



BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Heft 7

München, Juli 1960

15. Jahrgang

Lipostabil



Schutz gegen die Arteriosklerose | Neu: Ampullen mit dem Sofort-Effekt

Lipogeron



für Patienten „jenseits der 60“ - oder die Kombination beider Präparate

Aus dem Inhalt:

- Der aktuelle Brief Seite 213
- Dr. Voges zur Presseverlautbarung
des Bundesministeriums für Arbeit
und Sozialordnung Seite 214
- Sewering: Das Wohnbauwerk der
Bayerischen Ärzteversorgung . . . Seite 216
- Graßl: Kosmas und Damian, die
heiligen Ärzte Seite 216
- Koerting: Die Entwicklung des
Krankenhauswesens Seite 218
- Sondermann: Der Arzt —
ein Saurier? Seite 224
- Schauwecker: Darf ein Polizei-
beamter die Betreuung Unfallver-
letzter verbieten? Seite 227
- Mitteilungen Seite 228
- Personalia Seite 232
- Gesetzes-, Rechts- und Steuerfragen Seite 233
- Amtliches Seite 238
- Rundschau Seite 239
- Buchbesprechungen Seite 243
- Kongresse und Fortbildung Seite 249

Privatnervenklinik Gautlag Bergstraße 50

Heilschlaf, Elektroschock-
Therapie, Stickstoff-Anoxie,
Psychotherapie, etc.
Alle Kassen.
Chefarzt Dr. med.
C. Ph. Schmidt
Anmeldung: Tel. München
86 12 26 oder 53 20 02

Gegen **Enuresis nocturna**

hat sich HICOTON als Spezifikum seit
Jahrzehnten bestens bewährt! In allen
Apotheken erhältlich. Prospekt und
Muster kostenlos durch den Allein-
Hersteller. „MEDIKA“ Pharm.
Präparate, (13b) München 42

*Elegant, luftig
und sehr bequem:*
Sandalette -GOLF-



aus weißem Eikleder
in bester Verarbeitung mit der Hunderttausend-
fach bewährten SANIFORM-Fußgelenk-
und Fersestütze, Größen 51/2-11 2450
In sattebraun oder grau nur 2396
Eine Wohltat für jeden Fuß!
Garantie: Umtausch oder Geld zurück. Ab 3
Paar postfrei. Buntkatalog gratis direkt durch
SANIFORM-SCHUHE ABT 259
ESBACH/LEIBENBURG



200 ORTE
mit

Pauschalaufenthalten

Beliebige Verlängerung

Einige Beispiele für 7 Tage Vollpens.:
CATTOLICA 1 Wo. ab 67.-
ATTERSEE 1 Wo. ab 69.-
CALLANTSOOG 1 Wo. ab 92.-
ALASSIO 1 Wo. ab 111.-

8 eigene Hotels in Interlaken, Wen-
gen, Meina, Rimini, Sta. Margherita,
Giens, am Vierwaldstättersee mit
besonders günstigen Preisen.
Fordern Sie Katalog, Anruf genügt!

Die große internationale Reise-
organisation mit der 25 jährig.
Erfahrung

München
Lenbachplatz 9
Tel. 55 34 85

**HOTEL
PLAN**



LINDOPHARM KG Hilden-Düsseldorf

LANATACANTH - Herzinsuffizienz
Tropfen, Zäpfchen und Dragées

VISCOLIND „P“ - Coronare und cerebrale
Durchblutungsstörungen
Tropfen

VISCOSERPIN - Arterieller Hochdruck
Tropfen und Dragées

CHEDOLIND - Cholahepaticum
Tropfen und Dragées

„Stetophon“ Herzton-Apparat
Gleichzeitig Rufanlage
Erfolg für jede Praxis
Prospekt und Lieferung: Sanitest., Frankfurt-Eckenheim 358

PERSER-TEPPICHE



In großer Auswahl u. a.:

Koradja-Vorleger	85×60 cm	DM 45.-
Afghan-Brücke	120×80 cm ob	DM 120.-
Debadj-Brücke	160×100 cm	DM 235.-
Hamedan-Brücke	200×130 cm	DM 325.-
Jesd-Läufer	400×100 cm	DM 415.-
Kashan-Brücke	210×138 cm	DM 790.-
Luristan-Teppich	235×160 cm	DM 490.-
Täbris-Teppich (alt)	360×258 cm	DM 1580.-
Malayer-Teppich (alt) (weiß, sehr interessant)	580×185 cm	DM 1650.-
Kashan-Teppich (sehr fein, durchgemustert, beige)	400×300 cm	DM 4900.-

ZOLGHADAR - TEHERAN
MÜNCHEN - Maximilianstraße 33

Jod-vel

(UNGT. LUGOL.) 3% c. Campher 10%

NEOS DONNER KG., BERLIN SO 36

HOMBURG

„Es kommt (unter Peripherin-Homburg)
nur dann zu einer Erhöhung des Blutdruckes,
wenn dieser vorher erniedrigt war,
während es bei Hypertonien eher zu einer
geringfügigen Senkung führt.“

[aus: G. Horrer, Wien. Klin. Wschr. 72, 23 [1960]]

... darum

PERIPHERIN- HOMBURG

Theophyllin-Ephedrin + Oxyäthyltheophyllin

zur Behandlung
der hypotonen **und** hypertanen Form
orthostatischer Kreislauf-Regulationsstörungen
sowie cerebraler Mangel durchblutungszustände

AMPULLEN · TABLETTEN · TROPFEN



Neueinführung!

Nicopred[®]

(0,2 g Nicopyron[®] und 0,75 mg Prednison)

Schnell und sicher wirkendes
Antirheumatikum
Antiphlogistikum
mit breitem Wirkungsspektrum.
Frei von Nebenwirkungen.
Geeignet zur Dauermedikation.

30 Dragées

DM 5,70 o. U.

Klinikpackungen mit 150 und 500 Dragées

Suppositorien DM 4,60 o. U.



Literatur und Muster durch: H. TROMMSDORFF · AACHEN · GEGRÜNDET 1797

H. TROMMSDORFF · AACHEN · GEGRÜNDET 1797



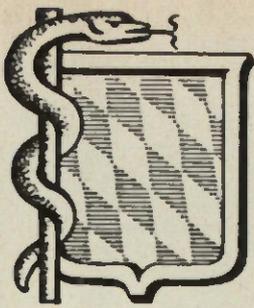
RABRO[®]

Magen-
Tabletten



TROMMSDORFF

Ulcus ventriculi · Ulcus duodeni · Gastritiden



BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Heft 7

München, Juli 1960

15. Jahrgang

DER AKTUELLE BRIEF

ALARMZEICHEN

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Am Freitag, dem 24. Juni 1960, erreichte die Auseinandersetzung um die Neuordnung der sozialen Krankenversicherung einen – wenn auch mehr als traurigen – Höhepunkt. Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung gab folgende Verlautbarung an die Presse:

„Nach einer dpa-Meldung vom 23. Juni 1960 hat der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Voges, vor Journalisten erklärt, es sei denkbar, daß die Ärzteschaft bei einem unbefriedigenden Ergebnis der Reform der gesetzlichen Krankenversicherung in einen Streik trete, wenn auch nicht in Form eines Behandlungsstreikes, so doch in der Form, daß die Behandlung von Kassenpatienten abgelehnt und diese nur als Privatpatienten behandelt würden.

Für den Fall, daß diese Meldung zutrifft, erklärt das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung:

Nach dem Gesetz ist die vornehmste Aufgabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, die ärztliche Versorgung der Kassenpatienten sicherzustellen und den Krankenkassen gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, daß die kassenärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Ein Streik der Kassenärzte wäre ein Verstoß gegen ihre gesetzlichen und vertraglichen Pflichten und würde für die daran teilnehmenden Kassenärzte neben dem Entzug der Zulassung auch die Gefahr von Schadenersatzforderungen, wenn nicht sogar strafrechtlicher Verfolgung, nach sich ziehen. Ein Streikrecht der Ärzte sehen die Vorschriften des Kassenarztesrechtes nämlich nicht einmal als Kampfmittel in Auseinandersetzungen zwischen Kassen und Ärzten vor. Angesichts dieser eindeutigen Rechtslage zeugt der Umstand, daß gerade der Vorsitzende des Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesvereinigung öffentlich mit dem Gedanken eines Streiks der Kassenärzte spielt, von einer Mißachtung des Rechts und der gerade Dr. Voges in seinem hohen Ehrenamt obliegenden besonderen Pflichten, die kaum zu übertreffen sein dürften. Hinzu kommt, daß Dr. Voges mit dem Gedanken eines Streiks der Kassenärzte ausdrücklich für den Fall eines unbefriedigenden Ergebnisses der Reform der gesetzlichen Krankenversicherung spielt. Es handelt sich also – immer unter der Voraussetzung, daß die Meldung zutrifft – um eine Drohung mit einem politischen Streik zu dem Zweck, die gesetzgebenden Körperschaften unter Druck zu setzen. Unter diesen Umständen wird zu überprüfen sein, ob Dr. Voges den Tatbestand des § 105 des Strafgesetzbuches erfüllt hat, der das Unternehmen der Nötigung eines Gesetzgebungsorgans mit Zuchthaus nicht unter fünf Jahren oder mit Einschließung von gleicher Dauer bedroht. Das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung prüft ferner, welche Folgerungen es in seiner Eigenschaft als Aufsichtsbehörde über die kassenärztliche Bundesvereinigung zu ziehen verpflichtet ist.“

Das war ein alarmierendes Ereignis! Ein Bundesministerium droht einem der maßgeblichen Vertreter der

Ärzte, ihn ins Zuchthaus zu bringen, weil er angeblich mit dem Gedanken eines Streiks gespielt hat!

In der Fraktion der Regierungspartei scheint die Meldung auch entsprechend gewirkt zu haben. Offenbar erkannte man sofort die Unmöglichkeit und das Grotteske der Situation, daß Ministerialbeamte auf eigene Faust „Politik“ machten – und das mit Methoden, die in einem Rechtsstaat nur nach als „skandalös“ bezeichnet werden können. Der § 105 des Strafgesetzbuches, dessen Tatbestandsbefreiung durch Dr. Voges das Ministerium prüfen wollte, hat folgenden Wortlaut:

„Wer es unternimmt, ein Gesetzgebungsorgan des Bundes oder eines Landes auseinanderzusprengen, zur Fassung oder Unterlassung von Beschlüssen zu nötigen oder Mitglieder aus ihnen gewaltsam zu entfernen, wird mit Zuchthaus nicht unter fünf Jahren oder mit Einschließung von gleicher Dauer bestraft.“

Man greift sich an den Kopf und fragt sich, was wohl zu einer solchen Sinnesverwirrung geführt haben könnte. Anders nämlich ließe sich die Heranziehung dieses Paragraphen nicht erklären. Das wurde offenbar sehr schnell sowohl Herrn Minister Blank als auch den Mitgliedern der CDU/CSU-Fraktion klar. Schon wenige Stunden, nachdem die Verlautbarung an die Nachrichtenagenturen hinausgegangen war, kam deshalb eine weitere Meldung:

„Bundesarbeitsminister Theodor Blank hat sich am Freitag scharf van Farm und Inhalt einer Pressemitteilung seines Ministeriums distanziert. In der Pressemitteilung hieß es, das Ministerium werde prüfen, ob der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Voges, den Tatbestand der Nötigung eines Gesetzgebungsorgans erfüllt habe. Nach § 105 des Strafgesetzbuches wird dieser Tatbestand mit Zuchthaus nicht unter fünf Jahren oder Einschließung von gleicher Dauer bestraft.“

Wie ein Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion mitteilte, habe Arbeitsminister Blank nach einem Gespräch mit der Fraktion erklärt, daß er die betreffende Meldung nicht kenne . . .

Was war nun eigentlich der Tatbestand?

In einem Gespräch mit Pressevertretern wurde Kollege Voges gefragt, was die Ärzteschaft zu tun gedenke, wenn der Bundestag die „Kompromiß“-Beschlüsse der CDU/CSU-Fraktion übernehmen würde und ob evtl. auch ein Streik in Frage käme. Voges erwiderte, ein Behandlungsstreik komme überhaupt nicht in Frage. Wer an so etwas dächte, hätte besser nicht Arzt werden sollen. Die jetzige Rechtslage erlaube es aber jedem Kassenarzt, jederzeit auf seine Kassenzulassung zu verzichten und zu einem von ihm gewünschten Zeitpunkt wieder Kassenarzt zu werden. Van dieser Möglichkeit könnte Gebrauch gemacht werden, wenn ein neues Gesetz es den Ärzten unmöglich mache, in der Krankenversicherung mit gutem Gewissen tätig zu sein. Die Journalisten folgerten: Das wäre also im Ergebnis ein Streik! Was weiter geschah, habe ich schon geschildert.

Der Vorstand der Bundesärztekammer, welcher zur gleichen Zeit, als diese Meldungen eintrafen, versammelt war, gab folgende Erklärung an die Presse:

„Ohne Wissen und Willen ihres Ministers haben gewisse Kreise im Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung eine diskriminierende und herausfor-

dernde Verlautbarung gegen die Kassenärzte, ihre Organisation und ihren Bundesvorsitzenden Dr. Vages gerichtet. Damit haben sich die Kreise im Ministerium offenbart, die seit Jahr und Tag rücksichtslos und mit allen Mitteln, jetzt sogar bis zur Androhung von Zuchthausstrafen gegen unliebsame Kritiker, die Reform der sozialen Krankenversicherung mit einer Tendenz betreiben, die darauf abzielt, die rechtliche, wirtschaftliche und soziale Stellung des Arztes und seine freiberufliche Unabhängigkeit in der sozialen Krankenversicherung nachhaltig zu beschneiden.

Der Vorstand der Bundesärztekammer stellt sich hinter die von Herrn Dr. Vages vertretene Auffassung, in der er unter scharfer Ablehnung eines Behandlungsstreiks erklärt hat, daß es jedem Kassenarzt freisteht, seine kassenärztliche Tätigkeit aufzugeben und daß es keinem Arzt zugemutet werden könne, als Kassenarzt unter Bedingungen tätig zu bleiben oder zu werden, die er als schädlich und abträglich für seine Patienten und als untragbar für seine Berufsauffassung erkenne.

Der Vorstand der Bundesärztekammer bittet die Bundesregierung und den Deutschen Bundestag eindringlich, derartigen Übergriffen gewisser Kreise der Ministerialbürokratie, welche Ärzte und Bürger einschüchtern und mundtot zu machen suchen, energisch zu begegnen.

Diese Erklärung unterstreicht erneut die Verbundenheit zwischen den beiden großen Organisationen, die zusammen mit freien Verbänden im Kampf um die Rechte der deutschen Kassenärzte stehen.

Nach einmal seien unsere Forderungen, wie sie auch im gemeinsamen Vorschlag der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (Framm-Vages-Vorschlag) enthalten sind, zusammengefaßt:

Erhaltung der durch das Kassenarztrecht von 1955 gesicherten Rechtsstellung und Unabhängigkeit der Kassen-

ärzte. — Erhaltung des ihnen erteilten Auftrages zur Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung. —

Erhaltung der vollen Selbstverwaltung der Kassenärzte in der Kassenärztlichen Vereinigung. —

Festlegung einer Gesamtvergütung auf der Grundlage der geprüften Einzelleistungen, welche die volle Einzelleistungshonorierung im Rahmen der Selbstverwaltung gestattet. —

Leider wurden die Vorschläge der Bundesärztekammer und Kassenärztlichen Bundesvereinigung in letzter Zeit in verschiedenen Mitteilungsblättern, welche die Kollegen zugeschickt bekamen, in einer Art und Weise kritisiert und entstellt, die mit den primitivsten Verstellungen von Wahrheit und Sachtlichkeit nicht mehr das geringste zu tun hat. Es muß hier einmal in aller Deutlichkeit und Schärfe festgestellt werden: Ein Kollege, welcher uns unterstellt, wir würden unsere Vorschläge nur verfechten, weil wir die „Machtstellung“ der KV und der „Funktionäre“ retten wollten, ist entweder mit Blindheit geschlagen oder vom Haß verblendet. So oder so — er ist eine Gefahr für die gesamte Ärzteschaft! Von der Schmutzigkeit eines solchen Vorwurfes ganz zu schweigen.

Dabei nehme ich auch diejenigen nicht aus, welche genießerisch „Kommentare“ gleichen Stils aus anderen Quellen wiedergeben mit dem Tenor: Seht nur, was unsere Funktionäre von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung wieder einmal zu „drehen“ versuchen — die anderen haben es ja gesagt.

Wenn ein Kollege im Rahmen einer oft sehr massiven Verbands-Mitgliederwerbung von Plänen hört, die ihm im ersten Augenblick nach so verlockend erscheinen, dann möge er, bevor er sich entscheidet, sehr ernsthaft überlegen, wa seine lebenswichtigen Interessen liegen! Wer jetzt das salide Haus verläßt, um nach Wolkenkuckuckheim umzusiedeln, der verkennt die Situation, in der wir uns befinden.

Dr. Sewering

Dr. Voges zur Presseverlautbarung des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung

Die Presseveröffentlichungen, die am Donnerstag, den 23. 6. 1960, und Freitag, den 24. 6. 1960, in den Tageszeitungen im Anschluß an eine Pressebesprechung in Hamburg erschienen sind, haben zu einer Reaktion des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung am 24. 6. 1960 geführt, in der das Bundesministerium in sehr scharfer Form zu dem Thema „Ärztestreik“ Stellung bezieht. Unter völliger Verkenning der Rechtslage ist das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung so weit gegangen, Überlegungen zu veröffentlichen, ob ich nicht durch meine Äußerungen vor der Presse den Tatbestand des § 105 des Strafgesetzbuches erfüllt habe, der Zuchthaus nicht unter fünf Jahren oder Einschließung von gleicher Dauer androht.

Der Wortlaut des Textes des § 105 (I) des Strafgesetzbuches lautet:

„Wer es unternimmt, ein Gesetzgebungsorgan des Bundes oder eines Landes auseinanderzusprengen, zur Fassung oder Unterlassung von Beschlüssen zu nötigen oder Mitglieder aus ihnen gewaltsam zu entfernen, wird mit Zuchthaus nicht unter fünf Jahren oder mit Einschließung von gleicher Dauer bestraft.“

Des weiteren kündigte das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung eine Prüfung an, welche Folgerungen als Aufsichtsbehörde gegenüber der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu ziehen seien.

In der Geschichte des deutschen Kassenarztrechts hat es zweimal eine Rechtssituation gegeben, die für die Ärzte so bedrohlich war, daß sie sich entschließen mußten, ihre Zulassung als Kassenärzte aufzugeben.

Das war in den Jahren 1913 und 1923.

Wie die Vertreter der Ärzteschaft damals, so habe ich auch keine Gelegenheit vorübergehen lassen, klarzustellen, daß Ärzte niemals in einen Behandlungsstreik gegen ihre Patienten eintreten sollten. Ganz anders stellt sich die Frage, ob ein Arzt gezwungen sein kann, unter für ihn unerträglichen Bedingungen als Kassenarzt tätig zu sein. Wie die Vergangenheit beweist, hat es Zeiten gegeben, in denen die Ärzte lieber auf ihre Stellung als Kassenarzt verzichteten, als unter unzumutbaren Bedingungen kassenärztlich tätig zu sein.

Es ist inzwischen auch in der Öffentlichkeit zur Genüge bekannt, daß das Kassenarztrecht von 1955 unter Betonung gleichberechtigter Partnerschaft zwischen Krankenkassen und Ärzten und der daraus resultierenden eigenen und gemeinsamen Selbstverwaltung eine Situation geschaffen hat, die sich bewährte und von der ich glaube, daß sie auch noch weiter entwicklungsfähig ist. Wir haben keine Gelegenheit vorübergehen lassen, um zu betonen, daß die Reformpläne zur sozialen Krankenversicherung, insbesondere aber die paraphrasierten Vorstellungen

des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung diese gleichberechtigte Partnerschaft aufheben und die Selbstverwaltung zugunsten einer obrigkeitlichen Lenkung weitgehend beseitigen würden.

Wenn diese Vorstellungen Gesetz würden, könnte sich durchaus die gleiche Situation ergeben, wie sie in der Geschichte des deutschen Kassenarztrechts bereits mehrfach verzeichnet werden mußte.

Ich hielt und halte es auch weiterhin nicht nur für mein Recht, sondern für meine Pflicht, auf eine Situation hinzuweisen, die entstehen würde, wenn die Regierungsvorlage Gesetzeskraft erlangte — eine Situation, die den Kassenarzt, seine Organisation und die Patienten weitgehend in die Abhängigkeit staatlicher Lenkung bringen würde. Damit würde der in jahrzehntelangem Ringen erreichte Frieden in der sozialen Krankenversicherung, ganz besonders aber das Verhältnis zwischen Kassenärzteschaft und Krankenkassen erheblich gestört werden. Wenn ich Vertreter der Presse in Hamburg auf Befragen auf diese Situation aufmerksam gemacht habe, so habe ich damit nicht zuletzt eine Aufklärungspflicht der Presse gegenüber erfüllt. Auch heute ist kein Arzt gezwungen und kann auch in Zukunft nicht gezwungen werden, für die soziale Krankenversicherung gegen seinen Willen tätig zu sein. Auch künftig wird es dem Arzt freistehen, jederzeit seine Zulassung zur Kassenpraxis zu beantragen und jederzeit darauf zu verzichten.

Ich muß es also als ausgesprochen abwegig bezeichnen, daß in der Presseverlautbarung des Bundesministeriums für Arbeit vom 24. 6. 1960 Gesetzes- und Vertragsrechtverletzungen angezogen werden, die für denjenigen, der auf seine Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit verzichtet, überhaupt keine Anwendung mehr finden können. Ich hatte allerdings erwartet, daß die Fachleute im Hause des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung diese Gesetzes- und Vertragslage richtig beurteilen würden.

Es ist mir noch nie eingefallen, gesetzgebende Körperschaften zu bedrohen, wie man es mir in den letzten Wochen so gern unterstellen möchte. Im Gegenteil, ich halte es für meine Pflicht als gewählter Repräsentant der Kassenärzteschaft, die gesetzgebenden Körperschaften vor Verabschiedung eines Gesetzes mit dessen wahren Sachverhalt, mit evtl. Konsequenzen und mit der Meinungsbildung der Ärzteschaft vertraut zu machen, weil ich glaube, daß dieses Vertrautsein mit dem Denken eines so wesentlich betroffenen Personenkreises der Arbeit der gesetzgebenden Körperschaften nur dienlich sein kann.

Ich stehe nicht an, hier zu betonen, daß ich sehr dankbar bin, daß Herr Bundesminister Blank selbst sich — wie aus einer dpa-Meldung vom gleichen Tage hervorging — „scharf von Form und Inhalt“ der Mitteilung seines Ministeriums distanziert hat. Das ändert zu meinem tiefsten Bedauern allerdings nichts an der Tatsache, daß eine derartige Stellungnahme des Bundesministeriums für Arbeit überhaupt zustande und in die Öffentlichkeit gekommen ist.

Die Kommentare zu der gegen mich gerichteten Strafanordnung sind zwar, wie ich mit Genugtuung feststellen konnte, eindeutig. Es ist für die deutsche Öffentlichkeit wohl nicht von großer Bedeutung, wie diese Strafanordnung auf mich als Person wirken

Stellungnahme der Bundesärztekammer

Ohne Wissen und Willen ihres Ministers haben gewisse Kreise im Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung eine diskriminierende und herausfordernde Verlautbarung gegen die Kassenärzte, ihre Organisation und ihren Bundesvorsitzenden Dr. Voges gerichtet. Damit haben sich die Kreise im Ministerium offenbart, die seit Jahr und Tag rücksichtslos und mit allen Mitteln, jetzt sogar bis zur Androhung von Zuchthausstrafen gegen unliebsame Kritiker, die Reform der sozialen Krankenversicherung mit einer Tendenz betreiben, die darauf abzielt, die rechtliche, wirtschaftliche und soziale Stellung des Arztes und seine freiberufliche Unabhängigkeit in der sozialen Krankenversicherung nachhaltig zu beschneiden.

Der Vorstand der Bundesärztekammer stellt sich hinter die von Herrn Dr. Voges vertretene Auffassung, in der er unter scharfer Ablehnung eines Behandlungsstreiks erklärt hat, daß es jedem Kassenarzt freisteht, seine kassenärztliche Tätigkeit aufzugeben, und daß es keinem Arzt zugemutet werden könne, als Kassenarzt unter Bedingungen tätig zu bleiben oder zu werden, die er als schädlich und abträglich für seine Patienten und als untragbar für seine Berufsauffassung erkenne.

Der Vorstand der Bundesärztekammer bittet die Bundesregierung und den Deutschen Bundestag eindringlich, derartigen Übergriffen gewisser Kreise der Ministerialbürokratie, welche Ärzte und Bürger einschüchtern und mundtot zu machen suchen, energisch zu begegnen.

mußte. Eines aber sehe ich als eine riesenhafte Gefahr für unsere Demokratie, nämlich, daß mit solchen Methoden einer gewissen Ministerialbürokratie das verfassungsmäßige Recht jedes einzelnen auf freie Meinungsäußerung in Frage gestellt wird, jedenfalls wenn solche Methoden Schule machen. Ich sehe es als mein Recht und als eines der höchsten Güter in unserem demokratischen Rechtsstaat an, als Staatsbürger wie auch als Vorsitzender einer Körperschaft, meine Meinung und Überzeugung frei äußern zu können. Ich appelliere von dieser Stelle aus an die Öffentlichkeit, ganz besonders aber an das Parlament, darauf zu achten, daß uns allen das Recht auf freie Meinungsäußerung erhalten bleibt. Ich erhoffe auch von der Bundesregierung und besonders von Herrn Minister Blank Maßnahmen, die ähnliche Vorkommnisse für die Zukunft unmöglich machen.

Nachdem Herr Minister Blank sich sicherlich wohlüberlegt von der Veröffentlichung seines Hauses scharf distanzierte, kann wohl erwartet werden, daß diejenigen, die diese Situation heraufbeschworen haben, entsprechend zur Rechenschaft gezogen werden. Der Öffentlichkeit aber dürfte dieses Beispiel eklatant vor Augen geführt haben, wie recht die deutsche Ärzteschaft hat, wenn sie eindringlich davor warnt, die Selbstverwaltung in der sozialen Krankenversicherung durch bürokratische Lenkung praktisch zu ersetzen.

