Spitze der Todesursachenstatistik und des zu frühen Rentendaseins stehen. Die Ursache des immer häufiger werdenden frühzeitigen Todes und der zu frühzeitigen Invalidisierung durch Herz- und Gefäßkrankheiten scheint man demnach ganz wo anders suchen zu müssen, als bisher angenommen wird.

Als Deutsche müssen wir allerdings bezüglich der sozialen Sicherheit Bedenken anmelden. Die Altersversorgung durch Renten, deren Hauptanteil der Staat trägt, dürfte nicht so volikommen gesichert sein, als es vielleicht gegenwärtig den Anschein hat. Der liberale Abgeordnete Lord Beveridge sah ursprünglich nur für diejenigen Arbeitnehmer Vollrenten vor, für die die notwendigen Beiträge und Staatszuschüsse schon eingezahlt und vorhanden waren. Die Labourregierung machte aber die Vollrenten für alle Rentner zum Gesetz. Dadurch wird ein primäres Defizit, die sog. „alte Last", mitgeschleppt, das sich natürlich erhöhen wird mit steigender Rentnerzahl. Es wird für 59/60 auf 120 Millionen £, 69/70 auf 255 und 79/80 auf 364 Millionen £ geschätzt. Dazu kämen noch 79% Staatszuschuß des nationalen Gesundheitsdienstes (= 300 Millionen £ 1953) und die ganzen Fürsorgelasten von 126 Millionen £.

Vergleicht man deutsche Zahlen, so ergeben sich 1953 für die gesamten sozialen Leistungen 9,2 Milliarden DM. die allerdings die Kriegsopferversorgung mit 3 Milliarden und die Sozialleistungen für Berlin mit 566 Millionen enthalten.

Tragbar erscheint die künftige Liquidität der englischen Rentenversorgung nur dann, wenn die Vollbeschäftigung bestehen bleibt. Andernfalls müßte der Steuerzahler auf vieles Private, vielleicht Lebensnotwendige, verzichten, um die Beträge für die Rentenversicherung aufzubringen, oder die Renten müßten gekürzt werden, oder es müßte beides eintreten. Es darf wie in jedem zivilisierten Volk auch beim englischen angenommen werden, daß die Rentner erheblich zunehmen werden. Gegenwärtig trifft ein Rentner auf fünf Beitragszahler, bald werden es aber einer auf vier sein. Die Zukunft der Rentenversorgung dürfte wohl auch in England völlig dunkel und ungewiß sein. Man wundert sich, daß der Gesetzgeber die Augen vor dieser dunklen Zukunft verschließt.

In Deutschland ist das Verhältnis Rentner : Erwerbsperson auch heute schon ungleich schlechter. 1953 mußten grob gesagt vier Beitragszahler drei Sozialversicherungsempfänger unterhalten. Der Zugang von Rentnern wird bei uns ungefähr im gleichen Verhältnis wie in England erfolgen. Die Formel 3 : 4 statt wie bisher 4 : 3 wird wohl 1965 erreicht sein Was dann? Die schon jetzt kaum mehr tragbare Belastung des einzelnen und des staatlichen Haushaltes durch die Sozial-, besonders die Rentenlast, wird die Errichtung des Versorgungsstaates bei uns bis zur Unmöglichkeit erschweren, wenn nicht die primitiven Existenz- und Lebensnotwendigkeiten der arbeitenden Generation zerstört werden sollen. Die Diktatur eines einzelnen Menschen oder einer Gesellschaftsschicht, auch die des Proletariats, wäre gezwungen, die Rentengewährung und ihren Genuß drastisch einzuschränken. Das beste Beispiel bietet Ostdeutschland.

Die Art der Erfassung der Bevölkerung zu 97% durch den National Health Service, die Tätigkeit der freipraktizierenden Ärzte und die Tätigkeit der Fachärzte in Polikliniken bedingt eine andersartige Vergütung. Für Krankenhäuser und Spezialbehandlung werden 53% der Gesamtausgaben angegeben, die allgemeine ärztliche Versorgung mit 15%. Unsere Vergleichszahlen geben nach Abzug des Krankengeldes für ärztliche ambulante Versorgung mit 33% und ebenso für Krankenhausbehandlung, zusammen 66%. Die Engländer rechnen 69% dafür. Es scheint, als ob die Kosten für die gesamte ärztliche Betreuung im Wohlfahrtsstaat nicht gesenkt werden könnten, auch nicht bei Anwendung des zentralen ambulatorischen Betriebs. Dies ist für uns Ärzte nichts Neues. Die Überschreitung gewisser Größen im ärztlichen Bereich läßt die Unkosten plötzlich wieder und sogar empfindlich ansteigen. Das hat die Kostenstrukturerhebung 1950 bei der Ärzteschaft schon eindeutig bewiesen.

In England werden einige Kosten, die in der RVO den Gesamtausgaben angehören, ausgeklammert und den Kranken aufgebürdet, so Kostenteile der Augenbehandlung. Rezeptgebühren, kleine Heilmittel, in erheblicher Zahl. Die Mütterschaftshilfe wird aus der Familienversicherung herausgenommen durch die Auflage, die werdenden Mütter in die zahlenden Mitglieder einzugliedern. Es sind noch weitere Streichungen der Ausgaben vorgesehen, so daß sich die Gesamtausgaben auf Kosten der versicherten Kranken um erheblich mehr als 4% senken werden. Die ständig wachsenden Lasten zwingen auch im Versorgungsstaat dazu. Wenn die Bevölkerung erst auf den Geschmack kommt, hier unwiderbringlich verlorener Betrag — hier Möglichkeit der unbegrenzten Entnahme bei tatsächlicher, vorgetäuschter oder eingebildeter Krankheit werden noch mißlichere Verhältnisse als in unserem Versicherungssystem auftreten.

Im ganzen kann gesagt werden, daß die Anwendung des Versicherungsprinzips, wie es die Bundesrepublik demonstriert, billiger arbeitet als der Versorgungsstaat. Dabei haben die RVO-Kassen in Deutschland seit 1948 unglaubhaft hohe Vermögensansammlungen und langfristige Kapitalanlagen tätigen können, was im System des Versorgungsstaates nicht möglich ist. Es erhebt sich folgerichtig die Frage, was wohl aus dem Apparat der deutschen Kassen würde, wenn wir uns den Versorgungsstaat zu eigen machen würden? Ihre Rolle als Machtfaktor, den sie gegenwärtig doch zweifellos innehaben, wäre ausgespielt und ginge im großen anonymen Staatsapparat unter.

Der nationale Gesundheitsdienst in England ist zunächst immer noch ein großes Experiment. Daran wird ständig

weiterverbessert. So geht man daran, die Ärzte wieder mehr an die Patientenbehandlung heranzuführen, indem man ihnen die Möglichkeit gibt, als Belegärzte ihre Kranken im Krankenhaus wieder selbst zu behandeln. Andererseits schließen sich die englischen Ärzte selbst neuerdings in Gruppen zusammen, die die Betreuung ihrer Patienten innerhalb dieser Kreise selbst vornehmen wollen. Wahrscheinlich ist das der Beginn einer werdenden Phalanx gegenüber falschen und übermäßigen Forderungen der bürokratischen Überorganisation.

Nun aber zur ärztlichen Vergütung. Der freipraktizierende Arzt bekommt für jedes seiner Registermitglieder einen festen Betrag, der im Jahr mit Gutachten rund 1 £ beträgt. In London rechnet man durchschnittlich 2000 bis 3500 eingeschriebene Mitglieder pro Arzt. Von 3501 an nach aufwärts gibt es keine Entschädigung mehr, weil die Möglichkeit ausreichender Betreuung dann verneint wird. Es ist gleichgültig, ob sich diese Mitglieder im Krankenhaus, Sanatorium oder in einer Heilanstalt befinden. Dadurch bekommt der Arzt praktisch noch 20 Jahre lang und länger seine Vergütung bei einer Einweisung eines Patienten wegen Geisteskrankheit oder einer anderen Pflegekrankheit. Der englische Gesundheitsdienst sieht im praktischen Arzt den Betreuer seines Sprengels, den Hausarzt.

Die Unkosten des freipraktizierenden Arztes sind unter den oben geschilderten Praxisverhältnissen wesentlich geringer und werden durchschnittlich mit 15—20% bewertet; im Gegensatz zu 50% und mehr in der Bundesrepublik. Die Inanspruchnahme des englischen Arztes ist auch wesentlich geringer, seine Tätigkeit weit weniger aufreibend, während in unseren Verhältnissen von einer ausgesprochenen Fronarbeit und Ausbeutung mit guten Gründen gesprochen werden kann. In England stehen dem Arzt vier Wochen Urlaub zu, Vertreter wird vom Gesundheitsdienst gestellt und bezahlt. Für Fortbildung gilt das gleiche.

Die technischen Leistungen, die ein Landarzt selbst vornehmen muß, werden nach Leistung bezahlt. Ich hatte leider keine Gelegenheit, eine Landpraxis kennenzulernen. Sicherlich sind auch die Kleinstadt- und Großstadtpraxen nicht gleich, da sich die individuelle Tätigkeit der Ärzte naturnotwendig weitgehend voneinander unterscheidet, und der Gesundheitsdienst diese unangetastet läßt, aus der dort seit alten Zeiten geläufigen Erkenntnis notwendiger Toleranz gegenüber dem einzelnen Mitmenschen. Der Engländer würde es absurd finden, sich über einen Löffel balbieren zu lassen, it is even not done!

Die vorstehenden Aufzeichnungen über Reiseeindrücke in England erheben nicht den Anspruch auf Vollständigkeit. Sie geben Erfahrungen wieder, die zu Vergleichen anregen, Unterschiede aufzeigen und Vorbildliches darstellen. Ihre Kenntnis ist nicht nur interessant, sondern könnte in manchem als nachahmenswert bezeichnet werden. Möchten möglichst viele Medizinstudierende von der Möglichkeit des Austausches in die angelsächsischen Länder Gebrauch machen!

Anschrift des Verfassers: Traunstein, Ludwigstr. 31.

MITTEILUNGEN

Die Krebsbekämpfung in Bayern

Nach Abschluß der Vorarbeiten und Vorliegen der Zustimmungserklärungen der einzelnen Ministerien, Sozialversicherungsträger, Körperschaften und Verbände fand am 23. Mai 1956 die Konstituierung der Arbeitsgemeinschaft zur Krebserkennung und Krebsbekämpfung unter dem Vorsitz des Präsidenten der Bayer. Landesärztekammer, Dr. Sewering, statt. Damit ist der Aufforderung des Landesgesundheitsrates, dessen Vorsitzender Abg. Dr. Soenning an der Sitzung teilnahm, entsprochen. Der unter der Leitung von Prof. Dr. Bickenbach stehende Wissenschaftliche Beirat wurde ersucht, zu einer Reihe grundsätzlicher und wichtiger Aufgaben, so zur Frage der Nachbehandlung von Krebskranken, Stellung zu nehmen. Ein besonderes Augenmerk wird der Errichtung bzw. Ausstattung der Laboratorien zur Zellgewebsuntersuchung zuzuwenden sein. Präsident Dr. Sewering sagte den vollen Einsatz der Bayerischen Landesärztekammer, die mit der Federführung betraut wurde, zu. Großer Wert wurde auf eine enge Fühlungnahme mit der Presse und dem Rundfunk gelegt. Mit Dank und Befriedigung wurde das große Interesse und die Bereitwilligkeit der in der Arbeitsgemeinschaft vertretenen Ministerien, Körperschaften und Verbände zur Kenntnis genommen. Ae. Pr. Mü.

Eine Feststellung

Die Arbeitsgemeinschaft zur Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern (Geschäftsstelle: München 23, Königinstraße 85/III), in der die Vertreter der an der Krebsbekämpfung interessierten Ministerien, Universitäten, Sozialversicherungsträger, Körperschaften und Verbände vereinigt sind, legt auf die Feststellung Wert, daß sie mit dem sogenannten II. Internationalen Krebskongreß in München und mit der Gründung eines sogenannten Internationalen Krebsinstitutes keinerlei Zusammenhang hat. Ae. Pr. Mü.

Arzt haftet bei Arzneimittelirrtum der Krankenschwester

In einer am 4. 4. 1956 veröffentlichten Entscheidung hat der Bundesgerichtshof in Karlsruhe festgestellt, daß der Arzt die Krankenschwester über die Gefährlichkeit eines Arznei- oder Kurmittels eingehend unterrichten muß, sobald er ihr die Anwendung des Mittels überläßt. Wenn er das nicht tut, muß er die Folgen eines Versehens der Schwester tragen. Der Arzt kann dann zum Schadenersatz herangezogen werden. (Aktenzeichen 6 ZR, 302/54 v. 7. 2. 1956.)

Die Unterlassung einer Röntgenuntersuchung

zwecks Feststellung des Heilungsprozesses ist nach einem Urteil des Amtsgerichts Hagen (9 C 863/53) schuldhaft. In dem betreffenden Fall hatte ein Arzt einer Patientin mit Bruch des linken Mittelfußknochens und einem vierzehntägigen Gipsverband die ersten Gehversuche ohne Vornahme einer Röntgenuntersuchung gestattet. Die Patientin mußte sich dann zur Einrichtung der Fehlstellung des Bruches einer Operation unterziehen. Die für die Kosten der Behandlung aufkommende Krankenversicherung klagte den Arzt auf Schadenersatz. Das Gericht gab der Klage statt. ID

Schutz vor radioaktiven Strahlen

Gegenwärtig arbeiten in der Bundesrepublik 60 000 bis 70 000 Menschen mit energiereichen Strahlen, wobei Kranke nicht eingerechnet sind, die aus diagnostischen oder therapeutischen Gründen mit Röntgenstrahlen und Isotopen in Berührung kommen. Wie Untersuchungen ergaben, die das Freiburger Radiologische Institut durchgeführt hat, waren in Betrieben, die mit Röntgenstrahlen arbeiten, zirka 4% der dort Beschäftigten einer Dosis von Strahlen ausgesetzt, die jene im Jahr 1950 international festgesetzte Höchstgrenze überschreitet. Die Strahlenbelastung der heute mit radioaktiven Substanzen arbeitenden Menschen ist meistens um ein Vielfaches größer. Es müssen Schutzmaßnahmen vorbereitet werden, da die Zahl der mit Isotopen Arbeitenden rasch zunehmen wird. Die damit verbundenen Gefahren können von den Betroffenen noch nicht übersehen werden. Deswegen ist eine Überwachung an jedem einzelnen Arbeitsplatz notwendig sowie eine genaue Regelung der Arbeits- und Freizeit. In der nordamerikanischen Reaktoranlage Hanford wird peinlich genau darauf geachtet, daß kein Arbeiter im Jahr einer stärkeren Belastung ausgesetzt wird als insgesamt 3 r.

Gewerbliche Wirtschaft spendete eine Million DM

Der Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft wird für die Förderung des akademischen Nachwuchses im Jahre 1956 aus freiwilligen Spenden der Gewerblichen Wirtschaft eine Million DM zur Verfügung stellen können. HD

Stand der Planung für den Neubau der Münchener Kliniken

In den Jahren nach 1950 wurde die Frage eines Neubaues der durch Kriegseinwirkung beschädigten und veralteten Münchener Universitätskliniken immer dringlicher. Vom Bayerischen Staat wurde deshalb das räumlich begrenzte Gelände am Sendlinger-Tor-Platz, auf dem der Großteil der Münchener Universitätskliniken untergebracht ist, 1953 von der Stadt München angekauft. Im Verlaufe der Vorplanung ergab sich nach den Erfahrungen mit Krankenhausbauten im In- und Ausland die Notwendigkeit, die Errichtung einer zentralen Klinikaniage mit Instituten am Stadtrand in Betracht zu ziehen. Der Bayerische Ministerrat beschloß am 16. 8. 1955 in diesem Sinne, die neuen Kliniken am Stadtrand zu errichten. Als am besten geeignetes Gelände ergab sich eines bei Großhadern, das andere am Nordostrand des Perlacher Forstes in Harlaching. Bemühungen des Bayerischen Staatsministeriums für Unterricht und Kultus, die Unterstützung des Finanzministeriums für den Erwerb des erstgenannten Geländes zu erhalten, verliefen bisher ergebnislos; gleichzeitig richtete das Kultusministerium im Einverständnis mit der Medizinischen Fakultät der Universität München seine Bestrebungen auf das staatseigene Gelände am Perlacher Forst. Ein möglicher Nachteil ist hier die Nähe des Flugplatzes Neubiberg. Das Bauprogramm einschließlich der Einzelplanung wird bis August 1956 fertiggestelit sein. Nach Genehmigung desselben beginnt die architektonische Planung und die Ausarbeltung der technischen Einzelpläne. Bis zum Beginn dieser Planungsarbeiten, die unter Berücksichtigung der Größe des Projekts ungefähr zwei Jahre in Anspruch nehmen werden, ist die Frage des Baugeländes geklärt. Die Bereitstellung ausreichender Mittel ist noch erforderlich. ID

Die Notlage der Krankenanstalten

Auf Grund von zwei Anfragen von Abg. Dr. Soenning (CSU) erklärte das Innenministerium im Bayerischen Landtag, daß der Entwurf des Haushaltsplanes für 1956 wiederum Zuschüsse in Höhe von 500 000 DM für die Abdeckung des Krankenhausnachholbedarfes vorsehe. Es nahm auch Stellung zu der Vorlage eines Sanierungsplanes für die privaten und karitativen Krankenhäuser. Die Bedeutung gerade der freigemeinnützigen und privaten Anstalten komme in dem beträchtlichen Anteil zum Ausdruck, den sie an der Gesamtbettenzahl aller Krankenanstalten in Bayern haben. Während die öffentlichen Krankenanstalten nach den letzten Unterlagen 74,7% aller Betten stellten, fallen auf die freigemeinnützigen Anstalten 18,4% und auf die privaten Anstalten 6,9%. Der Ausnützungsgrad betrage bei den freigemeinnützigen Anstalten 89,7%, bei den öffentlichen 85,5% und bei den privaten Anstalten 73,7%. Einen der Hauptgründe für die Notlage der privaten und freigemeinnützigen Krankenanstalten erblickt das Innenministerium darin, daß die von den Krankenkassen für ihre Mitglieder gewährten Verpflegssätze den Selbstkosten der Anstalten nicht mehr entsprechen. Diesen Anstalten sei es dadurch nicht nur unmöglich, die erforderlichen Neu- und Erweiterungsbauten durchzuführen, sondern es werde auch wesentlich erschwert, in der Einrichtung und Ausstattung mit den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft Schritt zu halten. Die Errichtung und Unterhaltung von Krankenhäusern sei gesetzliche Pflichtaufgabe der Landkreise und kreisfreien Städte; bei den für den Bau von Krankenhäusern bereitgestellten Mitteln handle es sich jedoch um staatliche Leistungen, wobei die Träger der privaten und freigemeinnützigen Anstalten grundsätzlich ausgeschlossen seien.