Das Wohnbauwerk der Bayerischen Ärzteversorgung

Ende 1958 führte ich in einer den Mitgliedern des Landesausschusses der Bayerischen Ärzteversorgung vorgelegten Denkschrift folgendes aus:

„Die Sicherung des Arztes und seiner Familie gegen materielle Not bei Berufsunfähigkeit, Alter und Tod gehört zu den wichtigsten Aufgaben seiner Berufsvertretung. Wir sind uns darüber klar, daß diese Sicherung allein durch die berufsständische Versorgungseinrichtung immer eingeschränkt bleiben wird. Die Erfahrung zeigt, daß Arztfamilien, denen der Bau eines eigenen Hauses möglich war, besser gesichert sind, soferne dieser Hausbau frühzeitig erfolgte und zumindest im wesentlichen abbezahlt werden konnte. Wenn sich ein Arzt niederläßt, verfügt er — auch im Falle der Kassenzulassung — im allgemeinen über keine Mittel für den Bau eines Hauses. Er wird zunächst eine Wohnung mieten und unter mehr oder weniger günstigen Verhältnissen bei meist hoher Miete seine Praxis ausüben und darin wohnen. Auch bei Abschluß eines Bausparvertrages werden im allgemeinen ziemlich viele Jahre vergehen, bis es dem Arzt möglich ist, ein eigenes Haus zu bauen. Das für Miete aufgewendete Geld ist verloren, ganz abgesehen von den unerfreulichen Begleiterscheinungen ungünstiger Wohn- und Praxisverhältnisse.“

Es bedurfte eingehender Beratungen, bis wir einen Weg fanden, der uns schnell und sicher zu dem von mir gesteckten Ziel führt, dem Arzt das frühzeitige Bauen zu ermöglichen.

Die Bayerische Ärzteversorgung und die Bayerische Landesbausparkasse, eine Anstalt der Bayerischen Gemeindebank, haben eine Vereinbarung getroffen, welche ich Ihnen, meine Kolleginnen und Kollegen, heute als das „Wohnbauwerk der Bayerischen Ärzteversorgung in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesbausparkasse“ vorstellen möchte. Der Vorteil für den Kollegen liegt darin, daß sein Eigenkapital im Verhältnis zu den Gesamtbaukosten nur relativ gering zu sein

braucht. Der Arzt kann mit einer Finanzierung bis zu 80% der angemessenen Gesamtgestehungskosten (Gründerwerb und Baukosten) rechnen, was erheblich über die übliche Finanzierung hinausgeht. Dazu kommt, daß während der Zeit, die der Arzt benötigt, um seine 20% Eigenkapital anzusparen, der Abschluß eines Bausparvertrages nicht nötig ist.

Die erste Hypothek gewährt die Bayerische Ärzteversorgung. Die Finanzierung des nachstelligen Bedarfes übernimmt die Bayer. Landesbausparkasse. Beide Institute schöpfen alle ihre Möglichkeiten aus, Bauvorhaben von Mitgliedern der Bayer. Ärzteversorgung zu günstigen Bedingungen und vor allem ohne zeitlichen Aufschub — also auch sofort — zu finanzieren. Die Finanzierungshilfe wird für verschiedene Bauvorhaben gewährt, damit der einzelne seine wohnwirtschaftliche Sicherung in der ihm geeignet erscheinenden Weise vornehmen kann. Im wesentlichen wird wohl der Neubau eines Ein- oder Mehrfamilienhauses in Frage kommen, in dem auch die ärztliche Praxis untergebracht wird. Wer dagegen den Erwerb eines Althauses vorzieht, bekommt in entsprechendem Umfang die Erwerbskosten mitfinanziert. Schließlich kann die Finanzierungshilfe auch zur baulichen Erweiterung eines bereits vorhandenen Hausbesitzes in Anspruch genommen werden.

Neben der besonders vorteilhaften Finanzierungsmöglichkeit kommen den Ärzten auch recht erhebliche steuerliche Vergünstigungen zugute.

Über Einzelheiten kann sich jeder interessierte Kollege durch die Bayer. Ärzteversorgung unterrichten lassen.

Ich darf der Hoffnung Ausdruck geben, daß sich das „Wohnbauwerk der Bayerischen Ärzteversorgung in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesbausparkasse“ zum Wohle der bayerischen Ärzteschaft auswirken möge und von diesem vorteilhaften Angebot in möglichst großem Ausmaß Gebrauch gemacht wird.

H. Sewering

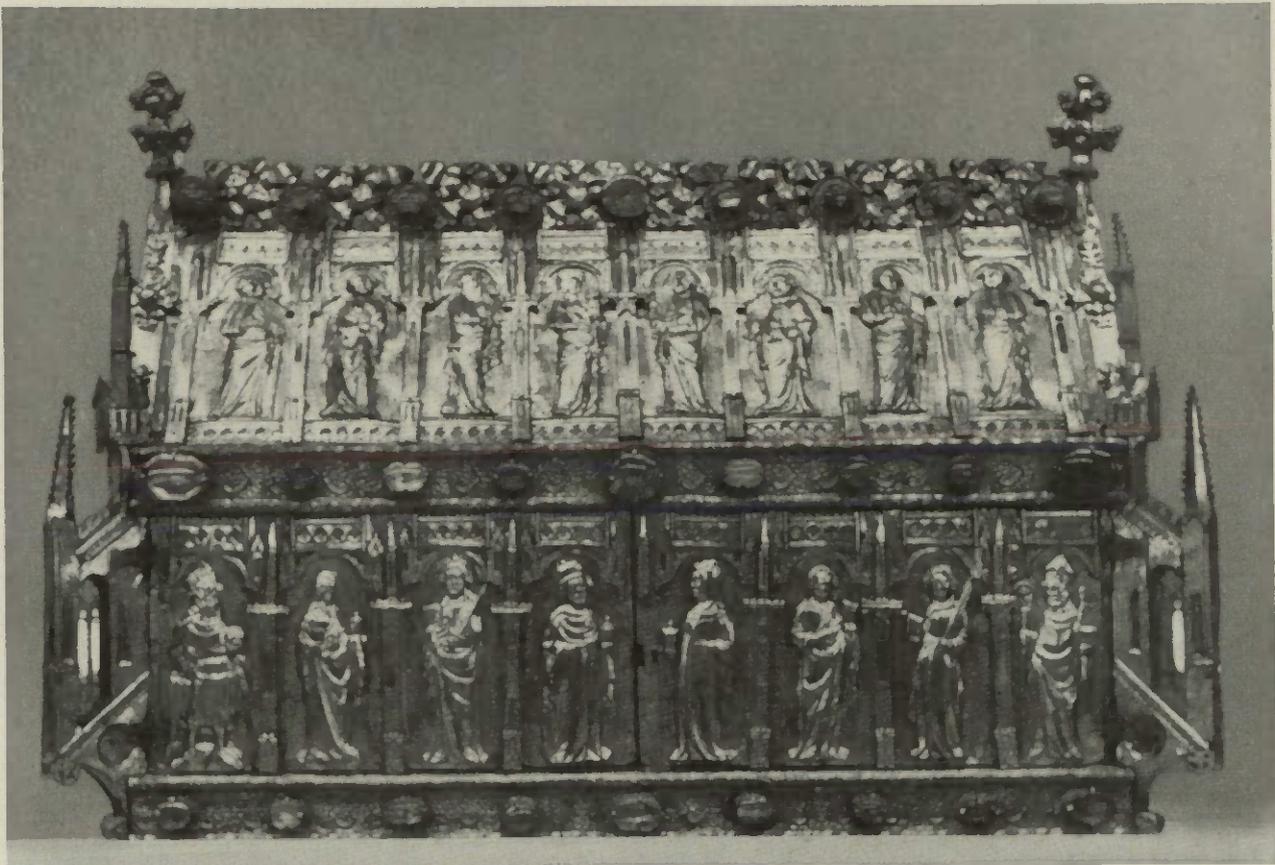
Kosmas und Damian, die heiligen Ärzte

Von Dr. med. et phil. Erich Graßl

Vom 25. bis 29. Juli 1960 findet in München der 9. Internationale Kongreß katholischer Ärzte statt. Nach Rom, Paris, Lissabon, Dublin, Den Haag, Brüssel und anderen Städten tagt der Kongreß zum ersten Male in Deutschland mit dem Thema „Der Arzt in der technischen Welt“. Die bayerischen Ärzte begrüßen herzlich ihre Kollegen aus der ganzen Welt und heißen sie durch das Bayer. Ärzteblatt willkommen.

München birgt in der Michaelskirche ein Kleinod, von dem wenige wissen, ein Kleinod weniger dem künstlerischen Range nach, als in seiner inhaltlichen Bedeutung, für die Ärzte zumal. Es ist der Reliquien-schrein mit den Gebeinen der ersten heiligen Ärzte Kosmas und Damian. Anlässlich des Eucharistischen Weltkongresses ist dieser Schrein unter anderen Kunstwerken in der Ausstellung „Bayerische Frömmigkeit“

im Münchener Stadtmuseum ausgestellt. Es ist ein Behältnis aus Eichenholz, belegt mit vergoldeten getriebenen Silberplatten. Die Stirnseite zeigt die Heiligen Kosmas und Damian, durch Salbenbehälter in den Händen als Ärzte gekennzeichnet. In den Reliefs der Seitenwände werden sie erneut dargestellt, flankiert von anderen Heiligengestalten. Die gemalten Innenseiten der Türchen beschreiben die Tätigkeit der Heiligen auf Erden. Bei einer Krankenheilung auf ihre Fürbitte entfährt das Übel dem Munde des Kranken als Schlange. Reicher Schmuck aus Bergkristall und Emaille zieren das Rankenwerk der Leisten. Die Kissen, auf denen die Reliquien ruhen, sowie die Schädel selbst sind mit Goldstickerei, Perlen und Edelsteinen verziert.



Der Reliquenschrein der Heiligen Kosmas und Damian in der St.-Michaels-Kirche in München.

Die Heiligen Kosmas und Damian erfuhren hohe Verehrung in der katholischen Christenheit. Täglich wird ihr Name im Meßkanon genannt. Sie sind die Patrone der Ärzte und Apotheker, insbesondere der Chirurgen und Wundärzte. Zahnärzte und Physiker, aber auch die Kranken selbst stehen unter ihrem Schutz. Die Heiligen sind Landespatrone Böhmens und Schutzherren der Medici in Florenz. Ihre Verehrung ist bereits Anfang des 5. Jahrhunderts im Orient verbreitet. So haben sie als historisch verbürgte Blutzeugen zu gelten. Zur Zeit der Kreuzzüge gab es im Osten einen Kosmas- und Damian-Ritterorden, der nach der Regel des hl. Basilius die Aufgabe hatte, kranke Pilger zu pflegen und Gefangene auszulösen.

Echte geschichtliche Nachricht über Leben und Martyrium der Heiligen fehlen. Sie sollen einer vornehmen Familie in Arabien entstammen. Nach der legendären Passio, die in zahlreichen Rezensionen griechisch und lateinisch wie auch in spanischem Text überliefert ist, lebten die beiden Zwillingsbrüder als Ärzte zu Aegae in Cilicien und behandelten die Kranken unentgeltlich. Sie bekehrten viele zum Christentum und wurden unter Diokletian durch den Präфекten Lysias vielfach gefoltert, wunderbar befreit und schließlich enthauptet (287 oder 303 n. Chr.). Rasch wurden sie in der ganzen Christenheit Volksheligen, angerufen besonders bei Krankheiten.

Zahlreiche, zum Teil prachtvolle Kirchen wurden ihnen errichtet, z. B. durch Kaiser Justinian I. in Pamphylien, in Cyrus usw., durch Patriarch Proklus (443 bis 447) in Konstantinopel. In Rom stiftete ihnen Papst Symmachus (498 bis 514) ein Oratorium und Papst Felix IV. (526 bis 530) weihte ihnen in einem

antiken Bau am Forum die heute noch mit ihrem prächtigen Apsismosaik erhaltene Kirche.

Ihre Reliquien kamen von der durch Justinianus Augustus wiedererbauten Stadt Cyrus in Syrien, in deren Nähe die Martyrer bestattet waren, vor dem 7. Jahrhundert nach Rom.

Von dort aus brachte Erzbischof Adalgus, der mit Kaiser Otto I. in Rom war, die Leiber nach Bremen, wo sie bis zum Jahre 1648 im Dome aufbewahrt blieben.

Der Bremer Bürgermeister und Domstrukturiarius Hennling ließ 1400 den jetzigen Schrein für die eifrig verehrten Reliquien anfertigen. Nach der Reformation geriet die Verehrung in Vergessenheit. Die Häupter der beiden Heiligen erhielt Heinrich II., der Heilige, von Papst Benedikt dem Achten zum Geschenke (1014) und bewahrte sie in seiner Residenz zu Bamberg auf.

Kurfürst Maximilian von Bayern bekam 1648 durch Unterhandlungen mit dem Erzbischof Franz Wilhelm von Osnabrück die Erlaubnis, die Gebeine nach München zu bringen. Im Dezember desselben Jahres kam das Reliquiar nach Münster und von dort nach München. Die Häupter hatte schon früher Wilhelm V. vom Bamberger Bischof Johann Gottfried erhalten.

Kurfürst Maximilian bestimmte, daß die vereinigten hl. Gebeine und Häupter nach St. Michael übertragen werden sollten.

Am 26. September 1649 wurden die tags zuvor zu den Kapuzinern gebrachten Reliquien der Heiligen Kosmas und Damian mit feierlichem Gepräge und unter Teilnahme des Hofes in die Michaelskirche überführt. Der Geschichtsschreiber Adlzreiter berichtet von vielen Wundern, die auf die Fürbitte der Heiligen

geschahen. Am Überführungstage selbst sei ein Knabe, der durch Sturz aus einem Wagen einen gefährlichen Rippenbruch erlitt, auf das Gelübde seiner Eltern hin plötzlich geheilt worden. Im folgenden Jahre habe die Pest in München nach einem öffentlichen Bittgebet der Gemeinde augenblicklich ein Ende genommen.

Die hl. Ärzte Kosmas und Damian haben in Bayern in einer Reihe von Kirchen Verehrung gefunden: in der Georgskirche zu Dinkelsbühl stehen ihre Statuen von etwa 1470, in der Pfarrkirche zu Muggensturm ihre Statuen aus dem 15. Jahrhundert, Reliefs auf einem Retabelflügel in der Wallfahrtskirche zu Tirschenreuth (Oberpfalz) und Retabelfiguren von etwa 1680 zu Wechterswinkel (Unterfranken), Statuen um 1500 zu Hilperting (Oberbayern).

Bei einer Statue aus der Spätzeit des 15. Jahrhunderts in der Stadtpfarrkirche zu Kaufbeuren hält der hl. Kosmas einen mit Schublädchen versehenen Arzneibehälter, eine Hausapotheke, in den Händen.

So bekannt die Ikonographie und der Kult der Heiligen in den vergangenen Jahrhunderten war, so ist das Wissen um sie heute häufig in Vergessenheit geraten. Die Ausstellung des Schreins zu diesem Zeitpunkt mag uns ein Hinweis sein auf religiöse und geistige Werte, die diese Reliquie bezeugen.

Anschrift des Verfassers: München, Hofmannstr. 26

Literatur:

- A. Schulz, *Die St. Michaels-Hofkirche*, 1897.
 L. Gmelin, *Die St. Michaelskirche, Bamberg 1890*.
 J. Braun, *Tracht und Attribute der Heiligen*, Stuttgart 1943.
 Kreitner: *Heilige um München*.
 Buchberger: *Lexikon*, Bd. VI.



Die Heiligen Kosmas und Damian, dargestellt an der Schmalseite des Reliquienschreins.

Die Entwicklung des Krankenhauswesens

Von Dr. Walther Koerting

Eine Betreuung kranker Menschen — wenn auch nicht in der heutigen Bedeutung und im heutigen Umfang — hat es seit langem gegeben. Es sei nur an die Funde, die von der Chirurgie in prähistorischer Zeit Zeugnis ablegen, erinnert. Bereits im 6. Jahrhundert vor Christi besaßen die alten Ägypter und Inder schon öffentliche Krankenhäuser. Die griechischen Ärzte hatten im 4. vorchristlichen Jahrhundert außer ihren Sprech-, Arbeits- und Operationsräumen auch Unterkunftsräume für die Patienten, die als eine Art Privatklinik gewertet werden können. Kranke Sklaven fanden dort niemals Aufnahme. Die Asklepieien, die dem Kult des Heilgottes Asklepios dienten und im ganzen römischen Reich verbreitet waren, waren dem Heilschlaf gewidmet. Sie waren Unterkunftsstätten für kranke Pilger. Doch konnten kleine Leute, vor allem Sklaven im Falle einer Erkrankung kaum mit Behandlung rechnen. Es sei nur an das Wort Catos erinnert, altgewordene Sklaven wie altgewordene Ochsen zu verkaufen. (De re rustica II, 2.) Erst als der Wert der Sklaven stieg, errichteten Grundeigentümer Valetudinarien. Diese können aber nicht als Krankenanstalten, sondern besser als Erholungs- und Genesungsheime für erkrankte Sklaven bezeichnet werden, um die Arbeitskraft derselben wieder herzustellen. Schließlich seien noch die Militärlazarette erwähnt, die den festen Standlagern der Römer angegliedert waren. Sie

waren weiteren Kreisen nicht zugänglich. Allen diesen „Anstalten“ fehlte der öffentliche Charakter. Sie waren Armen oder Sklaven nicht zugänglich. Und vor allem fehlte ihnen das Motiv der Nächstenliebe. Gerade weil ihnen das fehlt, konnten sie, wie Meffert in seinem Werk „Caritas und Krankenwesen bis zum Ausgang des Mittelalters“ ausführt, nicht die Entwicklung auf das Spital zu nehmen, wie die christliche Caritas es geschaffen hat. „Es blieb dem Christentum vorbehalten, der menschlichen Kultur eines ihrer schönsten Stücke, das Spital, das Krankenhaus zu bringen.“

Der ursprüngliche Name der christlichen Spitäler war Xenodochium, lateinisch: hospitale, gleich domus hospitum. Man kann dabei noch nicht an ein „Spital“ im heutigen Sinne, an ein eigentliches Krankenhaus denken, sondern mehr an das, was wir Hospiz (Herberge) nennen, wo neben dem reisenden Bruder und Pilger auch Findelkinder, verlassene Mütter, die ihrer schweren Stunde entgegensahen, Waisen, Witwen und Kranke neben hilfsbedürftigen Greisen aufgenommen wurden, ein Sammelbecken für alle Arten menschlichen Elends, in dem alle Werke leiblicher Barmherzigkeit geübt wurden nach dem bekannten Verse: Vestio, poto, cibo, redimo, tego, colligo, condo. Das Xenodochium ist im eigentlichen Sinne des Wortes das Mutterhaus für alle übrigen Wohltätigkeitsanstalten gewesen. Die einzelnen Teile des Xenodochiums, bestimmt für je eine Sonder-

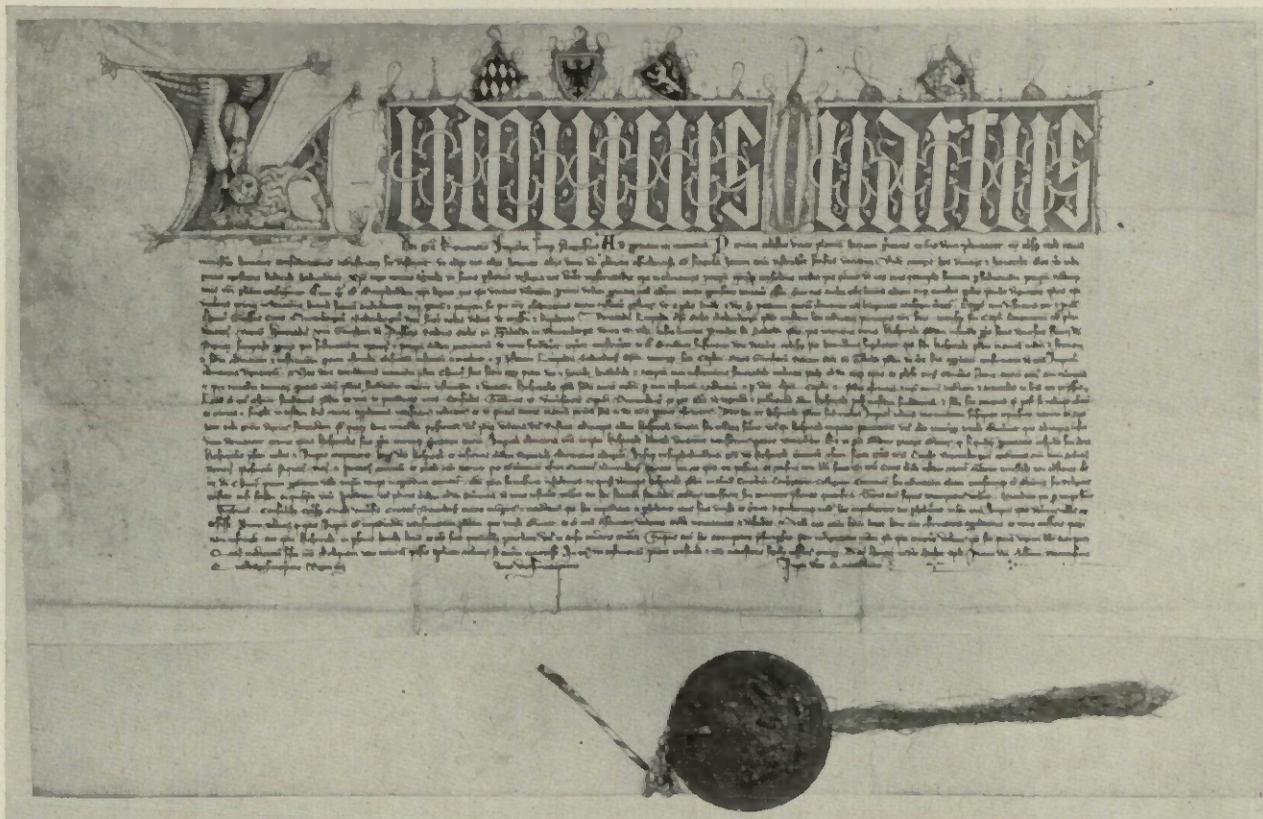


Abb. 1: Kaiser Ludwig der Baier bestätigt die Errichtung des Heiligeistspitals in Nürnberg.
 (Allgem. Staatsarchiv München, Kaiser-Ludwig-Selekt, Nr. 784.)

klasse der Aufgenommenen, lösten sich schließlich los und wurden selbständige Anstalten. Diese Loslösung der Sonderanstalten setzte im Orient früh ein, sehr viel früher als im Abendland, wo noch im 15. Jahrhundert die Hospitäler, Hôtels-Dieus, wie z. B. das Pariser, alle Klassen Hilfsbedürftiger umschlossen. Im Orient erscheinen dann die einzelnen Spezialhäuser: das Nosocomium (das eigentliche Krankenhaus), das Brephotrophium (das Säuglingsheim), das Organotrophium (Waisenhaus), das Ptochotrophium (Armenhaus), das Gerontocomium (Greisenasyl), das Chaerotrophium (Witwenheim), das Lobotrophium (Krüppel- bzw. Aussätzigenheim, bestimmt zur Isolierung wegen der Ansteckungsgefahr für die durch Aussatz Verstümmelten). Die Einbürgerung dieser Namen im Abendland zeigt, daß hier das Morgenland die Führung hatte. (Meffert.) Kaiser Julian Apostata, christlich erzogen, später aber bemüht, dem Heidentum wieder das Übergewicht zu verschaffen, schrieb in seinem Brief an den Oberpriester: „Wir beachten nicht genug, was die christliche Religion am meisten gefördert hat: die Milde gegen die Fremden, die Sorgen für Verstorbene und überhaupt das echt sittliche Leben der Christen. Errichte darum zahlreiche Xenodochien in den einzelnen Städten, damit auch unsere Fremden und auch andere davon Nutzen haben. . . . Es wäre doch eine Schande, wenn von den Judäern (Juden) keiner bettelte, von den Galliäern (Christen) aber außer den eigenen auch noch unsere Armen unterhalten würden.“ (Zitiert nach Wilhelm Liese, Geschichte der Caritas.) Daraus ist zu ersehen, daß schon um die Mitte des 4. Jahrhunderts die Spitäler eine bedeutsame Rolle spielten.

Rudolf Virchow hat in seiner Schrift „Über Hospitäler und Lazarette“ betont: „Unter allen Humanitätseinrich-

tungen ist keine, welche so sehr über die Gegensätze des Lebens, so sehr über die unedlen Leidenschaften der Welt emporgehoben ist, als das Krankenhaus, wenn es im rechten Sinne verwaltet wird.“

Der Begründer der wissenschaftlichen Medizingeschichte, Prof. Dr. Karl Sudhoff, schrieb: „Für Medizin und Krankenpflege ist im früheren Mittelalter kein Orden von größerer Bedeutung als der des Hl. Benedikt von Nursia.“ Dieser verfügte in der Ordensregel: „Die Sorge für die Kranken geht vor allem und über alles. Man soll ihnen demnach so dienen wie Christus, dem man ja wirklich in ihnen dient. . . . Doch mögen auch die Kranken bedenken, daß man ihnen Gott zuliebe dient und deshalb die pflegenden Brüder nicht durch übergroße Ansprüche zu betrüben. Allein auch dann soll man sie geduldig ertragen, da sich an solchen mehr Verdienst erwerben läßt.“ Galten diese Bestimmungen vorerst nur für die Krankenhaus- bzw. Ordensgenossen, so wurden doch auch andere als die unmittelbar zur Klosterfamilie gehörenden Kranken behandelt. Auch den Durchreisenden, welche die Gastfreundschaft des Klosters in Anspruch nahmen, wurde, wenn sie erkrankten, ärztliche Hilfe und Pflege zuteil. Der Bauplan, aus dem Jahre 820 stammend, der den Grundriß des Benediktinerklosters von St. Gallen darstellt, umschließt neben Kloster, Kirche, Abts- und Mönchswohnungen auch alle Gebäude, welche zu einem landwirtschaftlichen Großbetrieb gehören. Er zeigt auch ein Krankenhaus, neben dem sich das Haus der Ärzte mit Apotheke und Zimmern für Schwerkranke befindet, ferner Purgier- und Aderlaßräume. In der damaligen Heilkunde spielten auch die verschiedenen Heilkräuter eine große Rolle. Man findet daher auf dem Plan auch einen Garten für Arzneikräuter ein-

gezeichnet. Dort wurden die gebräuchlichsten Heil- und Arzneikräuter gezogen, sofern ihre Beschaffung von außerhalb nicht notwendig wurde. Von den zahlreichen in ähnlicher Weise eingerichteten Benediktinerklöstern sei das Kloster Tegernsee erwähnt, das tüchtige Ärzte besaß und dessen Bücherei im ganzen 281 medizinische Codices enthielt.

Eines der schönsten Zeugnisse für die Tätigkeit der Benediktiner als Ärzte und Krankenpfleger stellt das (1513 vollendete) Relief von Tilman Riemenschneider am Grabmal Kaiser Heinrichs II. (1014—1024) in dem von ihm begonnenen Bamberger Dom dar. Wahrscheinlich handelt es sich hier um die Darstellung einer Steinoperation, die während des Aufenthaltes des Kaisers im Kloster Monte Cassino im Jahre 1022 tatsächlich ausgeführt worden war und deren günstiger Ausgang der Hilfe des hl. Benedikt zugeschrieben wurde. Auch andere Orden, wie die Zisterzienser, die Dominikaner und Franziskaner, um nur diese zu nennen, haben sich in der damaligen Zeit große Verdienste um die Betreuung der Kranken und die Pflege der Aussätzigen erworben.

Im Frühmittelalter steht im Mittelpunkt der caritativen Betreuung der Hilfsbedürftigen das Xenodochium im alten Sinne als Aufnahmehaus für alle Hilfsbedürftigen, nicht zuletzt auch für die Kranken. (Meffert.) Im

Liber diurnus Romanorum pontificum, dem ältesten erhaltenen Formelbuch der päpstlichen Kanzlei, im 8. Jahrhundert angelegt und bis zum Jahre 1073 reichend, enthält auch Bestimmungen über die innere Ordnung der Xenodochien. Unter der den Kranken zu widmenden Pflege ist auch die Berufung von Ärzten aufgelegt. Eine Reformbewegung innerhalb des Benediktinerordens, die von Cluny (Frankreich) ausging, breitete sich auch nach Deutschland aus. Die Verantwortung für die richtige Versorgung der Kranken innerhalb des eigenen Hauses und der Bauernbevölkerung wurde dem Eleemosynarius zur Pflicht gemacht. Dieser mußte einmal wöchentlich durch das ganze Dorf wandern, um nachzusehen, ob irgendein Armer krank darniederliegt. Die transportfähigen Kranken wurden, in der Eleemosynaria untergebracht. Virchow urteilt über das Hirsauer Hospital (Baden-Württemberg): „In diesem Hause war für Reinlichkeit, Absonderung von minder bedeutenden Kranken von schwereren, für Labung und Erquickung, für Abwehr von Unordnung in sehr befriedigender Weise gesorgt.“

Erst mit Anfang des 13. Jahrhunderts gründen und übernehmen die Zisterzienser im nordöstlichen Deutschland eigentliche Spitäler.

In die Zeit der Kreuzzüge fällt die Gründung des Johanniterordens und des Deutschen Ritterordens. Der



Abb. 2

Nach einem Kupferstich (Privatbesitz)

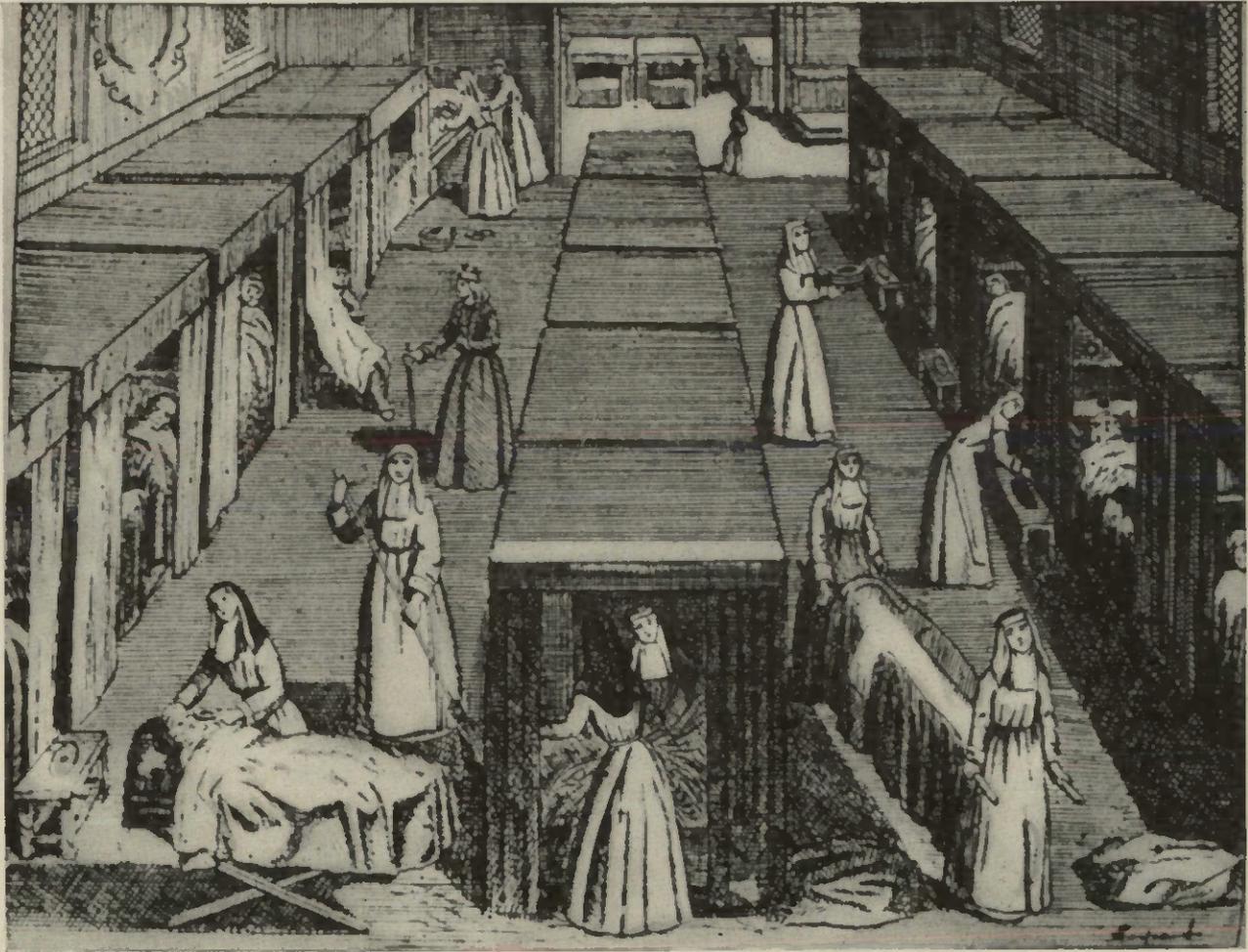


Abb. 3: Spitalszene aus einem französischen Kloster-Spital des 17. Jahrhunderts: Kabinenartige, mit Vorhängen versehene Betten in einem langen Raum, der nur geringen hygienischen Ansprüchen genügt. Nach einem Kupferstich.

Johanniterorden war vorerst als Hilfe gedacht für die Pilger vom Okzident in den Orient von den europäischen Einschiffungshäfen an. Die zum Kampfe ausgezogenen Ritter widmeten sich bald aus Mangel an Pflegekräften für die verwundeten und kranken Pilger und Krieger auch der Krankenpflege. Für die Pilgerinnen wurde ein eigenes Hospital geschaffen. Die Schwestern verpflichteten sich zur Beobachtung der Regeln des Johanniterordens und zur Krankenpflege im Hospitaldienst. Raymond du Puys (1125—1158), der sich in seinen Statuten „servus pauperum Christi et custos hospitalis Jerosolimitani“ nannte, brachte eine Neuordnung des Ritterordens. In den erweiterten Statuten aus dem Jahre 1182 wurde festgelegt, daß an dem Spital in Jerusalem „vier gelehrte Ärzte angestellt werden, welche befähigt sind, die Natur der Krankheiten zu erkennen und den Brüdern Anleitung zur Herstellung der erforderlichen Arzneimittel zu geben. Ihnen stand ein großes Personal zur Seite: stets haben für jeden Saal des großen Spitals zu Jerusalem neun Krankenschwäger zur Verfügung zu stehen für den Dienst am Krankenbett. Es fehlen auch nicht Bestimmungen über die Länge, Breite und Sauberkeit der Betten. Zur Benützung der Kranken bei notwendigen Gängen sollen Felle, Schuhe, Kutten zur Hand sein“. Auch der Speisezettel war Gegenstand der Verordnungen. Der Infirmarius hatte

darüber zu wachen, daß die Speisen für die Krankenkost nach Anordnung der Ärzte bereitet und ausgeteilt wurden, daß in der Küche die größte Reinlichkeit herrsche und die Kranken, die liegen mußten, auf tragbaren, stets mit reinem Zeug bedeckten Tischen mit aller Freundlichkeit bedient wurden. Die Krankenschwäger waren streng zu beaufsichtigen. Sie hatten für die pünktliche Säuberung nach den Mahlzeiten zu sorgen und den Kranken Wasser mit reinen Tüchern zum Händereinigen zu reichen. Nach Austellung der Mahlzeiten waren die Kranken zu besuchen und ihnen mit väterlichem Wohlwollen zuzusprechen. Die Apotheke und die Zubereitung der Medikamente waren einer ständigen Kontrolle unterworfen. Im 13. Jahrhundert, als die Gesamtzahl der Ordensniederlassungen mit 4000 angegeben wurde, zeigten sich auch Zeichen des Niedergangs und Nachlassens des alten Geistes. (Nach dem Verlust von Akkon, dem letzten Posten im Heiligen Land, fanden die Johanniter vorläufige Unterkunft auf der Insel Cypern, auf Rhodos, schließlich auf Malta — daher der neue Name Maleserorden. Auch hier wurden wieder Spitäler errichtet. Nach der Sequestration der Güter des Ordens in Frankreich, 1798, war der Orden nur noch in Italien und Österreich tätig.)

Der Deutsche Ritterorden wurde durch die Einnahme von Jerusalem durch die Türken im Jahre 1187 gleicher-

maßen betroffen. Die erste Ordensniederlassung in Deutschland erfolgte 1200 in Halle an der Saale, wo ihm vom Bischof ein schon begonnenes Spital für Armen- und Krankenpflege überlassen wurde. Es folgten bald weitere Niederlassungen mit Spitalsgründungen. Von besonderer Bedeutung wurde für den Orden Nürnberg, wo er von Kaiser Friedrich II. im Jahre 1229 nach dessen Rückkehr aus dem Heiligen Lande das Elisabethenspital erhielt. Das Spital wurde schließlich das Hauptspital des Ordens in Deutschland. „Noch im 14. Jahrhundert stand das Hospital der hl. Elisabeth zu Nürnberg als eine der größten milden Stiftungen Deutschlands da.“ (J. Voigt, Geschichte des deutschen Ritterordens.) Der Orden hatte an seinen Hauptsitzen Spitälern. Diese waren die Ballei¹⁾ Österreich mit 8 Komtureien, Tirol mit 5 Komtureien, Thüringen mit 6 Komtureien, Hessen mit 3 Komtureien, Franken mit den Komtureien Regensburg, Nürnberg, Ellingen, Mergentheim, Würzburg, Donauwörth, Ulm, Speier, Frankfurt-Sachsenhausen, Aichach, Blumenthal, Schweinfurt, Weißenburg, Öttingen, Münnerstadt, Argshofen, Eschenbach, Horneck, Ganghofen, Winnenden, Heilbronn, Kapfenburg, Rothenburg, Messingen, Virnsberg, ferner die Ballei Koblenz mit 5 Komtureien, Ballei Elsaß und Burgund mit 10 Komtureien, die Ballei Utrecht mit 6 Komtureien, die Ballei Alten-Biesen mit 5 Komtureien, die Ballei Lothringen mit 7 Komtureien, die Ballei Sachsen mit 3 Komtureien und die Ballei Westfalen mit 5 Komtureien. „Die Ausbreitung des Ordens bzw. die Überweisung so vieler Spitälern an ihn zeigt, daß er zur rechten Zeit nach Deutschland gekommen ist; er kam, als in den Städten ein neuer Aufschwung des Hospitalwesens einsetzte und man solche Arbeitskräfte, denen der allerbeste Ruf vorausging, mit offenen Armen aufnahm, um ihnen die Spitälern zu übergeben.“

An der Spitze des Spitals stand der Hospitalarius, der Spitalmeister. Ihm oblag die Kontrolle des ganzen Betriebs. In allererster Linie hatte er über die sorgsame Pflege und ärztliche Behandlung der aufgenommenen Kranken zu wachen sowie über die mit dem Ordensspital jeweils verbundene Versorgung der Armen.

Dem Oberspittler, dem obersten Spittler des ganzen Ordens, dem das ganze Medizinalwesen des Ordens unterstand, hatte er Rechenschaft abzulegen. Der Spitalmeister hatte täglich zweimal die Kranken in Begleitung der Ärzte zu besuchen. Die Behandlung der Kranken lag in den Händen angestellter und in manchen Fällen hochbesoldeter Ärzte. Sache des Komturs war es, daß jedes größere Spital die erforderliche Anzahl von Ärzten hatte. Anfangs waren die Deutschordensritter selbst mit der Pflege betraut, doch wurden später, als sie kriegerische Aufgaben zu erfüllen hatten, Wärter und Wärterinnen eingesetzt. Diese Laien beiderlei Geschlechts wurden als Halbbrüder und -schwester dem Orden angegliedert. (Nach dem Verlust der Schlacht von Tannenberg im Jahre 1410 nahm die Bedeutung des Ordens immer mehr ab. In der Reformation trat der 1511 gewählte Hochmeister zum Protestantismus über. Sehr hart wurde der Orden durch den Dreißigjährigen Krieg betroffen. Im Jahre 1805 verlor er in der Säkularisation seine Güter. Im Preßburger Frieden — 1805 — wurde die Würde eines Hoch- und Deutschmeisters im Habsburger Kaiserhaus erblich. Ordenssitz wurde Wien. Natürlich haben sich die beiden Weltkriege weiter ungünstig ausgewirkt, da restlicher Besitz und Spitälern verloren gingen.)

Das Wirken der Ritterorden rief auch weiterhin zur Nachahmung auf. So entstanden andere Ordensgemeinschaften, die sich der Pflege der Kranken widmeten. Es würde den zur Verfügung stehenden Raum weit überschreiten, wenn diese einzeln genannt und ihre Tätigkeit gewürdigt werden sollte. Eine besondere Bedeutung erlangte der Orden vom Heiligen Geist, der um die Jahre 1170—1180 ins Leben gerufen wurde.

Montpellier in Südfrankreich war Sitz der Johanniter und Templer, da es Durchgangsplatz für die Pilger und Kreuzfahrer nach dem und vom Orient war. Hier sammelten sich Kranke und Hilfsbedürftige, aber an Helfern in der Not war Mangel. Dazu kam, daß Montpellier Sitz einer medizinischen Schule war, die, dank der Initiative kirchlicher Kreise gegründet, den Glanz von Salerno zu überstrahlen begann. Diese Schule zog daher viele Kranke an, welche von den berühmten Ärzten derselben Heilung erhofften. Es war das Verdienst des Papstes Innozenz III., daß er Guido von Montpellier und seine Bruderschaft an das von ihm gegründete große Spital berief. Virchow, schrieb über den Hospitalorden vom Heiligen Geiste, daß der Anfang der Heiligengeist-Spitälern an den Namen desjenigen Papstes²⁾ anknüpft, der den kühnsten und weitesten Versuch gemacht hat, die Gesamtheit der menschlichen Interessen in der Organisation der katholischen Kirche zusammenzufassen. „Für Innozenz III. waren die Heiliggeist-Spitälern eines der vielen Mittel, durch welche er die Gesellschaft an den Römischen Stuhl zu fesseln versuchte und sicherlich eines der wirkungsvollsten.“

Mußte es nicht den tiefsten Eindruck hervorbringen, zu sehen, wie der gewaltige Papst seinen Blick mitleidvoll auf die Armen und Kranken wendete, wie er die Hilflosen und Verkommenen auf der Straße aufsuchte und die unehelichen Kinder vor dem Wassertode rettete! Virchow, von dem man nicht behaupten kann, daß er immer objektiv dachte und sich äußerte, schrieb, was den Papst in seinem Streben leitete, das war nicht bloß Humanität; die Schaffung der Spitälern war für ihn zugleich ein Mittel, sein Verlangen nach Weltherrschaft kundzugeben.“ Wieviel Anerkennung spricht, trotz der Unterstellung nicht beweisbarer Nebengedanken, aus diesen Worten!

Das große Spital in Rom, in der Nähe von St. Peter, hat sich bis auf den heutigen Tag, wenn auch durch Zu- und Umbauten verändert, erhalten. Nach dem Tode von Gui wurde auch Montpellier Rom unterstellt.

Es ist zu unterscheiden zwischen dem Orden und der Heiliggeist-Bruderschaft. Die eigentliche Blütezeit des Ordens fällt in das 14. Jahrhundert. P. Brune (Histoire de l'ordre hosp. du St. Esprit. Paris 1892) zählt zusammen 778 Ordensniederlassungen, darunter 26 in Deutschland. „Den Ruhm darf der Orden in Anspruch nehmen, daß er in den zwei Jahrhunderten seiner Blütezeit eine unermessliche Fülle von Segen der europäischen Menschheit gebracht hat, in dem was seine Mitglieder unmittelbar in der Bekämpfung menschlichen Elends getan haben, wie nicht minder durch die Erweckung gleichartiger Caritasgesinnung in den Herzen von Tausenden, die in den nächsten Jahrhunderten in den Heiliggeist-Spitälern, die nicht mit dem Orden

¹⁾ Ballei, balliagia, Namen für eine Provinz oder auch Unterteilung einer Provinz der drei geistlichen Ritterorden.

²⁾ Innozenz III., Papst von 1198—1216.

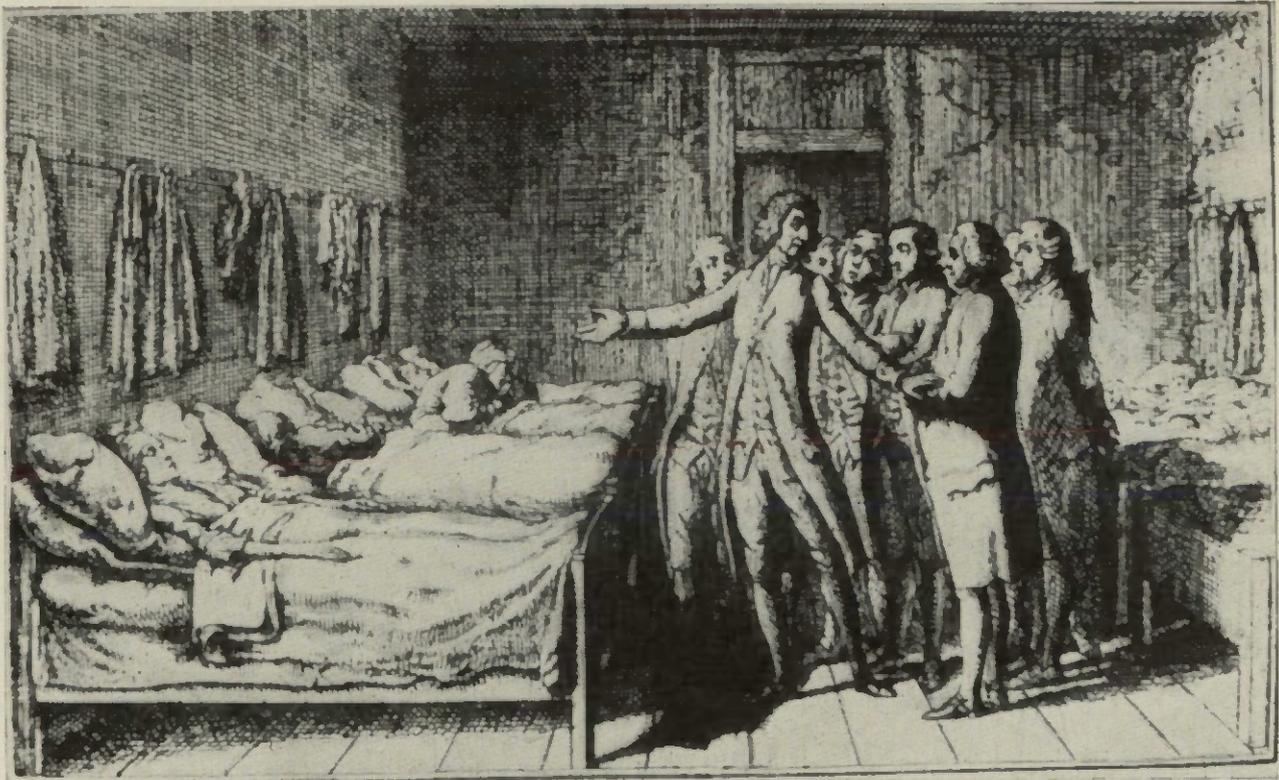


Abb. 4: Krankensaal in einem Spital zur Zeit Friedrichs des Großen. Stich von Daniel Chodowiecki aus dem Jahre 1763.

verbunden waren, den Krankendienst auf sich genommen haben.“ (Meffert.)

Die Verbreitung der Heiliggeist-Spitäler ist in allen Ländern Europas, einschließlich Dänemark, Schweden, Norwegen und England feststellbar. Virchow hat in der bereits zitierten Schrift 150 Heiliggeist-Spitäler auf deutschem Boden angeführt. Das älteste befand sich in Brandenburg (1204). Aus der Vielzahl seien nur die auf bayerischem Boden erwähnt; 1223: Memmingen, 1233: Nördlingen, 1251: München, 1252: Augsburg, 1270: Straubing, Landshut, Kaufbeuren, Eichstätt, 1281: Rothenburg o. T., 1285: Cham. In das 14. Jahrhundert fallen die Gründungen von Landshut a. d. Isar, Burghausen, Nürnberg, Kempten, Wasserburg, Passau, Vilshofen, Kitzingen, Weilheim, Viechtach, Leipheim, Lohr, Schweinfurt, Schwabach, Freising, Dinkelsbühl.

In der schönen, mit großer Sorgfalt und Liebe zusammengestellten Sammlung ausgewählter Handschriften und Urkunden aus Staatsbesitz in der Bayerischen Staatsbibliothek³⁾, die als Ausstellung unter dem Titel „Bayerns Kirche im Mittelalter“ wahre Kostbarkeiten zur Schau stellt, ist auch die Urkunde enthalten, mit der Kaiser Ludwig der Bayer die Errichtung des Heiliggeist-Spitals in Nürnberg und den zwischen der Stadt Nürnberg und Konrad Groß vereinbarten Vertrag bestätigt. (Siehe Abb. 1.) „Konrad Groß, Reichschultheiß von Nürnberg und Vertrauter des Kaisers, ließ von 1332 bis 1339 das Heiliggeist-Spital in Nürnberg, eine der hervorragendsten karitativen Anstalten des Mittelalters, erstehen. Diese von Groß finanzierte soziale Einrichtung war Verpflegshaus für Arme und Pilger, Zufluchtstätte für mittellose Wöchnerinnen und zugleich Pfründeanstalt. 1341 übergab Konrad Groß

seine Stiftung der Stadt, die sich verpflichtete, das Spital weiterhin zu verwalten und den Charakter der Stiftung unverändert zu bewahren.“ (Erklärung in dem von Direktor Dr. W. Hörmann von der Bayerischen Staatsbibliothek verfaßten, hervorragend ausgestatteten im Hirmer-Verlag München erschienenen Katalog der Ausstellung.) In der Festschrift zur Eröffnung des neuen Krankenhauses der Stadt Nürnberg heißt es über „Das Spital zum Heiligen Geist“: „Die Stiftung des Konrad Groß war ... die großartigste Stiftung, die je in Nürnberg ins Leben getreten ist ... Das Spital war von seinem Stifter in dem Umfang angelegt, daß es für 200 Sieche, 6 Priester, 12 Chorschüler, 20 Amt- und Dienstleute, darunter dem Spitalmeister und der Spitalmeisterin, Raum bieten konnte.“

Ein Nürnberger Ratserlaß aus einer späteren Zeit, vom 17. August 1591, als das Heiliggeist-Spital bereits im großen und ganzen zu einer Pfründneranstalt herabgesunken war, weist darauf hin, welch großen Überlauf das Spital fast täglich von dem armen kranken Bauernvolk und ihrer Eigenherrschaft zu erleiden habe, welch letztere verlange, daß man die Kranken aufnehmen solle. Aber das Spital sei nicht für das arme Landvolk, sondern allein für Nürnberger Bürger und Bürgerinnen und deren Ehehalten (Dienstboten) sowie für die in Nürnberg arbeitenden Handwerksgelesen gestiftet worden. Sollten fernerhin dergleichen Gesuche gestellt werden, so seien sie bescheidenlich und mit guten Worten abzuweisen. Wer sich dann beschwert fühle, könne sich an den Rat wenden. (Anm. Wer wird da nicht an jene Mahnungen aus jüngerer Zeit erinnert, die gegen den Zustrom auswärtiger Kranker nach München, die hier Heilung suchen wollen, Stellung nehmen?)

³⁾ Bis Oktober 1960 geöffnet.

Vielfach älter als die Heiligeist-Spitäler sind (nach Mitterwieser) die Spitäler zum Heiligkreuz, z. B. in Augsburg 1143, Eichstätt 1166 und Nürnberg. Katharinen-Spitäler finden sich in Amberg, Bamberg, Forchheim, Regensburg (vorerst Johannes-Spital benannt), Aschaffenburg und Deggendorf. Bei der Platzwahl bevorzugte man die Nähe eines fließenden Wassers. In Regensburg wurde das bestehende Spital im 13. Jahrhundert an die Donau verlegt. Unter dem Nürnberger Spital fließt die Pegnitz. Es ist klar, daß dies für die Bedürfnisse des Hauses für Waschgelegenheit und zur Fortschaffung von Schmutz und Abfällen von Bedeutung war, des öfteren auch für einen mit dem Spital verbundenen Mühlenbetrieb. Auch für die Lüftungsverhältnisse war diese Ortswahl zweckdienlich.

In Deutschland bevorzugte man mit wenigen Ausnahmen die Bauten mit kleineren Zimmern, die für zwei und mehrere Kranke bestimmt waren. Das kurfürstliche Elisabeth- oder Herzogs-Spital in München zeigte langgestreckte Hauptgebäude in drei Stockwerken, getrennt durch den Garten, der von den beiden offenen Seiten durch Wirtschafts- und andere Verwaltungsgebäude abgeschlossen wurde und nach dem die Zimmer und Krankensäle in offene Veranden, moderne Liegehallen, nicht ungleich ausmündeten. In diesen mehrschiffigen Hallen standen die Bettreihen für die Kranken. In manchen befand sich das Bett in einer Zelle oder in einem Alkoven (einem fensterlosen Nebengemach oder Bettische) oder einer Abgrenzung durch Vorhänge. (Siehe Abb. 3.) In südlichen Gegenden sah man von der Einrichtung von Zimmern ab. (Abb. 2.) Die großen Nachteile für die Belüftung, wie sie durch die das Bett umgebenden Vorhänge bewirkt wurden — sie waren zum Teil bis in den Anfang des 19. Jahrhunderts feststellbar —, führten dazu, daß man dazu übergang, von jeglicher Abgrenzung Abstand zu nehmen. (Abb. 4.)

Allmählich wurde von den Städten die Verwaltung

einzelner bisher rein kirchlich geleiteter Anstalten übernommen oder Spitäler durch Stiftungen begüterter Bürger, die sogenannten Bürgerspitäler, errichtet. Auch diese hatten die Heiligeist-Spitäler als Vorbild. Es sei hier nur an das im Seuchenzahr 1317 von einem Würzburger Bürger bald nach einer Wallfahrt nach Rom errichtete Bürgerspital in Würzburg erinnert.