„Erfolgversprechende Hilfsmaßnahmen für notleidende private und freigemeinnützige Krankenhäuser sind nur auf der Grundlage dieser Gesamtplanung denkbar." (Nach Bayer. Landtagsdienst 1956, Nr. 148.) ID

Bisher keine Honorarvereinbarungen über Musterungsuntersuchungen zur Bundeswehr

Die Bundesärztekammer weist, entgegen anderen Pressemeldungen darauf hin, daß die Nachricht, es sei zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Bundesverteidigungministerium ein Abkommen über die Honorierung für Musterungsuntersuchungen zur Bundeswehr beschlossen worden, weder von ihr, noch von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, noch aus dem Verteidigungsministerium stammt. Die Nachricht ist falsch. Bisher wurden dem Bundesverteidigungsministerium von der Bundesärztekammer gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung lediglich Vorschläge über die Honorierung der Musterungsuntersuchungen unterbreitet. Die Entscheidung der Bundesregierung über diese Vorschläge steht noch aus. Das Bundesverteidigungsministerium teilte lediglich mit, daß vorgesehen sei, die Frage der ärztlichen Honorare bei Musterungsuntersuchungen über das Bundeswirtschaftsministerium durch eine Preisrechtsverordnung zu regeln. Auch diese, vor etwa sechs Wochen angekündigte Verordnung ist nach Mitteilung des Bundesverteidigungsministeriums noch nicht erlassen. (Ae.Pr.Mü.)

Der Antrag auf Erhöhung der Mindestsätze der amtlichen Gebührenordnung,

der seitens der Bundesärztekammer am 18. Januar 1956 dem Bundeswirtschaftsminister übermittelt worden war, hat bisher keinerlei Erledigung gefunden, ja er wurde nicht einmal einer Antwort gewürdigt. Der Vorstand der Bundesärztekammer hat von dieser Sachlage mit Befremden Kenntnis genommen. Bei den Ärzten, wie in allen anderen freien Berufen, wächst ständig die Erbitterung gegen diese ständige Zurücksetzung. Die freien Berufe haben schon bei anderen Gelegenheiten feststellen müssen, wie wenig Verständnis man im Bundeswirtschaftsministerium für die Eigenart des freien Berufes hat, insbesondere vermißt die Ärzteschaft jegliche angemessene Würdigung der Interessen der Volksgesundheit im Bundeswirtschaftsministerium. ID

Der Besitz von Waffen,

der für Ärzte, vor allem auf dem Lande, von Wichtigkeit ist, wurde in der Sitzung des Deutschen Bundestags vom 18. April 1958 (auf Grund einer Anfrage) von Staatssekretär Ritter von Lex besprochen. Das durch Kontrollratsgesetz verdrängte Waffengesetz von 1938 gelte nach Wiedererlangung der Souveränität wieder. Der Besitz von Waffen sei grundsätzlich waffenscheinfrei, wobei es nur Ausnahmen gäbe bei Personen, die sich staatsfeindlich betätigten oder die eine Gefährdung der öffentlichen Sicherheit befürchten ließen. Auch für Wilderer ergäben sich Ausnahmen. Wenn jedoch der Besitzer von Waffen außerhalb seiner Wohnung Waffen tragen wolle, so bedürfe er normalerweise eines Waffenscheines. ID

Erschöpfungszustände älterer Patienten, wie gesteigerte Ermüdbarkeit, Appetitlosigkeit, Muskelschwäche und Konzentrationsunfähigkeit, werden durch Polybion-Tropfen (Vitamin-B-Komplex) rasch gebessert.
Polybion-
TROPFEN
Man gibt 3mal täglich 10-15 Tropfen E. MERCK AG · DARMSTADT
O. P. mit 20 ccm DM 1.80 o. U.

Sterblichkeitsrückgang in der Welt hält an

Das Statistische Amt der Vereinten Nationen stellte in einem Bericht, der auf Unterlagen aus 53 Ländern mit zusammen 996 Millionen Menschen beruht, fest, daß die Sterblichkeit der Bevölkerung in der Zeit von 1938 bis 1953 um 36% abgenommen hat. Als Ursache dieser Abnahme werden vor allem die Fortschritte auf medizinischem und pharmazeutischem Gebiet angenommen.

Die Zahl der Geburten ist in Europa und Asien je 1000 Einwohner von 26,0 auf 23,9 zurückgegangen, während sie in Afrika, Nord- und Südamerika und Ozeanien um 9% bis teilweise 32% gestiegen ist. DMI

Bevölkerungsbewegung in Bayern

Die natürliche Bevölkerungsbewegung Bayerns hat sich im Monat Februar 1956 gegenüber Januar 1956 — starke Zunahme der Geburtenzahl — weiter günstig gestaltet. Während im Januar 1956 der Geburtenüberschuß 4,5 auf 1000 der Bevölkerung betrug, ist er im Februar 1956 auf 4,7 angestiegen (Februar 1955: 3,0 auf 1000 der Bevölkerung). Der Geburtenüberschuß lag im Februar 1956 in den Regierungsbezirken Unterfranken (8,6), Oberpfalz (7,6), Niederbayern (6,3) und Oberfranken (5,0) über dem Landesdurchschnitt. (Bayer. Stat. Landesamt)

Kein gerechter Familienlastenausgleich

Köln (ÄPI). — Der Vorstand der Bundesärztekammer hat sich auf seiner letzten Sitzung erneut mit der Frage des Kindergeldgesetzes und seiner Durchführung befaßt. Insbesondere stand die Forderung der „Familienausgleichskasse für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege" an die ärztlichen Familienausgleichskassen auf Ausgleichszahlungen für die Landwirtschaft zur Debatte. Nicht zuletzt angesichts der Tatsache, daß die Ärzteschaft zur kinderreichsten Gruppe der Bevölkerung gehört, stellte der Vorstand der Bundesärztekammer nach eingehender Diskussion des Gesamtproblems fest:

„Die derzeitige gesetzliche Lösung des Kindergeldproblems stellt keine Lösung im Sinne eines gerechten Familienlastenausgleichs dar. Wie schon vor der Verabschiedung des Kindergeldgesetzes von der Ärzteschaft zusammen mit allen übrigen freien Berufen und weiten Kreisen des Mittelstandes gegenüber Bundesregierung und Bundesparlament immer wieder betont wurde, birgt die trotz dieser Warnungen verabschiedete gesetzliche Regelung des Familienlastenausgleiches erhebliche Ungerechtigkeiten und zahlreiche technische Mängel und sonstige Schwierigkeiten in sich."

„Die Ärzteschaft hat sich sofort nach Verabschiedung des Kindergeldgesetzes trotz ihrer nach wie vor bestehenden schwerwiegenden Bedenken loyal um die Durchführung des Kindergeldgesetzes in ihrem Bereich bemüht."

„Der Vorstand der Bundesärztekammer hält, solange die nach seiner Ansicht unzulängliche Lösung des Familienlastenausgleichs in der derzeitigen gesetzlichen Form besteht, die Kindergeldkassen als Eigeneinrichtungen der Ärzteschaft für die im Rahmen der derzeitigen Gegebenheiten beste Lösung. Die Forderung auf Zahlung unzumutbarer Ausgleichszahlungen für die Landwirtschaft wird abgelehnt. Derartige Forderungen sind geeignet, den Bestand der Familienausgleichskassen der Ärzteschaft zu gefährden."

Gehaltsvereinbarungen zwischen Eltern und in der Praxis mitarbeitenden Kindern

(C.) Der Bundesfinanzhof hat sich im Urteil vom 6. 12. 1955 (I 193/55 U) mit der noch häufig umstrittenen Frage der steuerlichen Anerkennung von Gehaltsvereinbarungen zwischen Eltern und Kindern auseinandergesetzt. Für die gewerbliche Wirtschaft und die freien Berufe hatte der frühere Reichsfinanzhof nach anfänglichem Schwanken sich im Urteil vom 21. 12. 1938 allgemein und abschließend dahin entschieden, Arbeitsverhältnisse zwischen Eltern und Kindern steuerlich grundsätzlich anzuerkennen. Der Bundesfinanzhof ist dieser Rechtsprechung nicht nur beigetreten, sondern hat sie auch auf die Arbeitsverhältnisse zwischen Eltern und Kindern in der Landwirtschaft erstreckt (Urteil v. 17. 2. 1955).

Darüber hinaus hat sich der Bundesfinanzhof jetzt im oben zitierten Urteil dahin ausgesprochen, daß die Mitarbeit von Kindern im elterlichen Betrieb selbst ohne schriftlichen Arbeitsvertrag im Rahmen des Familienverbandes im Hinblick auf die künftige Erbschaft geschehen kann. Insbesondere, so wird in dem Urteil u. a. ausgeführt, weil die Kinder als künftige Erben und häufig auch als Übernehmer des Betriebs (der Praxis) gewissermaßen schon in die eigene Tasche wirtschaften, arbeiten sie oft mehr als eine dem Betrieb fremde Arbeitskraft und erhalten nicht selten weniger an Arbeitslohn als ein gleichwertiger fremder Arbeitnehmer. Das Gesetz sieht auch einen gewissen Ausgleich in der Bestimmung des § 24 des Erbschaftssteuergesetzes (ErbStG) vor (Mitarbeit ohne Barlohn). Gewöhnlich erhalten, wenn die Kinder den Betrieb der Eltern schon zu Lebzeiten übernehmen, die Eltern wegen der früheren Mitarbeit der Kinder keine wirtschaftlich vollwertige Gegenleistung bei der Betriebsüberlassung.

Arbeiten die Kinder in der elterlichen Praxis mit, so haben demnach die Beteiligten in der Gestaltung ihrer Rechtsbeziehungen verschiedene Möglichkeiten. Sie können Arbeitsverträge schließen, die auch steuerlich anerkannt werden, soweit sie bürgerlich-rechtlich wirksam vereinbart und ernsthaft sind. Weil die Beteiligten verschiedene Möglichkeiten haben, müssen sie sich für die Zwecke der Besteuerung klar für eine von ihnen entscheiden und dabei bleiben. Rückwirkende Änderungen einer einmal getroffenen Regelung sind nicht möglich, vor allem nicht, wenn sie sich auf rückliegende Jahre erstrecken sollen. Der Grundsatz der Klarheit gilt nach ständiger Rechtsprechung besonders im Verhältnis zwischen nahen Angehörigen.

Nachträgliche Gehaltsvereinbarungen sind daher im Verhältnis zwischen den Eltern und den in der Praxis mitarbeitenden Kindern grundsätzlich nicht möglich, insbesondere nicht für abgelaufene Jahre.

Anschrift des Verfassers: Dr. jur. Cordes, Vechta, Falkenrotterstraße.

Entwurf eines Arzneimittelgesetzes

Der Entwurf eines Arzneimittelgesetzes, der gegenwärtig im Bundesministerium des Innern bearbeitet wird, soll sicherstellen, daß auch die industriell hergestellten Arzneimittel in jedem Falle von einwandfreier Beschaffenheit sind und aus vorschriftsmäßig geprüften Grundstoffen durch sachverständige Hersteller zubereitet sind. Die Betriebe müssen über eine gewisse Mindestausstattung verfügen. Jede so hergestelite Arzneispezialität soll unter Angabe der Zusammensetzung, Gebrauchsanwelsung, der Anwendungsgebiete usw. bei einer Behörde angemeldet und dort registriert werden, bevor sie in den Handel gelangt. Hierbei soll festgestellt werden, ob das Mittel Stoffe unbekannter Wirksamkeit enthält oder seine Gebrauchsanweisung gesundheitlich bedenklich erscheint. Auf ihre Wirksamkeit sollen die Arzneimittel jedoch nicht geprüft werden! Ein solches Urteil kann nach Ansicht der Gesundheitsabteilung des Bundesinnenministeriums erst nach sorgfältiger klinischer Erprobung und nach langjähriger Anwendung durch den praktischen Arzt abgegeben

werden. Es wäre dem Hersteller gegenüber nicht zu vertreten, mit der Registrierung eines neuen Arzneimittels so lange zu warten . . . Die Laienwerbung für Arzneimittel soll eingeschränkt und der Hausierhandel mit Arzneien durch eine Erweiterung des § 56a der Gewerbeordnung untersagt werden. Nur für Tees und Fruchtsäfte sind in begrenztem Umfang Ausnahmen vorgesehen. (Nach „Zahnärztl. Mitt." 7/1956.) DMI

Beschränkung der Heilmittelwerbung ist zulässig

gpk. Auf Grund eines Vorlagebeschlusses des Oberlandesgerichts Braunschweig hat der Bundesgerichtshof erneut entschieden, daß die Polizeiverordnung über die Werbung auf dem Gebiete des Heilwesens aus dem Jahre 1941, zumindest in einzelnen Vorschriften, geltendes Recht ist und mit dem Grundgesetz in Einklang steht. Das gilt namentlich auch für die Bestimmung, durch welche die irreführende Werbung für Arzneimittel und ihnen gleichgestellte Mittel und Gegenstände durch falsche Angaben über die Zusammensetzung eines Mittels oder über die Beschaffenheit eines Gegenstandes untersagt wird.

Glutaminsäure und Desmal

Der Tätigkeitsbericht des Deutschen Arzneimittelprüfungsinstituts, erstattet von seinem Leiter, Herrn Prof. Dr. Schlemmer, liegt für die Zeit vom Juli bis Dezember 1955 jetzt vor. In der Berichtszeit wurden schon bisher bearbeitete Untersuchungsreihen nach Ausbau des Instituts und nach Vervollständigung seiner Einrichtungen weitergeführt. Den Leser dieser Zeitschrift interessieren insbesondere die Ausführungen über Glutaminsäure und Desmal.

Bekanntlich ist die Anwendung von Glutaminsäure in den letzten Jahren sehr modern geworden. Sie tritt auf dem Arzneimittelmarkt nicht nur in seriöser Form in Erscheinung. Die Werbung für manches Präparat wird als Irreführung und als Ausbeutung des gutgläubigen Publikums bezeichnet. In Anzeigen in illustrierten Zeitungen wird z. B. den Eltern von Kindern, die von der Schule schlechte Zeugnisse mit nach Hause bringen, bei Einnahme von Glutaminsäure Besserung der schulischen Leistungen, Intelligenzsteigerung usw. in nicht zu verantwortender Art und Weise versprochen. In dem Institut wurden 40 Glutaminsäurepräparate untersucht, die zum Teil mehr oder weniger reine Glutaminsäure enthielten. Sehr oft enthielten die Präparate noch Beigaben von Eiweiß, Lecithin, Nährsalzen, Phosphorsäure, Kasein usw. Besonders interessant ist die Feststellung, daß sich der Preis für 1 g Glutaminsäure in den verschiedenen Präparaten zwischen 0,11 DM und 2,74 DM bewegt. Herr Prof. Dr. Schlemmer stellt dazu fest, daß das Institut ohne allgemeinen Vorbehalt Befürworter einer freien Marktwirtschaft sei. Auf dem Arzneimittelsektor, auf dem der Laie der Materie hilflos gegenübersteht, scheinen ihm aber einige Einschränkungen durch ein Arzneimittelgesetz doch dringend geboten. Zur Zeit ist das Institut damit beschäftigt, eine Bestimmungsmethode für Glutaminsäure zu schaffen, die auch in Anwesenheit anderer Stoffe ein entsprechendes, sicheres, quantitatives Ergebnis liefert. Die ersten Vorarbeiten sind abgeschlossen. Weitere Veröffentlichungen über Glutaminsäurepräparate sollen folgen.

Aus besonderer Veranlassung wurde auch das Präparat „Desmal" untersucht. Über Desmal ist in der Fachpresse schon sehr viel, und zwar nichts Gutes — man kann ruhig sagen nur Negatives — geschrieben worden. Die Werbemethode, mit der Desmal angepriesen wird, ist irreführend. Wunderwirkungen sind auf Grund der Zusammensetzung des Präparates nicht zu erwarten. Das Präparat besteht nämlich zu 85 bis 95 v. H. aus Hefe, welche Zusätze allgemein gebräuchlicher und bekannter Arzneimitteldrogen erhalten hat. Der Apotheken-Verkaufspreis von 20 DM für eine Dose steht nicht annähernd in einem gerechtfertigten Verhältnis zu dem Wert des Inhaltes. Schon früher wurde in der Fachpresse erklärt, daß der Inhalt höchstens einen Wert von 2 DM habe. Das Institut ist der Auffassung, daß Apotheken sich nicht zum Vertrieb solcher Präparate zur Verfügung stellen sollten, und Apotheker sollten als Protektoren solcher Präparate nicht in Erscheinung treten. Die Ersatzkasse Nr. 4/56

Kein taugliches Mittel gegen Alkoholrausch

gpk. Das ständige Anwachsen der durch Trunkenheit verursachten Verkehrsunfälle und die den Schuldigen daraus drohenden empfindlichen Strafen haben es der Werbung für sogenannte Ernüchterungsmittel leicht gemacht. Das hat sich in deren erhöhtem Absatz gezeigt. Im Interesse aller Verkehrsteilnehmer kann jedoch nicht laut genug davor gewarnt werden, auf die Wirksamkeit solcher Mittel zu vertrauen. Nach den Feststellungen eines namhaften Wissenschaftlers gibt es zur Zeit kein einziges geeignetes Mittel, einen Rauschzustand, vor allem aber den Alkoholgehalt im Blut wirksam oder gar entscheidend zu beeinflussen. So haben auch Versuche über die Tauglichkeit eines erst vor kurzem aufgetauchten neuen „Anti-Rauschmittels", das dank einer besonders großzügigen Werbung eine sehr rasche Verbreitung gefunden hatte, u. a. ergeben, daß in keinem Falle eine Beschleunigung des Blutalkoholabbaus erfolgte, daß die in der Werbung behauptete „schlagartige, vollständige subjektive und objektive Ernüchterung" bei keiner der Versuchspersonen eintrat.

Die Forderung der Allgemeinheit an den Kraftfahrer muß daher weiterhin lauten, jeglichen Alkoholgenuß vor Fahrtantritt zu meiden, um die im heutigen Straßenverkehr mehr denn je erforderliche Reaktions- und Leistungsfähigkeit nicht zu gefährden.