Schon aus dieser kurzen Übersicht, die keineswegs die weltweite Ausdehnung der genannten Spitalrichtungen auf unzählige Länder darzustellen vermochte, geht hervor, welche überragende, bis in die neueste Zeit wirkende Bedeutung dem Aufbau des Spitalwesens im Mittelalter durch kirchliche Kreise zukommt. Das Wirken der in späterer Zeit gegründeten Orden, wie das der Barmherzigen Brüder und Schwestern, der Borromäerinnen, der Vinzentinerinnen, der Elisabethinerinnen, der Genossenschaften vom hl. Franziskus und der vielen anderen Orden, deren Namen hier nicht alle genannt werden können, hat seine Bedeutung für die Gegenwart und sicherlich auch für die Zukunft nicht eingebüßt. Der Verf., der selbst über drei Jahre in einem Spital der Barmherzigen Brüder tätig war, weiß wie viel Liebe und Aufopferung den Kranken und Bedrückten in jenen Krankenhäusern, die von Ordensangehörigen betreut werden, entgegengebracht wird. Schließlich gründet sich auf dem mittelalterlichen Spitalwesen und seinen Helfern auch das Schwesternwesen außerhalb von Ordensgemeinschaften. Caritas und Innere Mission sind, ebenso wie die evangelischen Diakonissinnen in ihrer opferbereiten Nächstenliebe, in jener Zeit, dem Mittelalter, verwurzelt, die den Urgrund legte zu der Liebe für Kranke und Hilfsbedürftige auch der Gegenwart.

Anschrift: München 27, Holbeinstraße 16.

Die Abbildungen 3 und 4 sind dem Werk „Heilkunde“ von Professor Dr. Werner Leibbrand (Verlag Karl Alber, Freiburg/München, 1953) entnommen.

Der Arzt — ein Saurier?

Von Dr. Gustav S o n d e r m a n n

Zu meinem Aufsatz im „Bayerischen Ärzteblatt“ (April 1960) „Der Arzt — ein Saurier?“ hat Herr Prof. Korth, Erlangen, folgende Erwiderung geschrieben:

„In diesem Blatt ist über mich so viel Schlechtes und nur Schlechtes geschrieben worden, daß ich allmählich hoffen darf, gelesen zu werden. Mit dem Dank an die Redaktion verbinde ich den Wunsch, man möchte mir auch in Zukunft Aufmerksamkeit schenken. Zur Rezension empfehle ich fürs nächste einen Vortrag, den ich kürzlich zur Einleitung eines Kolloquiums über die Einführung eines Gesundheitspasses in Innsbruck gehalten habe. Dieser Vortrag wird auf Wunsch des Herrn Vizepräsidenten der Landesärztekammer Tirol unter dem Titel „Der Arzt in der totalen Medizin“ von der „Österreichischen Ärztezeitung“ abgedruckt.

Mein vorab letzter Kritiker, Herr Vizepräsident Dr. Sondermann, wird sich gewiß daran erinnern, daß ich ihm wiederholt und spontan für seine mutige Verteidigung der ärztlichen Freiheiten meine Hochachtung ausgesprochen habe. Seine Klage, ich wüßte nichts vom Kampf der „rüstigen Mannschaft“ und wollte nichts davon wissen, ist mir deshalb unverständlich. Doch das ist nicht wichtig. Aber in einem Punkt, der wahrlich der springende ist, muß ich Herrn Dr. Sondermann mit

aller Leidenschaft berichtigen. Er schreibt, für mich scheine Freiheit nur gegeben, wenn sie total gegeben sei. Das klingt so, als ob ich ein halsstarrer und überheblicher Individualist sei, der sich nicht bereit finden wolle, dieser „armseligen Erde“ Rechnung zu tragen. Ich habe indessen in Wort und Schrift alle Mühe auf den Nachweis verwandt, daß diese Erde aufzuhören beginnt, eine „armselige“ zu sein. Das habe ich allerdings mit radikaler Ausschließlichkeit getan, und ich werde es weiter tun. Auch der „Gesundheitssektor“ eilt mit Riesenschritten der technischen und bürokratischen Perfektion entgegen. Die Freiheit ist unteilbar geworden. Dieses Wort mag in der großen Politik ein Schlagwort sein, obwohl ich es nicht glaube, für den „Gesundheitssektor“ aber, und dort fühle ich mich kompetent, ist es die nackte, bittere und atemberaubende Wahrheit. Professor Eberhard Schmidt meint, die Geschichte des ärztlichen Berufsgeheimnisses lasse den Wandel der Zeit erkennen: die staatliche Gesetzgebung habe in zahlreichen Vorschriften die Geheimhaltungspflicht aufgegeben und durch eine Meldepflicht ersetzt. Das Interesse an der Wahrung und Unverbrüchlichkeit der individuellen Geheimnisse sei aufs stärkste relativiert und weitgehend durchlöchert. Im

Bereich der Gesundheitspflege und der sozialen Fürsorge werde die Intimsphäre ein für behördliche Ermittlungen und Maßnahmen weit geöffnetes Feld. Es gehöre zur Gesetzgebungs- und Verwaltungskunst des Rechtsstaates, dafür zu sorgen, daß die den staatlichen Organen eröffneten Möglichkeiten, in die Privat- und Intimsphäre des einzelnen einzudringen, auf das Maß beschränkt würden, das sich aus dem Gesichtspunkt der sozialen Notwendigkeit ergebe. Was aber zu den sozialen Notwendigkeiten gehört, das bestimmt auf dem „Gesundheitssektor“ der Fortschritt der medizinischen Wissenschaften und die allgemeine Vorstellung vom Wesen und Wert der Gesundheit. Armer Rechtsstaat! Der Fortschritt ist unabsehbar und die Gesundheit zum „höchsten Gut“ geworden. „Volkslungenkataster“, „Erbhygienisches Register auf Bundesebene“ und dergleichen Dinge sind die ersten tastenden Versuche der Fachleute, die entschlossen sind, den Staat über seine vornehmsten Pflichten aufzuklären. Wollten sich meine Kritiker und in ihrem Gefolge die Ärzte insgesamt mit der Ausflucht beruhigen, ich gefiele mir in „düster-melodramatischen Prophezeiungen“ und produziere „schlechtes Kino“, dann wäre jedes Wort verstan. Gottlob hört mir eine kleine, weniger rüstige als vielmehr junge Mannschaft zu, und gemessen an diesem Erfolg ist jedes Mißverstehen, jedes harte Wort und selbst jede Verunglimpfung nur ein Kinderspiel.

Herr Dr. Sondermann ist auch mit meinem „sonstigen Verhalten“ nicht zufrieden. Ich weiß, warum er mir diese schlechte Note im Betragen erteilt. Er ist ehrlich betrübt, daß ich nicht mitmache. Nun, ich kann von den Ärztekammern nicht gut verlangen, sie sollten sich dem Fortschritt der medizinischen Wissenschaften um der Konsequenzen willen entgegenstellen. Ich ließe mich jedoch leicht gewinnen, wenn die offizielle Ärzteschaftsvertretung auf gar keinen Fall mitmache und in aller Öffentlichkeit, in aller Form und ein für allemal erklärte, der Satz, die Gesundheit müsse zum Staatsprinzip Nr. 1 oder 2, 3, 4 usw. erhoben werden, sei ebenso falsch wie gefährlich und der Schlachtruf der Weltgesundheitsorganisation, Gesundheit sei das höchste Gut der Menschheit, ebenso dumm wie vermessend. Dies ist ein verbindliches Angebot. Warten wir ab.“

Zu meinem Bedauern geht Prof. Korth in dieser seiner Antwort auf eine Reihe meiner Vorbehalte zu seinen Aufsätzen nicht ein; er ist besessen von seiner Vision der „totalen Medizin“. Um diese kreisen seine Gedanken monologisch; so weiß ich gar nicht, ob er fähig ist, ein Gespräch zu führen; denn dazu gehört der Wille, auch den andern zu hören, ihn zu verstehen und bereit zu sein, vor besseren Gründen zu kapitulieren. Aber — Freunde, Genossen, Mitbrüder — trifft uns nicht alle solcher Vorwurf? Hören wir nicht auch auf unseren Ärztetagen, Sitzungen an runden und eckigen Tischen zumeist Monologe? Auf den mittelalterlichen Turnieren wurden noch die Lanzen eingelegt, und dann ging es pfeilgerade auf die Brust des Gegners; heute läßt man die Lanze zuhause und paradiert nur auf dem pfauenfarbig herausgeputzten Pferd seiner unschätzbaren Meinung monologisch über den Markt der kleinen Eitelkeiten. Warum soll es Prof. Korth nicht ebenso machen? Aber wenn wir auch selbst auf ein fruchtbares Gespräch über das zentrale Anliegen Korths drängen, ich muß meine Verlegenheit bekennen: Auf Grund dieser seiner Erwidderung sehe ich zu einem solchen keine Ansatzmöglichkeit.

Ich erinnere mich nicht daran, daß über Korth so viel Schlechtes und nur Schlechtes geschrieben wurde in unserer Standespresse; er kann sich eigentlich nicht

wundern, daß er eben in den Standesblättern nicht zu lesen ist, nachdem er mit seiner Landesärztekammer nur über die oft recht schartige Kneifzange seines Rechtsanwaltes Fühlung hält. „Verunglimpfung?“ Nun, ein ganzer Kreis von Kollegen konnte sich aufs bitterste verunglimpft fühlen durch seine verletzenden Worte, die er für die Privatkrankenanstalten in seinem Vortrag vor der Katholischen Akademie fand: „Die Privatkliniken und das Belegkrankenhaus sind denkbar schlechte Orte, um moderne Medizin zu betreiben, denn dort gibt es nicht die erforderlichen Produktionsmittel und das sachkundige Team. Privatklinik und Belegkrankenhaus sind mehr als Sanatorium geeignet, und in ihnen läßt es sich noch individuell sterben.“

Sollte dies keine Verunglimpfung sein? Korth mag dies wohl selbst eingesehen haben, so änderte er in der Drucklegung die von Kollegen Breidenbach als dem Beauftragten der Arbeitsgemeinschaft der Privatkrankenanstalten in Bayern e. V. beanstandete, im Präsenz gesprochene Stelle in die Form der Befürchtung, in das Futur um: „... werden einmal schlechte Orte sein — würden Privatkliniken und Belegkrankenhäuser später überhaupt noch bestehen...“ K. hat diese Änderung des Textes auch der Arbeitsgemeinschaft auf deren Vorhaltung mitgeteilt; es wäre gut gewesen, wenn er dies auch öffentlich, z. B. in dieser seiner hier vorliegenden Antwort getan hätte. Nun, er hat es nicht getan, so muß ich es hier von mir aus erwähnen, weil die Kollegen wahrlich Anspruch auf diese Feststellung haben. Ich tue es auch um Korths willen, denn mit dem Originaltext ist Korth — wohl sehr wider seinen Willen — direkt in die Nachbarschaft zu Arbeitsminister Blank geraten, der in seinem Aufsatz, den er für den 2. Deutschen Krankenhaustag in Stuttgart geschrieben hatte, ja auch die privaten Krankenanstalten als antiquierte, überflüssig gewordene, vom Staat nun endlich beiseite zu schiebende Überreste einer längst vergangenen guten alten Zeit bezeichnet hatte. Und welch merkwürdige, fast komische Parallele dazu: K. glaubte doch seine Fassung umändern zu sollen, er konnte es auch noch bei der Drucklegung. Blank hätte gern seine seltsamen Äußerungen zurückgezogen, aber er konnte es nicht mehr, das Heft war schon zur Auslieferung an die Post gegeben!

K. meint nun, aus meinen Worten klänge es so, als ob er „ein halsstarriger und überheblicher Individualist sei“. Ich möchte ihm in diesem Punkte (wie in so manchem) gar nicht widersprechen, aber darin doch, wenn er meint, eine perfektionierte Welt höre auf, eine „armselige“ zu sein; ich meine, K. sollte mir doch zustimmen, daß eine solche eben mit jeder neuen Finesse immer armseliger wird, von Tag zu Tag. Oder wir haben von „Armseligkeit“ verschiedene Vorstellungsbilder. Ich meine: je perfekter, desto unmenschlicher, desto mehr eingefroren die menschlichen Beziehungen im Interesse einer zum Leitprinzip erhobenen Zweckmäßigkeit — eben desto armseliger.

Mit seinen Ausführungen über die Frage der Geheimhaltungspflicht und die Gefahren einer wild werdenden „Gesundheitsvorsorge“ im Sinne staatlicher Zwangsmaßnahmen rennt Prof. Korth zwar keine offenen Türen ein, ich glaube, wir sollten seine dunklen Befürchtungen durchaus ernst nehmen, aber er sollte seinerseits sehen, daß er nicht mit solchen Befürchtungen allein steht; wenn er mich schon lobt ob mei-

ner „mutigen Verteidigung der ärztlichen Freiheiten“, so sollte er doch auch zugeben, daß die ärztliche Berufsorganisation mir dies eben doch deshalb ermöglicht, weil sie in ihren Grundtendenzen gleichfalls auf die Verteidigung der ärztlichen Freiheit gerichtet ist, weil sie eifersüchtig darüber wacht, daß der Staat nicht in diese Freiheiten eingreift, und weil sie alles versucht, um verlorenes Gelände wiederzugewinnen. Die ärztliche Berufsorganisation steht also durchaus praktisch und realiter im Kampf gegen die von Korth gesehenen Gefahren, nur daß ein solcher im Alltag geführter Kampf im Zwange der sich oft so widerstreitenden Gegebenheiten von manchen Enttäuschungen überschattet und von Torheiten in den eigenen Reihen gehemmt, also mühseliger ist, als es sich der fernabstehende Theoretiker vorstellen mag.

Die ärztliche Berufsorganisation erhebt nicht die Gesundheit zum Staatsprinzip Nr. 1, wo hat sie dies jemals getan? Nach unserer Berufsordnung gilt uns Ärzten als oberstes Gesetz: „Leben zu erhalten sowie die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen“. Es ist eine nüchterne Feststellung, daß uns die Sorge um unsere Kranken aufgegeben ist, und bei dieser Nüchternheit wollen wir es auch belassen. Wir haben keine Erklärungen zu Staatsprinzipien abzugeben, auch wenn sie die Gesundheit betreffen, auch nicht zu der Frage, ob die Gesundheit das höchste Gut der Menschheit sei, denn die Vorstellung einer „gesunden Menschheit“ ist ja wohl eine Utopie, und wenn es eine solche gäbe, ohne daß auch z. B. die Gerechtigkeit ebenfalls als höchstes Gut proklamiert würde und die Nächstenliebe und noch einige uns so sehr notwendige (und oft so schmerzlich fehlende) Güter, dann wäre sie eine schreckliche Vorstellung.

Die medizinische Wissenschaft wird sich weiterentwickeln wie die Technik, und die Menschen werden Gebrauch von beiden machen — und zwar gleichermaßen, je nach ihrem geistigen und moralischen Reifezustand. Bleibt dieser, wie er heute ist, so wird die Technik die Menschheit zerstören, bevor die „Ärzte“ ihre „totale Medizin“ in ihren „Gesundheits-Kz“ errichten könnten.

Es wird dies also alles eine Frage der Menschlichkeit sein, einer Menschlichkeit, die nicht durch den Gedanken der Zweckmäßigkeit verderbt ist. Dieses Prinzip der Zweckmäßigkeit erweist sich als das satanische Prinzip, sobald es aus dem Bereich der Technik in das des Menschlichen einbricht: Menschen erfassen, Menschen normalisieren, Menschen auf ihren Arbeits- und Lebenswert taxieren und Menschen dementsprechend „in Einsatz“ bringen — alles zweckmäßig und perfekt! So geht es an, wir haben dies ja schon erlebt. Aus diesem Grunde wehren wir uns ja gegen alle jene Zweckmäßigkeiten, wie sie uns angepriesen werden: gegen alle jene Beratungsstellen, Reihenuntersuchungen, Gesundheitspässe. Für Unerfahrene klingt vieles davon so einleuchtend — gewiß: zweckmäßig! —, aber damit ist auch schon der Teufel mit im Spiele.

Aber was heißt „Unerfahrene“? An keinem Zeitpunkt unserer abendländischen Kultur hat es so viele Erfahrene gegeben wie heute, erfahren darin, was geschieht, wenn in menschliche Bereiche das Prinzip der Zweckmäßigkeit einbricht; alle haben wir es erfahren,

spätestens seit 1945 kann sich keiner von uns auf Unkenntnis der Tatsachen herausreden: die Zweckmäßigkeit der Liquidierung der Kranken und Schwachen, der Unerwünschten und Störenden. Der Tod löst wohl seit eh und je so manche Schwierigkeit, und der Stahl des gedungenen Mörders rief den Zweck-Tod in privaten oder politischen Schwierigkeiten ebenfalls seit eh und je zu Hilfe. Daß dieser bezweckte Tod aber zum politischen Leitmotiv, zur offiziellen Praxis einer Regierung wurde, diese Erfahrung blieb uns vorbehalten. Aber noch immer haben wir diese Erfahrung nicht durchdacht und verarbeitet, sonst wüßten wir: Im Prinzip der Zweckmäßigkeit lauert zuböserletzt der kalt berechnete Mord, sonst müßten wir nicht immer wieder warnen vor dem Zweckmäßigkeitsdenken in unseren ärztlichen Bereichen. Waren nicht die Menschenexperimente für die Lösung gewisser medizinischer Fragen zweckmäßig? Ist es nicht zweckmäßig, wenn eine belagerte, vom Hunger bedrohte Festung ihre unnützen Fresser ermordet? Natürlich nicht „ermordet“ — die Sprache ist eine Hure, die sich auch dem Zweckmörder willig preisgibt, da gibt es dann eine „Endlösung“, den „Gnadentod“, oder man „liquidiert“, wie man eine bankrotte Firma von der Tafel wischt.

Wir werden uns mehr denn je mit diesen geistigen Fragen auseinandersetzen müssen, denn nur in einer solchen Bemühung finden wir den festen Grund für unsere allgemein ärztlichen Entscheidungen, ob es nun z. B. das Schweigerecht oder die künstliche Insemination oder eben die Zweckmäßigkeit im ärztlichen Denken betrifft.

So ist uns letzten Endes gerade auch die Organisation von Beratungsstellen, Reihenuntersuchungen usw. wegen ihrer „Zweckmäßigkeit“ fatal und verdächtig, und wir lehnen sie ab als den beginnenden Einbruch dunkler Möglichkeiten. Ich bitte alle meine Kollegen, unsere Probleme einmal von dieser Seite aus zu betrachten, dann wird ihnen vieles von dem, was sich ihnen heute als „zweckmäßig“ anbietet, plötzlich als nicht ganz geheuer erscheinen, sie werden ein gesundes Mißtrauen dagegen bekommen und es lernen, solchen Versuchungen nicht aus irgendwelchen taktischen Gründen zu widerstehen, sondern aus einem klaren Wissen über die in solchen Angeboten lauernden tödlichen Gefahren.

Sie werden dann auch die Position Korths besser zu würdigen wissen. Diese erscheint mir am klarsten dargestellt in seinem — von ihm ja zur „Rezension“ empfohlenen Aufsatz: „Der Arzt in der totalen Medizin“ (Österreichische Ärztezeitung, Heft 9/1960). Hier stellt er auf Grund von Zitaten in logischer Deduktion die voraussichtliche Entwicklung unserer Gesundheitspolitik zur „gesundheitspolitischen Schutzhaft“ dar, wie wir sie ja aus seinen anderen Artikeln kennen, jedoch ohne deren ärgerliche Vertracktheiten, und bringt als Resümee:

„Wir versuchten deutlich zu machen, daß sich die Medizin auf eine ‚totale Medizin‘ hinbewegt, daß sie Totalitätsansprüche stellen muß und daß der Staat, der vornehmste Verwalter des bonum commune, nicht umhin kann, den Forderungen der Medizin in seiner Gesetzgebung Rechnung zu tragen. Wir haben weiterhin geschildert, daß die Ärzte auch nicht entfernt die neue Situation in ihrer Konsequenz für die Berufsethik geistig verarbeitet haben. Gewollt oder ungewollt drängen sie hin zum Totalitären, denn so ver-

langt es der Fortschritt der Wissenschaft. Gleichzeitig aber zieht es sie hin zum Individuellen, Personalen, denn so will es die uralte Tradition, der sie sich verpflichtet fühlen. Was wir hoffen geleistet zu haben, ist allerdings nur eine Analyse. Aber wir sind der Meinung, daß die Analyse, und zwar eine rücksichtslose radikale Analyse einer fruchtbringenden Besinnung vorausgehen muß.“

Wenn Korth selbst auch nicht angeben kann, was in unserer Situation zu tun sei, mindert dies den Wert der Analyse nicht, denn sie vermag uns den Blick für viele Erscheinungen innerhalb unseres Berufsstandes wie in der Entwicklung der Gesundheitspolitik zu schärfen; freilich — die starke Beanspruchung von Zitaten in beabsichtigter Zusammentragung hüllt das Bild allzusehr in gewolltes Dunkel, und alle allzu logische Darstellung einer zu erwartenden Entwicklung an Glaubwürdigkeit, besonders, wenn sie „mit radikaler Verlierung eben infolge dieser überspannten Logik der Ausschlüssigkeit“ unternommen eine Art prophetische Würdigung beansprucht.

Darf ein Polizeibeamter die Betreuung Unfallverletzter verbieten?

Die Frage mag unsinnig klingen, da ein deutscher Polizeibeamter sich kaum zu einem solchen Verbot entschließen wird!

Sie hat jedoch einen sehr realen Anlaß, an dem man als Arzt nicht einfach vorübergehen kann! Ende Mai ging durch unsere Presse die Meldung: „Deutsche Ärzte durften nicht helfen!“ Die AP-Nachricht unter diesem Titel lautete: „Fast sechs Stunden lang lagen am Samstag acht schwerverletzte US-Soldaten hilflos auf Tragbahnen im Haßfurter Kreiskrankenhaus, weil ein amerikanischer MP-Beamter den deutschen Ärzten und Schwestern verboten hatte, die Verunglückten zu betreuen.“

Die Soldaten waren in einem Lastwagen, der gegen einen Baum fuhr, verunglückt und in das Kreiskrankenhaus eingeliefert worden, wo bereits die telefonisch alarmierte Belegschaft alle Vorbereitungen zur raschen Versorgung getroffen hatte.

Das menschlich kaum vertretbare Verhalten des MP-Mannes berechtigt zu meiner Fragestellung; bei der immer wieder gegebenen Möglichkeit ähnlicher Vorkommnisse ist Klärung unbedingt notwendig!

Als BRK-Chefarzt bin ich selbst schon mehrmals zur Erstversorgung verunglückter US-Soldaten gerufen worden und hatte dabei keine Schwierigkeiten. In einem anderen Fall, bei dem ich nicht persönlich anwesend war, lehnte eine MP-Patrouille die Benutzung eines an der Unfallstelle eingetroffenen Rotkreuzwagens ab. Der Armeesanitätswagen traf erst eine Dreiviertelstunde später ein! Ich vermute, daß irgendeine Anordnung des US-Armeekommandos zugrunde lag.

Ganz abgesehen von der Frage, woher ein amerikanischer MP-Beamter irgendeine Berechtigung haben sollte, deutschen Zivilpersonen etwas zu verbieten, was überall selbstverständlich ist, tauchen hier Überlegungen auf, deren klärende Behandlung für den Arzt wie den deutschen Staatsbürger von Bedeutung ist.

Freies Wochenende

30./31. Juli

26./27. August

Mich schauert es bei solchen absoluten Darstellungen — nicht wegen des Inhalts, sondern wegen der Besessenheit, in der auch kein Gran einer Selbstbescheidung solcher Prophetie den Rang sorgender Bewegtheit verleiht und sie damit uns gewöhnlichen Menschen erträglich und verstehbar macht,

Anschrift des Verf.: Emskirchen über Neustadt/Aisch

1. Der Arzt hat bei uns die gesetzliche Pflicht zur Hilfeleistung bei Notfällen. Er macht sich strafbar, wenn er die Hilfeleistung unterläßt oder sie gar verweigern würde!

2. Der Chefarzt eines Krankenhauses hat m. W. das Hausrecht und ist in seinen ärztlichen Anweisungen alleinverantwortlich!

Zu 1. Es ist durchaus verständlich, daß angestrebt wird, verletzte Militärpersonen möglichst rasch einem Militärlazarett zur Behandlung zuzuführen. Wenn aber wegen der Schwere des Falles — die nur der Arzt beurteilen kann — oder wegen zu weiter Anfahrt Schwierigkeiten auftauchen, ist die Erstuntersuchung und Versorgung im nächstgelegenen Krankenhaus eine menschliche Selbstverständlichkeit, vor der alle sonstigen Erwägungen zurückstehen müssen! Von dort kann dann, wenn keine Bedenken mehr bestehen, die Überführung ins Militärlazarett erfolgen.

Die Ablehnung der unter Umständen lebensrettenden Untersuchung und Betreuung — eben durch den ortsnahen Zivilarzt, wenn kein Militärarzt anwesend ist — erscheint ebenso unverantwortlich wie kränkend für die Ärzteschaft. Dabei dürfte es völlig gleichgültig sein, welcher Nation und Rasse der verletzte Soldat angehört, noch dazu in einem Land, das im bezogenen Fall als verbündet angesehen werden muß, nachdem es der NATO angehört.

2. In unserem Stadtkrankenhaus verrete ich die Ansicht, daß auch die Polizei vor Amtshandlungen im Krankenhaus das Einverständnis des Arztes einholt, die Versicherung, daß der Patient ohne ernstliche Gefahr für seinen Zustand zur Verfügung stehen kann!

Es wäre im Interesse aller in Krankenhäusern tätigen Kollegen wichtig und wünschenswert, einwandfrei festzustellen, wie die Sachlage juristisch anzusehen ist.

Der angezogene Fall in Haßfurt wird dadurch erschwert, daß es sich um einen ausländischen Militärpolizeibeamten handelte, der sich — m. E. unberechtigt

— anmaßte, in einem Krankenhaus ein Behandlungsverbot auszusprechen. Ich selbst hätte mir das wohl in aller Ruhe und Form verbeten. Wenn sich der Mann daraufhin nicht einwandfrei benommen hätte, würde ich ihn aus dem Krankenhaus verwiesen, notfalls die Unterstützung der örtlichen Polizei angerufen haben.

Nach vorliegendem Fall erscheint eine klärende Äußerung der verantwortlichen US-Kommandostelle angebracht. Sie hätte eine zukünftige Regelung sicherzustellen, welche den landesüblichen Verhältnissen und

Gesetzen Rechnung trägt. Auch wenn sich im Haßfurter Fall die maßgebliche amerikanische Stelle bereits gebührend entschuldigt haben sollte für das Verhalten ihres Beamten, muß Sorge getragen werden, daß deutschen Ärzten und Krankenschwestern die Wiederholung einer solchen Situation für jeden Fall erspart bleibt.

Dr. med. Heinz Schauwecker,
Chefarzt der BRKKrst. Beilngries,
Berching/Opf.

MITTEILUNGEN

International gültige Impfzeugnisse

Es besteht offenbar noch Unklarheit darüber, wie Impfzeugnisse, die internationale Anerkennung finden sollen, auszustellen sind. Es wird daher auf die Entscheidung des Bayer. Staatsministeriums des Innern vom 14. 6. 1957 (Bay. BSVI, Bd. III S. 427 — MABL. S. 358) verwiesen.

Danach hat der Arzt die Impfbescheinigungen im vorgeschriebenen Impfzeugnis (International Certificate of Inoculation and Vaccination der World Health Organisation WHO. I C/Q/1, Hersteller: Fa. Walter König, München, Schellingstr. 44, Stückpreis 0,35 DM) vorzunehmen. Die Eintragung muß durch das Siegel des zuständigen Gesundheitsamtes bestätigt werden. Impfzeugnisse ohne die Bestätigung des Gesundheitsamtes finden keine Anerkennung, da sie den internationalen Vereinbarungen nicht entsprechen.