Freisprüche bei zwei Promille

Aus der Erkenntnis der vor einiger Zeit in Würzburg versammelten westdeutschen Laboratoriumsärzte, die Ergebnisse der Blutalkoholuntersuchungen könnten nach den verschiedenen in der Bundesrepublik gebräuchlichen Verfahren um nicht weniger als 1,9 Promille voneinander abweichen, haben Essener Verkehrs-Schöffen- und Einzelrichter in den letzten Wochen mehrfach Konsequenzen gezogen. In sechs Fällen sprachen sie Kraftfahrer, bei denen ein Blutalkoholgehalt von über 1,5 bis 2,2 Promille ermittelt worden war, von der Anklage der Trunkenheit am Steuer frei. Die Richter wollen nicht allein nach dem Indiz „einer zweifelhaft gewordenen Blutprobe" urteilen und fordern einen einwandfreien Nachweis durch mehrere Trunkenheitsmerkmale. Bei den freigesprochenen Kraftfahrern handelte es sich um Männer, die auf der Polizei einen nüchternen Eindruck machten, der im krassen Widerspruch zu dem bei ihnen ermittelten hohen Blutalkoholgehalt stand. Bei ihren Verkehrsunfällen hatten nach eigenen und nach Zeugenaussagen auch äußere Einwirkungen, vor allem die Blendwirkung entgegenkommender Wagen, eine Rolle gespielt. Der Staatsanwalt will gegen die Urteile Revision einlegen. Damit soll im Einverständnis mit den Richtern eine höchstinstanzliche Entscheidung darüber herbeigeführt werden, ob Blutprobenbestimmungen tatsächlich noch zuverlässige Beweismittel seien. ÄPR

Gehörlose in Lärmbetrieben

Bei dem Versuch eines Hüttenwerkes, Gehörlose für die Berufsarbeit in Lärmbetrieben auszubilden, wurde festgestellt, daß die Nerven der Gehörlosen durch Lärm fast ebenso leiden wie die der Menschen mit gesundem Gehör. Dieser Versuch, den Gehörlosen eine industrielle Tätigkeit zu verschaffen, bedeutet trotz seines Fehlschlages eine wertvolle Erfahrung. Es hat sich erwiesen, daß die Hautnerven bei Gehörlosen empfindlicher gegen Lärm sind als bei Menschen mit gesundem Gehör.

Kampfansage gegen den Lärm

Im Essener „Haus der Technik" hielten 300 Physiker und Ingenieure eine Lärmtagung ab. Der Krankheitserreger Lärm ist wissenschaftlich entdeckt. Daß er sehr schädlich ist und energisch bekämpft werden muß, darüber gab es in Essen keine Diskussion mehr. Dafür wurde um so gründlicher über die zuverlässige Diagnose und über mögliche Therapien gesprochen.

Aus mancherlei Berechnungen und Formeln leitet sich das Phon als Einheit der Lautstärke ab. Die Unterhaltung zweier Menschen in einem Zimmer hat eine Lautstärke von etwa sechzig Phon. Dem Reisenden in einem D-Zug-Wagen II. Klasse rauschen 74 Phon durch die Ohren. Der Autofahrer ist von etwa 82 Phon umgeben. Für die Lästigkeit ist die Tonhöhe wichtig. Ein hoher Ton wird unangenehmer empfunden als ein niedriger, auch wenn die Phonzahl gleich ist. Die „Lärmärzte" haben es also nicht leicht. Es war ein Verdienst der Essener Tagung, daß einige Punkte der Lärmbekämpfung herausgearbeitet wurden, die auf längere Sicht eine Linderung der Krankheit erhoffen lassen. Für eine „ruhige Wohnlage" gelten 20 bis 25 Phon als angemessen. Mitten in der Stadt sind 50—70 Phon „ortsüblich". Die Technik hält Mittel für die Lärmbekämpfung bereit. ÄPR.

Die medizinische Literaturflut steigt unaufhaltsam

Die größte medizinische Bibliothek der USA, die Armed Forces Medical Library in Washington, erfaßt heute etwa den zehnten Teil der in der Welt erscheinenden rund 13 000 medizinischen Zeitschriften. Selbst dem reichen Amerika ist es nicht mehr möglich, sich einen vollständigen Überblick über alle ärztlichen Fachorgane zu verschaffen. Man hat jetzt ausgerechnet, daß die medizinische Weltliteratur jedes Jahr um etwa 1 Million wissenschaftlicher Arbeiten wächst. DMI

Der Sozialaufwand in der Bundesrepublik 1955

wird mit 25 Milliarden DM um 4 Milliarden DM höher sein als im Vorjahr. Es ist anzunehmen, daß 1956 und 1957 ein weiteres Steigen zu verzeichnen sein wird. Der Heidelberger Professor Rüstow erblickt darin eine durch die Bundestagswahl von 1957 eingeleitete Entwicklung, deren Kosten auch die Staatskasse zu tragen haben wird. ID

Rückerstattung von Krankenkassenbeiträgen

gpk. Um zu erreichen, daß die Leistungen der Krankenversicherung nicht leichtfertig in Anspruch genommen werden, ist wiederholt die Einführung der Beitragsrückgewähr empfohlen worden. Bislang haben die Bedenken dagegen überwogen. Um praktische Erfahrungen zu gewinnen, hat ein großes Industriewerk jetzt den Versuch unternommen, für die Dauer des Jahres 1956 mindestens 33⅓ v. H. des Arbeitnehmerbeitragsanteils im Januar 1957 zu vergüten, wenn der Versicherte und gegebenenfalls die mitversicherten Angehörigen in dem Versuchsjahr keine Leistungen der Betriebskrankenkasse in Anspruch nahmen. Werksleitung und Betriebsrat wollen die Ergebnisse abwarten, um dann gemeinsam mit dem werksärztlichen Dienst und den Organen der Kasse zu beraten, ob und in welcher Form die Maßnahme wiederholt werden soll. Es handelt sich um ein bedeutendes Unternehmen der chemischen Industrie in der Bundesrepublik. Sein Versuch verdient in jedem Falle Beachtung.

Ferienlager für zuckerkranke Kinder

In diesem Jahr finden auch wieder Ferienlager für zuckerkranke Kinder und Jugendliche im Jugendkurheim Wessobrunn bei Weilheim/Obb. statt, und zwar in der Zeit vom 4. bis 31. Juli und vom 3. bis 30. August. Die ärztliche Leitung des ersten Lagers liegt in den Händen von Prof. Dr. Krainick, Freiburg i. Br., die des zweiten Lagers in den Händen von Prof. Dr. Stelgerwald, München. Anmeldungen sind zu richten an: Deutscher Diabetiker-Bund, Stuttgart-Süd, Mühlrain 32.

Ferienaustausch

Ein französischer Arzt aus Poissy (Seine-et-Oise) möchte gern seinen sechzehnjährigen Sohn im Juli in eine deutsche Arztfamilie geben, die in der Gegend von München wohnt.

Der französische Kollege würde dann daran anschließend während des Monats August im Austausch den Sohn der deutschen Arztfamilie zu sich nehmen. Die beiden Jungen könnten dann zusammen nach Poissy fahren.

Interessenten wollen bitte umgehend ein entsprechendes Schreiben zur Weiterleitung an den französischen Kollegen an den Auslandsdienst der Bundesärztekammer, Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32, richten.

„Ruf zur Besinnung im Straßenverkehr!"
Ein Preisausschreiben des Evangelischen Hilfswerks

Drei Fragen stellt in einem Preisausschreiben das Hilfswerk der Evangelischen Kirche in Deutschland der Öffentlichkeit — nicht nur den Theologen, den Juristen, den Ärzten und Sozialfürsorgern, sondern jedem, der in unserem modernen Straßenverkehr mit seinen rund 40 Todesopfern täglich gefährdet ist:

1. Was sagt Gott zu dem Töten auf unseren Straßen?
2. Kann der Leichtsinnige strafrechtlich zum Verbrecher werden?
3. Was sind die Folgen einer Schädigung an Leben und Gesundheit?

Die Antworten auf diese Fragen sollen bis zum 1. Oktober 1956 in Form von Aufsätzen, die sich zur Verbreitung in der Öffentlichkeit eignen, gegeben werden. Auf welche Linie es dem Hilfswerk dabei ankommt, geht aus den Erläuterungen zu dem Preisausschreiben hervor, in denen es heißt: „Wie kann der Christ dazu beitragen, daß Verkehrsunfälle verhütet werden? Wann endlich ringt sich die Erkenntnis durch, daß die Mißachtung der Vorfahrt, das leichtsinnige Linksabbiegen eines Radfahrers, das achtlose Betreten der Fahrbahn schon das Inkaufnehmen der Tötung eines anderen in sich trägt? Was bedeutet es für Gesundheit und Arbeitskraft, Opfer eines Verkehrsunfalls zu sein? Wie lange währt Siechtum und Verdienstausfall? Wie oft bedeutet dies Existenzvernichtung für die ganze Familie und sozialen Abstieg?"

Entscheidend ist, daß das Problem unter dem Gesichtspunkt der Verhinderung von Unfällen im Straßenverkehr durch größere Gewissenhaftigkeit und Verantwortung aller Verkehrsteilnehmer gesehen wird.

Als Preise sind insgesamt DM 3000.— ausgesetzt, und zwar für die drei besten Antworten auf jede der drei Fragen je DM 500.—, 300.— und 200.—.

Dem Preisgericht gehören an: Zwei Verkehrsfachleute (Dr. Becker, der Leiter der Bundesverkehrswacht Bonn, und Ministerialrat Dienstbach vom Hessischen Verkehrsministerium), zwei Juristen (Ministerialrat Berg, der Justitiar des Bundesverkehrsministeriums, und Generalstaatsanwalt Nellmann, Stuttgart), zwei Mediziner (Prof. Dr. Neuffer, der Präsident der Bundesärztekammer, und der Leiter der Universitätsklinik Heidelberg, Prof. Dr. Bauer) sowie zwei Theologen (Direktor Dr. Eberhard Müller, der Vorsitzende des Leiterkreises der Evangelischen Akademien, und der Landespfarrer der Inneren Mission und des Hilfswerks in Kurhessen-Waldeck, Freudenstein, in Kassel).

Die ausführlichen Bedingungen des Preisausschreibens sind in der Malausgabe der gemeinsam von Innerer Mission und Hilfswerk herausgegebenen Monatsschrift „Das Diakonische Werk" veröffentlicht. Sie können als Sonderdruck kostenlos beim Zentralbüro des Hilfswerks, Stuttgart-S., Stafflenbergstr. 66, angefordert werden.

Internationaler Wettbewerb für eine unveröffentlichte Arbeit über rheumatische Erkrankungen

3. Preis von Acqui für Rheumatologie

Unter dem Patronatsrecht der „Società Italiana di Reumatologia"

Preis it.Lire 1 000 000

Wettbewerbsausschreiben

Die Kurverwaltung des Kurorts Acqui (natürliche Lehmbäder) schreibt einen internationalen Wettbewerb für eine medizinische Arbeit aus. Die Arbeiten müssen Themen, welche die Physiopathologie, die klinische Behandlung oder die Therapie des Rheumatismus und Gichtkrankheiten betreffen. Die Arbeiten müssen unveröffentlichte Originalabhandlungen sein. Der Wettbewerb ist für alle italienischen und ausländischen Ärzte offen. Die Preisrichterkommission ist international und besteht aus sechs anerkannten Kapazitäten der rheumatischen und Gichtkrankheiten sowie aus dem Kommissär des Wettbewerbs in Vertretung des Präsidenten der Kurverwaltung Acqui. Die Namen der Kommissionsmitglieder werden rechtzeitig veröffentlicht werden. Die Preisrichterkommission kann durch eine keiner Kontrolle unterworfene Entscheidungskommission den Wettbewerb annullieren, sollten keine preiswürdige Arbeiten eingegangen sein. Ihre Entscheidung ist unanfechtbar. Die Arbeiten können in folgenden Sprachen geschrieben werden: Italienisch, Französisch, Spanisch, Englisch und Deutsch. Es ist ratsam, die Arbeit auf italienisch oder französisch abzufassen. Die Preise werden den einzelnen Preisträgern nach ihrer Proklamation direkt zugestellt. Die Arbeiten müssen mit einem Kennwort versehen sein; dasselbe muß auf einem verschlossenen Briefumschlag wiederholt werden, der in deutlicher Weise Kennwort, Name, Vorname und Adresse des Verfassers oder der Verfasser enthält. Die mit Schreibmaschine geschriebenen Arbeiten müssen in acht Exemplaren portofrei und versichert an die „Azienda Autonoma di Cura di Acqui" (Piemonte-Italia) eingesandt werden. Die nicht preisgekrönten Arbeiten bleiben 30 Tage lang nach der Verkündung der Sieger zur Verfügung der Mitbewerber. Nach Ablauf dieser Frist ist die Kurverwaltung des Kurortes Acqui von jeder Verantwortlichkeit befreit. Der Wettbewerb endigt mit dem 31. Dezember 1956. Im Falle einer Verlängerung bleiben die obigen Vorschriften für die Ausschreibung weiter gültig. Mit der Teilnahme am Wettbewerb werden vorstehende Wettbewerbsbedingungen stillschweigend anerkannt.

Kurverwaltung Piemont Acqui (Italien).

Albert-Fraenkel-Stipendium

Am 23. April 1906 hat A. Fraenkel seine Ergebnisse mit der intravenösen Strophanthin-Therapie in einem zusammenfassenden Vortrag auf dem Kongreß für innere Medizin erstmalig publiziert.

Die chemisch-pharmazeutische Fabrik C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H., Mannheim-Waldhof, hat aus Anlaß dieses Jubiläums der Deutschen Gesellschaft für Kreislaufforschung ein Fraenkel-Stipendium in Höhe von DM 5000.— zur Verfügung gestellt. Das Stipendium wird alle zwei Jahre, erstmalig 1956, durch die Deutsche Gesellschaft für Kreislaufforschung vergeben.

Um das Stipendium können sich alle deutschsprachigen approbierten Ärzte bewerben. Die Bewerbungen für 1956 müssen bis zum 1. Juli an das Sekretariat der Deutschen Gesellschaft für Kreislaufforschung, William-Kerckhoff-Institut, Bad Nauheim, eingereicht werden.

Durch das Stipendium soll jüngeren, wissenschaftlich auf dem Kreislaufgebiet im weiteren Sinne ausgewiesenen Medizinern ein Studienaufenthalt an einem beliebigen Institut oder einer Klinik des In- und Auslandes ermöglicht werden.

Der Bewerbung sind beizufügen:

a) kurzer Lebenslauf unter Angabe der wissenschaftlichen Interessengebiete;
b) bisherige Publikationen, aus denen hervorgehen muß, daß der Bewerber auf dem Gebiet der Physiologie, Pharmakologie, Klinik oder Therapie des Herzens und des Kreislaufs selbständig gearbeitet hat;
c) Referenzen.

Die deutsche soziale Krankenversicherung in französischer Sicht und Kritik

Auf einer Sitzung der Ärztekammer in Colmar am 20. November 1955, welcher der Präsident der französischen Ärztekammern, Piédelièvre, beiwohnte, hielt der Präsident der Bezirksärztekammer Haut-Rhin, Dr. R. Duhamel, eine Ansprache über die Erfahrung der elsässischen Ärzteschaft mit der sozialen Krankenversicherung während und nach der deutschen Besetzung. Duhamel betonte, daß die elsässischen Ärzte sowohl das System der deutschen wie auch der französischen Sozialversicherung kennenlernten. Er wies darauf hin, daß die Struktur der deutschen Krankenversicherung stets wirtschaftlichen Gesichtspunkten den Vorrang gegeben hätte auf Kosten besserer menschlicher Beziehungen zwischen Arzt und Kranken.

Es sei verständlich, daß diese Beziehungen für den Arzt ein wesentlicher Bestandteil seines Berufes sind. Dagegen können sie leicht dem Gesetzgeber entgehen. D. sagte: 1945 waren wir es müde, 50 bis 100 Patienten pro Tag zu beraten. Wir waren empört, daß man der Ärzteschaft eine Pauschalsumme pro Versicherten und Jahr gab und damit das medizinische Risiko der Versicherung verschob. Wir erkannten, daß diese Bedingungen für die Ausübung der Medizin die Qualität ausschlossen, auch die Kritik des Kranken hinsichtlich dieser Qualität, in einem Wort, den Geist einer Gesetzgebung übertrugen, die entfernt von jedem eigentlichen menschlichen Gefühl war und aus dem Arzt einen Roboter ohne Ehrgeiz und Seele machten. Eine kürzliche Umfrage in Wien zeigte uns, wie sehr das zutrifft. Man findet dort noch Sprechstunden mit 100 Patienten täglich und arme Kollegen, die abends 9 Uhr, vollkommen niedergedrückt und erschöpft in ihrem Wartezimmer ankündigten: „Ich schließe jetzt, kommen Sie morgen wieder." Sicherlich bedingt die Armut der Patienten, daß sie dieses Wiederbestellen auf den nächsten Tag ohne weiteres hinnehmen: das Wartezimmer ist geheizt, es gibt Zeitschriften, und wenn morgen der Arzt eine Arznei ohne großen Wert verschreibt, bleibt immer noch die Flasche, derer man sich bedienen kann. D. zitierte einen Ausspruch von Herrn Gratzer vom österreichischen Bundesministerium, der erklärte, daß die Gründe für dieses eigenartige Verhalten daher kämen, daß eben alles gratis sei. „Um die Qualität der medizinischen Leistung bei uns zu verbessern, muß man sie zuerst wünschen, aber das würde eine Anstrengung von seiten des Arztes bedeuten, der von Nichtkranken überlaufen ist, eine Anstrengung von seiten des Kranken, um eine qualifizierte Leistung seines Arztes zu honorieren, und eine Anstrengung von seiten der Versicherungsträger, sich von ihrer Demagogie zu lösen." D. sagte weiter, daß ihre Erfahrungen bestätigen, daß eine derartige ärztliche Tätigkeit nicht einen sozialen Fortschritt bedeute, sondern eine Degradierung. Sie sei aus den besten Absichten hervorgegangen, um jedem seine Gesundheit zu bewahren und ihn in Krankheitsfällen zu pflegen. Aber um eine Wirksamkeit zu erzielen, sollte die zwar sehr notwendige wirtschaftliche Gesetzgebung nicht die normalen Beziehungen zwischen Arzt und Kranken belasten, die die Qualität der ärztlichen Betreuung bedingen. Das Wichtigste sei, nicht die technische Seite der Medizin im Auge zu halten, sondern die Beziehungen des Arztes zu seinen Kranken. In diesem Zusammenhang zitierte D. eine Definition der ärztlichen Leistung durch den unvergeßlichen französischen Ärzteführer Louis Portes, der die ärztliche Leistung als ein Zusammentreffen „von einem Vertrauen mit einem Gewissen" bezeichnet.

Es ist unmöglich, eine Appendicitis oder einen Gehirntumor je nach den politischen Verhältnissen eines Landes in einer anderen Form zu operieren. D. fragt: „Ist es nicht das gleiche mit den anderen Beziehungen zwischen Arzt und Kranken?" Er glaubt, daß auch der deutsche und der österreichische Patient sehr genau fühlt, daß die derzeitige Lösung der sozialen Krankenversicherung eine individuelle Behandlung durch den Arzt nicht erlaubt. D. betont, daß im Elsaß die „Nivellierung des Individuums zu dem einzigen Charakteristikum des anonymen Sozialversicherten nicht eingetreten sei. Es genügt, die Deutschen oder Österreicher zu fragen, um festzustellen, daß sie die durch ihre Gesetzgebung gegebene Lösung als eine praktisch unmögliche Vereinfachung ansehen. Sie erkennen, daß die ärztliche Leistung ihren individuellen

Wert behalten muß." „Von allen Organisationsformen der Krankenversicherung achten zweifellos die der USA und die Frankreichs am besten die kranke Persönlichkeit und die ärztliche Leistung."

D. glaubt, daß seit der Einführung der französischen Krankenversicherung im Jahre 1946 die Moral der Ärzte seines Bezirkes besser geworden sei, wenn auch der Verbrauch an Arzneimitteln im Elsaß höher liegt als im übrigen Frankreich. Das sei wohl auf die restlichen Einflüsse des vergangenen deutschen Systems zurückzuführen. Der Wunsch der elsässischen Ärzte nach einer absolut persönlichen Leistung, sowohl vom Kranken wie vom Arzt aus gesehen, sei durch die französische Sozialversicherungsgesetzgebung gewährleistet worden. Aber auch der zweite Wunsch nach einer Standesvertretung sei erfüllt worden in einer Standesvertretung, der alle Ärzte obligatorisch angehören und die eine wirksame Disziplin gewährt. Weder Ärztekammer noch KVD noch das Amt für Volksgesundheit habe eine ärztliche Ethik gepredigt, die auf dem einzigen Interesse des Kranken aufgebaut sei. Mit dem „Ordre des Médecins", der jetzt 10 Jahre besteht, und dem „Code de Déontologie" sei die Struktur der Ärzteschaft von der Öffentlichkeit anerkannt worden.

(Schmelz, Saarl. Abl. 4/56)

Ärztliche Reklame in England

Eine neue Sonderreihe der BBC mit dem Titel „Ist ein Arzt im Haus?" hat in englischen Ärztekreisen zu Debatten über ärztliche Reklame geführt, da man den Verdacht vermeiden will, daß Ärzte auf dem Umweg über den Rundfunk für sich selbst werben und berufliche Vorteile suchen. Ein Arzt, der in irgendeiner Form Reklame macht, kann in England ohne weiteres vom Register der Ärztekammer, des „General Medical Council", gestrichen werden. Einige Mitglieder des britischen Ärzteverbandes vertreten die Auffassung, daß es den Ärzten, die keine Privatpraxis haben, freistehen sollte, Rundfunkvorträge unter ihrem Namen zu halten, wenn es sich um Themen von besonderem öffentlichem Interesse handelt; so könne der Name eines Universitätsprofessors oder Medizinalrats den Ausführungen möglicherweise mehr Gewicht verleihen.

ID 6/56

Richtlinien

für Zuschüsse aus Bundeshaushaltsmitteln zur Verbilligung der nachstelligen Finanzierung gewerblicher Räume des Mittelstandes bei Baumaßnahmen des sozialen Wohnungsbaues (Rechnungsjahr 1955, Einzelplan 25, Kap. 01, Tit. 603) — (veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 242 vom 15. 12. 1955).

I. Verwendungszweck

Bei Baumaßnahmen des sozialen Wohnungsbaues sind auch gewerblichen oder beruflichen Zwecken dienende Geschäfts- bzw. Praxisräume für selbständige mittelständische Betriebe des Handwerks, des Handels, des sonstigen Gewerbes und für freie Berufe zu errichten, um die Bevölkerung — namentlich in neuen Wohnsiedlungen — ausreichend zu versorgen und um der volkswirtschaftlichen Bedeutung des gewerblichen Mittelstandes Rechnung zu tragen.

Inhaber selbständiger mittelständischer Betriebe und Angehörige freier Berufe können dabei in der Weise gefördert werden, daß die Finanzierung ihrer innerhalb eines sozialen Wohnungsbauvorhabens zu errichtenden Geschäfts- bzw. Praxisräume durch Zinszuschüsse aus Bundeshaushaltsmitteln für marktgerecht angebotene, längerfristige nachstellige private Kreditmittel verbilligt wird.

II. Voraussetzungen, Art und Umfang der Förderung

1. a) Der Inhaber der künftigen Geschäftsräume muß Bauherr seiner Geschäftsräume und der Wohnungen sein, und in den Geschäftsräumen seinen Betrieb errichten. Einem Bauherrn steht gleich, wer
   aa) über ein mit neuerrichteten Wohnungen und Geschäftsräumen bebautes Grundstück oder
   bb) über Eigentumsrechte nach dem Wohnungseigentumsgesetz vom 15. März 1951 (Bundesgesetzbl. I S. 175) an neuerrichteten Geschäftsräumen und einer neuerrichteten Wohnung innerhalb von 6 Monaten nach Bezugsfertigkeit der Räume einen gerichtlichen oder notariell beurkundeten Kaufvertrag abschließt, auf Grund dessen die Übertragung von Eigentum innerhalb einer Frist von längstens 3 Jahren verlangt werden kann.
   b) Der Inhaber des künftigen Geschäftsbetriebes muß zu dessen ordnungsmäßiger Führung in der Lage sein.
   c) Ein Zinszuschuß darf nicht gewährt werden, wenn dem Bauherrn nach seinen wirtschaftlichen Verhältnissen zugemutet werden kann, die gesamten Kapitalkosten zu übernehmen, oder wenn ihm bereits aus anderen öffentlichen Mitteln ein Zinszuschuß bewilligt worden ist.
2. a) Die Geschäftsräume und die Wohnungen sollen auf demselben Baugrundstück errichtet werden; wenn nach der Planung des Bauvorhabens Geschäftsräume und Wohnungen getrennt zu errichten sind, genügt örtlicher Zusammenhang.
   b) Das Bauvorhaben muß — abgesehen von den mitzuschaffenden Geschäftsräumen — ein solches des sozialen Wohnungsbaues im Sinne von § 1 des Ersten Wohnungsbaugesetzes in der Fassung vom 25. August 1953 (Bundesgesetzbl. I S. 1047) sein.
   c) Die mit den Wohnungen zu errichtenden Geschäftsräume müssen nach Größe und Ausstattung denen eines mittelständischen Betriebes entsprechen. Filialen oder zweite Geschäftsbetriebe sind von einer Förderung ausgeschlossen.
   d) Der Geschäftsbetrieb soll geeignet sein, seinem künftigen Inhaber nach Geschäftszweig, Lage und voraussichtlicher Entwicklung eine dauerhafte wirtschaftliche Existenz zu sichern.
   e) Die Gesamtfinanzierung des Bauvorhabens muß gesichert sein.
   f) Die bautechnischen Bestimmungen der Richtlinien für den Einsatz der Bundesmittel für den sozialen Wohnungsbau müssen in der jeweils geltenden Fassung auch für die Geschäftsräume angewendet werden.
   Zu den Voraussetzungen nach den Nummern 1 b, 1 c 1. Halbsatz, 2 c und 2 d sind die zuständigen Berufsorganisationen (Industrie- und Handelskammer, Handwerkskammer, Ärztekammer usw.) zu hören.
3. Zinszuschüsse dürfen nur für nachstellige Darlehen gewährt werden, die
   a) von Privaten, Kreditinstituten und sonstigen Kapitalsammelstellen nach dem 1. Dezember 1955 verbindlich zugesagt werden;
   b) den Kreditnehmer unter Berücksichtigung aller Nebenkosten einschließlich eines etwaigen Auszahlungsdisagios ohne den Zuschuß zinsmäßig nicht über die marktübliche Höhe hinaus belasten. Verbilligt werden nur nachstellige Kredite, deren Nominalzinssatz und sonstige Konditionen bei Abschluß des Kreditvertrages marktüblich sind. Der Bundesminister für Wohnungsbau bestimmt im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Wirtschaft und dem Bundesminister der Finanzen den verbilligungsfähigen Höchstzinssatz;
   c) einer erststelligen Hypothek üblicher Höhe folgen.
   d) Zinszuschüsse dürfen ferner nur gewährt werden, wenn und soweit die Wirtschaftlichkeitsberechnung ergibt, daß die Belastung der Geschäftsräume die ortsübliche Miete für vergleichbare Geschäftsräume überschreitet.
4. Das nachstellige Darlehen darf, soweit es zinsverbilligt wird, zwei Drittel der Gesamtkosten der Geschäftsräume sowie 20 000 DM insgesamt nicht überschreiten.
5. Der Zins wird jährlich um höchstens 2 v. H. des zuschußfähigen Darlehens verbilligt.

III. Verfahren

1. Der Antrag ist an die vom Lande bestimmte Stelle zu richten. Beizufügen ist eine nach § 4 der Berechnungsverordnung vom 20. November 1950 (Bundesgesetzbl. S. 753) gegliederte Wirtschaftlichkeitsberechnung über das Gesamtbauvorhaben. Für die Geschäftsräume ist eine gesonderte Wirtschaftlichkeitsberechnung gemäß § 3 Abs. 5 der Berechnungsverordnung aufzustellen, nach der der Zinszuschuß bemessen wird.
2. Die Bewilligungsstelle erteilt dem Darlehensnehmer auf Antrag für jeweils 3 Jahre einen Bewilligungsbescheid über Höhe, Dauer und Bedingungen des Zinszuschusses. Der Zuschuß wird halbjährlich nachträglich an den Darlehensgeber gezahlt. Wird der Zuschuß wiederholt bewilligt, darf die Gesamtlaufzeit 10 Jahre nicht überschreiten. Bei wiederholter Bewilligung eines Zinszuschusses darf das Jahreseinkommen des Geschäftsinhabers im Sinne des Einkommensteuergesetzes 9000.— DM nicht übersteigen. Zu dem Jahreseinkommen des Geschäftsinhabers

ist das einkommensteuerpflichtige Jahreseinkommen seines nicht dauernd getrennt lebenden Ehegatten und seiner Kinder, für die ihm Steuerermäßigung zusteht, hinzuzurechnen.

Der Betrag von 9000.— DM erhöht sich für jede dieser Personen sowie für sonstige zu seinem Haushalt gehörende und von ihm wegen Bedürftigkeit überwiegend unterhaltene Angehörige (§ 10 des Steueranpassungsgesetzes) um 840.— DM.

IV. Abrufverfahren und Verwendungsnachweis

1. Die Bewirtschaftung der Bundeshaushaltsmittel, die Regelung der Geldversorgung (Betriebsmittel), die Zahlung und die Rechnungslegung obliegt — vorbehaltlich der sich aus der Art der Verteilung ergebenden Besonderheiten — den Ländern gemäß dem Rundschreiben des Bundesministers der Finanzen betr. Bereitstellung von Bundeshaushaltsmitteln für den sozialen Wohnungsbau vom 13. Juni 1955 (II A/6 — Wo 0170 — 1/55).
2. Die Länder teilen dem Bundesminister für Wohnungsbau jeweils spätestens einen Monat nach Abschluß eines Quartals, erstmalig nach dem vierten Quartal des Rechnungsjahres 1955, die Höhe der im abgelaufenen Quartal bewilligten und der in diesem Zeitraum ausgezahlten Zinszuschüsse nach Formblatt I mit.

   Zwei Monate nach Abschluß des Rechnungsjahres übersenden die Länder dem Bundesminister für Wohnungsbau Nachweisungen über die Verwendung der Mittel im abgelaufenen Rechnungsjahr nach Formblatt II.
3. Der Bundesminister für Wohnungsbau ist berechtigt, die Verwendungen der Mittel selbst zu prüfen oder durch einen Beauftragten prüfen zu lassen. Die gleichen Rechte stehen dem Bundesrechnungshof zu. Die Länder sind verpflichtet, bei der Weitergabe der Mittel diese Rechte des Bundesministers für Wohnungsbau und des Bundesrechnungshofes auch gegenüber den Darlehensnehmern und den Darlehensgebern auszubedingen.

Bad Godesberg, den 30. November 1955

Dr. Preusker

AUS DER FAKULTÄT

Privat-Dozent Dr. Magnus Schmid (Geschichte der Medizin) wurde mit M. E. Nr. V 21437 vom 27. April 1956, von der Univ. München an die Univ. Erlangen umhabilitiert.

PERSONALIA

Franz Kienle, Chefarzt der II. Med. Klinik der Städt. Krankenanstalten Karlsruhe, wurde zum „Fellow of the American College of Cardiology" (F. A. C. C) gewählt.

Zum neuen Chefarzt der chirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses Tegernsee wurde der Facharzt für Chirurgie Dr. H. Laprell, gewählt. Er war vorher 13 Jahre auf der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses Nymphenburg unter Prof. Dr. Scheicher, zuletzt als dessen erster Oberarzt, tätig.

KONGRESSE UND FORTBILDUNG

Augsburger Forthildungstage fßr praktische Medizin
im Auftrag der Bayerischen Landesärztekammer

18. Vortragsreihe der „Augshurger Forthildungstage fßr praktische Medizin" am 14./15. Juli 1956

Knrsleitung: Prof. Dr. Schretzenmayr, Augsburg, Vorsitzender des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung.

Thema: „Ergebnisse moderner Stoffwechselforschung."

I. Ergebnisse der Eiweißforschung:
Übersichtsreferat
Prof. Emmrich, Magdeburg

II. Der Eisenstoffwechsel:
Übersichtsreferat
Prof. Heilmeyer, Freiburg

III. Der Zuckerstoffwechsel:
Übersicht ßber die Diabetesbehandlung
Prof. Katsch, Greifswald
Moderne orale Diahetestherapie
Prof. Stötter, Augsburg
Prophylaxe nnd Therapie der diahetischen Nachkrankheiten
Prof. Schulz, Leipzig

IV. Der Mineralhaushalt:
Pathologische Physiologie des Mineral- nnd Wasserhanshalts
Prof. Berning, Hamburg
Technische Durchführung nnd Kontrolle des Wasser- und Elektrolythanshalts
Dr. Rausch-Stroomann, Hamburg
Na-K-Haushalt in der Pathogenese und Therapie der Herzinsuffizienz
Prof. Schaeffer, Alexandrien
Die praktische Bedeutung nenerer Mineralkenntnisse im Bereich der Leber- und Nierenpathologie
Prof. Hans Baur, München
Probleme des Calciumstoffwechsels
Doz. Dr. Jesserer, Wien
Bedeutung des Mg in der Therapie
Dr. Hanns Kaiser, Darmstadt
Epilepsie-Therapie nnd Mineralstoffwechsel
Prof. Klhn, Erlangen

Außerdem: Klinische Visiten, Demonstrationen und Colioquien.

Auskunft: Ärztl. Bezirksverein Augsburg, Augsburg, Schaezlerstraße 19.

KONGRESSKALENDER

INLAND

Juni 1956

10.—23. in Frendenstadt/Schw.: Sportärztelehrgang des Deutschen Sportärztebundes. Auskunft: Kurverwaltung Freudenstadt/Schw.

12.—15. in Stuttgart: Hauptversammlung 1956 der Max-Planck-Gesellschaft.

13.—17. in Gießen: Fortbildungskurse für praktische Ärzte. Thema: „Dermatologie für den praktischen Arzt." Auskunft: Prof. Dr. Gg. Herzog, Pathol. Institut, Gießen, Klinikstr. 32 g.

15.—17. in Würzburg: Fortbildungskurs der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg. Leiter: Professor Dr. E. Wollheim. Auskunft: Sekretariat der Medizinischen Universitätsklinik Würzburg.

22.—24 in Frendenstadt/Schw.: Deutscher Sportärztekongreß 1956. Auskunft: Kurverwaltung Freudenstadt/Schw.

27.—30. in Gießen: Hochschulkurs für Röntgenologen der Akademie für Medizinische Forschung und Fortbildung der Justus-Liebig-Hochschule. Auskunft: Prof. Dr. Georg Herzog, Pathologisches Institut, Gießen, Klinikstr. 32g.

Juni/Juli 1956:

29.—1. in Ansbach: 9. Bayerischer Ärztetag. Auskunft: Dr. Wendelstein, Facharzt für HNO, Ansbach, Promenade 6.

29.—1. Juli in Freiburg i. Br.: 4. Symposion 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.

Juli 1956

6.—8. in Wangen/Allg. (Kinderheilstätte): 7. Allgäuer Tuberkulose-Fortbildungskurs. Auskunft: Professor Dr. Brügger, Wangen/Allg., Kinderheilstätte.

14.—15. in Augsburg: Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin. Auskunft: Sekretariat der „Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin", Augsburg, Schaezlerstraße 19.

20.—21. in München: 33. Tagung der Bayerischen Chirurgenvereinigung. Auskunft: Dr. Fritz Niedermayer, ehemal. Chefarzt des Krankenhauses Passau, Freilassing/Obb., Reichenhaller Straße 47.

26.—28. in Hamburg: 6. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie. Auskunft: Prof. Dr. Dr. K. Schuchardt, Hamburg 13, Johnsallee 3.

27.—29. in Freiburg i. Br.: Arbeitstagung für Dermatologische Bildkunst im Auftrag der Deutschen Dermatol. Gesellschaft. Auskunft: Univ.-Hautklinik, Freiburg i. Br., Hauptstr. 7.

August 1956

5.—10. in München: 8. Internationale Konferenz des Sozialen Dienstes. Auskunft: Deutscher Landesausschuß der Internationalen Konferenz für Sozialarbeit, Frankfurt a. M., Beethovenstraße 61.

19.—23. in Köln: Kongreß des College of Chest Physicans unter Leitung von Prof. Dr. J. Hein. Auskunft: Kongreßbüro GmbH., Köln-Dentz, Messeplatz.

19.—23. in Köln: IV. Internationaler Kongreß über Erkrankungen des Thorax (unter dem Präsidium von Prof. Domagk). Auskunft: Prof. Dr. med. H. W. Knipping, Medizinische Universitätsklinik, Köln-Lindenthal.

22.—26. in München: 13. Deutscher Zahnärztetag: Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Auskunft: Prof. Dr. Hammer, Direktor des Zahnärztl. Instituts und der Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten der Universität Kiel.

September 1956

2.—8. in Karlsruhe: Deutsche Therapiewoche 1956. Auskunft: Wissenschaftl. Kongreßbüro der Deutschen Therapiewoche, z. H. von Dozent Dr. med. habil. Dr. phil. F. Kienle, II. Medizin. Klinik, Karlsruhe, Moltkestraße 18.

3. in Karlsruhe: Tagung der Wissenschaftlichen Vereinigung für Ultraschallforschung e. V. Auskunft: Dozent Dr. med. Kh. Woeber, Bonn, Univ.-Hautklinik.