Die Siegelung durch das Gesundheitsamt soll bestätigen, daß ein approbierter Arzt die Impfung vorgenommen hat. BÄ

Keine „besondere ärztliche Schweigepflicht“ für Werksärzte

Köln (ÄPI) — Aus gegebener Veranlassung stellt der Vorstand der Bundesärztekammer zur ärztlichen Schweigepflicht der Werksärzte folgendes fest:

Der Werksarzt unterliegt wie jeder Arzt bei der Ausübung des Arztberufes der allgemeinen ärztlichen Schweigepflicht entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen seiner Berufsordnung. Damit gibt es für den Werksarzt ebensowenig eine „besondere ärztliche Schweigepflicht“ wie für andere Tätigkeitsgruppen.

Der Werksarzt ist innerhalb und außerhalb seines Betriebes im Interesse der ihn aufsuchenden Werksangehörigen an diese Schweigepflicht wie jeder andere Arzt gebunden. Diese Auffassung ist ausdrücklich niedergelegt im Paragraph 8 der „Richtlinien für den Werksärztlichen Dienst“, die von der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände, dem Deutschen Gewerkschaftsbund und der Werksärztlichen Arbeitsgemeinschaft abgeschlossen und von der Bundesärztekammer anerkannt wurden.

Die Schweigepflicht des Werksarztes gilt in vollem Umfange auch für ärztliche Einstellungsuntersuchungen.

Für die Unternehmensleitung sind ärztliche Untersuchungsbefunde als solche im Zusammenhang mit dem Arbeitsplatz insofern unwichtig, als erst die Folgerungen aus den Befunden die Einstellung des betreffenden Arbeitnehmers ermöglichen oder ausschließen. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit einer Zerteilung des Untersuchungsbefundes, wobei die Gesamtbeurteilung dem Werk oder der Personalabteilung zur Kenntnis gelangt, die rein ärztlichen Befunde jedoch ausschließlich beim Werksarzt verbleiben.

Naturngemäß kann der Untersuchte den Werksarzt von Fall zu Fall von seiner Schweigepflicht entbinden.

Diese Entbindung kann sich aber nur auf den Einzelfall und nicht etwa generell auf einen unbegrenzten Zeitraum (beispielsweise für die Dauer des Arbeitsverhältnisses) beziehen.

Bayerische Landestierärztekammer zur Altersversorgung der freien Berufe

Der Vorstand der Bayer. Landestierärztekammer lehnt eine Altersversorgung der freien Berufe einschließlich der Tierärzte auf Bundesebene entschieden ab. Er weist darauf hin, daß in Bayern seit 1923 eine berufsständische Versorgungseinrichtung der Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte auf gesetzlicher Basis besteht, die sich seit dieser Zeit bestens bewährt hat.

Überschüsse trotz höherer Renten

Infolge der gestiegenen Produktivität im Kalenderjahr 1959 konnte die gesetzliche Rentenversicherung Überschüsse in Höhe von 860 Mill. DM (1958 910 Mill. DM) erzielen.

Einnahmen in Höhe von 16,64 Md. DM standen Ausgaben von 15,78 Md. DM (13,17 Md. DM für Renten und Unterstützungen) gegenüber. Im Vergleich zum Vorjahr sind Beitrags- wie auch Rentenleistungen um 1 Md. DM angestiegen. Diese Steigerung der Einnahmen und Ausgaben hielt auch im ersten Quartal 1960 an.

Gegenüber 1958 befindet sich die Arbeitslosenversicherung in einer günstigen Finanzsituation. 1958 arbeitete sie mit einem Defizit von 60 Mill. DM. 1959 betrug der (unerwartete) Überschuß 300 Mill. DM. Dies lag an der niedrigen Arbeitslosenquote und dem gestiegenen Beitragsaufkommen.

Marburger Bund gegen Verfälschung des Bundesverfassungsgerichts-Urteils

Köln (ÄPI) — Der Vorsitzende des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen, Hartmann, hat auf dem Deutschen Krankenkassentag am 18. 5. 1960 in Berlin u. a. als Voraussetzung zur ärztlichen Kassenzulassung eine fünfjährige Tätigkeit, und zwar vorwiegend an Krankenhäusern, gefordert. Der Marburger Bund — Verband der angestellten Ärzte Deutschlands — weist derartige Forderungen als offensichtliche Verfälschung und Manipulierung des Urteils des Bundesverfassungsgerichts über die freie Arztzulassung zu den Krankenkassen scharf zurück. Die bisher für notwendig betrachtete Vorbereitungszeit von 1½ Jahren ist völlig ausreichend, und es gibt keinen sachlichen Grund, weshalb die Niederlassung und Zulassung — und damit die freie Arztwahl des Patienten — entgegen der Rechtsauffassung des Bundesverfassungsgerichts nun sozusagen „durch die Hintertür“ wieder gebremst werden soll. Der Marburger Bund jedenfalls wird solche Manipulationen nicht hinnehmen.

Arbeitsgemeinschaft der Ärzte

Die Landesverbände der praktischen Ärzte aus den Bezirken Westberlin, Bayern, Braunschweig, Nord-

rhein-Westfalen und Baden-Württemberg haben sich in München zu einer Arbeitsgemeinschaft zusammengeschlossen. 60 Prozent aller Kassenärzte (25 000) sind als praktische Ärzte tätig. Die neue Arbeitsgemeinschaft teilte mit, der Zusammenschluß sei auf Wunsch der Mitglieder zustande gekommen, weil sich das Fehlen eines eigenen Berufsverbands gerade in letzter Zeit als sehr nachteilig erwiesen habe. SZ 1. 7. 60.

Berufsverband Deutscher Internisten

Als selbständiger Verein wurde der Berufsverband Deutscher Internisten in enger Anlehnung an die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin gegründet. Zweck des Verbandes ist die Vertretung der Interessen der Fachärzte für innere Medizin. Der jeweils stellvertretende Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin hat Sitz und Stimme im neuen Berufsverband, ebenso sind die anderen medizinischen internistischen Gesellschaften im Arbeitsausschuß vertreten. Diesem Arbeitsausschuß gehören die Internisten-Vereinigungen von Bayern, Saarland-Pfalz, Rheinland-Westfalen und Hannover an.

Berufsverband der Chirurgen

Auf dem Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, die ausschließlich wissenschaftliche Belange vertritt, ist der Berufsverband der deutschen Chirurgen gegründet worden. Am 2. 7. 1960 konstituierte sich in Köln das Präsidium des Verbandes. In das Präsidium wurden berufen: Prof. Dr. Kilian, Freiburg, als Präsident, Dr. Flimm, Köln, als Vizepräsident sowie die Herren Dr. Müller-Osten, Dr. v. Brandis, Dr. Fröhlich, Dr. Adam und Dr. Strauß.

Wie das Präsidium erklärt, will der Verband alle fachchirurgischen Belange der Ärzteschaft gegenüber dem Staat, seinen Behörden und der Öffentlichkeit vertreten, dies auch im Hinblick auf die bevorstehende Neuregelung der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Wahrung der chirurgischen Interessen in der Öffentlichkeit, Schutz gegen die Einengung des chirurgischen Fachgebietes sowie die Beratung der Chirurgen in berufsrechtlichen Fragen sind weitere Aufgaben. Eine neue Gebührenordnung wird angestrebt, zu deren Erarbeitung eine Kommission gebildet worden ist. Der Verband sei kein Kampfinstrument, sondern eine Standesorganisation.

Gründung der Deutschen Neurovegetativen Gesellschaft

Die innige Verflechtung der Forschungen über den Bau und die Funktionen des vegetativen Nervensystems mit den Problemen der funktionellen Morphologie, Physiologie und Pathophysiologie bzw. klinischen Medizin förderte die Sammlungsbestrebungen neurovegetativer Forscher, die 1956 in Straßburg zur Gründung der International Society of Neurovegetative Research führten. Das Deutsche Neurovegetative Komitee anerkannte in der Sitzung vom 3. Juli 1959 die Notwendigkeit, im internationalen Gremium mit einer eigenen Deutschen Neurovegetativen Gesellschaft vertreten zu sein. Die deutsche Gesellschaftsgründung ergibt sich als konsequenter Schlußstein der in Deutschland 1949 begonnenen Entwicklung, in jährlich stattfindenden Neurovegetativen Symposien Zusammenkünfte internationaler, neurovegetativ interessierter Forscher aller Fachdisziplinen der Medizin zur Aussprache über ein bestimmtes aktuelles neurovegetatives Problem zu veranstalten. Das Deutsche Neurovegetative Komitee erweiterte sich zum Gründungskomitee und beauftragte den bisherigen Vorsitzenden Prof. Dr. A. Sturm (Wuppertal) mit den Vorbereitungen der Gesellschaftsgründung. Die offizielle Konstitution der Gesellschaft wird anlässlich des 10. Neurovegetativen Symposions am 28. Juli 1960, in Freudenstadt/Schwarzwald erfolgen. Dem Gründungskomitee gehören an: W. Bargmann (Kiel), G. Bodechtel (München), G. Ewald (Göttingen), F. Hoff (Frankfurt), P. Holtz (Frankfurt), H. Pette (Hamburg), T. Riechert (Freiburg), H. Schaefer (Heidelberg), G. Schaltenbrand (Würzburg), H. Spatz (Gießen), J. Ströder (Würzburg), A. Sturm (Wuppertal), R. Thauer (Gießen), W. Tönnis (Köln), E. Tonutti (Tübingen), K. Wezler (Frankfurt).

Fortbildungsveranstaltungen in Bayern

veranstaltet von — oder im Auftrag — der Bayerischen Landesärztekammer

23.—25. September in Augsburg: 26. Vortragsreihe der „Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin“

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

Thema: Überempfindlichkeitskrankheiten.

13.—16. Oktober in Regensburg: 25. Fortbildungskurs des „Regensburger Kollegiums für ärztliche Fortbildung“

Leitung: Prof. Dr. Dietrich Jabn, Regensburg, Altes Rathaus.

Themen: Angewandte Immunologie, Herzrhythmusstörungen, Pankreaserkrankungen.

25.—27. November in Nürnberg: 11. Wissenschaftliche Ärztagung

Leitung: Prof. Dr. Friedrich Meytbaler, Nürnberg, Flurstraße 17.

Thema: Das korrelative Krankheitsgeschehen und dessen Therapie.

Wer sich um die Mitgliedschaft in der Deutschen Neurovegetativen Gesellschaft bewerben will, wird gebeten, sich an Prof. A. Sturm, Medizinische Klinik der Städtischen Krankenanstalten Wuppertal-Barmen, zu wenden. A. P.

Europäische Vereinigung für klinische Zytologie

Anlässlich des zweiten internationalen Symposions für klinische Zytologie in Leiden wurde eine Europäische Vereinigung für klinische Zytologie ins Leben gerufen. Diese Vereinigung erstrebt die internationale Zusammenarbeit aller an den Fragen der klinischen Zytologie interessierten Ärzte und Forscher. Die vorläufige Organisation liegt in den Händen von Prof. Dr. N. Henning (Medizinische Universitätsklinik Erlangen, Deutschland), Dr. P. Lopes Cardozo (Medizinische Universitätsklinik Lelden, Holland), Dr. N. Söderström (Central Lasarettet Karlstad, Schweden) und Priv.-Doz. Dr. H. Lüdin (Medizinische Universitätsklinik Basel, Schweiz), welche Anmeldungen von Interessenten entgegennehmen.

Institut und Ausbildungszentrum für Psychoanalyse und psychosomatische Medizin

Das Land Hessen eröffnete in Frankfurt a. M. das erste staatliche deutsche Institut und Ausbildungszentrum für Psychoanalyse und psychosomatische Medizin. Prof. Dr. Mitscherlich, der Direktor des Instituts, führte in seinem Eröffnungsvortrag aus, daß das neue Institut nicht nur eine Forschungsstätte im Geiste Freuds, sondern auch ein Ausbildungszentrum für Ärzte und Lehrer werden soll.

Ärztemangel in Luxemburg

Im Großherzogtum Luxemburg herrscht gegenwärtig bedeutender Ärztemangel. Nach einer amtlichen Statistik sind zur Zeit nur 304 praktische Ärzte zugelassen, was für je einhunderttausend Einwohner genau einhundert Mediziner ergibt. A. P.

Schwesternberuf attraktiver

Die Präsidentin des Verbandes deutscher Mutterhäuser vom Roten Kreuz, Generaloberin Luise von Oertzen, erklärte vor Pressevertretern in Essen, daß es z. Z. in der Bundesrepublik und in West-Berlin 60% mehr Schwesternschülerinnen des Deutschen Roten Kreuzes gibt als am 1. April 1938 im ganzen Reichsgebiet. Demnach sei der Schwesternberuf immer noch attraktiv. Die Schwierigkeiten erklären sich dadurch, daß der Bedarf an Schwestern durch die Ver-

besserung der Heilmethoden und den Ausbau der Krankenhäuser ständig wachse; heute brauche ein Krankenhaus bereits 320 Schwestern, das noch vor wenigen Jahren mit 180 ausgekommen sei.

Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft

Für das Jahr 1960 hat der Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft dem Deutschen Akademischen Austauschdienst der Alexander-von-Humboldt-Stiftung ebenso wie für die Heranbildung des deutschen Nachwuchses für europäische und internationale Führungsstellen insgesamt den Betrag von 800 000 DM zur Verfügung gestellt.

Mittel aus der Rockefeller-Stiftung für die Universität München

Als einzige deutsche Universität erhielt die Universität München 15 000 Dollar aus den von der Rockefeller-Stiftung ausgeschütteten Mitteln für das erste Quartal 1960. Die Zuwendung erfolgte für Untersuchungen der Formveränderlichkeit der Fette und der Wirksamkeit von Vitamin B 12.

Hilfe für Tbc-kranken Studenten

Dem Deutschen Studentenwerk für das „Hochschul-sanatorium St. Blasien“ wurde von dem Vorstand des Stifterverbandes für die Deutsche Wissenschaft der Betrag von 25 000 DM überwiesen.

Ein Architekten-Wettbewerb für das Münchener Studentenstadt-Projekt

wurde vor kurzem ausgeschrieben. Zunächst soll ein Teilprogramm der auf 5000 Wohnplätze geplanten Studentenstadt verwirklicht werden. Mit dem ersten Bauabschnitt, mit dem ein Wohnkomplex für rd. 600 Studenten geschaffen wird, soll im Frühjahr 1961 begonnen werden; noch vor seiner Vollendung — spätestens im Jahre 1963 — soll der zweite Bauabschnitt anlaufen, in dem Wohnplätze für 900 Studenten und eine Reihe von Gemeinschaftseinrichtungen — Mensa, Studenten-café, Wäscherei und verschiedene Geschäfte — erstellt werden. In den Bauplan sollen auch etwa 50 Ein- und Einhalbzimmerwohnungen für Studentenehepaare und ein Gästehaus für in München zu Besuch weilende Wissenschaftler einbezogen werden. In einem dritten Bauabschnitt werden die Park-, Sport- und Spielanlagen der Studentenstadt errichtet.

Die Kosten für das Gesamtprojekt werden sich voraussichtlich auf 20 Millionen DM belaufen; auf den ersten Bauabschnitt entfallen davon 6 Millionen. Diese Gelder werden zu gleichen Teilen vom Verein Studentenstadt München e. V., dem Land Bayern und dem Bund aufgebracht. Der Verein Studentenstadt verfügt dank der großzügigen Stiftung von 800 000 DM durch den Deutsch-Amerikaner Max Kade bereits über eine Million DM. Ausländische Staaten können mit einer Spende von 11 000 DM — dem Preis für eine Wohneinheit — einen Wohnplatz für Studenten ihrer Nation reservieren, ebenso Industriefirmen einen Wohnplatz für Studenten, deren Studium sie mitfinanzieren.

(Hochschuldienst)

Stiftung „HUFELAND-PREIS“ für Arbeiten über vorbeugende Gesundheitspflege

Für die beste Arbeit über vorbeugende Gesundheitspflege ist bis auf weiteres jährlich ein Preis von 5000.— DM ausgesetzt worden.

Ferner steht darüber hinaus jährlich ein Betrag von 5000.— DM zur Verfügung, der ganz oder teilweise für weitere Preise verwendet werden kann.

Die Vergebung der Preise erfolgt in Form einer Ausschreibung. Zwecks Durchführung dieser Ausschreibung ist ein Kuratorium gebildet worden, das sich aus folgenden Herren zusammensetzt:

1. Dr. med. Petri, Vorsitzender,

Deutsches Gesundheits-Museum, Zentralinstitut für Gesundheitserziehung e. V. in Köln.

2. Präsident Dr. med. Schimrigk,

Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft Westdeutscher Ärztekammern) in Köln.

3. Dr. med. Dr. med. dent. Forstmann, Bundesverband der Deutschen Zahnärzte e. V. in Köln.

4. Dr. med. Kühn, Bundesausschuß für gesundheitliche Volksbelehrung in Bad Godesberg.

5. Generaldirektor Garde, Concordia Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft — Deutsche Ärzteversicherung — in Köln.

Die Bewertung der Arbeiten erfolgt durch ein Preisrichterkollegium, dessen Mitglieder von dem Kuratorium bestellt werden.

Die Verleihung des Preises oder der Preise nimmt das Kuratorium auf Vorschlag des Preisrichterkollegiums vor.

Die Durchführung der Ausschreibung des „HUFELAND-PREISES“ erfolgt unter Aufsicht eines Notars.

Die Entscheidungen des Kuratoriums und des Preisrichterkollegiums sind unanfechtbar.

Für alle im Zusammenhang mit dieser Ausschreibung entstehenden Streitfragen wird der ordentliche Rechtsweg ausgeschlossen.

Das Kuratorium fordert hiermit öffentlich zur Teilnahme an der Ausschreibung des „HUFELAND-PREISES“ 1961 auf.

Die Preise werden durch die CONCORDIA Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft — Deutsche Ärzteversicherung — Köln, Maria-Ablass-Platz, zur Verfügung gestellt.

Zur Teilnahme sind berechtigt:

Deutsche Ärzte und Zahnärzte.

Die Arbeiten müssen folgende Voraussetzungen erfüllen:

A. Die Arbeit muß beinhalten ein Thema auf dem Gebiete der

a) Gesundheitsvorsorge oder

b) der Vorbeugung gegen Schäden oder Erkrankungen, die für die Volksgesundheit von Bedeutung sind, oder

c) der vorbeugenden Maßnahmen gegen das Auftreten bestimmter Krankheitsbilder oder Schäden, die die Lebenserwartung der Allgemeinheit beeinträchtigen oder Berufsunfähigkeit zur Folge haben können.

B. Art der Darstellung:

durch Schrift oder Film in allgemeinverständlicher Form.

C. Voraussetzung ist ferner, daß die Arbeit auf eigenen ärztlichen Erkenntnissen beruht, die von dem Preisrichterkollegium als wesentlich und wissenschaftlich vertretbar angesehen werden. Die Zusammenfassung und Wiedergabe bereits bekannter medizinischer Tatsachen erfüllt diese Voraussetzung nicht.

Die Arbeiten dürfen noch nicht veröffentlicht worden sein und bis zur Verleihung des Preises oder der Preise nicht veröffentlicht werden.

Jede Arbeit kann nur einmal eingereicht werden.

Das Kuratorium kann Personen, die allgemein oder beruflich straffällig geworden sind oder gegen die ein Strafverfahren schwebt, von der Teilnahme ausschließen.

Arbeiten, die nach dem 31. 3. 1961 eingehen, können nicht berücksichtigt werden.

Der Preis von 5000 DM wird dem Einsender der besten Arbeit zugesprochen, die die Voraussetzungen unter A—C erfüllt.

Die Entscheidung darüber, ob weitere Preise vergeben werden, trifft das Kuratorium auf Vorschlag des Preisrichterkollegiums.

Entspricht keine der eingereichten Arbeiten den genannten Voraussetzungen, so kann von einer Verleihung der Preise abgesehen werden. Mit der Einreichung der Arbeit unterwirft sich der Teilnehmer den Bedingungen dieses Preisausschreibens und gibt für den Fall, daß seine Arbeit preisgekrönt wird, seine Zustimmung zur Erstveröffentlichung in einer vom Kuratorium bestimmten Zeitschrift oder Fachzeitschrift.

Die Arbeiten sind bis zum 31. 3. 1961 an folgende Anschrift zu senden:

„HUFELAND-PREIS“, Notariat, Köln,
Norbertstraße 21.

Die Arbeit selbst ist mit einem vom Verfasser gewählten Kennwort zu versehen und darf den Namen des Verfassers nicht enthalten. Auf einem besonderen Bogen sind anzugeben:

Vor- und Zuname, genaue Anschrift, Staatsangehörigkeit, Tag der Approbation, Alter, genaue berufliche Stellung und Tätigkeit sowie das Kennwort der Arbeit.

Das Kuratorium
gez.: Dr. Harald Petri
(Der Vorsitzende)

Aus dem Bayerischen Landtag:

Im Rahmen seiner Haushaltsrede über den Etat des Arbeitsministeriums für die Fraktion der FDP ging der Kollege Dr. Dehler, MdL., auch auf den Regierungsentwurf zur Reform der sozialen Krankenversicherung ein.

„... Wohl kaum hat ein Gesetzentwurf im sozialpolitischen Bereich zu einer so breiten und teilweise leidenschaftlichen Diskussion geführt, wie der zur Reform der Krankenversicherung. Einig sind sich wohl alle an diesem Gespräch Beteiligten, daß das vor 80 Jahren geschneiderte Kleid eines Krankenversicherungsgesetzes dem kräftig gewachsenen Volkskörper nicht mehr paßt und an allen möglichen Stellen aus den Nähten platzt. Und daß ein neues Gesetz, in dem erhebliche Leistungsverbesserungen und der notwendige Ausbau der Sicherheiten für den von Krankheit Betroffenen oder Bedrohten als Selbstverständlichkeiten vorausgesetzt werden, noch viel mehr Geld kostet als das alte, war wohl voraussehbar. Der Regierungsentwurf hatte nun schon von vornherein etwas unglückliche Startbedingungen. Nachdem man in der Mitte der Legislaturperiode des amtierenden Bundestages im Bundesarbeitsministerium eingesehen hatte, daß die Reform der sozialen Krankenversicherung wohl nicht ohne unpopuläre Zusatzbelastungen für den einzelnen Versicherten verabschiedet werden kann, schien es im Sommer vergangenen Jahres so, daß sich der Deutsche Bundestag wohl in dieser Legislaturperiode nicht mehr mit dieser Materie zu befassen haben werde, denn es war wohl voraussehbar, daß ein solches Gesetz nicht als besonders ansprechende Blüte im gewohnten Strauß der Wahlgeschenke gewertet werden würde. Nun hat im Herbst die Opposition doch etwas Wind in die schlaffen Segel dieses Gesetzes geblasen, und wohl schneller, als es manchem Referenten im Bundessozialministerium lieb war, mußte die Regierungsvorlage fertig sein.

Das Ergebnis ist nicht sehr erfreulich. Ein in sich nicht geschlossener und mit recht vielen unpraktikablen Bestimmungen versehener Entwurf entfesselte zwangsläufig eine öffentliche Diskussion, die angetan ist, manchen guten Grundgedanken ungangbar zu machen.

Daß dann der Deutsche Bundesrat im ersten Durchgang dieses Gesetz wenige Tage vor Weihnachten, eingepackt in eine Marathon-Tagesordnung, bestenfalls im Grundsatz diskutieren konnte, wurde weder der enormen sozialpolitischen Bedeutung noch der föderativen Struktur der Bundesrepublik gerecht. Hier wäre es sehr viel besser gewesen, bei einer Materie derartiger Bedeutung laut und deutlich nach ausreichender Beratungszeit zu verlangen, als mehr oder weniger auf eine Mitgestaltung im ersten Durchgang weitgehend zu verzichten.

Der Deutsche Bundestag ist nun am Zuge, der Bundesrat wird dieses Gesetz jedoch ein zweites Mal zu beraten haben, und daher gestatten wir uns, dem Herrn Arbeitsminister und der Staatsregierung einige Wünsche mit auf den Weg zu geben.

Als allerwichtigste Grundfrage sehen wir Freien Demokraten über den organisatorischen und materiellen Fragen unser Verlangen, daß durch das neue Krankenversicherungsgesetz nicht der einzelne Mensch wie-

Vorläufiges Programm der 26. Vortragsreihe der „Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin“

Freitag, 23. Sept. bis Sonntag, 25. Sept. 1960

Thema: „Die Überempfindlichkeitskrankheiten.“

Leitung: Prof. Dr. A. Schretzenmayr, Augsburg.

1. Prof. Dr. H. G. Faßbender, Mainz:
„Die normale und krankhafte Reizbeantwortung.“
2. O. A. Dr. Grzan, Bad Lippspringe:
„Die Methode der klinischen Allergiediagnostik.“
3. Prof. Dr. F. Scheiffarth, Erlangen:
„Pathogenese und Klinik allergischer Reaktionen und die Grundlagen der antiallergischen Therapie.“
4. Dr. R. Hoigné, Bern:
 - a) „Das Problem der Arzneimittelüberempfindlichkeit“
 - b) „Die Nahrungsmittelüberempfindlichkeit, ihre Erkennung und Behandlung.“
5. Prof. Dr. F. E. Schmengler, Bad Reichenhall:
„Das Asthma und seine Behandlung.“
6. Prof. Dr. K. Fleischer, Berlin:
„Allergisch-hyperergische Erkrankungen der Nase.“
7. Prof. Dr. H. Fleischhacker, Wien:
„Die Autoaggressionskrankheiten.“
8. Prof. Dr. F. Trautmann, Berlin:
„Allergieprobleme bei den Infektionskrankheiten.“
9. Prof. Dr. Dr. Kimmig, Hamburg:
„Allergische Reaktionen der Haut.“
10. Prof. Dr. Kienke, Düsseldorf:
„Das überempfindliche Kind.“
11. Priv.-Doz. Dr. Kinzimeier, Bad Mergentheim:
„Die allergisch bedingten Krankheiten des Magen-Darm-Kanals.“
12. Dr. G. Ruhnke, Berlin:
„Behandlung inhalativer Allergien mit homologem Trockenserum.“

Round-table-Gespräch: Das Problem der Kurverschickungen unter besonderer Berücksichtigung der Überempfindlichkeitskrankheiten. Klinische Visiten und Demonstrationen in den Städtischen Kliniken.

Anfragen und Anmeldungen sind zu richten an den Ärztlichen Kreisverband Augsburg, Augsburg, Schaezlerstraße 19.

der ein Stück mehr bürokratisiert und zum Verwaltungsobjekt gemacht wird und sich vor allem nicht der Staat oder seine verlängerten Arme in das sehr empfindliche und intime Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten einmengt. Wir haben kein Verständnis dafür, daß man die Selbstverwaltung der Kassen und Kassenärzte beschneiden und den Patienten unter die Kontrolle eines „beratungsärztlichen Dienstes“ — ein fataler Terminus technicus, er scheint von jenseits des ‚Eisernen Vorhangs‘ zu kommen — zwingt. Wir halten nichts von Einheitskassen, die bestenfalls noch den eigenen Namen, aber nicht mehr die Möglichkeit einer Selbstgestaltung des Leistungsplanes haben. Wir halten auch nichts von Einheitsgebührenordnungen, die zudem als Rechtsverordnungen erlassen werden sollen. Warum muß man Gewachsenes und Bewährtes nur deshalb über Bord werfen wollen, weil eine falsch verstandene Einheitlichkeit eine mystische Anziehungskraft zu besitzen scheint.