17.—23. in Münstar/Westf.: 59. Deutscher Ärztetag.

18.—22. in Heidelberg: Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie. Auskunft: Prof. Dr. H. Wimhöfer, 2. Schriftführer, Heidelberg, Univers.-Frauenklinik, Voßstraße 9.

19.—22. in Nürnberg: Tagung der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft. Auskunft: Dr. F. Becker, Chefarzt der Orthopädischen Klinik, Altdorf bei Nürnberg.

19.—22. in Berlin: Tagung der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie, der Deutschen Gesellschaft für Neurologie und der Deutschen EEG-Gesellschaft. Auskunft: Priv.-Dozent Dr. Penzholz, Berlin-Charlottenburg, Spandauer Damm 130, Krankenhaus Westend.

22.—23. in Mainz: 40. Versammlung der Südwestdeutschen Hals-, Nasen-, Ohrenärzte. Auskunft: Dr. Naumann, Würzburg, Luitpoldkrankenhaus, HNO-Klinik.

23.—26. in Hamburg: 99. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte. Auskunft: Prof. Dr. F. Mietzsch, Wuppertal-Elberfeld, Friedr.-Ebert-Str. 217.

27.—29. in Baden-Baden: Tuberkulosekongreß des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose. Auskunft: Geschäftsstelle des Komitees in Hannover, Sallstr. 84.

28.—30. in Bad Nauheim: 22. Bad Nauheimer Ärztefortbildungslehrgang im William-G.-Kerckhoff-Herzforschungsinstitut der Max-Planck-Gesellschaft. Thema: „Die Herzfehler." Auskunft: Kurverwaltung Bad Nauheim, Verkehrsamt.

29.—30. in Bad Wiassee: 4. Fortbildungskurs für praktische Medizin. Auskunft: Dr. Karl Neresheimer, Bad Wiessee, Adrian-Stoop-Straße.

Oktober 1956

1.—3. in Marburg/Lahn: Tagung der Deutschen Gesellschaft für gerichtliche und soziale Medizin. Vorsitz und Auskunft: Prof. Dr. Förster, Institut für gerichtliche und soziale Medizin, Marburg/Lahn.

1.—3. in Erlangen (Universitäts-Hautklinik): 4. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung. Auskunft: Institut für Sexualforschung, Frankfurt a. M., Börsenstraße 14.

4.—7. in Bad Bernock: 4. Arbeitstagung der Deutschen Gesellschaft für Arzneipflanzenforschung und -therapie e. V. Auskunft: Prof. Dr. W. Poethke, Institut für Pharmazie und Lebensmittelchemie, Jena, Neugasse 24.

14.—18. in Bad Salzuflen: 52. Deutscher Bädertag. Auskunft: Deutscher Bäderverband e. V., Bonn, Lotharstr. 19.

27.—28. in Frankfurt a. M.: Tagung der Deutschen Gesellschaft für Ästhetische Chirurgie und Medizinische Kosmetik.

AUSLAND

Juni 1956

22.—24. in Bad Ischl: Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. Auskunft: Kurdirektion Bad Ischl/Österreich.

Juli 1956

18.—21. in London: Internationaler Kongreß für Gastro-Enterologie. Auskunft: Mr. Hermon Taylor, London, Hospital, E. 1.

22.—27. in Kopenhagen: 8. Internationaler Pädiaterkongreß. Auskunft: Geschäftsstelle des Kongresses, Domus medica, 12 A Kristiniagade, Kopenhagen

28.—30. in Zürich: 5. Kongreß der Europäischen Vereinigung für Herz- und Gefäßchirurgie. Auskunft: Prof. Dr. Hahn, Medizinische Akademie, Düsseldorf, Moorenstraße 5

30.—4. August: in Brüssel: 20. Internationaler Kongreß für Physiologie. Auskunft: Prof. Dr. J. J. Reuse, Med. Fakultät, 115 Bonfevard de Waterloo, Brüssel.

31.—5. August in Stockholm: XI. Internationaler Dermatologen-Kongreß. Auskunft: Generalsekretär C. H. Flodén, Hudkliniken, Karolinska sjukhuset, Stockholm 60.

August

1.—6. in Kopenhagen: I. Internationaler Kongreß für Humangenetik. Auskunft: The first International Congress of Human Genetics, 14. Tagensvej, Kopenhagen N.

12.—15. in Oslo: 2. Acta Endocrinologica-Kongreß unter Beteiligung der endokrinologischen Gesellschaften von Dänemark, Deutschland, Holland, Norwegen, Schweden, Schweiz. Auskunft: Prof. A. Jores, Direktor der II. Medizin. Universitäts-Klinik und Poliklinik, Hamburg-Eppendorf.

20.—24. in Kopenbagen: II. Internationaler Kongreß für Physikalische Medizin. Auskunft: Dr. 8. Strandberg, Kobenhavns Amts Sygehus t, Gentofte, Hellerup, Dänemark.

23.—25. in Zürich (Hörsaaltrakt des Kantonspitals): Gemeinsame Tagung der Deutschen Gesellschaft für Anaesthesie, der Österreichischen Gesellschaft für Anaesthesiologie und der Schweizerischen Gesellschaft für Anaesthesiologie. Auskunft: Dr. K. Zimmermann, Niederhofenrain t8, Zürich 8.

27.—8. Sept. in Meran: Fortbildungskurs für praktische Medizin. Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln a. Rh., Brabanter Straße 13.

September 1956

3.—7. in Barceiona: X. Internationaler Kongreß für Stimm- und Sprachheilkunde. Auskunft: Dr. J. Perellé, Provenza 349, Barcelona 9.

3.—10. in Florenz und Mailand: 8. Internationaler Kongreß über die Geschichte der Wissenschaften. Auskunft: Sekretariat Dr. M. L. Bonelli, Istituto Nazionale di Ottica, Arcetri, Florenz.

9.—15. in Den Haag (Niederlande): VII. Internationaler Kongreß katholischer Ärzte. Haupttbema: Arzt und Recht. Auskunft: R. K. Artsenvereniging, Herrenstraat 35, Utrecht (Niederlande).

10.—14. in Rom: II. Internationaler Kongreß für Diätetik, veranstaltet von der Diätetischen Vereinigung Italiens. Auskunft: Prof. E. Serianni, Segretario Generale, Associazione Dietetica Italiana, Via dei Penitenzieri 13, Rom.

10.—14. in Stockholm: 2. Kongreß der Europäischen Cardiologen-Gesellschaft. Auskunft: Generalsekretär Dr. K. E. Grewin, Södersjukhuset, Stockholm S.

10.—15. in Istanbul: Internationaler Kongreß über Probleme des Alkoholismus. Auskunft: Bureau international contre l'alcoolisme, Case Gare 49, Lausanne/Schweiz.

12.—13. in Graz: Tagung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie und der Österreichischen Liga. Auskunft: Prof. Dr. Gotsch, Direktor der Medizinischen Universitätsklinik Graz.

15.—23. in Velden/Wörther See: Internationaler Herbstkurs für Ganzheitsmedizin und Naturheilverfahren. Auskunft: Ärztekammer für Kärnten, Klagenfurt, Mießtalerstr. 6.

15.—20. in Zürich: Internationaler Fortbildungskurs in Pädiatrie. Auskunft: Sekretariat der Medizin. Fortbildungskurse, Kinderspital, Zürich 32.

19.—23. in Madrid: 4. Internationaler Kongreß für Innere Medizin. Auskunft: Drs. J. C. de Oya und J. Cimena, Hortaleza Nr. 90, Madrid.

21.—23. in Bürgenstock/Schweiz: Außerordentliche Generalversammlung des Internationalen Ärztinnenbundes. Auskunft: Sekretariat Dr. Janet Aitken, 30a, Acacia Road, London NW 8.

AMTLICHES

Rücknahme der Untersagung der ärztlichen Berufsausübung

Mit Bescheid der Regierung von Niederbayern vom 11. 5. 1956 wurde die mit der Entscheidung derselben Regierung vom 23. 12. 1953 verfügte Untersagung der Ausübung des ärztlichen Berufes durch Dr. Hans Ernst in Landshut, mit sofortiger Wirkung zurückgenommen.

Ergebnis der Wahlen vom 6. 5. 1956 zur Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern

A. Vertreter der ordentlichen Mitglieder:

KVB-Bezirksstelle München:

1. Dr. Petz, Hans, pr. Arzt, München, Habacher Straße 66
2. Dr. Schmitt, Ludwig, pr. Arzt, München, Elisabethstr. 44
3. Dr. Kiefhaber, Josef, pr. Arzt, München, St.-Martin-Str. 18a
4. Dr. von Bary, Siegfried, FA., München, Sendlinger Str. 61
5. Dr. Eisenberger, Ludwig, pr. Arzt, München, Forstenrieder Straße 491
6. Dr. Kreuzeder, Otto, pr. Arzt, München, Lampadiusstr. 2
7. Dr. Schneider, Kurt, FA., München, Schönfeldstraße 19
8. Dr. Wojaczek, Wilhelm, pr. Arzt, München, Nymphenburger Straße 147a
9. Dr. Walinöfer, Alexander, FA., München, Sonnenstr. 24
10. Dr. Bachmann, Ernst, pr. Arzt, München, Lachnerstr. 3
11. Dr. Goßmann, Maria, pr. Ärztin, München, Uhlandstr. 2
12. Dr. Ahie, Hans, FA., München, Nikolaistr. 5

KVB-Bezirksstelle Oberbayern:

13. Dr. Goetz, Hermann, pr. Arzt, Ingolstadt, Ludwigstr. 14/I
14. Dr. Sewering, Hans-Joachim, FA., Dachau, Ludwig-Thoma-Straße 8
15. Dr. Völlinger, Friedrich, pr. Arzt, Freising, General-v.-Nagel-Straße 22
16. Dr. Stuhlfelder, Hermann, pr. Arzt., Altötting, Beckstr. 2
17. Dr. Braun, Werner, FA., Bad Reichenhall, Ludwigstr. 15
18. Dr. Rechl, Hermann, pr. Arzt, Trostberg, Bahnhofstr. 5
19. Dr. Schlosser, Otto, FA., Rosenheim, Münchner Str. 6
20. Goetz, Karl, pr. Arzt, Haag/Obb.
21. Dr. Schulenburg, Gerhard, pr. Arzt, Weißach, P. Rottach-Egern
22. Dr. Wolpert, Kurt, FA., Garmisch-Partenkirchen, Bahnhofstraße 72
23. Dr. Schindelbeck, Robert, FA., Herrsching, Summerstr. 3

KVB-Bezirksstelle Niederbayern:

24. Dr. Forchheimer, David, pr. Arzt, Straubing, Innere Passauer Straße 5
25. Dr. Achmüller, Meinrad, pr. Arzt, Metten bei Deggendorf
26. Dr. Bandtlow, Oskar, FA., Passau, Bahnhofstraße 2
27. Dr. Dörfler, Josef, pr. Arzt, Griesbach
28. Dr. Gruber, Ludwig, pr. Arzt, Landshut, Altstadt 195
29. Dr. Senft, Josef, pr. Arzt, Abensberg

KVB-Bezirksstelle Oberpfalz:

30. Dr. Eisenberger, Ferdinand, FA., Regensburg, Landshuter Straße 7
31. Dr. Eisert, Heinrich, FA., Regensburg, Adolf-Schmetzer-Straße 18
32. Dr. Stettner, Erwin, pr. Arzt, Amberg
33. Dr. Treutinger, Josef, pr. Arzt, Neumarkt, Oberer Markt
34. Dr. Nagel, Hans-Dieter, FA., Weiden
35. Dr. Seidl, Odo, pr. Arzt, Waldsassen

KVB-Bezirksstelle Oberfranken:

36. Dr. Graepel, Hartwig, FA., Bamberg, Schönleinplatz 2
37. Dr. Farrenkopf, Ludwig, pr. Arzt, Herzogenaurach, Hauptstraße 59
38. Dr. Hering, Bruno, pr. Arzt, Bayreuth, Maxstr. 46
39. Dr. Dudel, Gerhard, FA., Coburg, Goethestr. 7
40. Dr. Giesen, Heinrich, pr. Arzt, Kronach, Wasserstr. 3
41. Dr. Schmitt, Ludwig, pr. Arzt, Hof, Königstr. 4
42. Dr. Schleußner, Armin, pr. Arzt, Wunsiedel, Gabelmannplatz 2
43. Dr. Frank, Franz, pr. Arzt, Kulmbach, v.-Stephan-Str. 8

KVB-Bezirksstelle Mittelfranken:

44. Dr. Haas, Hermann, pr. Arzt, Nürnberg, Sulzbacher Str. 61
45. Dr. Bauer, Ernst, pr. Arzt, Nürnberg, Munkerstr. 7
46. Dr. Schmidt, Hugo, pr. Arzt, Nürnberg, Haslerstr. 27

47. Dr. Stephan, Hermann, pr. Arzt, Feucht, Eichenhain 137
48. Dr. Hauptmann, Karl, FA., Fürth, Bahnbofstr. 11
49. Dr. Schreibelmeyer, Ernst, pr. Arzt, Windsbeim, Seegasse
50. Dr. Dr. Wendelstein, Helmut, FA., Ansbach, Promenade 8
51. Dr. Wüstmann, Georg, FA., Rothenburg o. d. T.
52. Dr. Reichel, Fritz, pr. Arzt, Hersbruck/Pegnitz
53. Dr. Mahner, Artur, FA., Kipfenberg

KVB-Bezirksstelle Unterfranken:

54. Dr. Flach, Karl Hans, pr. Arzt, Aschaffenburg, Dalbergstraße 41
55. Dr. Galm, Hubert, FA., Miltenberg/Main
56. Dr. Crecelius, Theodor, pr. Arzt, Bischofsbeim v. d. Rh.
57. Dr. von Lücken, Ernst, pr. Arzt, Stadtprozelten
58. Dr. Kranz, Adam, FA., Schweinfurt, Manggasse 15
59. Dr. Diem, Ludwig, pr. Arzt, Marktbreit
60. Dr. Hermann, Gerhard, FA., Würzburg, Kaiserstr. 12

KVB-Bezirksstelle Schwaben:

61. Dr. Weigel, Paul, FA., Augsburg, Schaezlerstr. 4
62. Dr. Gahbauer, Alfred, pr. Arzt, Stadtbergen, Sonnenstr. 1
63. Dr. Weinmann, Hermann, pr. Arzt, Augsburg, Humboldtstraße 41
64. Dr. Seidlmayer, Hubert, FA., Kempten, Parkstr. 14
65. Dr. Euler, Stephan, pr. Arzt, Lindau, Langenweg 13
66. Dr. Eger, Benedikt, pr. Arzt, Lechbruck
67. Dr. Krauß, Egon, pr. Arzt, Babenhausen
68. Dr. Herligkoffer, Siegfried, pr. Arzt, Ichenhausen
69. Dr. Abt, Andreas, pr. Arzt, Burgbeim.

B. Vertreter der außerordentlichen Mitglieder:

KVB-Bezirksstelle Mßnchen:

1. Dr. Brentano-Hommeyer, Karl, pr. Arzt, München, Landwehrstraße 20
2. Dr. Kieeberger, Eduard, FA., München, Innere Wiener Straße 24
3. Dr. Hellbrügge, Theodor, wiss. Ass., München, Kurfürstenstraße 14
4. Dr. Keller, Hans, wiss. Ass., München, Nußbaumstr. 7
5. Dr. Vogt, Dietrich, wiss. Ass., München, Nibelungenstr. 75

KVB-Bezirksstelle Oberbayern:

6. Dr. Schleicher, Hans, FA., Peißenberg
7. Dr. Hickl, Siegfried, FA., Rosenheim, Städt. Krankenhaus
8. Dr. Schmid-Burgk, Helmut, FA., Gauting

KVB-Bezirksstelle Niederbayern:

9. Dr. Schmelz, Wilhelm, FA., Straubing, Fraunhoferstr. 19

KVB-Bezirksstelle Oberpfalz:

10. Dr. Froschauer, Ferdinand, Regensburg

KVB-Bezirksstelle Oberfranken:

11. Dr. Keppel, Hans, Ass.-Arzt, Marktzeuln

KVB-Bezirksstelle Mittelfranken:

12. Dr. Rieden, Heinz-Günter, angest. Arzt, Erlangen, Zeppelinstraße 56
13. Dr. Hegelein, Herbert, Ass.-Arzt, Nürnberg, Haeselerstr. 4
14. Dr. Elster, Kurt, Priv.-Doz., Erlangen, Löhestr. 15

KVB-Bezirksstelle Unterfranken:

15. Dr. Röscher, Wilhelm, Ass.-Arzt, Würzburg, Kranenkai 2
16. Dr. Vierheilig, Hugo, FA., Würzburg, Scheffelstr. 4

KVB-Bezirksstelle Schwaben:

17. Dr. Bermanseder, Otto, Ass.-Arzt, Augsburg, Schaezlerstr. 6

Beilagenhinweis

Dieser Ausgabe liegen Prospekte folgender Firmen bei:
Klinge GmbH., München 23
UPHA GmbH., Hamburg 20
Asta-Werke AG., Brackwede
Dr. August Wolff, Bielefeld
Dr. Rud. Reiss, Chem. Werke, Berlin-West.
Verlag Lambert Müller & Co., München 23, über die Monatsschrift „gehört — gelesen".