Die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit ist durch die Fortschritte der Medizin eine sehr teure

Sache geworden und wird, daran ist gar nicht zu rütteln, in der Zukunft immer teurer werden. Wir brauchen mehr Ärzte und müssen diese anständig honorieren. Die Aufwendungen für Diagnostik und Therapie werden mit jeder ihrer Verbesserungen ansteigen. Wir stehen auf dem Standpunkt, daß auch der einzelne in einem zumutbaren Rahmen hierbei mitwirken muß. Aus materiellen und sozialpädagogischen Erwägungen kann man keineswegs grundsätzlich 'nein' zu einer Selbstbeteiligung sagen. Dies wäre auch töricht, weil die Kosten sowieso aufgebracht werden müssen, sei es dann über einen höheren allgemeinen Beitrag oder indirekt über die Steuer. Aber über eine Inanspruchnahme-Gebühr beim Arzt und eine Beteiligung ausgerechnet an den Krankenhauskosten geht es nun wirklich nicht. Wir Freien Demokraten lassen es nicht mit der Ablehnung des Regierungsentwurfes bewenden sein: Wir haben vorgeschlagen, für die Pflichtversicherten das bisherige Sachleistungsprinzip beizubehalten und lediglich eine sozial gestaffelte Krankenscheingebühr einzuführen, für die freiwillig Weiterversicherten jedoch zum Kostenerstattungs-system mit ansteigender Selbstbeteiligung überzugehen. Sicher gibt es auch gegen diesen Vorschlag, wie gegen alle, etwas einzuwenden. Man hat uns jedoch noch nicht einen besseren vorgeschlagen. Eine Selbstbeteiligung für die Krankenhauskosten würde vor allem die Angestellten betreffen, die ja für die Zeit ihrer Gehaltsfortzahlung sowieso schon die Kassenbeiträge weiterentrichten. Über eine angemessene Beteiligung an den Arzneikosten kann man jedoch durchaus reden. Wir wissen recht gut, daß es heute eben Mode geworden ist, nicht ohne Rezept, und vor allem nicht ohne neues Rezept, wieder vom Kassenarzt wegzugehen. Man sollte dem Kassenarzt in seinem Kampf gegen eine auch für das Volksvermögen nicht unbedeutende Arzneimittelsucht helfen.

Nach unserer Ansicht muß es auch eine obere Einkommensgrenze für das Recht der Weiterversicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung geben, da sie sonst ihres Wesensgehaltes als soziale Krankenversicherung entkleidet wird und es ja bekannt ist, daß die Höherverdienenden freiwillig Versicherten keineswegs die für die Kassen billigen sind.

Durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes am 23. 3. 1960 über die Aufhebung der Verhältniszahl und damit Freigabe der Zulassung zur Sozialpraxis für grundsätzlich alle niedergelassenen Ärzte wurde erfreulicherweise schon vor der Beratung im Bundestag einer der wesentlichen Streitpunkte, die Zulassungsfrage richtungswiegend geklärt. Es ist dem Bundesverfassungsgericht sehr hoch anzurechnen, daß es durch diese Entscheidung, die allerdings schon vor einigen Jahren fällig gewesen wäre — der Verfassungsgerichtsprozeß lief neun Jahre lang —, eine sehr positive Aussage zur Freiheit der ärztlichen Berufsausübung getan hat.

Über die Freigabe der Zulassung und vor allem deren Folgen scheinen sich, trotz allseitiger grundsätzlicher Bejahung, die Sachverständigen noch nicht recht einigen zu können. Man befürchtet eine ungute Zusammenballung von Kassenärzten in den Städten und eine Gefährdung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung auf dem flachen Land. Wir können uns dieser Sorge nicht anschließen. Warum sollen ausgerechnet bei Ärzten, die sonst in unserer gesamten freien Marktwirtschaft erkannten und befolgten marktordnenden Prinzipien nicht respektiert werden? Dazu gehört eben auch die Erkenntnis, daß eine Niederlassung nur dort zweckvoll ist, wo eine ausreichende Existenzgrundlage gesichert ist und eine Tätigkeit in einem weniger mit Ärzten besetzten Raum trotz vielleicht bestehender zusätzlicher Schwierigkeiten und Lasten wesentlich ertragreicher sein kann als in der Großstadt.

Nach dem Verfassungsurteil gibt es schon wieder manche, die nach dem Gesetzgeber, nach Zwang und Planung rufen, kaum nachdem wieder einmal ein Stück Zwangswirtschaft gefallen war. Wir bitten daher den Herrn Staatsminister sehr herzlich, seinen ganzen Einfluß dahin geltend zu machen, daß Sperr- und Zwangsmaßnahmen im Zulassungswesen wirklich nur als ultima ratio eingesetzt werden. Lieber sollten durch

marktkonforme Mittel, wie Einnahmegarantien für Kassenärzte in weniger dicht mit Ärzten besetzten Gebieten, zu organischen Lösungen führen, da andernfalls sonst allzuleicht durch die Hintertüre von Planungswünschen das Zulassungswesen wieder hereinkommen könnte . . ."

PERSONALIA

Professor Dr. med. Dr. phil. A. W. Forst
zum 70. Geburtstag

Als Professor Forst, der dem Münchener Pharmakologischen Institut seit 1925 ohne Unterbrechung angehörte, im Jahre 1946 zum Nachfolger seines berühmten Lehrers Walter Straub ernannt wurde, trat er damit augenommen nur die Verfügungsgewalt über ein Ruinengrundstück an; zugleich aber auch die Last eines Erbes, das dem von hohem Verantwortungsbewußtsein erfüllten Gelehrten eine unabwiesbare Verpflichtung bedeuten mußte. Das Gewicht dieser Bürde wog um so schwerer, je größer die Schwierigkeiten waren, die sich dem Wiederaufbau des Instituts in den Nachkriegsjahren hartnäckig entgegenstellten.

Wenn Forst diese gemeistert hat und seinem Nachfolger ein Institut übergeben wird, das den Anschluß an die internationale Forschung längst gefunden hat, so verdankt er das nicht jenen (auch bei Wissenschaftlern heute nicht ganz seitene) „expansiven“ Managerqualitäten, wie sie aus einem unanfechtbaren Selbstbewußtsein oft so augenfällig quellen, sondern ganz im Gegenteil der stillen und unaufdringlichen Beharrlichkeit seines geradlinigen Charakters. Diese ist nicht die Gabe einer primär aus ihrer Vitalsphäre lebenden Natur, sondern sie bezieht ihre Kraft aus dem geistigen Bezirk, in dem die Idee selbstlosen Dienens beheimatet ist. Man geht wohl nicht irre mit der Vermutung, daß es diese Treue zu der selbstgewählten Sinngebung seines Forscherlebens ist, die den eher zurückhaltenden und ungewöhnlich bescheidenen Gelehrten für alle, die ihn näher kennen, so sympathisch „unzeitgemäß“ macht.

Nach alledem ist es verständlich, daß Forst, der schon auf Grund seiner Doppelausbildung (Chemie bei Willstätter) ein vertieftes Verständnis für biologische Zusammenhänge mitbrachte, in der reinen Theorie dennoch kein Genüge finden konnte.

Seine vielen wertbeständigen und bemerkenswert vielseitigen Arbeiten haben daher trotz der zeitweiligen Konzentration auf fachliche Einzelprobleme die Therapie als Ziel allen ärztlichen Handelns nie aus den Augen verloren, ob es sich nun um die erfolgreiche Behandlung der Blausäurevergiftung (Habilitationarbeit) und andere Entgiftungsstudien, um die Ehrenrettung vergessener Heilpflanzen durch experimentelle Wirkungsanalyse und Isolierung ihrer Inhaltstoffe oder schließlich um die Schaffung exakter methodischer Grundlagen etwa für die Erfassung zentral-sedativer Effekte handelte, also um einen bedeutsamen Beitrag zu der jetzt so modernen „Psycho-Pharmakologie“. Dieser Bezug zur Praxis bleibt auch in seiner eindrucksvollen Experimental-Vorlesung stets gewahrt, die ihm ebenso am Herzen liegt wie alle anderen Fragen der fachlichen Ausbildung und der medizinischen Studienreform.

Da sich Forst der Verantwortung des Forschers für die Volksgesundheit immer bewußt geblieben ist, hat er sich trotz der Inanspruchnahme durch Lehre, Forschung, wissenschaftliche Gremien und eine ganze Reihe ständiger Fakultätsaufgaben auch jenen zusätzlichen Ansprüchen nicht versagt, welche Staat und Gesellschaft an den „Staatsbürger im Gelehrten“ stellen. Hier hat er sein gewissenhaftes fachliches Urteil z. B. als Ausschußvorsitzender des Bundesgesundheitsrates auch für die Vorbereitungen zum Arzneimittel- und Heilmittelwerbegesetz stets willig zur Verfügung gestellt, obwohl heute die verantwortliche Stimme des ärztlichen Beraters meist ungehört im Feldgeschrei der merkantilen Interessenverbände verhallt.

Alle, die des beliebten Gelehrten in diesen Tagen herzlich gedenken, wünschen ihm, daß er sich noch

viele Jahre, befreit von amtlichen Bürden, seinen verschiedenen Lieblingsthemen endlich ungestört widmen kann. Dem Münchener Pharmakologischen Institut aber wäre zu wünschen, daß es einen Nachfolger fände, der auch durch sein menschliches Format seiner Vorgänger würdig ist.

Prof. Robert v. Werz, München, Heßstr. 79

Professor Dr. Albert Kohler beging am 22. 6. 1960 seinen 70. Geburtstag.

Als Schöpfer der Pendelbestrahlung, die seinen Namen trägt und deren technische, dosimetrische und methodische Grundlagen er erarbeitet hat, wurde er in der ganzen Welt bekannt. Er trug wesentlich dazu bei, das Ansehen der deutschen medizinischen Wissenschaft zu heben und zu festigen.

Technische Kenntnisse, ärztliche Begabung und unermüdlige Schaffenskraft, gepaart mit Energie, kennzeichnen diese Arztpersönlichkeit.

Die bayerische Ärzteschaft wünscht dem Jubilar an dieser Stelle Glück, Segen und Gesundheit für noch viele Jahre.

Prof. Dr. F. Koelsch, der frühere bayerische Landesgewerbearzt, jetzt in Erlangen, konnte am 23. 6. 1960 die 60. Wiederkehr seiner im Jahre 1900 in Erlangen erfolgten Approbation und Promotion feiern. Mit diesem Zeitpunkte beschloß Dr. K., auch seine Vorlesungstätigkeit, die er über 40 Jahre lang in München und in Erlangen ausgeübt hatte, zu beenden. Er wird sich aber noch weiterhin der von ihm begründeten „Ar-

beitsmedizin“ widmen und insbesondere sich bemühen, dieser medizinischen Sonderdisziplin, die im Ausland weitestgehend heimisch geworden ist, auch in Westdeutschland und insbesondere in Bayern den ihr gebührenden Platz zu verschaffen.

Dem emerit. Ordinarius für Hygiene und Bakteriologie, Prof. Dr. Hugo Braun, wurde anlässlich einer Feier zum Gedächtnis des 50. Todestages von Robert Koch die Robert-Koch-Gedenkmünze verliehen.

Der Präsident der Max-Planck-Gesellschaft und Ordinarius für Physiolog. Chemie, Dr. Dr. Adolf Butenandt, ist von der „Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina“ zum Ehrenmitglied ernannt worden.

Der apl. Prof. für Dermatologie und Venerologie, Dr. med. Hans Götz (Oberarzt an der Dermatolog. Klin.), ist von der American Dermatological Association zum korrespondierenden Mitglied gewählt worden.

Der apl. Professor für Neurologie und Psychiatrie, Dr. med. Heinz Köbcke, begeht am 11. Juli 1960 seinen 65. Geburtstag.

Der Honorarprofessor für Zahnheilkunde, Dr. med. Dr. med. dent. Kurt W. Lentrod, ist von der „Deutschen Medizinischen Gesellschaft für Herdforschung und Herdbekämpfung“ zum Ehrenpräsidenten ernannt worden.

Der Ordinarius für Dermatologie, Prof. Dr. Alfred Marchionini (Direktor der Dermatolog. Klin.), ist von der Pacific Dermatologic Association zum Ehrenmitglied gewählt worden.

GESETZES-, RECHTS- UND STEUERFRAGEN

Urteil des Berufsgerichts für die Hellberufe beim Oberlandesgericht München wegen Ausübung der Praxis außerhalb des Niederlassungsortes

Dr. XY, praktischer Arzt in Z, hat sich durch Ausübung der Praxis außerhalb des Niederlassungsortes einer Berufspflichtverletzung schuldig gemacht.

Es wird deswegen gegen ihn auf eine Geldbuße von 300 DM — m. W. dreihundert Deutsche Mark — und einem Verweis erkannt.

Die Kosten des Verfahrens trägt der Beschuldigte. Die Verfahrensgebühr wird auf 200 DM — m. W. zweihundert Deutsche Mark — festgesetzt.

Aus den Gründen:

I.

Der Beschuldigte wurde wegen eines Verstoßes gegen die §§ 5, 6 und 20 der Ärztlichen Berufsordnung 1950 durch Beschluß des Ärztlichen Berufsgerichts für den Reg.-Bez. Oberbayern vom . . . mit einem Verweis und einer Geldstrafe von 20 DM bestraft. Nach Feststellung des Beschlusses hatte der Beschuldigte sowohl im Landkreis X wie auch im Landkreis Y Sprechstunden abgehalten und damit seine Berufspflichten verletzt.

II.

Nach dem Ergebnis der Hauptverhandlung steht folgender Sachverhalt fest:

Der Beschuldigte, der hauptsächlich auf dem Gebiet von . . . tätig ist, übt von Mitte April bis Mitte Oktober die Praxis in Z aus, in der übrigen Zeit in Y. Er empfängt dort Patienten und sucht auch Patienten im Landkreis X auf.

III.

Nach § 6 Abs. I der Berufsordnung 1958 ist die Ausübung des ärztlichen Berufes in eigener Praxis an die Niederlassung an einem Ort gebunden. Eine weitere Niederlassung ist dem Arzt nicht gestattet. Nach Abs. 2 dieser Vorschrift ist ein jahreszeitlicher Wechsel des

Niederlassungsortes der Landesärztekammer anzuzeigen.

Der Beschuldigte hat den ärztlichen Beruf im vorliegenden Falle dadurch ausgeübt, daß er an einem Ort außerhalb seines Niederlassungsortes Sprechstunden abgehalten hat und ferner Patienten aufgesucht hat.

Unerheblich ist der vom Beschuldigten betonte Umstand, daß er die Sprechstunden nicht bekanntgemacht habe. Für den Begriff der Sprechstunde ist die Regelmäßigkeit der Darbietung der ärztlichen Hilfeleistung zu bestimmter Zeit und an bestimmtem Ort an eine unbestimmte Anzahl von Patienten ohne vorherige Bestellung wesentlich und ausreichend.

Ist auch dem Arzt die Niederlassung an einem Ort, an dem bereits ein anderer Arzt tätig ist, aus dem Gesichtspunkt des Nichtvorhandenseins eines Bedürfnisses der Bevölkerung nicht zu verwehren, so ist doch die Abhaltung von Sprechstunden an einem bereits mit einem anderen Arzt versehenen Ort, sofern nicht ausnahmsweise in Anbetracht besonderer Verhältnisse ein Bedürfnis hierfür anzuerkennen ist, mit den Rücksichten der Kollegialität und den Gepflogenheiten des ärztlichen Standes nicht vereinbar. Denn hierdurch überschreitet der Arzt den Kreis seiner Berufstätigkeit, dessen Mittelpunkt er selbst durch Wahl des Ortes seiner Niederlassung bestimmt hat und dessen Umfang nur dann über den Ort seiner Niederlassung hinausgehend andere Orte ergreift, soweit diese nicht ihrerseits den selbständigen, durch Niederlassung begründeten Mittelpunkt der Tätigkeit eines anderen ärztlichen Berufsgenossen bilden.

Daß im vorliegenden Fall in weiten Kreisen der Bevölkerung im Bezirk Weilheim ein Bedürfnis nach Sprechstunden des Beschuldigten vorhanden ist und ohne sie an dem betreffenden Ort eine Lücke in der ärztlichen Versorgung entstehen würde, vermag das Berufsgericht nicht anzuerkennen.

Der Beschuldigte bringt in dieser Hinsicht vor, daß eine Anzahl seiner Kollegen beinleidende Patienten

völlig unzureichend und unsachgemäß versorgen. Einem Arzt, der sich auf die Behandlung von Beinleiden spezialisiert hat, können aber bei Ausübung der Praxis außerhalb seines Niederlassungsortes keine Sonderrechte eingeräumt werden, die für ihn vor den übrigen, allgemeinen Praxis ausübenden praktischen Ärzten in ungerechtfertigter Weise eine Vorzugsstellung begründen würden. Würde man der Auffassung des Beschuldigten folgen, so würde es einem Arzt, der eine besondere Heilmethode hat, leicht möglich sein, sich durch Abhaltung von Sprechstunden, die er unter Hervorhebung seiner Heilmethode ansagt, an einem auswärtigen Ort auf Kosten der dort niedergelassenen Ärzte eine gewinnbringende Praxis zu schaffen, und es würde ihm ein Anreiz gegeben sein, die Anwendung der besonderen Heilmethode zum Gegenstand einer standeswidrigen Reklame zu machen.

Der Eingriff in die Rechte seiner Berufsgenossen im Bezirk . . . wird auch nicht dadurch beseitigt, daß sich der Beschuldigte darauf beruft, eine Familie von sechs Personen unterhalten zu müssen. Die Sorge um die eigene Verdienstmöglichkeit erlaubt nicht einen Eingriff in die durch örtliche Grenzen bedingte Praxis anderer Ärzte.

Die gesamten vom Beschuldigten vorgebrachten Umstände rechtfertigen es somit nicht, daß er durch Abhaltung von Sprechstunden und durch Besuche von Patienten im Bezirk . . . seinen dortigen Kollegen außerhalb seines Niederlassungsortes in ihrer Praxis Abbruch tat. Er hat sich somit einer Verfehlung nach § 6 der Berufsordnung schuldig gemacht.

IV.

In dem festgestellten Verhalten liegt ein schwerer Verstoß gegen die Arztpflichten. Besonders erschwerend mußte wirken, daß die gegen ihn wegen der gleichen Verfehlung bereits früher verhängte Strafe keinerlei Wirkung gezeigt hat. Lediglich der Umstand, daß der Beschuldigte nach außen hin seine ärztliche Tätigkeit nicht kenntlich gemacht hat und diese wohl auch einen größeren Umfang nicht erreichte, hat das Berufsgericht bewogen, auf die milde Strafe von 300 DM zu erkennen, die mit einem Verweis zu verbinden war. Der Beschuldigte darf aber nicht verhehlen, daß künftiges Abweichen von den Grenzen, die die Arztpflicht und Standesehre ziehen, erheblich schwerere Folgen nach sich ziehen wird.

Die Kosten des Verfahrens trägt der Beschuldigte (Art. 62 Abs. 1 und Art. 64 KaG in Verbindung mit § 465 StPO).

Die Verfahrensgebühr wurde im Hinblick auf die Schwierigkeit der Sache und die persönlichen Verhältnisse des Beschuldigten auf 200 DM festgesetzt (Art. 62 Abs. 2 KaG). Die Auslagen des berufsgerichtlichen Verfahrens fallen dem Beschuldigten ganz zur Last (Art. 62 Abs. 3 KaG). AZ: BG-Ä-25/59.

Einweisungen von Geisteskranken müssen überprüft werden

Nachdem das Bundesverfassungsgericht in einem Beschluß vom 10. 2. 1960 (siehe „Neue Juristische Wochenschrift“ 1960, S. 811) festgestellt hat, daß eine Einweisung von Geisteskranken oder Trunksüchtigen in geschlossene Anstalten der gerichtlichen Genehmigung bedarf, was bisher in vielen Fällen nicht beachtet worden ist, steht den Gerichtsbehörden eine Flut von Anträgen auf nachträgliche Genehmigung von Einweisungen bevor.

Mit dem erwähnten Beschluß des Bundesverfassungsgerichts vom 10. 2. 1960 wurde folgender Rechtsatz aufgestellt: „Eine richterliche Entscheidung nach Art. 104 Abs. 2 Satz 1 und 2 Grundgesetz ist auch dann erforderlich, wenn der Vormund in Ausübung seines Aufenthaltsbestimmungsrechts den volljährig Entmündigten in einer geschlossenen Anstalt unterbringt.“ (AZ: 1 BvR 526/53, 29/58.)

Die Verantwortung des Arztes für Hilfskräfte bei Operationen

(C) Zur Frage der Heranziehung von Hilfskräften bei Operationen heißt es in einer unter Berücksichtigung einschlägiger Gerichtsentscheidungen erfolgten

Stellungnahme des Vorstandes der Deutschen Krankenhausesgesellschaft (Bundesgesundheitsblatt vom 18. 12. 1959):

„Der operierende Arzt trägt die Verantwortung für die gesamte Operation einschließlich der Narkose und der dazu notwendigen Vorrichtungen, soweit diese nicht — was anzustreben ist — von einem Facharzt für Anästhesie ausgeführt wird. Er ist verpflichtet, alle Maßnahmen zu treffen, die nach menschlichem Ermessen erforderlich sind, um einen ungestörten Ablauf der Operation zu gewährleisten. Weist er einzelne Aufgaben, z. B. die Narkose, nachgeordneten Ärzten, Krankenschwestern oder Krankenpflegern zu, so ist er dafür verantwortlich, daß nur solche Hilfskräfte mit diesen Aufgaben betraut werden, die hierfür nach ihrer Vorbildung, Erfahrung und Persönlichkeit die erforderliche Eignung besitzen.

Narkosen mit starker Stoffwechselfämpfung oder mit Anwendung von Curare, ferner Narkosen im Überdruckverfahren bei der Thoraxchirurgie sollen nur durch Ärzte, die Fachärzte für Anästhesie sind oder zumindest besondere Kenntniss und Erfahrungen auf dem betreffenden Gebiete besitzen, vorgenommen werden. Auch intravenöse Narkosen sollen nur von Ärzten durchgeführt werden. Andere Narkosen können unter den obigen Voraussetzungen Krankenschwestern oder Krankenpflegern übertragen werden, wenn sie zur Ausführung der Narkose bereit sind.

Im Rahmen seiner Gesamtverantwortung für die Operation trägt hiernach der operierende Arzt die Verantwortung für die richtige Auswahl der beauftragten Hilfskräfte, während diese für die technisch und sachlich einwandfreie Ausführung der ihnen übertragenen Funktionen verantwortlich sind.“

Beweiskraft ärztlicher Zeugnisse

(C) Zur Frage der Beweiskraft ärztlicher Zeugnisse (hier für die Notwendigkeit eines Kuraufenthaltes) hat das Finanzgericht München im rechtskräftigen Urteil vom 24. 11. 1959 (II 220/59) Stellung genommen. Daraus interessieren folgende Ausführungen:

Eindeutige fachärztliche Zeugnisse sind in der Regel als beweiskräftig anzuerkennen. Sprechen sie von der dringenden Notwendigkeit einer bestimmten ärztlichen Behandlung oder eines Kuraufenthaltes in einem bestimmten Heilbad oder Kurort, so kann das im ärztlichen Bereich nicht fachkundige Finanzamt die Notwendigkeit nicht verneinen. Ein amtsärztliches Zeugnis wird nur zu verlangen sein, wenn aus irgendwelchen Gründen die Stichhaltigkeit der privatärztlichen Bescheinigung zweifelhaft erscheint.

Die Kammer sieht keinen Grund, warum die vorgelegten ärztlichen Zeugnisse unbeachtlich sein sollten. Sowohl Dr. H. als Dr. T. bestätigen das Vorliegen ernster Krankheitserscheinungen, das Bestehen eines schweren körperlichen Erschöpfungszustandes und die dringende Notwendigkeit einer alsbaldigen Kur in Bad Gastein. Dr. H. stellt in seiner Bescheinigung das mehrjährige Bestehen der von den vorerwähnten Ärzten genannten Krankheitserscheinungen sowie weitere ernste Beschwerden fest. Er meint, Bad Gastein sei im Falle des Steuerpflichtigen als Heilbad besonders geeignet. Die drei ärztlichen Bescheinigungen stimmen also in ihrem wesentlichen Inhalt überein. Es ist nach der Lebenserfahrung auch keineswegs unwahrscheinlich, daß der Steuerpflichtige in Anbetracht seines vorgeschrittenen Alters an den bescheinigten gesundheitlichen Störungen leidet und im streitigen Veranlagungszeitraum gelitten hat (EFG Nr. 5/1960).

Die Voraussetzungen für eine Praxisgemeinschaft unter Eheleuten

Aufteilung der Einkünfte?

(C) Im rechtskräftigen Urteil des Finanzgerichts Rheinland-Pfalz vom 20. 11. 1959 (1959 II 91/59) wird zunächst zu der Frage Stellung genommen, ob bei Ehegatten, die beide als approbierte Ärzte den Beruf gemeinsam ausüben, eine Aufteilung der Einkünfte

schon allein aus dieser Tatsache abgeleitet werden kann. Nach der Auffassung des Gerichts müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

„Bei Ehegatten, die beide voll ausgebildete Träger eines freien Berufs sind und in gemeinsamen Praxisräumen unter Benutzung gemeinschaftlicher Einrichtungsgegenstände zusammenwirken, bedarf es nicht notwendig des Abschlusses und des Vollzuges eines Gesellschaftsvertrages bezüglich des gesamten Praxisbetriebs, um zur getrennten Zurechnung der Einkünfte an die Ehegatten zu gelangen. Erforderlich und genügend ist es, daß bei der gemeinsamen Ausübung des freien Berufs jeder Ehegatte dergestalt selbständig handelt und auftritt, daß er noch als Alleinunternehmer angesehen werden kann. In einer solchen selbständigen Berufsausübung durch jeden Ehegatten kommt der auch für derartige Praxisgemeinschaften zwischen Ehegatten zu fordernde übereinstimmende Wille, die Praxiseinkünfte getrennt zu beziehen, hinreichend zum Ausdruck. Das Benutzen gemeinschaftlicher Praxiseinrichtungen und die Zusammenfassung der beiderseits erwirtschafteten Gewinne in einer Ergebnisrechnung hindert deshalb nicht, bei jedem Ehegatten getrennt bezogen Einkünfte anzunehmen, deren Aufteilung gegebenenfalls im Schätzungswege, insbesondere nach Maßgabe der Leistungen der beiden Partner zu bestimmen ist.