RUNDSCHAU

Zehn-Stnnden-Tag des Arztes

(Industriekurier, 16. 2. 56): In der politischen und arbeitspsychologischen Aussprache über die Probleme der 40-Stunden-Woche spielt die Behauptung eine gewisse Rolle, daß kein Mensch, auch wenn er gesund ist und gut ernährt wird, in der Lage sei, eine Körper und Geist anstrengende Tätigkeit länger als 8 Stunden an 5 Tagen der Woche auszuführen. Dieses Argument findet durch eine Umfrage des amerikanischen Ärzteverbandes unter seinen Mitgliedern eine beachtenswerte Beleuchtung. Der Verband hat 3000 Ärzte in Stadt und Land ersucht, neben anderen Angaben mitzuteilen, wieviel Stunden ein jeder von ihnen wöchentlich zu arbeiten pflegt. Mit fast mathematischer Übereinstimmung teilten die Befragten mit, daß sie durchschnittlich 64 Stunden in der Woche tätig seien, so daß, wenn man einige Stunden auf Besuche bei Schwerkranken am Sonntag absetzt, der amerikanische Arzt mit einem Zehnstundentag körperlich und geistig anstrengender Arbeit rechnen muß. — Da die Vereinigten Staaten im Gegensatz zu England keinen unentgeltlichen Gesundheitsdienst für jedermann besitzen, pflegen vor allem die Hausärzte auf Empfehlung der Kirchengemeinden ältere Patienten, die keinen Versicherungsschutz genießen, unentgeltlich zu behandeln. Aus der Befragung ergab sich die Ansicht der Ärzte, daß sie von den 64 Stunden ihrer Arbeitswoche 8 Stunden völlig unentgeltlich leisten. — Im Hinblick auf die Erörterung der Besoldungsordnung der Krankenkassen wäre es von Interesse, ähnliche Zahlen über die laufende Belastung des deutschen praktischen Arztes zu erfahren. DZA/C/18/56

Noch Ärztemangel In der Sowjetzone

In der Sowjetzone besteht immer noch ein Ärztemangel, wie aus einem Bericht des Bundesministeriums für gesamtdeutsche Fragen hervorgeht: Danach gibt es in der Zone etwa 11 000 Ärzte. Für die unmittelbare Betreuung der Bevölkerung in der freien Praxis steht ein Arzt auf je 2000 Einwohner zur Verfügung. Die Sprechstunden der Ärzte sind überfüllt, die Ärzte stark überlastet. Versuche zur Werbung westdeutscher Ärzte führten zu keinem Erfolg, obgleich die Ärzte in der Zone nach dortigen Begriffen gut bezahlt werden. So bekommt ein Assistenzarzt ein Gehalt zwischen 600 und 800 Ostmark, Assistenzärzte mit zweijähriger Tätigkeit nach Vollapprobation verdienen bis zu 1000 Ostmark und leitende Ärzte über 1300 Ostmark monatlich. Die gesamte Gesundheitspolitik in der Zone ist auf die Abschaffung der freien Praxis und den Ausbau eines von der Partei kontrollierten staatlichen Gesundheitswesens ausgerichtet.

„Die Welt" v. 29. 12. 1955

Ein **Karies-Forschnngsinstitut** wurde an der Univ. Mainz gegründet. Es soll sich vor allem vorbeugenden Maßnahmen widmen. Statistische Erhebungen zeigen, daß die Bevölkerung fast zu 100% von der Karies befallen ist. Die Krankenkassen geben für die Behandlung jährlich rund 370 Millionen DM aus. Wie die, vor allem in den USA gewonnenen Erfahrungen lehren, läßt sich aber die Karies durch vorbeugende Maßnahmen weitgehend eindämmen. MMW 7/56

Wochenbettgeschenk der AOK Hof. Wir entnehmen der Frankenpost (Erscheinungsort Hof/Saale — Ausgabe Selb) vom 29. 12. 1955 folgende Mitteilung: „Im Wirkungsbereich der AOK Hof, zu der auch die Nebenstelle Selb gehört, erhalten alle der AOK Hof angehörenden Wöchnerinnen, soweit sie nach diesem Zeitpunkt entbinden, ein Geschenk der AOK, bestehend aus einer Garnitur Babywäsche, Windeln, 1 Schnuller und Creme. Wie wir vom Leiter der Nebenstelle, Richard Hechtfischer, erfahren, ist diese von den Müttern mit freudiger Überraschung begrüßte Maßnahme nicht als Weihnachtsgeschenk gedacht, sondern wird künftig jeder Wöchnerin überreicht . . ."

(Gesundheitspolit. Umschau 1/56)

AOK sorgt für Überraschungen: Wir entnehmen dem Selber Tageblatt vom 23. Dezember 1955 folgende Mitteilung: „AOK sorgt für Überraschungen. Die AOK Hof und damit auch deren Nebenstelle Selb, die von Richard Hechtfischer geleitet wird, hat beim Christkind heuer Geschenke in Auftrag gegeben, die bei allen Empfängern große Überraschung und ebenso große Freude auslösen

werden bzw. — soweit die Geschenke schon ausgehändigt wurden — ausgelöst haben. Alle Wöchnerinnen, die der AOK angehören, erhalten als Weihnachtsgabe der AOK eine Wöchnerinnen-Erstausstattung, bestehend aus einer Garnitur Babywäsche und Windeln, Schnuller (! ! Die Red.) und Creme. Jedes schwer kranke und durch seine Krankheit in der Arbeit ausfallende Mitglied wird von der AOK mit 1 Flasche Wein und 1 Dose Lebkuchen beschenkt. Es ist bisher noch nicht bekannt geworden, daß eine Krankenkasse für derartige Weihnachtsgeschenke an Mitglieder Sorge getragen hätte. Diese Einführung der AOK Hof verdient deshalb besonders herausgestellt zu werden, da es sich um eine wirkliche vorbildliche Betreuungsaktion handelt."

(Ges. Pol. Umschau 1/56)

Bis 1000 DM in die Sozialversicherung

(Hbg. Anzeiger, 17. 2. 56): „Der Mensch muß im Mittelpunkt der neuen Sozialordnung stehen", erklärte das Mitglied im Bundesvorstand des DGB, Willi Richter, Düsseldorf, am 16. 2. vor dem Ortsausschuß Hamburg. Zur Sozialreform meldete er drei Grundforderungen des DGB an: Höhere Leistungen in allen Versicherungssparten, deren organisatorische Vereinfachung und ein übersichtliches Versicherungsrecht. Für alle Arbeitnehmer bis zu einem Monatseinkommen von 1000 DM soll die neue Sozialversicherung gelten. Die Leistungen können künftig nicht mehr allein aus den Mitgliedsbeiträgen finanziert werden. Der Staat muß Subventionen zahlen. Die Vertrauensärzte dürfen nicht länger an die Weisungen der Versicherungsträger und deren Kassenlage gebunden sein. DZA/C/15/56

Du mußt nicht früher sterben! (Badische Ztg., Freiburg, 17. 4. 1956): Als der Plan bekannt wurde, einen Film über Krankenkassen, Ärzte und Patienten zu drehen, haben wir unsere Freude geäußert... Jetzt, da der Film gezeigt wurde, ist die Freude vorbei. Was wir sahen, war kein nützlicher Beitrag zu einer sehr brennenden Diskussion; es streifte die Grenzen der Demagogie, wenn es sie nicht schon überschritt. Dieses Urteil bleibt auch bestehen, wenn man in Rechnung stellt, daß die Dramatisierung oder Verfilmung eines heißen Eisens aus dem öffentlichen Leben notwendig die Dinge etwas scharf zeichnen muß, bis hart an den Rand der Verzeichnung. Aber die grobe Entstellung ist nicht erlaubt.

Wir wollen jetzt nicht nach dem Zensor rufen. Das sollte auch nicht nötig sein, denn, wenn es hart auf hart geht, werden unzählige Menschen aufstehen, die sagen können: „Obgleich wir arm sind, aber weil es die Krankenkassen gibt, wurde uns geholfen, deshalb leben wir noch." Diese ganze Organisation der Pflichtversicherung gegen Krankheit mag verbesserungsfähig sein, sie mag schwache Stellen haben, sie ist und bleibt in ihrem Grundzug eine höchst segensreiche soziale Einrichtung. Und notwendige Reformen werden nicht gefördert, indem man um sich schlägt und alles zerstört. Wie wäre es sonst mit einem Film über die Filmproduzenten (und manche andere Publizisten auch) mit dem Titel „Weil du nichts zu verantworten hast, kannst du alles herabsetzen?"

Wir wollen nicht auf Einzelheiten der Handlung eingeben... Nur am Schluß wird ein scheinbar sachliches Wort gesprochen: Ärzte und Kassen müßten zusammenarbeiten an einer Änderung der RVO... Wobin soll die Änderung zielen? Da ist ständig vom „Regelbetrag" die Rede. Die Ärzte stoßen sich daran, daß sie nicht selbst ganz frei über das Notwendige entscheiden können, sondern daß eine behördenähnliche Stelle darüber wacht. Daß oft hohe genehmigte Überschreitungen für unzählige Patienten mit dem Krankenschein die Rettung gebracht haben, wird verschwiegen. Man nennt das unter Ärzten Bürokratie... Da gibt es dann einmal Mißhelligkeiten, wenn der Kontakt zwischen Arzt und Kasse nicht gut oder vielleicht auch die eine oder andere Kasse unzulänglich geleitet ist. Aber wird die Standesorganisation der Ärzte behaupten wollen, daß in ihren Reihen immer alles völlig in Ordnung sei?

Natürlich ist „wirtschaftliche Verordnungsweise" kein schöner Begriff. Man würde lieber vom ärztlich Notwendigen ausgehen. Aber dann hört man, daß ein guter Arzt bei manchem Fall am liebsten nach alter Weise einen Umschlag und heiße Zitrone verordnen würde, aber der Patient erwartet, daß ihm eines der unzähligen Präparate der pharmazeutischen Industrie verschrieben wird. — Das kostet Geld. Die Kasse zahlt es. Woraus zahlt sie es? Aus den Beiträgen ihrer Mitglieder... Jede Kasse muß haushalten mit ihren Mitteln. Über die Verwendung wacht nicht nur der Vorstand, sondern auch ein Beirat, in dem Arbeitgeber und -nehmer vertreten sind. Das gibt es nicht, was uns der Film vorspielt, daß die Krankenkasse Kreditinstitut spielt wie eine Bank. Und die angeblichen Verwaltungspaläste? Der möglichst historische Wiederaufbau des Basler Hofs in Freiburg war vielleicht aufwendiger als das Haus der Krankenkasse aus Glas und Beton am Fahnenbergplatz. Man vergißt auch, daß in diesen Häusern ein großer Teil des Büroraums vermietet ist...

... Und selbst wenn keine Versicherung auf Gegenseitigkeit, sondern der Staat für die Kranken sorgte, es würde mit der Bürokratie kaum besser, sondern eher schlechter, und es würde sich nichts daran ändern, daß der Gesunde für den Kranken zahlt... Sicher ist es bequemer, aus einer gutgefüllten Brieftasche hohe Arztrechnungen leichthin bezahlen zu können, als zur Kasse zu gehen. Aber solche gutgefüllten Brieftaschen sind heute selten. Deshalb ist die Krankenkasse, unbeschadet mancher Möglichkeit ihrer Reform, ein allgemeiner Segen, und richtig bleibt der Grundsatz: „Weil du gesund bist, darfst du zahlen — der Kranke ist froh darüber." DZA/C/32

Teufel Alkohol und die Renten. (Die Zeit, Hbg., 12. 1. 56): Oberstaatsanwalt Werner G. Kleffel nimmt Stellung zu mehreren Entscheidungen des 3. Senats des Landessozialgerichts Celle, das Hinterbliebenenrente versagte, weil die verunglückten Väter und Ehemänner durch Alkoholgenuß fahruntüchtig geworden waren und zur Zeit des Verkehrsunfalles nicht mehr unter dem Schutz der Unfallversicherung standen...

... In allen drei uns vorliegenden Fällen handelt es sich um Kaufleute, die sich auf Geschäftsfahrt befanden und sich

Für Jung und Alt, Mann und Frau, Prophylaxe und Therapie
Lederle
Lederle - Vitamine
Prenatal * Schwangerschaft und Stillzeit
Vi-Magna * Multivitaminpräparat Kapseln und Sirup
Lederplex * Leberschutztherapie Kapseln und Sirup
Stresscaps „Stress"-Situationen
* Wz

nach Abschluß ihrer Arbeit dem Alkoholgenuß hingegeben hatten und auf dem Heimweg tödlich verunglückten. — In zwei Fällen handelt es sich jeweils um eine Blutalkohol-Konzentration, die z. Z. der Unfälle 1,54 Promille und 1,57 Promille betrug; in dem anderen Falle war nicht mehr festzustellen, in welchem Grade der Verunglückte im Augenblick des Unfalles unter Alkoholeinwirkung stand, weil es dem Arzt nicht mehr gelungen war, dem Verunglückten eine Blutprobe zu entnehmen.

Das Landessozialgericht Celle berief sich insbesondere auch auf das Gutachten des Präsidenten des Bundesgesundheitsamtes vom 1. 3. 1955 und stellte fest, daß ein Kraftfahrer mit einer Blutalkohol-Konzentration von 1,5 Promille „unwiderleglich" fahruntüchtig sei. Das LSG entschied aber zugleich auch — und das ist das juristisch Wesentliche und Entscheidende —, daß sich ein Kraftfahrer mit einer solchen Blutalkohol-Konzentration spätestens dann von seiner Berufstätigkeit löst, indem er sich ans Steuer setzt. — In der RVO, auf welche die Kläger ihre Ansprüche gestützt hatten, sind Arbeitsunfälle genau definiert. Als Arbeitsunfall gelten aber auch Unglücke, die sich auf einem mit der Tätigkeit in dem Unternehmen zusammenhängenden Weg nach und von der Arbeitsstätte ereignen, so insbesondere auch von der Wohnung zur Arbeitsstätte und zurück. Daß die von den Verunglückten ausgeübte Tätigkeit und insbesondere auch die Geschäftsfahrt mit einem Kraftwagen dem Versicherungsschutz an sich unterlag, war unbestreitbar und blieb auch unbestritten. Genau so war unzweifelhaft, daß den Hinterbliebenen eine Rente zugestanden hätte, wenn es sich um einen echten Arbeitsunfall gehandelt hätte. Eben dies aber hat das LSG ausdrücklich mit der Feststellung verneint, daß ein Versicherter bei einer Blutalkohol-Konzentration von 1,5 Promille nicht mehr fähig sei, die Arbeit, die der Betrieb von ihm fordert und die auch in der Führung des Kraftwagens besteht, auszuführen. Damit wird diese Tätigkeit, mag sie auch an sich aus beruflichen Gründen ausgeübt werden, zu einer „eigenwirtschaftlichen", zu einem rein privaten Tun. Der Versicherte löst sich in dem Augenblick also von seiner beruflichen Arbeit, in dem er sich in solchem Zustand der Trunkenheit ans Steuer seines Kraftwagens setzt. Was von da an geschieht, unterliegt nicht mehr dem Versicherungsschutz, sondern geht auf eigenes Risiko der Verunglückten und ihrer Hinterbliebenen. Arbeitsfähiger Zustand — darauf kommt es nach Auffassung des LSG an und nicht mehr darauf, ob der Alkohol den Unfall verursacht hat oder nicht, denn es ließen sich ja auch Einwirkungen denken, welche die Arbeitsfähigkeit schwer beeinträchtigen . . . Ob und wieweit das Bundessozialgericht in Kassel sich dieser Rechtsprechung anschließen wird, kann noch nicht überblickt werden.

Die Entscheidungen des Landessozialgerichts Celle sind in der Öffentlichkeit stark angegriffen worden; ja, man hat von einer Schädigung der Hinterbliebenen gesprochen, die der „Sippenhaft" unseligen Andenkens gleiche. — In Wirklichkeit aber ist die Situation für sie nichts anderes als etwa für die Hinterbliebenen eines Beamten oder eines kaufmännischen Angestellten, der straffällig geworden, bestraft und darum fristlos entlassen wird und auch in der Regel sämtliche eigenen Versorgungsansprüche und die seiner Hinterbliebenen verliert. DZA / C / 4 / 56

„Es gibt keine totale Sicherheit". Frau Margot Kalinke, Bonn, MdB und Mitglied im Sozialpolitischen Ausschuß, nahm am 23. 1. im Ratshaussaal in Elberfeld auf einer Veranstaltung zur Eröffnung der Semesterreihe 1956 des Berufsbildungswerkes der Versicherungswirtschaft zu dem Thema: „Aktuelle Probleme der Sozialreform" Stellung. — Von der Tatsache ausgehend, daß eine Sozialreform auch für den letzten Bürger spürbar würde, entweder durch größere Steuerleistungen oder durch größere Unterstützung, kam die Rednerin zu der Frage, ob mit der geplanten Reform eine totale gesellschaftspolitische Aktion durchgeführt werden soll oder ob sie begrenzt bleiben müsse. Sie entschied sich für die letztere Lösung. Von den 6 Mill. Rentnern wären nur rund die Hälfte wirklich schutz- und hilfsbedürftig, während die anderen mehrere Renten beziehen oder noch über Einkommen verfügen. — Es könne den vielen kleinen Steuerzahlern nicht zugemutet werden, daß sie die Wohlhabenden unterstützen. Man müsse sich auch überlegen, wer denn eine totale Reform überhaupt bezahlen könne. Leitsatz bei der Reform müsse die Förderung der Selbsthilfe und -verantwortung, die Förderung immer freier werdender Menschen sein... Der Staat dürfe nicht durch übertriebene Fürsorge den Faulen helfen und die Fleißigen bestrafen. Die Bürger sollten sich nicht eine Sicherheit auf Kosten der Freiheit erkaufen. Im übrigen gebe es weder eine totale Sicherheit noch eine totale Freiheit. — Zusammenfassend forderte die Rednerin, daß den wirklich Schutz- und Hilfsbedürftigen auch wirklich geholfen werde. Der Staat solle dabei aber seine Grenzen sehen, er habe Hilfestellung zu geben, aber er solle nicht die Freiheit des Bürgers, seine Lebenskraft und das Lebenswagnis beeinträchtigen.

(Westdeutsche Rundschau, Wuppertal, 24. 1. 56)

Untersuchung der Weltgesundheitsorganisation über Krankheiten durch unreines Wasser

Der Wasserverbrauch wächst nicht nur mit dem Kulturniveau, sondern auch mit der Zusammenballung der Bevölkerung in größeren Siedlungen. Die städtehygienischen Aufgaben — Sportstadien, Badeanstalten u. ä. — verschlingen unheimliche Wassermengen. In Westeuropa ist der Wasserverbrauch einer Stadt von 50 000 Einwohnern etwa 300 Liter täglich je Kopf. Auf Trink- und Kochwasser entfallen dabei kaum 10 Liter je Tag. Noch größer ist der Wasserverbrauch der Industrie. Die Raffinierung von einem Liter Benzin benötigt 10 Liter Wasser. Eine Konservendose verbraucht bis zum Verkaufstisch 20 bis zu 40 Liter Wasser. Ein Kilo Papier enthält kaum einige Gramm Wasser, aber bei der Fabikation wurden 182 Liter benötigt. Eine Tonne Zement verschlingt im Laufe der Herstellung 3000 Liter, Stahl benötigt das 250-fache seines Gewichtes.

Entscheidend ist die Beschaffenheit des Trinkwassers, das verläßlich kontrolliert werden muß, um der Volkshygiene zu genügen. Im Jahre 1949 betrugen die Gesamtverluste der USA als Folge von Erkrankungen durch unreines Trinkwasser 82 Millionen Dollar, dabei gab es im Jahre 1950 nur zwei Todesfälle auf je 1 Million Einwohner.