Die wichtigste Voraussetzung einer derartigen Aufteilung ist sonach die selbständige Ausübung des erlernten freien Berufs, wenn auch in Praxisgemeinschaft mit dem Ehegatten. Ob eine selbständige Berufsausübung in diesem Sinne vorliegt, ist jeweils nach dem Gesamtbild der gegebenen tatsächlichen Verhältnisse zu beurteilen.“

Im zur Entscheidung stehenden Falle konnte ein getrenntes Zufließen eines Teils der Praxiseinkünfte an die Ehefrau nicht angenommen werden, und zwar aus folgenden Gründen:

Wer — wie die Ehefrau Dr. N. — Patienten behandelt und dabei nach eigenem Urteil und Ermessen sein fachlich-medizinisches Wissen und seine Erfahrung einsetzt, ohne insoweit an Weisungen gebunden zu sein, wird damit noch nicht zum selbständig tätigen Arzt. Auch der angestellte Arzt, z. B. der Oberarzt eines Krankenhauses, trifft auf Grund seines Fachwissens seine Entscheidungen auf fachlich-ärztlichem Gebiet durchaus selbständig und wird damit doch nicht zum selbständigen Unternehmer. Das Ausüben ärztlicher Funktionen stellt somit für sich allein noch nicht die Führung einer eigenen Praxis dar.

Übernahme eines Teiles der Patienten im Rahmen der Ehe

Nach Ansicht des Gerichts kann die praktische Ausübung des erlernten Berufs durch Übernahme der Behandlung eines Teiles der Patienten auch ausschließlich im Rahmen der Ehe geschehen, zur Unterstützung des Praxisinhabers, ohne daß der andere Ehegatte den Willen hat, Alleinunternehmer zu sein und selbst eine Praxis zu betreiben. Es muß zum praktischen ärztlichen Tätigsein noch etwas hinzukommen, damit eine selbständige Berufsausübung angenommen werden kann.

Wer übt den Arztberuf selbständig aus?

Den Arztberuf übt, wie das Gericht hierzu ausführt, nur derjenige selbständig aus, der tatsächlich nach außen hin mit Namen und Berufsbezeichnung her-

vortritt und damit dem Publikum kenntlich macht, daß er als selbständiger Arzt tätig sein will. Bei Praxisgemeinschaften zwischen Freiberuflern ist es denn auch allgemein üblich, daß der Name jedes Gemeinschafters nach außen hin erscheint. Bei Berufsträgern gleichen Namens (Vater und Sohn, Ehegatten) erfolgt die Kennzeichnung durch Hinzufügung der Vornamen. Zahlreiche verheiratete Ärztinnen und Ärzte treten auch als Eheleute noch unter Beifügung ihrer Vornamen nach außen hin selbständig als Ärzte auf, z. B. durch Nennung jedes Vornamens auf dem gemeinsamen Praxisschild, den Rezept- und Rechnungsformularen oder sogar durch getrennte Praxisschilder. Die Tatsache, daß nur ein Ehegatte die Kassenzulassung besitzt, hindert, wie die Erfahrung zeigt, eine derartige Handhabung nicht. Denn der nicht zugelassene Ehegatte kann zumindest die Privatpraxis ganz oder teilweise unter eigenem Namen ausüben.

Im Streitfall fehlt es jedoch an diesen Voraussetzungen. So läuft die Praxis der Berufungsführer (Bf.) allein unter dem Namen des Ehemannes. Das ergibt sich u. a. eindeutig aus dem verwendeten Briefkopf und den Rechnungsformularen, die nur den Vornamen und Zunamen des Ehemannes mit dem Zusatz „prakt. Arzt“ ausweisen. Die Ehefrau konnte also für ihre eigenen Leistungen weder unter ihrem eigenem Namen liquidieren, noch unter dem Namen einer Praxisgemeinschaft, als deren Mitglied sie durch Namensnennung ausgewiesen war. Die Liquidationen erfolgten ausschließlich unter dem Namen des Ehemannes, auch soweit es sich um Patienten handelte, die von der Ehefrau behandelt worden waren. Daß das Praxisschild und die Rezeptformulare nur den Familiennamen ohne Vornamen tragen, deutet nicht auf eine Praxisgemeinschaft hin, denn der in der Einzahl gehaltene Zusatz „prakt. Arzt“ läßt erkennen, daß nur der Ehemann sich als Unternehmer ausweisen will. Schließlich hat sich der Ehemann auch dem Finanzamt gegenüber auf allen Steuererklärungen stets als Praxisinhaber bezeichnet.

Nach den gesamten Umständen des Falles kann sonach in der Tätigkeit der Ehefrau nicht die Führung einer selbständigen Praxis in Form einer Praxisgemeinschaft mit dem Ehemann erblickt werden. Es liegt vielmehr nur eine Praxis vor, als deren Inhaber der Ehemann anzusehen ist.

Zur Frage der Anerkennung eines Gesellschaftsverhältnisses

Hinsichtlich der Anerkennung eines Gesellschaftsverhältnisses lehnt das Gericht die Auffassung ab, daß das Vorliegen eines Gesellschaftsverhältnisses schon dann mit steuerlicher Wirkung bejaht werden müsse, wenn beide Ehegatten die Berufsvoraussetzungen in ihrer Person erfüllen und den Beruf tatsächlich ausüben. Nach der Vorschrift des § 26a Abs. 1 Satz 2 EStG 1957, können die Einkünfte des Ehemannes nicht deshalb zum Teil seiner Ehefrau zugerechnet werden, weil diese bei der Erzielung der Einkünfte mitgewirkt hat. Diese Bestimmung verlangt, daß zu der Mitwirkung bei der Erzielung der Einkünfte noch etwas hinzutreten muß, damit auf das Vorliegen eines Vertragsverhältnisses geschlossen werden kann.

Im Streitfall liegen jedoch, von der tätigen Mithilfe der Ehefrau in der Praxis abgesehen, keine weiteren Anhaltspunkte für ein Gesellschaftsverhältnis vor. Es fehlt für die Zeit vor 1957 an jede Vereinbarung über

Cefadysbasin[®]

TROPFEN

TABLETTE

AMPULLEN

CEFAK
KEMPTEN

PERIPHERE UND KORONARE DURCHBLUTUNGSSTÖRUNGEN

die Gewinnverteilung. Sonstige Beweisanzeichen für das Vorliegen eines Gesellschaftsverhältnisses sind nicht erkennbar. Es sind insbesondere keine Entnahmen für die Ehefrau verbucht worden. Offensichtlich sind ihr auch aus den Einkünften keine Beträge unmittelbar als Gewinnanteil zugeflossen, denn alle Anschaffungen und Vermögensmehrungen sind — von zwei geringfügigen Sparkonten der Ehefrau abgesehen — auf den Namen des Ehemannes erfolgt. Es fehlt somit zumindest an jeglichem Anhaltspunkt dafür, daß ein etwa stillschweigend vereinbartes Gesellschaftsverhältnis auch tatsächlich vollzogen worden ist (EFG Nr. 4/1960).

Dr. jur. Cordes (23) Vechta, Falkenrotterstraße 30

Pflicht zu sofortiger Hilfeleistung bei Verkehrsunfällen

(C.) Wenn keine sichere Gewähr sofortiger anderweltiger Hilfe für einen Verunglückten im Rahmen des Möglichen gegeben ist, besteht nach dem Urteil des Bundesgerichtshofs vom 19. 12. 1957 (4 StR 608/57) für jeden gemäß § 330 c des Strafgesetzbuches die Hilfeleistungspflicht. Nur wenn bereits anderweitige Hilfe zur Stelle ist, entfällt die Pflicht zur Hilfeleistung.

Erstattung von Sozialversicherungsbeiträgen durch ausgeschiedene Arbeitnehmer?

(C.) Zu wenig entrichtete Sozialversicherungsbeiträge, die der Arbeitgeber nachträglich bezahlen muß, kann er nach den zwingenden Vorschriften der §§ 394, 395 der Reichsversicherungsordnung von seinem inzwischen ausgeschiedenen Arbeitnehmer nicht erstattet verlangen, da ein Lohnabzugsverfahren nicht mehr möglich ist. Entgegenstehende Parteivereinbarungen sind nichtig (Rechtskräftiges Urteil des Arbeitsgerichts Ulm vom 30. 6. 1959 — I Ca 325/59).

Lärmbelästigung der Nachbarn durch gewerbliche Anlagen

(C.) Nach § 16 Abs. 1 der Gewerbeordnung dürfen Anlagen, die durch ihre Lage oder die Beschaffenheit der Betriebsstätte für die Besitzer oder Bewohner der benachbarten Grundstücke oder für das Publikum überhaupt erhebliche Nachteile, Gefahren oder Belästigungen herbeiführen können, nur mit besonderer Genehmigung errichtet werden. Diese Genehmigung ist nach dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 27. 3. 1958 (BVerwG I C 89/54) dann zu versagen, wenn die Veränderung im Betriebe Nachteile, Gefahren oder Belästigungen der Anwohner zur Folge hat, die das Maß des Zumutbaren übersteigen. Die Beurteilung

dieser Frage steht nicht im Ermessen der Behörde. Deren Entscheidung kann vielmehr auch insoweit auf ihre Rechtmäßigkeit vor den Verwaltungsgerichten in vollem Umfang nachgeprüft werden.

Im übrigen muß nach dem Urteil bei Beurteilung dieser Frage auch berücksichtigt werden, in welcher Umgebung sich die Anlage befindet. Denn „was der in einem Gewerbegebiet wohnenden Bevölkerung noch zuzumuten ist, wird in einem Bereich, der planmäßig vorwiegend Wohnzwecken vorbehalten ist, oft nicht mehr zumutbar sein. Denn der Bewohner eines solchen Gebiets stellt sich mit Recht auf die planmäßige Gebietsausweitung ein“.

Zur Frage der Ortsüblichkeit der Lärmwirkung

(C.) Grundsätzlich kann ein Grundstückseigentümer verlangen, daß störende Geräusche, die von einem Nachbargrundstück ausgehen, unterbleiben, es sei denn, daß sie ortsüblich sind. Was ortsüblich ist, ist unter Zugrundelegung der tatsächlichen Verhältnisse zu bestimmen. Maßgebend ist dabei der Charakter des Gebietes zur Zeit der letzten Tatsachenverhandlung, nicht aber die Zweckbestimmung des Gebietes in Plänen der Verwaltungsbehörden für die künftige Bebauung (Urteil des Bundesgerichtshofs vom 30. 4. 1958 — V ZR 142/56).

Die Wagentüren sind abzuschließen — Sonst unbeschränkte Haftung möglich

(C.) Welchen Gefahren sich ein Kraftfahrer aussetzt, der es unterläßt, die Türen seines auf der Straße abgestellten Fahrzeugs abzuschließen, ist dem Urteil des Bundesgerichtshofs vom 1. 4. 1958 (VI ZR 92/57) zu entnehmen. Das Gericht weist zunächst darauf hin, daß nach § 35 StVO der Führer eines ohne Bewachung auf der Straße abgestellten Kraftfahrzeugs zur Verhütung einer unbefugten Benutzung dieses Fahrzeugs nicht nur den Zündschlüssel abziehen, sondern in der Regel auch die Wagentür abzuschließen hat.

Wenn er dieser Verpflichtung zuwiderhandelt und dadurch einem Dieb oder Schwarzfahrer die Möglichkeit verschafft, den Wagen zu benutzen, so kann er nach § 823 BGB wegen unerlaubter Handlung für den Schaden unbeschränkt (d. h. ohne Rücksicht auf die Schadenshöchstbeträge des Straßenverkehrsgesetzes) ersatzpflichtig sein, den der unbefugte Benutzer des Fahrzeugs bei einem Verkehrsunfall schuldhaft verursacht.

Dr. jur. Cordes (23) Vechta, Falkenrotterstraße 30

AMTLICHES

Änderung der Satzung der Bayerischen Ärzteversorgung Vom 7. Mai 1960

Auf Grund des Art. 9 Abs. II des Gesetzes über das öffentliche Versicherungswesen vom 7. Dezember 1933 (BayBS I S. 242) in der Fassung der Änderung vom 29. Mai 1957 (GVBl. S. 105) wird die Satzung der Bayerischen Ärzteversorgung vom 15. Dezember 1956 (BayBS I S. 288) in der Fassung der Bekanntmachungen vom 18. Februar 1957 (GVBl. S. 47), vom 11. April 1958 (GVBl. S. 53) und vom 5. September 1958 (GVBl. S. 272) mit Zustimmung des Landesausschusses und mit Genehmigung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern (Entschleßung vom 12. April 1960 Nr. I A 4—538—40/6) sowie mit fachaufsichtlicher Genehmigung des Bayerischen Staatsministeriums für Wirtschaft und Verkehr (Entschleßung vom 1. April 1960 Nr. 7910 g—II/25 a—17367) mit Wirkung vom 1. Januar 1960 wie folgt geändert:

1. § 4 Abs. III Satz 1 erhält folgende Fassung:

„Die Satzung und ihre Änderungen sind im Bayer. Gesetz- und Verordnungsblatt zu veröffentlichen.“

2. Dem § 6 Abs. I wird eine Ziffer 4 mit folgendem Wortlaut angefügt:

4. „die Genehmigung freiwilliger Leistungen (§ 30 Abs. III und V)“.

3. Dem § 6 Abs. III wird eine Ziffer 4 mit folgendem Wortlaut angefügt:

4. „der Mitwirkung bei der Überprüfung von Einkommensangaben (§ 16 Abs. II)“.

4. Dem § 16 Abs. II wird ein Satz 2 mit folgendem Wortlaut angefügt:

„Bei der Überprüfung von Einkommensangaben der Mitglieder wirken der Landesausschuß oder die von ihm aus seinen Mitgliedern eingesetzten Ausschüsse in Zweifelsfällen und grundsätzlich bei Jahresbeiträgen unter 600,— DM mit.“

5. In § 24 Abs. I Ziffer 2 werden die Worte „jährlich 18 vom Hundert“ durch die Worte „jährlich zwanzig vom Hundert“ ersetzt.

6. In § 24 Abs. II Satz 1 wird nach Wort „Tritt“ eingefügt: „nach dem 1. Januar 1958“.

7. In § 24 Abs. II Satz 3 und 4 wird das Wort „Rente“ durch das Wort „Ruhesgeld“ ersetzt.

8. § 30 erhält folgende Überschrift:
„Freiwillige Leistungen“.
9. § 30 Abs. III Satz 2 erhält folgende Fassung:
„Ist der Unterhaltsbeitrag fünf Jahre gewährt worden, bedarf es zur weiteren Gewährung der Zustimmung des Landesausschusses oder eines von ihm aus seinen Mitgliedern eingesetzten Ausschusses, der sich aus zwei Ärzten, darunter einem angestellten Arzt, sowie einem Zahnarzt und einem Tierarzt zusammensetzt.“
10. Dem § 30 wird folgender Absatz V angefügt:
„Sofern sich in einzelnen Fällen aus den Vorschriften der §§ 24 Abs. II, 27 und 30 besondere Härten ergeben, kann die Anstalt mit Zustimmung des Landesausschusses oder eines von ihm aus seinen Mitgliedern eingesetzten Ausschusses (Abs. III) freiwillige, stets widerrufliche Leistungen gewähren.“
11. In § 32 wird der Punkt am Schluß durch ein Komma ersetzt und folgender Nachsatz angefügt:
„soweit nichts anderes bestimmt wird.“
12. In § 41 Abs. 1 werden die Worte „achtzehn vom Hundert“ durch die Worte „zwanzig vom Hundert“ ersetzt.
13. § 47 erhält folgende Fassung:
„I. Soweit sich durch die Änderung des Zuschlages in § 24 Abs. I Ziff. 2 und des Ruhegeldzuzsatzes in § 41 Abs. I von siebzehn auf achtzehn v. H. eine Erhöhung der am 31. Dezember 1957 laufenden Versorgungsbezüge ergibt, beträgt diese mindestens beim Ruhegeld 120 DM, beim Witwengeld 72 DM und beim Waisengeld 60 DM jährlich.
II. Soweit sich durch die Änderung des Zuschlages im § 24 Abs. I Ziff. 2 und des Ruhegeldsatzes in § 41 Abs. I von achtzehn auf zwanzig v. H. eine Erhöhung der am 31. Dezember 1959 laufenden Versorgungsbezüge ergibt, gilt das gleiche.“

München, den 7. Mai 1960

Bayerische Versicherungskammer
Rudolf Herrgen, Präsident

**Verordnung über die Abgabe stark wirkender Arzneien
Landesverordnung zur Änderung der Abgabeverordnung
Vom 31. März 1960**

Auf Grund des Art. 72a des Polizeistrafbgesetzbuches vom 26. Dezember 1871 (BayBS I S. 341) erläßt das Bayer. Staatsministerium des Innern folgende Verordnung:

§ 1

Die Verordnung über die Abgabe starkwirkender Arzneien (Abgabeverordnung) vom 27. November 1956 (BayBS II S. 336) i. d. F. vom 27. März 1958 (GVBl. S. 42), vom 30. August 1958 (GVBl. S. 237), vom 14. Oktober 1959 (GVBl. S. 244) und vom 10. November 1959 (GVBl. S. 265) wird wie folgt geändert:

In dem der Verordnung als Anlage beigegebenen Verzeichnis werden

- a) in der Buchstabenfolge eingefügt:
Acetyldihydrokodein und dessen Salze
3-Aethyl-5,5-dimethyl-oxazolidin-2,4-dion und dessen Salze (z. B. Petidiol)
N-Alkyl-atropin und dessen Salze
(Atropinbrommethyolat; z. B. Eumydrin)
N-Allyl-normorphin und dessen Salze
(z. B. Lethidrone, Nalorphin)

N-Allyl-3-oxy-morphinan und dessen Salze
(z. B. Lorfan)

4-Amino-benzolsulfonamid, dessen Abkömmlinge und deren Salze; die wiederholte Abgabe zum äußeren Gebrauch ist nur zulässig, wenn das auf der Verschreibung vermerkt ist

2-Amino-1-(3',4'-dioxo-phenyl)-aethanol-(1) und dessen Salze (Noradrenalin; z. B. Arterenol);

als Arzneyfertigware auch auf Verschreibung eines Dentisten für den Praxisbedarf

4-Amino-N¹⁰-methyl-pteroyl-glutaminsäure und deren Salze (Amethopterin; z. B. Methotrexat)

Apiol

d-Benzoylpseudotropincarbonsäurepropylester und dessen Salze (z. B. Psicain-Neu)

nur zur Anwendung am Auge

Benzotropin und dessen Salze (z. B. Cogentin)

Bernsteinsäure-bis-cholin-ester-salze (z. B. Lysthenon, Pantolax, Succinyl-Asta)

2-[N-Bis-(2'-chloraethyl)-4-aminophenyl]-1-amino-

propionsäure und deren Salze (z. B. Sarcocolorin)

3-[N-Bis-(2'-chloraethyl)-4-aminophenyl]-buttersäure

und deren Salze (Chlorambucil; z. B. Leukeran)

N,N'-Bis-[(N"-o-chlorbenzyl-diaethyl)-2-aminoethyl]-

oxamid-Base und deren Salze

(Ambenoniumchlorid; z. B. Mytelase)

2-Brom-2-chlor-1,1,1-trifluor-aethan (Halothane; z. B. Fluothane)

Chloralformamid

Chloramphenicol, dessen Ester sowie deren Verbindungen (Chloromycetin; z. B. Leukomycin, Paraxin)

6-Chlor-7-sulfamyl-1,2,4-benzothiadiazin-1,1-dioxyd und dessen Salze (Chlorothiazid; z. B. Chlotride, Hau-rydrin)

6-Chlor-7-sulfamyl-3,4-dihydro-1,2,4-benzothiadiazin-

1,1-dioxyd und dessen Salze (Hydrochlorothiazid; z. B. Dichlotride, Esidrix)

Colchicum-Alkaloide, auch hydrierte und deren Salze, Convallaria-Glykoside

Cortisone, soweit es sich um folgende Verbindungen handelt:

- a) 1-Dehydro-11-dehydro-17-oxy-corticosteron und dessen Ester (Dehydrocortison, Prednison; z. B. Decortin, Di-Adreson, Hostacortin, Ultracorten)
- b) 1-Dehydro-9-fluor-16,17-dioxy-corticosteron, dessen Aether und Ester (9-Fluor-16-oxy-prednisolon; z. B. Aristocort, Delphicort, Triamcinolon, Volon, Volon A)
- c) 1-Dehydro-9-fluor-16-methyl-17-oxy-corticosteron, dessen Ester und deren Salze (9-Fluor-16-methyl-prednisolon, Dexamethason; z. B. Decadron, Dexascheron, Fortecortin, Millicorten, Oradexon)
- d) 1-Dehydro-6-methyl-17-oxy-corticosteron, dessen Ester und deren Salze (Methylprednisolon; z. B. Urbason)
- e) 1-Dehydro-17-oxy-corticosteron, dessen Ester und deren Salze (Dehydro-Hydrocortison, Prednisolon; z. B. Decortin H, Deltacortril, Hostacortin H, Scherisolon, Solu-Decortin H, Ultracorten H, Ultracortinol)
- f) 11-Dehydro-17-oxy-corticosteron und dessen Ester (Cortison, Compound E; z. B. Adreson, Incortin, Scheroson)
- g) 9-Fluor-17-oxy-corticosteron und dessen Ester (Fluor-hydrocortison; z. B. Bactifudron, Scherofluron)
- h) 17-Oxy-corticosteron, dessen Ester und deren Salze (Hydrocortison, Compound F; z. B. Actocortin, Ficortril, Hydro-Adreson, Incortin H, Scheroson F); die wiederholte Abgabe der Cortisone zum äußeren Ge-

Sediomed

Sedativum pflanzl. Extrakte und Mol.-Verbindungen
von Pyrazalonen und Barbituraten

30 Drg. DM **1,10** o. U.

brauch ist nur gestattet, wenn das auf der Ver-
schreibung vermerkt ist.
Demethylchlorotetracyclin und dessen Salze (z. B. Leder-
mycin)
Desacetyl-methyl-kolchizin und dessen Salze (Deme-
colcin; z. B. Colcemide)
Diacetyl-N-allyl-normorphin und dessen Salze
(N-Diaethylamino-N'-pyrrolidino)-diaethylaether-
dijodmethylat (z. B. Resplegum)
4,4'-Diamidino-diphenoxy-propan und dessen Salze
(Propamidin)
1,2-Dibromaethan (Aethylenbromid)
1,1-Dichloraethan (Aethylidenchlorid)
1,2-Dichloraethan (Aethylenchlorid),
ausgenommen zum äußeren Gebrauch in Mischungen
mit Öl oder Weingeist, die nicht mehr als 50 Gewichts-
prozent enthalten
Digitais-Wirkstoffe, genuine und teilabgebaute Gly-
koside
3,5-Dimethyl-5-äthyl-oxazolidin-2,4-dion und dessen
Salze (Paramethadion; z. B. Paradione)
N-(3-Dimethylamino-propyl)-iminodibenzylum und des-
sen Salze (z. B. Tofranil)
N-(3-Dimethylamino-propyl)-thiophenyl-pyridylamin
und dessen Salze (Prothipendyl; z. B. Dominal)
Dimethylcarbaminsäure-(1-methyl-3-oxy-pyridinium-
bromid)-ester (Pyridostigminbromid; z. B. Mestinon)
1,3-Dimethylol-2-mercapto-benzimidazol (z. B. Thyreo-
cordon)
4'-Fluoro-4-(1-(4-hydroxy-4-[4'-chloro]-phenyl-piperi-
dino)-butyrophenon (z. B. Haloperidol)
Fluorophosphorsäure-di-isopropyl-ester (z. B. DFP-Öl)
Griseofulvin (z. B. Fulcin, Likuden)
1,6-Hexamethylen-bis-(carbaminoylcholinbromid) (z. B.
Imbretil)
Hexamethylen-bis-[methylcarbaminsäure-(1-methyl-3-
oxy-pyridinium-bromid)-ester] (z. B. Ubretid) Kanamy-
cin und dessen Salze (z. B. Kanamytrex, Resistomycin)
3-Methylamino-isocamphan und dessen Salze (Mecamyl-
amine; z. B. Mevasine)
1-Methyl-2-mercapto-imidazol (Methimazole; z. B. Fa-
vistan)
N-Methyl-skopolamin und dessen Salze (z. B. Holopon)
ß-4-Morpholinyläthylmorphin und dessen Salze
ß-Naphthyl-bis-(2-chloräthyl)-amin und dessen Salze
(z. B. Cioronaftina)
Neomycin A, B und C und deren Salze, ausgenommen
Zubereitungen zur örtlichen Anwendung auf Haut
oder Schleimhaut, sofern sie je Stück abgeteilter Arz-
neiform (Pastillen, Tabletten, Ovula u. ä.) oder bei son-
stigen Zubereitungen je Gramm oder Milliliter nicht
mehr als 5 mg Neomycin enthalten
Novobiocin und dessen Salze (z. B. Inamycin)
Perchlorsäure und deren Salze (z. B. Anthyrinum, Ire-
nat)
Phenylacetylharnstoff und dessen Salze (Phenacemid;
z. B. Phenuron)
ß-Phenyläthyl-hydrazin und dessen Salze (z. B. Nar-
dil)
1-Phenyl-1-(2'-diaethylamino-äthyl)-glutarimid und
dessen Salze (z. B. Aturban)
ß-Phenylisopropyl-hydrazin und dessen Salze (z. B.
Catroniazid)
(2-Piperidyl)-benzhydrol und dessen Salze (Pipradrol;
z. B. Leptidrol, Meratran)
3-(1'-Piperidyl)-1,1-diphenyl-propanol-(1) und dessen
Salze (z. B. PAR KS 12 — Hommel)