„Frankfurter Allgemeine" v. 30. 11. 1955

Für die Zulassung zum Handel mit Arzneimitteln und Drogen außerhalb der Apotheken beantragte Abg. Dr. Lippert (CSU), wie die Bayerische Staatszeitung vom 28. April 1956 meldet, die Anwendung der Bestimmungen des Einzelhandelsschutzgesetzes (mit Ausnahme der Bedürfnisprüfung). Als Zweck des Antrags wurde der Schutz der Bevölkerung vor Mißbräuchen bezeichnet. Die Gesundheitsabteilung des Innenministeriums brachte ebenfalls Bedenken gegen eine zu große Ausweitung des Arzneimittelhandels vor. Das Wirtschaftsministerium wies darauf hin, daß dem Bundestag bereits ein Initiativgesetz über die bundeseinheitliche Handhabung der Zulassung zum Einzelhandel vorliege und daß das Einzelhandelsschutzgesetz mit Sicherheit fallen werde. Die Wiederanwendung dieses Gesetzes auf Teilgebieten in Bayern würde eine Unzahl von Anfechtungsklagen zur Folge haben. Im übrigen werde eine Entschließung vorbereitet, wonach unzuverlässigen Gewerbetreibenden der Betrieb untersagt werden kann. Vorsitzender Dr. Oechsle (SPD) und mehrere Redner teilten die rechtlichen Bedenken. Die Regierung wurde dann aufgefordert, innerhalb von zwei Monaten ein Rechtsgutachten darüber vorzulegen, ob das Einzelhandelsschutzgesetz — ohne Bedürfnisprüfung — noch anwendbar ist oder nicht.

Pharm. Ztg. 19/58

Ein Ärztestreik in Belgien wurde in letzter Minute verhindert. Die Vertreter der belgischen Ärzteschaft und die Kankenversicherungsgesellschaften trafen ein Übereinkommen, das die freie Arztwahl garantiert und den Patienten verpflichtet, den Arzt direkt zu bezahlen. Damit wurde die Gefahr, die der belgische Arbeitsminister Troclet durch seinen Gesetzentwurf über die Reform des Krankenversicherungswesens heraufbeschworen hatte, abgewendet. Dieser Entwurf sah vor, daß der Arzt vom Kranken durch einen Gutschein honoriert wird, den dieser bei der Versicherung kaufen muß. Die Einigung zwischen Versicherungsträgern und Ärzteschaft bahnt jetzt neue Verhandlungen zwischen dem Arbeitsministerium und der Ärzteschaft an.

(Berliner Ärzteblatt 1/56)

Belgien: Die belgische Regierung gibt den Forderungen der Ärzteschaft nach. Die belgische Regierung hat der Forderung der Ärzteschaft nach Zurückziehung des Projektes, ärztliche Betreuung und ärztliche Leistungen mit Gesetzeskraft in die soziale Sicherheit des Landes einzuordnen, bedingungslos nachgegeben. Außer-

dem hat die Regierung sich bereit erklärt, den Grundsatz der Nichteinmischung gesetzlich anzuerkennen und ebenso die Abmachungen anzuerkennen, die durch die gemeinsamen Bemühungen der Vertreter der Ärzteschaft und der Versicherungsgesellschaften getroffen wurden.

Im September 1955 hatte die belgische Regierung gesetzliche Maßnahmen ins Auge gefaßt, durch die jede ärztliche Tätigkeit und Bebandlung geregelt worden wäre. Vereint durch den Wunsch, ein freier Berufsstand zu bleiben und die Rechte der im Rahmen sozialen Sicherheitsprojektes krankenversicherten Bevölkerung auf bestmögliche ärztliche Betreuung zu wahren, widersetzten sich die belgischen Ärzte einmütig dem Plan der Regierung. Die gemeinsamen Anstrengungen dieser Ärzte haben nun ein bedingungsloses Nachgeben der Regierung den Ärzten gegenüber zur Folge gehabt und ihrem Wunsche, der Bevölkerung die bestmögliche ärztliche Betreuung zukommen zu lassen, Rechnung getragen.

Österr. Ärztezeitung 4/56

BUCHBESPRECHUNGEN

Ärzteverzeichnis Bayern 1956. Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer. Richard Pflaum Verlag, München 2, 304 Seiten, Halbleinen, DM 14.50.

Das in sehr geschmackvoller, handlicher und übersichtlicher Form soeben neu erschienene und von der Bayerischen Landesärztekammer bearbeitete Verzeichnis enthält die Anschriften sämtlicher in Bayern ansässigen Ärzte, der Krankenhäuser (mit Angabe der Bettenzahl und Namen der Chef- und Abteilungsärzte), Standesorganisationen, ärztlichen Berufsgerichte, medizinischen Fakultäten, Staatlichen Gesundheitsämter und der Kreisverbände der ärztlichen Bezirksvereinigungen (getrennt nach Ober- und Niederbayern, Oberpfalz, Franken und Schwaben usw.), deren Auffinden durch ein Ortsregister erleichtert wird, sowie der Staatsministerien, soweit sie mit der ärztlichen Tätigkeit Verbindung haben.

Dem einzelnen Arzt bietet dieses Buch bezüglich seiner eigenen Berufsaussichten interessante Einzelheiten. Ein Arzt, der z. B. die Absicht hat, sich eine Praxis aufzubauen, wird aus der angegebenen Einwohnerzahl einer Stadt oder eines Landkreises und der Zahl der dort bereits ansässigen Ärzte unschwer seine Berufsaussichten beurteilen können. Der Arzt mit fester Praxis erfährt alles ihm Wissenwerte über naheliegende Krankenanstalten, Impfanstalten usw., und die Anschriften seiner Kollegen.

Die freipraktizierenden Ärzte sind nach Regierungsbezirken und Landkreisen getrennt, das Geburts- und Approbationsjahr ist angegeben, ebenso das besondere Fachgebiet. Die nur zu Privat- bzw. Ersatzkassenpraxis zugelassenen Ärzte sind durch ein P bzw. E besonders bezeichnet. Ein alphabetisches Namens- und Ortsregister erleichtert das Auffinden bestimmter Ärzte.

Das Ärzteverzeichnis Bayern 1956, dessen Neuausgabe wir sehr begrüßen, ist mehr als nur ein Adressenverzeichnis. Es ist ein Handbuch, das in jeder Arztpraxis und in jedem Krankenhaus vorhanden sein sollte.

Der verletzte Meniskus. Von Dr. med. habil. Karl Krömer. 3., neubearbeitete Auflage, 1955; Verlag Wilhelm Maudrich, Wien. 63 Abb., 126 Seiten, karton. DM 16.—.

Durch die Übersteigerung sportlicher Übungen und die in der Zeit liegende Rekordsucht werden Meniskus- und Bandverletzungen am Kniegelenk immer häufiger. Seit das Skilaufen ein ausgesprochener Mode- und Massensport geworden ist und wenigstens bei uns in Süddeutschland nach jedem Wochenende immer mehr Patienten mit Verletzungen am Knie- oder Sprunggelenk in der Sprechstunde des Arztes auftauchen, gewinnt das gründliche Studium der Knieverletzungen auch für den Praktiker, nicht nur für den Chirurgen und Orthopäden immer mehr Bedeutung.

Krömer hat aus dem großen Erfahrungsgut des Wiener Unfallkrankenhauses und aus seiner eigenen Praxis die Meniskusverletzung des Kniegelenks und ihre Behandlung in ausgezeichneter und sehr übersichtlicher Weise dargestellt. Die gesamte Differentialdiagnose ist so weit berücksichtigt, daß das Büchlein eine ausreichende Übersicht über alle Knieverletzungen gibt. Hervorragend ist der Abschnitt über die Erkennung und Beurteilung des Krankheitsbildes und über alle Feinheiten der Untersuchung, einschließlich der Röntgendiagnostik und der Kontrastdarstellung des Kniegelenkes. Die Indikation zur konservativen und operativen Behandlung wird eingehend erörtert. Krömer ist ein ausgesprochener Anhänger der schonenden Meniskusoperation, d. h. er entfernt nur das verletzte Stück des Meniskus und läßt die Basis zurück. In der Nachbehandlung tritt er mit erfreulicher Klarheit dafür ein, daß die nahezu automatische Reaktion vieler Ärzte: Heißluft, Massage, Übungen, die sogenannte medicomechanische Behandlung, verschwindet und daß die ganze Nachbehandlung eigentlich nur in zweckmäßigen Übungen zur Beseitigung der Muskelatrophie besteht. „Ein mit richtiger Indikation und schonender Technik operierter Meniskus heilt von selbst." Seine Behandlungsergebnisse sind so ausgezeichnet, daß jeder, der viel mit Meniskusverletzungen zu tun bat, sich wünscht, ähnlich gute Ergebnisse zu bekommen. Jeder Arzt, der sich mit Kniegelenksverletzungen beschäftigt, wird Gewinn und Anregung aus der Monographie zieben, zumal auch die Begutachtung der Meniskusverletzungen in einem Schlußabschnitt eingehend besprochen wird.

O. Mack

Verzeichnis der Krankenanstalten. 2. Anflage. Herausgeber: Statistisches Bundesamt. Verlag: W. Kohlhammer, Stuttgart. 180 S., karton. DM 9.—.

Das vorliegende Verzeichnis gibt nicht nur die Namen, Anschriften, Kostenträger, Größe und Verwendungszweck der Krankenanstalten in der Bundesrepublik bekannt, sondern es kann auch als Spiegel des sozialen Niveaus der Bundesländer, aufgegliedert bis hinunter in den Stadt- und Landkreisen, angesehen werden. Tabellarische Aufgliederungen der Krankenanstalten nach Größenklassen und Kostenträgern geben dem Interessierten Aufschluß über manches, z. B. welchen Krankenanstalten Förderung mit Steuergeldern gewährt werden sollte, oder ob z. B. in Ländern mit vorwiegend ländlichen Gebieten das Belegarztsystem abgeschafft werden kann. Der standespolitisch interessierte Arzt wird aus dem Verzeichnis manchen wichtigen Schluß für die künftige Entwicklung des Krankenhauswesens ziehen können.

Si.

Patho-Physiologie der Atmung in der Lungenchirurgie. Von Dr. med. J. Maurath, Vorwort von Prof. Dr. Th. Naegeli. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1955, 80 S., 31 Abb. in 38 Einzeldarstellungen, karton. DM 19.50.

Funktionelle Untersuchungen in der Lungenchirurgie sind ein Gebiet, das für jeden, der die Indikation zur operativen Behandlung Lungenkranker stellen muß, der kollapschirurgische Eingriffe oder Resektionen durchführt und sich mit Narkose, Nachbehandlung oder Beurteilung thoraxchirurgischer Kranker zu beschäftigen hat, von größter Bedeutung ist. Es ist daher sehr zu begrüßen, daß im vorliegenden Werk an Hand genauer und ausführlicher experimenteller und klinischer Untersuchungen an einem umfassenden Krankengut Methodik und Ergebnisse gasanalytischer und spirometrischer Untersuchungen aufgezeigt werden und ihre Bedeutung für Operationsindikation, Prognose und Nachbehandlung kritisch beurteilt wird.

Im ersten Teil des klar gegliederten Buches wird die Technik der einzelnen Untersuchungsmethoden besprochen. Angewandt wurden: Spirographie nach Knipping, Gas-Analyse des arteriellen Blutes, Adrenalintest nach Rossier, Bronchospirometrie und Tiffeneau-Test.

Im folgenden experimentellen Teil geht der Verfasser auf die Ergebnisse seiner Bestimmungen und Messungen im einzelnen ein und gibt eine Auswertung und Deutung der aufschlußreichen, z. T. aber auch problematischen Befunde. Unter anderem kommt er zu der Erkenntnis, daß die Kohlensäureretention bei bestimmten Lungenkranken erstes Symptom gestörten Gasaustausches zu sein scheint. Ausgehend von Untersuchungsergebnissen bei Kranken mit chronischer Hypoxaemie wird die Atemregulation erörtert, besonders auch der Einfluß der durch Sauerstoffinhalation erhöhten Sauerstoffspannung auf den Carotis-Sinus. Für die Erhöhung der Kohlensäuredissoziationskurve bei manchen Kranken wird ein Mangel an Pufferungssubstanzreserven angenommen. Auf die Gefahr der Sauerstoffbehandlung bei Kranken mit Sauerstoffuntersättigung wird hingewiesen und besonders betont, daß unter Sauerstoffatmung die Abgabe von Kohlensäure erschwert ist. Auch die Gefahren der ungenü-

genden Ventilation bei intratrachealer Narkose mit Sauerstoffbeatmung kommt zur Sprache.

Im dritten, klinischen Teil werden die Befunde bei den verschiedenen Arten von Operationen unter Berücksichtigung der vorliegenden Erkrankung zusammengestellt und beurteilt. Dabei ergibt sich z. B., daß die blutgasanalytischen Veränderungen bei Bronchiektasen am stärksten sind. Die schlechtesten blutgasanalytischen Resultate weisen Maurer-Plastik und Deckplastik auf. Auf der anderen Seite führen kollapschirurgische Verfahren zu kleineren Einbußen der Atemreserven als Resektionen. Im Durchschnitt ist die normale Sauerstoffsättigung nach Resektionen immer vorhanden, während die Atemreserven wesentlich mehr abnehmen. Die Bedeutung postoperativer Verschwartungen und Einschränkung der Zwerchfelibeweglichkeit für die Beeinträchtigung der Atemreserven wird betont. Auf den Einfluß der zusätzlichen Thorakplastik bei Resektionen wird eingegangen. Bei Dekortikationen fanden sich gute Ergebnisse im Sinne der Wiederherstellung. Als wichtigste funktionelle Untersuchung in der Lungenchirurgie hat sich die Bronchospirometrie erwiesen. Als Grenze der Operabilität wird z. B. ein Atemgrenzwert von 30% des Sollwerts bezeichnet. Der Adrenalintest nach Rossier dient zur Aufklärung bronchospastischer Zustände, bei denen der Atemgrenzwert nach Adrenalininjektion deutlich größer wird.

Zahlreiche Tabellen und Abbildungen vervollständigen das Werk, das einen guten Einblick in die Funktionsdiagnostik der Lungenchirurgie gibt und wichtige Erkenntnisse vermittelt.

O. Hueck, München

Die funktionelle Beurteilung des Lungen- und Herzkranken. Begutachtung, Operationsanzeige, Therapieüberwachung und Arbeitslenkung. Von Priv.-Doz. Dr. H. C. Landen. Verlag von Dr. Dietrich Steinkopff, Darmstadt, 168 Seiten, 74 Abb., 1955, brosch. DM 22.—, Ln. DM 24.—.

Es ist sehr zu begrüßen, daß uns jetzt in diesem Buch eine umfassende Darstellung des Stoffes der funktionellen Beurteiiung des Herz- und Lungenkranken zur Verfügung steht. Wir freuen uns darüber, daß wir gerade Landen die Herausgabe dieses Werkes verdanken können, da er — als Schüler Knippings — auf diesem Gebiet schon eine beachtliche Zahl von Pubiikationen zu verzeichnen hat. Es ist bekannt, daß gerade Knipping und seine Schüler in Fortsetzung des Brauerschen Gedankens sich um die forscherische und kiinische Ausarbeitung und Vervollkommnung der Untersuchungen mittels der Spiro-Ergometrie besonders verdient gemacht haben. Dies kommt auch in dem am Schluß des Buches aufgeführten Literaturverzeichnis, das sehr umfassend die wesentlichen Einzeiveröffentlichungen aufführt, zum Ausdruck.

Dia umfassende und manchmal noch nicht zur Genüge erkannte Anwendungsmöglichkeit und -notwendigkeit kommt am besten in den einführenden Worten von Landen seibst zum Ausdruck, wenn er sagt, daß sich heutzutage viele Beurteilungsfragen in der Lungen- und Herzklinik in Ausrichtung auf die Begutachtung, die Eingriffe vom Pneumothorax bis zur Pneumektomie die prä- und postoperativen Funktionen von Herz und Kreislauf, die Arbeitsienkung usw. im Bereich der Vita maxima abspielen. Und gerade hier ist die Spiro-Ergometrie führend, da sie exakte Ergebnisse und Aussagen ermöglicht und routinemäßig, im Gegensatz beispielsweise zum Herzkatheterismus, in häufig wiederholten Untersuchungen über lange Zeiträume angewandt werden kann.

Welche Vielzahl von wichtigen Einzelfunktionen mit der genannten Methode erfaßt werden kann, geht schon aus dem sehr übersichtlichen Inhaltsverzeichnis hervor. Wir finden da ein Kapitel, das die spirographisch-ergometrische Untersuchungsmethode beschreibt; neben den technischen Einzelheiten werden auch der Versuchsgang, mögliche Fehlerquellen und die Auswertung der Atemkurve dargelegt. Anschließend findet sich eine exakte Beschreibung der theoretischen Voraussetzungen zur spirographisch-ergometrischen Lungenfunktionsprüfung mit Behandlung der respiratorischen Insuffizienz, der spirographischen Atemwerte und der Bronchospirometrie.

Im Folgenden erfahren wir von der praktischen Anwendung, z. B. zur Begutachtung, zur Operationsfähigkeit, zur Beurteilung von angeborenen Herzfehlern und zur Beurteilung der Medikamenten-, Kollaps- und Operationstherapie bei Lungenkranken. Weiterhin finden wir eine Darstellung der theoretischen Voraussetzungen und der praktischen Anwendung der spirographisch-ergometrischen Herzfunktionsprüfung, der kombinierten Lungen- und Herzfunktionsprüfung, und der funktioneilen Beurteilung im Rahmen der Arbeitslenkung.

Fernerhin werden in den einzelnen Kapiteln eine Reihe von Krankheitsgeschichten mit den Ergebnissen der Überprüfung dargelegt.

Nach dieser Beschreibung kann man wirklich von einer umfassenden Darstellung sprechen, die durch die allgemein übersichtliche Gliederung und durch die klaren Formulierungen auch einem Neuling auf dem Gebiet einen raschen Einblick gewähren, so daß man nicht nur von einer Einführung sprechen kann, wie das der Verfasser in seinem Vorwort bescheidenerweise zum Ausdruck bringt.

Am Rande sei noch erwähnt der beim Verlag Dr. Steinkopff bekannte präzise und saubere Druck sowie die ausgezeichnete Wiedergabe der zahlreichen Kurven und Abbildungen.

Dr. Ankermüller

Experimenteile Belträge zur Kneipp-Tberaple nach Untersuchungen in Bad Wörisbofen

In der Broschüre wird in Zusammenarbeit mit dem Balneologischen Institut der Universität München der Versuch unternommen, mit den Methoden der naturwissenschaftlichen experimentellen Medizin den Wirkungsmechanismus hydotherapeutischer Anwendungen der Knelp p'schen Schule zu ergründen. Zur Erforschung der Stärke der Hautdurchblutung wird 1. das Strömungskalorimeter nach Hensel, 2. die quantitative Verfolgung dermographischer Erscheinungen nach Zeit und Intensität, 3. die Jontophorese mit Pilokarpin und Adrenalin nach Ackermann, 4. die Hauttemperaturmessung, 5. die Elektrodermatometermessung nach Regelsberger (modifiziert nach Gratzl) und 6. die Blutdruckmessung herangezogen. Besonders mit dem Strömungskalorimeter kann eine fast proportionale Anzeige der Hautdurchblutung erreicht werden. Durch kalte Kniegüsse

wird schon während des Gusses eine Zunahme der Durchblutung am Ort der Einwirkung als auch am anderen Bein erzielt. Durch Bewegung nach dem Guß kann die Hauttemperatur deutlich gesteigert werden, worauf schon Kneipp hingewiesen hat. Kaltreize bewirken eine Durchblutungsabnahme. Warmreize nach einer initialen Durchblutungsabnahme einen Anstieg. Der kalte Teilguß bewirkt einen intensiveren Durchblutungsabfall und Wiederanstieg als das kalte Teilbad. Mit dem Knipping'schen Spirographen ist nach Kneipp-Güssen eine krampfhaft tiefe Inspiration, anschließend eine Respirationspause und danach beschleunigte Atmung nachweisbar. Bei Kranken können unzweckmäßig ablaufende Reflexe in die richtigen Bahnen gelenkt werden. Die erwünschte Verbesserung kann z. B. in der Ausbildung oder Verstärkung fehlender bzw. zu schwacher Reaktionen oder umgekehrt in der Dämpfung einer zu heftigen Reaktion liegen. Es ist eine Tonusverschiebung in parasymphatischer, histotroper Richtung zu verzeichnen. Die Meßwerte streben in der großen Mehrzahl der Fälle nach der Kneipp-Kur einer Mittellage zu, wie auch der Blutdruck zeigt. Die Erfolge treten aber erst nach vier Wochen deutlich in Erscheinung, bei Zwischenprüfungen nach 14 Tagen sind die Effekte nur angedeutet. Eine vierwöchige Kur ist also als ein Minimum anzusehen, um einen Erfolg zu gewährleisten.

Die Hauptanwendungen der Kneipp-Therapie sind: 1. Kneipp'sche Heilwaschungen, die meist kalt im Bett verabreicht werden. Die Kranken werden nicht abgetrocknet, sondern wie im Wickel eingepackt. Diese Anwendung ist besonders bei fieberhaften Zuständen angezeigt. 2. Wickel kalt, warm oder heiß und zwar in dreierlei Form: wärmeentziehend, wärmestauend und schweißtreibend. 3. Güsse, die kalt temperiert, übergehend zu kalt, heiß und als Wechselgüsse verabreicht werden. 4. Bäder: kalt, warm und heiß, Wechselbäder, ansteigende Bäder. 5. Dämpfe: Teil- oder Vollbämpfe mit organischen Zusätzen. 6. Blitzgüsse, wobei thermischer und mechanischer Reiz zur Wirkung kommt. 7. Abhärtungsübungen wie Wassergehen, Gehen auf Tauwiesen, Schneegehen im Winter.

Indikationen für die Kneipp-Therapie: 1. Herz- und Gefäßerkrankungen: Managerkrankheit, Leistungsminderungen des Herzens, coronare Durchblutungsstörungen, hypertone und hypotone Regulationsstörungen. 2. Funktionelle Nervenkrankheiten. 3. Endokrine- und Stoffwechselstörungen. Rheumatisch-neuralgische Zustände. 4. Erkrankungen der Verdauungsorgane: Chronische Entzündungen von Magen und Darm, Darmträgheit, Reizzustände von Leber und Gallenblase. 5. Erkrankungen der Atemwege: Chronische Entzündungszustände der Luftwege. 6. Erkrankungen des Urogenitalbereiches. 7. Frauenkrankheiten. Dr. Raisch (Bayreuth)

Populärwissenschaftliche Schriften in einer Ärztezeitschrift zu besprechen ist dann gerechtfertigt, wenn sie — wie das Werk von

Rudolf Friedrich, **„Medizin von morgen"**. Neue Theorien und Forschungsergebnisse. Süddeutscher Verlag, München, 1955. 350 Seiten, 24 Photos und 24 graphische Darstellungen. Ganzleinen DM 16.80. —

auch strengen Ansprüchen des Arztes Genüge tun. Es klingt wohl nach Abenteuer, wenn man unter reißerischen Titeln, wie: „Magie der Seele", „Der unterdrückte Schrei", „Schach dem Tod", „Rettungsanker Allergie", „Die bildbübsche Kubanerin" oder „Wasser, Luft und Impletol", in die moderne Medizin eingeweibt wird. Und es ist wirklich ein Abenteuer, wie Friedrich in einer leicht eingängigen Sprache, höchst anschaulich illustriert, die schwierigsten medizinischen Probleme zu erläutern vermag. Literarischer Schwung verbindet sich aber wohltuend mit Zuverlässigkeit der Darstellung. Subtile Phänomene und wissenschaftliche Kontroversen werden so knapp, so dramatisch und einprägsam geschildert, wie es in wissenschaftlichen Abhandlungen, aus guten Gründen, nie geschehen kann. Deshalb sei das Buch dem vielbeschäftigten Arzt, dem es unmöglich geworden ist, die entsprechende, weitläufig gewordene Fachliteratur zu lesen, dringend empfohlen. Werden hier doch brennende medizinische Probleme von heute behandelt: Psychosomatik, Pawlows Lehre von den bedingten Reflexen und deren Weiterbildung durch Speransky, Seiyes Lehre vom Stress, die Entwicklung der Antibiotika, Schlaftherapie, Winterschlaf und potenzierte Narkose, neueste Krebs- und Rheumaforschungen, moderne Psychotherapie und Frischzellenbehandlung. Dinge, die noch so im Fluß sind, daß sie schon eines geschulten ärztlichen Urteils bedürfen, also nicht ohne Bedenken dem Laien zur Aufklärung dargeboten werden können.

„Das unbekannte Ich". Von Joachim G. Leithäuser. Eine Psychologie für den modernen Menschen. Safari-Verlag, Berlin, 1955, Leinen DM 12.50.

gehört ebenfalls zu dem Typus der seriösen, allgemeinverständlichen Abhandlungen. Beraten von dem Psychologen Haseloff bietet uns Leithäuser eine klare, unpretentiöse Darstellung der bekanntesten psychischen Phänomene, die geschickt und einleuchtend durch Beispiele erläutert und von neuesten wissenschaftlichen Forschungsergebnissen und Anschauungen unterbaut werden. Das Buch ist zweifellos als Einführung in die Psychologie für den Laien konzipiert. Es hat aber ein Niveau, durch das es sich dem Mediziner und Arzt empfiehlt.

„Lehrbuch der Psychiatrie und Neurologie für Krankenschwestern". Handbuch der Krankenpflegeschulen. Band III. Friedrich Schmied. Verlag Wilhelm Maudrich, Wien-Bonn, 1955, 145 Seiten, Leinen DM 12.60.

Das an sich kleine, aber inhaltsreiche Lehrbuch für Pfleger und Pflegerinnen (wie man den Personenkreis, den es angeht, wohl besser umreißen würde) erfüllt, ja übertrifft, was der Autor, Primarius der Heil- und Pflegeanstalt Wien, „Am Steinhof", im Vorwort versprochen hat. Das Büchlein enthält alles aus den Gebieten der Psychiatrie und Neurologie, was das Pflegepersonal in der Ausbildung unbedingt gehört haben muß, alles nach dem neuesten Stand der Wissenschaft, klar und leichtfaßlich dargestellt und doch so bis ins letzte exakt, daß es mit Fug und Recht unter den Kompendien für Medizinstudierende und gebildete Laien, die sich orientieren wollen, rangieren könnte. Vielleicht könnte man die Verbreitung des Büchleins in Deutschland, die man ihm wünschen möchte, fördern, wenn man neben der österreichischen auch die deutsche einschlägige Gesetzgebung erwähnen würde. Gerweck

Irisdiagnostik. Eine augenärztliche Kritik, bearbeitet von Jänsch, Schreck, Rohen und Huerkamp. Ferd. Enke Verlag, Stuttgart, 98 Seiten, 17 Abbildungen, karton. DM 9.—.

Vier namhafte Universitätslehrer haben sich der Aufgabe unterzogen „den Kollegen in der Praxis das Rüstzeug zu geben", wie Schreck in einem Schlußwort zu seinen Ausführungen sagt, „den Übergriffen der Irisdiagnostik . . . zu begegnen". Man kann annehmen, daß es den vier Autoren gleichermaßen „eine wenig ansprechende Aufgabe" erschien, den in dem kleinen Werk geschilderten Spekulationen der Iris- wie Augendiagnose mit exakten Argumenten zu begegnen. Daß sie es doch unternommen haben, dafür gebührt ihnen Dank. Wer sich über das für und wider in der hier gebotenen Ausführlichkeit zu orientieren wünscht, dem sei das Büchlein wärmstens empfohlen.

Dr. H. Sautler, München, Nibelungenstraße 12

Taschenbuch der prophylaktischen Medizin. Herausgegeben von Dr. Emanuel Berghoff, Wien, und Ministerialrat Prof. Dr. Ewald Gerfeldt, Düsseldorf. Karl F. Haug Verlag, Ulm/Donau, 420 Seiten, DM 18.20.

Wie Gerfeldt in seinem Vorwort schreibt, hat der Erfahrungsaustausch auf den drei „Internationalen Kongressen für prophylaktische Medizin" erwiesen, welche bedeutende Erfolge auf dem Gebiete der präventiven Medizin überall erzielt werden konnten und wie groß die Reichweite der Aufgaben ist. Entsprechend der zahlreichen Wünsche auf Veröffentlichung der Vorträge wurde dieses Taschenbuch herausgegeben. Es handelt sich also nicht um eine geschlossene Darstellung der vorbeugenden Medizin — wie man vielleicht nach dem Titel des Buches zunächst annehmen möchte —, sondern um den Abdruck der auf den genannten Kongressen gehaltenen Vorträge. Die Darstellungen werden ergänzt durch eine Reihe von Aufsätzen.

Die prophylaktische Medizin umfaßt ein sehr großes Gebiet, denn es obliegt ihr — nach Gerfeldt — 1. die Gesundheitspflege und Gesunderhaltung, 2. die der zunehmenden Lebenserwartung angemessene Leistungssteigerung, 3. die Erkennung von Frühzeichen für sich anmahnende ernste Krankheiten aus den molimina praemonitoria, 4. der rechte Rat zur rechten Zeit und die Überführung in die richtige ärztliche Behandlung, und 5. die Erziehung zur Eubiosis, zur gesunden Lebensführung und persönlichen Gesundheitsverantwortung. Die Vielgestaltigkeit des Gebietes kommt auch in dem vorliegenden Buch darin zum Ausdruck, daß die Vorträge in verschiedene Hauptgrupen unterteilt werden mußten, nämlich 1. Allgemeine Themen, 2. Prophylaxe der Infektionskrankheiten, 3. Blut, Herz und Kreislauf, 4. Krebsprophylaxe, 5. Konstitution und Prophylaxe, 6. Sozial- und Arbeitsmedizin und 7. Themen aus verschiedenen Sparten der prophylaktischen Medizin. — Eine vielseitige Darstellung des behandelten Gebietes wird in dem Taschenbuch wohl dadurch geleistet, daß zahlreiche bekannte Forscherpersönlichkeiten — das Autorenverzeichnis umfaßt über 60 Namen! — ihre Beiträge gegeben haben.

So ist die Herausgabe dieses Buches sehr zu begrüßen, da auf diese Weise die heute bedeutsamen Probleme der prophylaktischen Medizin einem großen Interessentenkreis zugänglich gemacht werden.

Dr. Ankermüller

Biologisch-Medizinisches Taschenjahrbuch 1955. Von Vogel und Haferkamp. Hippokrates-Verlag G.m.b.H., Stuttgart 1. 626 S., flexibl. Leinen, DM 5.—.

Vom gleichen Autor wird der 15. Jahrgang des sehr beliebten, von Prof. Dr. Vogel gegründeten Buches, aufs neue bearbeitet und ergänzend erweitert. Neue Themen sind aus der Feder von Kötschau: Krankheitsverhütung; Frau Aldenhoven: Rohkost; Hoff A.: Atemtherapie; Frau Brodbrück: Bindegewebsmassage; Stein B.: Niehanssche Therapie und andere. Die bisherigen und immer wieder gut bewährten Methoden (Hydrotherapie, Naturheilmethode, Phytotherapie, Homöopathie usw.) geben dem Praktiker weiterhin neue Anregungen und zeigen Wege, die ihm sonst nicht gezeigt worden sind. Der sehr große Abschnitt einer sicher sehr aufmerksamen Zusammenstellung von Heil- und Kurmitteln ist zur Orientierung in der unübersichtlichen Masse von Heilmitteln, die heute dem Arzte von allen Seiten in belästigender Weise angeboten werden, sicher zweckmäßig. Es besteht aber die große Gefahr, daß dem Arzt die Auswahl schwerfällt und leicht Verwirrung entsteht. Wir meinen, daß wer die guten Ratschläge und grundsätzlichen Ausführungen dieses Buches versteht und befolgt, mit sehr wenigen bewährten Mitteln auskommen kann und der Heilkunst näher kommt als mit der gedankenlosen Rezeptverschreiberei.

Dr. Hermann Dingfelder

Das biologische Anrecht des Kindes. Von Dr. med. habil. Kurt Hofmeier. Friedrich-Karl-Schattauer-Verlag, Stuttgart. 58 Seiten, broschiert DM 2.80.

Die kleine Broschüre behandelt in prägnanter und kurzgefaßter Form die augenblickliche Problematik auf diesem Gebiet. Ermüdung und Erholung bedürfen eines ständigen Ausgleiches. Hier ist der Schlaf aber die beste Erholung. Bekanntlich haben unsre Kinder heute zu wenig Schlaf; denn gerade das Neugeborene und Kleinkind ist ein Wesen von höchster Dynamik. Die Umweltslabilität des Kindes ist abhängig von seiner neurovegetativen Erregbarkeit. Der optimale Reiz ist der, welcher entsprechend dem gegebenen Reifezustand die bestmöglichste Leistung auslöst. Es werden dann die verschiedenen Fehlerquellen bei der Berücksichtigung der eben genannten Faktoren besprochen: angefangen mit der Anonymität der Geburt in der Klinik, der Trennung des Kindes von der Mutter nach der Geburt, der Anstaltsentbindung, der künstlichen Ernährung, Aufzucht des Säuglings ohne die Mutter, Kindergartenerziehung, Verschwinden der Wiegenlieder und der Kinderlieder mit Ersatz durch das Radio. Aus allem entsteht eine Kollektivierung und Entseelung des Kinderlebens, und späterhin eine Abnahme der Konzentrationsfähigkeit und der selbständigen geistigen Leistung.

Die „Entordnung der Welt" macht sich nirgends stärker geltend als bei den Kindern in ihrer erhöhten Labilität, und die Jugendkriminalität sollte eine Mahnung an die Erwachsenen sein; denn die Unerschütterlichkeit, mit der der einzelne Mensch den Belastungen des Lebens trotzt, sowie die Tiefe seines Menschentums ruhen auf dem Fundament seiner Kindheit.

Dr. Th. Kuntze

Gruppenbehandlnng in der Psychotherapie. Von R. G. Hinckley und Lydia Hermann. Rascher-Verlag, Zürich. 256 Seiten, Leinen DM 14.30.

Professor Robert G. Hinckley und Lydia Hermann sind Leiter der Klinik für psychische Hygiene der Universität Minneapolis.

Das Buch beschreibt die in dieser Klinik geübte Methode der Gruppenpsychologie. Das Besondere dieser Darstellung berubt darin, daß neben der Beschreibung der Methode zahlreiche Protokolle der Gruppensitzungen veröffentlicht werden. Dadurch erhält der Leser ein äußerst anschauliches Bild der Anwendung der Gruppentherapie. — Zunächst werden die Unterschiede zwischen Gruppenarbeit und Gruppentherapie festgelegt. „Gruppenarbeit bei Gesunden, Gruppentherapie bei Kranken." Die Gruppentherapie kann in einer speziellen Form der Psychotherapie als eine soziale Umerziehung aufgefaßt werden. Sie vermittelt auf eine besondere Art ein soziales Erlebnis, das sowohl zur Besserung im sozialen Verhalten als auch zur Behebung gewisser persönlicher Störungen führt.

Anhand praktischer Beispiele wird eingehende Direktive und Einstellung des Therapeuten, Rolle der Patienten, das Verhalten der einzelnen Gruppenmitglieder untereinander, die Dynamik der Gruppenbeziehung, Schwierigkeiten und Vorzüge dieser Behandlung sowie auch die Grenze der Möglichkeiten beschrieben. Die Änderung der Haltung wird dabei auf indirektem Wege erzielt durch die Erlebnisse der Gruppentherapie. Der Therapeut tritt hierbei soweit wie möglich in den Hintergrund. Im Laufe dieser Behandlung soll es sowohl zu einer affektiven Entspannung als auch zu einer Erhöhung der Selbsteinsicht und zu einer Änderung der sozialen Haltung kommen.

Für jeden, der sich mit Gruppenpsychotherapie beschäftigt, kann dieses Buch als außerordentlich bemerkenswerter Wegweiser dienen. Es enthält aber ebenso wertvolle Anregungen für jeden, der sich mit sozialer Arbeit befaßt.

Eine Beschäftigung mit Gruppenpsychotherapie in der Form, wie sie in diesem Buch dargestellt wird, ist deshalb so wichtig, weil sie weniger zeitraubend und auch materiell leichter durchführbar ist. Da, wo geeignetes Patientenmaterial und entsprechende Therapeuten vorhanden sind, ist die Gruppentherapie anzuempfehlen.

Dr. Th. Kuntze

„Bayerisches Ärzteblatt." Herausgeber: Bayer. Landesärztekammer. Schriftleitung: Mü. 23, Königinstr. 85/III, Tel. 36 11 21—25, Schriftleiter Dr. W. Wack, München. Die Zeitschrift erscheint monatl. im Richard Pflaum Verlag, München 2, Lazarettstraße 2—6, Telefon 6 31 21—25, 6 25 34, 6 00 81. Verlagsgeschäftsstelle: Nürnberg: Breite Gasse 25/27, Telefon 2 51 33. — Bezugspreis für Nichtmitglieder der Bayer. Ärztekammer DM 2.40 vierteljährlich, zuzügl. Zustellgebühr. Postscheckkonto München 139 00, Richard Pflaum Verlag (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt"). Anzeigenverwaltung: Carl Gabler, München 1, Theatinerstraße 49, Telefon-Sammel-Nummer 2 86 86. Fernschreiber 052/3662. Telegrammadresse: Gablerpress. Für den Anzeigenteil verantw.: Ernst W. Scharschinger, München. Druck: Richard Pflaum Verlag, München.