3-(1'-Piperidyl)-1-phenyl-1-bicycloheptenyl-propanol-
(1) und dessen Salze (z. B. Akineton)
3-(1'-Piperidyl)-1-phenyl-1-cyclohexyl-propanol-(1) und
dessen Salze (Trihexylphenidyl; z. B. Artane)
2-(1-Piperidylmethyl)-1,4-benzodioxan und dessen Sal-
ze (z. B. Piperoxan)
Polymyxin B und dessen Salze
Propionsäure-(3'-dimethylamino-2'-methyl-1'-phenyl-
1'-benzyl-propyl)-ester und dessen Salze (Propoxy-
phen; z. B. Algaphan)
4-Propylaminobenzoessäure-(3'-dimethylamino-2'-oxy-
propyl)-ester und dessen Salze (z. B. Cornecain)
Pteroyl-triglutaminsäure und deren Salze (z. B. Terop-
terin)
Pyrophosphorsäure-tetraisopropyl-ester (z. B. Mya-
stenoi)
Pyrrolidino-methyl-tetracyclin und dessen Salze
(z. B. Reverin)
Quellfähige Drogen und andere quellfähige Stoffe in
Form von Stiften, Sonden, Meißeln oder dgl.
Rauwolfia-Alkaloide (z. B. Deserpidin, Rescinnamin,
Reserpin) und deren Salze
Schilddrüsen-Wirkstoffe und deren Salze (z. B. Dijod-
tyrosin, Thybon, Thyroxin, Trijodthyronin)
Scilla-Glykoside
Tetracyclin und dessen Verbindungen (z. B. Achromy-
cin, Achromycin P, Hostacyclin P, Tetracyclin P, Tet-
racyclin P, Tetracyclin Pius)
Thiobarbitursäure-Abkömmlinge und deren Salze (z. B.
Baytinal, Inactin, Pentothal, Thiogenal, Thiothy, Tra-
panal)
2,2,2-Tribrom-äthanol-(1) (z. B. Avertin)
1,1,2-Trichloräthylen; ausgenommen zum äußeren Ge-
brauch
6-Trifluormethyl-7-sulfamyl-3,4-dihydro-1,2,4-benzo-
thiadiazin-1,1-dioxyd und dessen Salze (Hydroflume-
thiazid; z. B. Olmagran, Rodiuran)
3,5,5-Trimethyl-oxazolidin-2,4-dion und dessen Salze
(Trimethadion; z. B. Tridione)
1,2,3-Tris-(2-triaethylammonium-aethoxy)-benzol-Salze
(z. B. Flaxedil)
Tropasäure-(N-äthyl-N-4-picoly)-amid (z. B. Mydria-
ticum „Roche“)
Tuberkuline, flüssige und trockene, und alle sonstigen
aus oder unter Verwendung von Tuberkelbazillen her-
gestellten Erzeugnisse
d-Tubocurarin und dessen Salze
Veratrum-Alkaloide und deren Salze (z. B. Ebrantan)
Yohimboasäure, ihre Salze und Ester und deren Salze
(z. B. Belcaloid, Sedapon)
Zubereitungen, pasten-, salbenartiger oder ähnlicher
Beschaffenheit, zur Einführung in die Gebärmutter;
die Verschreibung muß den Vermerk tragen, daß die
Zubereitung zu Händen des Arztes bestimmt ist
Zyanessigsäurehydrazid und dessen Salze (z. B. Lean-
din, Mackreazid)
b) gestrichen:
1. in § 4 die Positionen:
Äthylenpräparate
Aleudrin
Isopral;
2. in der Anlage die Positionen:
Äthyleni praeparata — Die Äthylenpräparate 0,5 g
ausgenommen zum äußeren Gebrauch in Mischungen
mit Öl oder Weingeist, welche nicht mehr als 50 Ge-
wichtsteile des Äthylenpräparates in 100 Gewichts-
teilen Mischung enthalten;



Vertigoheel®

Biotherapeuticum bei Schwindel jeder Genese, Menièreschem Syndrom, Reisekrankheit

-Heel
Biologische Heilmittel
Heel GmbH,
Baden-Baden

Aethylidenum bichloratum — Zweifachchloräthyliden
 Aleudrin — Aleudrin
 Chloramphenicol (z. B. Chloromycetin, Leukomycin,
 Paraxin)
 Colchicinum — Kolchizin

Cortisone:

1-Dehydro-11-dehydro-17-oxy-corticosteron und dessen Ester (Dehydrocortison, Prednison; z. B. Decortin, Di-Adreson, Hostacortin, Ultracorten),
 1-Dehydro-9-fluor-16, 17-dioxy-corticosteron und dessen Ester (9-Fluor-16-oxy-prednisolon; z. B. Aristocort, Delphicort, Triamcinolon, Volon),
 1-Dehydro-17-oxy-corticosteron und dessen Ester (Dehydro-Hydrocortison, Prednisolon; z. B. Codelcortone, Decortin H, Deltacortril, Hostacortin H, Scherisolon, Solu-Decortin H, Ultracorten H, Ultracortenol),
 11-Dehydro-17-oxy-corticosteron und dessen Ester (Cortison, Compound E; z. B. Adreson, Cortone, Incortin, Scheroson),
 9-Fluor-17-oxy-corticosteron und dessen Ester Fluor-Hydrocortison; z. B. Fludrocortone, Scherofluron),
 17-Oxy-corticosteron und dessen Ester (Hydrocortison, Compound F; z. B. Ficortril, Hydro-Adreson, Hydrocortone, Incortin H, Scheroson F)
 Digitalinum, Digitalini derivata —
 Digitalin, die Abkömmlinge des Digitalins und deren Salze 0,001 g
 Isopral — Isopral
 Tetracyclin und seine Salze (z. B. Achromycin, Tetracyclin)
 Thallinum et eius salia — Thallin und dessen Salze 0,5 g

§ 2

(1) Diese Verordnung tritt am 1. Mai 1960 in Kraft. Sie gilt bis zum 14. Dezember 1976.

(2) Außer Kraft treten:

die Verordnung über Abgabe von Quellstiften in Apotheken vom 24. Februar 1922 (BayBS II S. 335),
 die Verordnung über Abgabe von Tuberkulinen in Apotheken vom 6. Februar 1923 (BayBS II S. 120)
 die Verordnung über die Abgabe von Apjol jeder Art in den Apotheken vom 4. Mai 1932 (BayBS II S. 335),
 die Verordnung über die Abgabe von Apothekerwaren vom 25. Oktober 1932 (BayBS II S. 336),
 die Verordnung über die Abgabe von Aminobenzolsulfonamid und seinen Abkömmlingen in den Apotheken vom 18. Juli 1938 (Bay BS II S. 336).

München, 31. März 1960

Bayer. Staatsministerium des Innern

gez. Goppel

Staatsminister

Beglaubigt:

(H u b e r)

Reg.-Oberinspektor, Kanzleivorstand

Besetzung des Berufsgerichts für die Heilberufe beim Oberlandesgericht Nürnberg

Herr Dr. med. Otto Moegen, Facharzt für Augenkrankheiten in Würzburg, wird auf die Dauer von 5 Jahren zum nichtrichterlichen Beisitzer des Berufsgerichts für die Heilberufe beim Oberlandesgericht Nürnberg ernannt.

gez. Dr. A. Haas

Staatsminister der Justiz

Wiedererteilung der Bestallung als Arzt

Der Innenminister des Landes Nordrhein-Westfalen hat mit Verfügung vom 8.4.1960, Nr. VIA 2 — 11.22 (388), Dr. med. August Niemeyer, wohnhaft in Rheine, Grabenstr. 7, geb. 14.8.1904, die Bestallung als Arzt gem. § 6 RAO wiedererteilt. Die Bestallung als Arzt war durch Verfügung des Regierungspräsidenten in Münster vom 2. Mai 1956 zurückgenommen worden.

Befugnis zur Ausübung des ärztlichen Berufes

Der Senator für Gesundheitswesen in Berlin teilte am 6. 5. 1960 mit, daß er die am 14. 7. 1958 ausgesprochene Ruhensverfügung der Befugnis des Dr. med. Werner Janke, wohnhaft Berlin-Spandau, Carl-Schurz-Straße 31, zur Ausübung des ärztlichen Berufes gemäß § 7 Abs. 1 der RAO vom 13. 12. 1935 in der Fassung des Gesetzes zur Änderung der RAO vom 30. 5. 1940 aufgehoben hat.

Ruben der Befugnis zur Ausübung des ärztlichen Berufes

Die Gesundheitsbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg teilte mit, daß sie mit rechtskräftiger Verfügung vom 24. 2. 1960 die Befugnis des Dr. Ottomar Mayer, geb. 26. 10. 1895, wohnhaft in Hamburg-Altona, Lunapark 12, zur Ausübung des ärztlichen Berufes gem. § 7 der RAO vom 13. 12. 1935 für ruhend erklärt hat.

Ruhen der Befugnis zur Ausübung des ärztlichen Berufes

Der Innenminister des Landes Schleswig-Holstein hat gem. § 7 RAO gegenüber der Ärztin Dr. med. Ursel Fehner, geb. Rzepka, wohnhaft z. Zt. Landeskrankenhaus Neustadt/Holst., geb. 7. 2. 1920 in Danzig, festgestellt, daß ihre Befugnis zur Ausübung des ärztlichen Berufes ruht. Zugleich wurde gem. § 80 der VwGO vom 21. 1. 1960 die sofortige Vollziehung dieser Feststellung angeordnet.

Rücknahme der Bestallung als Arzt

Die Gesundheitsbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg hat mit Verfügung vom 11. 9. 1957 die Bestallung als Arzt des Dr. med. Franz Roland Karl Schmidt, geb. 12. 3. 1919 in Trier, gem. § 5 Abs. 1 Ziff. 3 und Abs. 2 der RAO vom 13. 12. 1935 zurückgenommen. Die Verfügung hat Rechtskraft erlangt.

RUNDSCHAU

Kassenärzte wollen kämpfen. (FAZ, 18. 6. 60): Dr. Friedrich Voges, der Vorsitzende der KBV, hat am 18. 8. in Hannover erklärt: „Die deutsche Ärzteschaft wird mit allen ihr zur Verfügung stehenden Mitteln einschreiten, wenn die CDU/CSU ihre Mehrheit im Sozialpolitischen Ausschuß dazu benutzt, ihren Kompromißvorschlag zur Neuordnung der sozialen KrV durchzudrücken.“ Die ärmsten Bevölkerungsschichten würden bei Annahme des neuen CDU-Vorschlages am stärksten belastet. Darüber hinaus müßte bei einer Verwirklichung dieses Kompromißvorschlages die Verwaltungsarbeit bei den Kassen und bei den Ärzten und ihren Organisationen um das Vierfache ansteigen; dies würde praktisch nur eine Verbürokratisierung bedeuten, die in ihren Kosten möglicherweise die Einnahmen bei weitem übersteige.



neu

Zur Herz-
therapie

Von besonderer Bedeutung für digitalis- und strophanthinrefraktäre Patienten und zur Nachbehandlung von Myocardinfarkt

Cardiagutt®

Zusammensetzung:
 Adonis vernalis,
 Convallaria majalis,
 Crataegus oxyacantha,
 Humulus lupulus,
 Rutin, Alcohol.,
 Corrigitia

TROPFEN

FABRIK PHARMAZEUTISCHER PRÄPARATE KARL ENGELHARD · FRANKFURT AM MAIN

KrV-Reform zunächst aufs Eis gelegt. (Hbg. Abendbl., 28. 6. 60): Der von der CDU/CSU-Fraktion ausgehandelte Kompromißvorschlag zur KrV-Reform soll weiter gemildert werden, um die finanziellen Auswirkungen auf die Versicherten abzuschwächen. Mit diesem Ergebnis endete am 27. 6. eine 60-Minuten-Besprechung zwischen dem Bundeskanzler und Minister Blank, an der auch Dr. Krone teilnahm. — Adenauer hat sich zwar grundsätzlich zu dem Kompromißvorschlag bekannt, gleichzeitig aber gefordert, daß mit Rücksicht auf die Bundestagswahlen die Kostenbeteiligung so niedrig wie möglich gehalten werden müsse. Blank und die CDU/CSU sollen deshalb bis September neue Vorschläge ausarbeiten, nach denen die Kassen ihre Mitglieder an den Kosten beteiligen sollen, wenn die finanzielle Lage der Kassen das notwendig macht. Damit ist die Blank-Reform zunächst aufs Eis gelegt. — Adenauer hat, wie inzwischen durchgesickert ist, Blanks Verhalten bei der Vorbereitung der KrV-Reform kritisiert. Der Kanzler warf dem Bundesarbeitsminister vor, er habe „taktisches Geschick“ vermissen lassen. Über die (noch am Wochenende zurückgezogene) Zuchthaus-Drohung des BMA gegenüber den Kassenärzten für den Fall eines Behandlungsstreiks äußerte Adenauer sein Befremden.

Adenauer rügt Blank. (Frankfurter Neue Presse vom 28. Juni 1960): Auszug . . . Der Kanzler soll in der Unterredung am 27. Juni an Bundesarbeitsminister Blank Kritik geübt haben. Er warf ihm Mangel an taktischem Geschick vor. Vor allem aber hielt er ihm die Verlautbarung vor, die das BMA gegen die Streikandrohung der Kassenärzte herausgegeben hatte . . . Der Bundeskanzler soll Blank vorgehalten haben, zunächst einmal sein Ministerium in Ordnung zu bringen.

Zu wenig Freunde? (FAZ, 27. 6. 60): . . . Es ist zu spät, die Parole „Kommando zurück“ auszugeben. Man kann das Thema KrV-Reform jetzt nicht mehr einer neutralen Kommission übergeben, die jedes Für und Wider nochmals abwägt. Die Unions-Parteien haben sich festgelegt, und die SPD hat einen verführerischen Entwurf vorgelegt . . .

Blank hat zu wenig Freunde in dieser politischen Frage, genauer gesagt, keine Freunde, die politische Macht repräsentieren oder die das, was sie Blank unter vier Augen zugestehen, auch öffentlich zu bekennen bereit wären. Ein Politiker braucht aber nun einmal Freunde. Sich Freunde zu schaffen und sich Gegner vom Halse zu halten, ist ein Teil der Politik . . .

Weitere Beratungen über KrV-Reform. (Hannov. Presse, v. 12. 4. 60): Wie die Pressestelle der Aktionsgemeinschaft Deutscher Ärzte in Niedersachsen erfahren konnte, wird der Sozialpolitische Ausschuß des Bundestages in der ersten Woche des Monats Mai seine Beratungen über die KrV-Reform wieder aufnehmen, nachdem die erste Lesung am 25. März, ohne Beschlüsse zu fassen, beendet wurde. Zur Beratung stehen in erster Linie die zurückgestellten Fragen über die Zulassung von Ärzten zu den Kassen unter Berücksichtigung des Urteils des BVG über die freie Zulassung. Auch der Beratungsärztliche Dienst dürfte zur Beratung stehen.

Ebenfalls in der ersten Mai-Woche beabsichtigt die CDU/CSU-Bundestagsfraktion, eine Sondersitzung einzuberufen und eine Grundsatzdebatte über die KrV-Reform abzuhalten. Im Mittelpunkt der Aussprache sollen die Festsetzung der Verspflichtgrenze, die Verbesserung der Lohnfortzahlung für Arbeiter im Krankheitsfall und die Frage der Kostenbeteiligung der Versicherten stehen. Große Teile der CDU/CSU-Fraktion scheinen grundsätzlich an der von Minister Blank vorgeschlagenen Inanspruchnahmegebühr festzuhalten. Andererseits bestehen über die Form der Kostenbeteiligung der Patienten noch keine übereinstimmenden Meinungen.

MdB Weber vor Ärzten. (Stuttgt. Nachr., 4. 4. 60): Die vorgesehene Inanspruchnahmegebühr an den ambulanten ärztlichen Behandlungskosten hat nach Ansicht des FDP-Bundestagsabg. Fritz Weber aus Möttingen, Kreis Calw, keine Aussicht, vom Bundestag gebilligt zu werden. Wie Weber auf einer Ärzte-Versammlung der Kreise Leon-

berg, Böblingen und Vaihingen/Enz weiter mitteilte, wird voraussichtlich auch der vorgesehene Beratungsärztliche Dienst nicht die Zustimmung der Fraktionen finden. In der Frage der Selbstverwaltung der Kassenärzte in den Kassenärztlichen Vereinigungen werde den Wünschen der Kassenärzte weitgehend Rechnung getragen. Die 2. Lesung über die Regierungsvorlage über die KrV-Reform im Sozialpolitischen Ausschuß werde voraussichtlich noch vor Ostern beginnen. Beschlüsse seien im Ausschuß bisher noch nicht gefaßt worden.

Neue Vorschläge zur Lohnfortzahlung. (FAZ, 26. 3. 60): Die Bemühungen um eine Änderung des Lohnfortzahlungssystems haben zu unterschiedlichen Auffassungen in der Unionsfraktion im Bundestag geführt. Während der Abg. Ruf in einem Schreiben an die Mitglieder der Fraktion Änderungen ablehnt, weil sonst die lohnintensiven Betriebe des Mittelstandes besonders stark betroffen würden, schlägt der den Gewerkschaften nahestehende CDU-Abg. Weimer vor, die Lohnfortzahlung in den ersten sechs Wochen einer Krankheit voll den Arbeitgebern zu übertragen. Die Krankenkassen sollten bei dieser Regelung von den Arbeitgebern eine Umlage nach der Höhe der Grundlohnsumme erheben. Diese Umlage soll jährlich festgesetzt werden. Im Verhältnis zum geltenden Recht würde sich nach den Berechnungen Weimers für die Arbeitgeber eine Mehrbelastung von 1,6% der Grundlohnsumme ergeben. Bisher müssen für diesen Zweck schon 2,5% der Lohnsumme aufgebracht werden. Blicke es beim geltenden Leistungsrecht, wäre allerdings eine Beitragsermäßigung der Krankenversicherung bis zu 5,8% möglich.

Ein weiterer Vorschlag stammt von dem Abg. Stingl. Diese Anregung gilt als die Minimalforderung des Arbeitnehmerflügels der Union. Stingl will auch in den Fällen, in denen die Krankheit weniger als 2 Wochen dauert, die beiden Karentage ohne Krankengeld fallenlassen. Weitere Erwägungen in dieser Richtung betreffen die Erhöhung des Krankengeldes von 90% auf 100% des Nettolohnes in den ersten sechs Wochen der Krankheit. Ein dritter Vorschlag kommt von den Ortskrankenkassen. Sie sind der Meinung, daß die Arbeitgeber in den ersten beiden Wochen einer Krankheit den Lohn direkt weiterzahlen sollten. Die Kassen denken dabei wohl in erster Linie an die Verringerung ihrer Verwaltungsarbeit. Dagegen wird eingewandt, daß bei diesen Bedingungen der Krankenstand wahrscheinlich zunehmen würde, weil die Kassen bei einer Verpflichtung des Arbeitgebers zur Weiterzahlung des Lohnes kaum noch ein Interesse an der Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit hätten.

Abgeordnete besuchen ausländische Krankenkassen. (Frkt. Neue Presse, v. 12. 4. 60): Vierzehn Sozial- und Gesundheitspolitiker des Bundestages unter Leitung des CDU-Abg. Stingl sowie Vertreter des BMA haben am 11. 4. eine dreitägige Reise nach Zürich und Straßburg begonnen, um sich über die dortigen Krankenkassensysteme zu orientieren. — In der Schweiz und in Elsaß-Lothringen wird in der gesetzlichen KrV das sogenannte Kostendeckungsverfahren angewendet, das durch den Hartmannbund auch für die zur Zeit diskutierte KrV-Reform vorgeschlagen worden ist. Beim Kostendeckungsprinzip zahlt der Versicherte innerhalb sozialer Grenzen und nach Einkommen gestaffelt die Arztrechnungen zunächst selbst und bekommt die Beträge unter Abzug einer prozentualen Selbstbeteiligung dann erstattet.

Krankenversicherungsgesetz. Wehner: Chance für die Wähler. Die Arbeitnehmer haben nach Ansicht des stellv. SPD-Vorsitzenden Wehner eine Chance, bei der nächsten Bundestagswahl auf die endgültige Formulierung des neuen Krankenversicherungsgesetzes einzuwirken. Wehner sprach am Wochenende auf Schloß Schney in Unterfranken bei einer Arbeitstagung der nordbayerischen Funktionäre seiner Partei. — Wehner bezeichnete es als fraglich, ob der jetzige Bundestag das neue KrV-Gesetz überhaupt noch verabschieden könne. Nach seinen Angaben liegen 1200 Abänderungsanträge vor. Ihre sachgemäße Bearbeitung in der bis zu den nächsten Bundestagswahlen zur Verfügung stehenden Zeitspanne sei nicht möglich. Dadurch könne der Wähler wahrscheinlich noch einmal Einfluß auf die endgültige Fassung des neuen Gesetzes nehmen. (Die Welt, Hbg., v. 30. 5. 60.)

Ärzte: Einheitstarif untragbar. (Köln. Rundschau, v. 25. 5. 60): Dr. MM, Köln — Die deutsche Ärzteschaft, vertreten durch die Präsidenten der Bundesärztekammer, Dr. Fromm, und der Kassennärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Voges, wies am 24. 5. das Verlangen der Allgemeinen Ortskrankenkassen nach einem Einheitstarif scharf zurück. Sprecher der KBV wandten sich gegen die Berliner Kritik des Bundesvorsitzenden des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen an den Leistungen und Honorarforderungen der Ärzte und den Prüfmethode der Kassennärztlichen Vereinigungen.

Schwarzer Peter bei den Ärzten? (J. F. Volrad Deneke, Redakteur der Ärztlichen Mitteilungen, im Handelsbl., Dsdf., v. 24. 6. 60): — ... Auszug ... Die Stellungnahmen der Ärzteschaft zur Kompromißformel der CDU/CSU vom 25. 5. weisen ferner darauf hin, daß der Verwaltungsmehraufwand für die in der Kompromißformel vorgesehenen Selbstbeteiligungsmaßnahmen deren finanzielles Ergebnis praktisch aufzehren würde, gleichgültig, ob der Verwaltungsmehraufwand bei den Kassen, bei den KVn oder gar in den — großzügigen Rationalisierungsmaßnahmen ganz unzulänglichen — Arztpraxen entstehen würde. Es wird in diesem Zusammenhang innerhalb der Ärzteschaft mit Verwunderung vermerkt, daß der Verfasser des Entwurfs, Ministerialrat Dr. Schmatz, mit seinen Mitarbeitern sich erst nach der Verabschiedung des Entwurfs im Kabinett erstmalig über das Abrechnungsverfahren einer KV durch persönliche Besichtigung informiert hat ... Es sollte auch nicht übersehen werden, daß gerade die verantwortlichen denkenden Männer in der Ärzteschaft nur sehr ungern den Entwurf der Regierung einer bürgerlichen Partei „mit allen zur Verfügung stehenden demokratischen Mitteln“ bekämpfen, weil die Ärzteschaft in ihrer überwiegenden Mehrheit weder eine direkte noch indirekte Stärkung des sozialistischen Lagers will. Nicht zuletzt deswegen sind die Ärzte so verbittert, ihnen wird der Schwarze Peter gerade von denjenigen in die Hand gedrückt, die sich prinzipiell zu den gleichen politischen Ordnungsvorstellungen bekennen wie die meisten Ärzte.

66 Prozent lehnen Kostenbeteiligung ab. Zwei Drittel lehnen nach einer Meinungsumfrage die KrV-Reform, wie sie von der Regierung und von der CDU/CSU angestrebt wird, ab. Den CDU-Argumenten glaubt nur ein verschwindend geringer Bruchteil der Befragten. Nur 8% erhoffen sich höhere Leistungen, und nur 6% erwarten Vorteile gegenüber der augenblicklichen Versicherungssituation. (Hannov. Presse, v. 31. 5. 60).

Renten Anpassung ohne Versicherungsbilanz. (Handelsblatt, Düsseldorf, 29. Juni 1960): Der Sozialbeirat, der bis zum 30. September sein Gutachten zur Renten Anpassung vorzulegen hat, muß bei seinem Votum wieder auf die versicherungstechnische Bilanz verzichten. Inwieweit diese Tatsache zu Konsequenzen für die Beiratsmitglieder führt, bleibt abzuwarten. Feststeht allerdings, daß die Bilanz ein wesentlicher Faktor zur Beurteilung der Gesamtsituation ist. Die versicherungstechnische Bilanz erfordert zu ihrer Erstellung recht komplizierte Vorarbeiten. Trotz aller Anstrengungen der Beteiligten habe sie, so verlautet aus den zuständigen Ressorts, bisher nicht abgeschlossen werden können. Der Sozialbeirat wird seine Untersuchungen über die derzeitige Konjunkturlage, die Entwicklung des Sozialprodukts und die finanzielle Lage der Rentenversicherung frühestens in einem Monat abgeschlossen haben. Da diese Untersuchungen die Grundlage für seine weiteren Beschlüsse darstellten, kann sich der Beirat über das Ausmaß der Rentenerhöhung auf keinen Fall vor dem 1. August äußern. Von zuständiger Seite werden Gerüchte dementiert, wonach der Sozialbeirat dem Bundestag eine Anhebung der Renten zum 1. Januar 1961 um 5,8% vorschlagen wolle. Diese Zahl sei „völlig aus der Luft gegriffen ...“

Kommt eine neue Rentenerhöhung? (Süddeutsche Zeitung, München, 29. Juni 1960): ... Der Vorsitzende des Sozialbeirates, der Heidelberger Gelehrte Dr. Helmut Meinhold, dementierte energisch Pressemeldungen, wonach der Sozialbeirat dem Bundestag eine Anhebung der

Renten um 5,8% vorschlagen wolle. Der Sozialbeirat wird seine Untersuchungen ... frühestens in einem Monat abgeschlossen haben. Da diese Untersuchungen die Grundlage für seine weiteren Beschlüsse darstellten, könne sich der Beirat über das Ausmaß der Rentenerhöhung auf keinen Fall vor dem 1. August äußern ... Prof. Meinhold betonte, er habe den Eindruck, daß man den Sozialbeirat mit solchen Presseveröffentlichungen von „bestimmter Seite“ aus unter Druck setzen wolle. Der Sozialbeirat sei aber eine unabhängige Institution, die sich von keiner Seite unter Druck setzen lasse. Unabhängig von allen Gruppeninteressen werde der Beirat auch künftig seine Beschlüsse nach den hierfür erforderlichen Untersuchungen fassen ...

Besserung bei den Krankenkassen. (Münchner Merkur, v. 17. 3. 60): Nachdem sich die finanzielle Lage der gesetzlichen Krankenkassen Bayerns in den letzten Jahren, vor allem infolge des Lohnfortzahlungsgesetzes, Grippewellen mit hohem Krankenbestand und Belastung durch die Krankenversicherung der Rentner wesentlich verschlechtert hatte, trat seit 1958 eine wesentliche Besserung ein. Dies ist u. a. auf größeren Mitgliederbestand, Lohnsteigerungen und Erhöhung der Beitragssätze zurückzuführen. Wie das Bayerische Statistische Landesamt ausführt, lagen 1957 die Ausgaben je Mitglied 1 DM und je Rentner 20 DM über den Einnahmen. Dagegen sind 1958 je Mitglied 22 DM Mehreinnahmen entstanden, so daß ein Überschuß der Reineinnahmen von fast 100 Mill. DM erzielt werden konnte.

Krankenkassen-Streit auch in Wien. (FAZ, v. 6. 4. 60): Zwischen den beiden österreichischen Regierungsparteien ist am 5. 4. unerwartet eine Krise ausgebrochen, weil die Volkspartei ihre Zustimmung zu der mit den Sozialisten abgesprochenen Sanierung der notleidenden Krankenkassen verweigert hat. In einer außerordentlichen Sitzung der Bundesparteileitung der Volkspartei wurde beschlossen, den Sozialisten neue Verhandlungen vorzuschlagen. Diese aber wollen sich an die alten Vorschläge halten und keine neuen Verhandlungen aufnehmen. Die Sanierung der Krankenkassen sollte schon am 6. 4. vor das Parlament kommen. Die alte Vereinbarung sah eine Erhöhung der KrKassen-Beiträge und der Höchstbeitragsgrundlage sowie verschiedene Zuweisungen an die Krankenkassen aus öffentlichen Fonds und anderen Quellen vor. Das sollte den KrKassen jährlich 333 Mill. Schilling einbringen. Andererseits sollte die Krankenscheingebühr (5 Schilling für jeden Krankenschein) wegfallen, was die Einnahmen um 50 Mill. Schilling vermindert hätte. Nach Bekanntgabe der Neuordnung regnete es von allen Seiten Proteste: die Arbeitgeber bekräftigten, daß sie 175 Mill. Schilling für die Sanierung aufbringen sollten, während die Arbeitnehmer nur mit 50 Mill. Schilling belastet worden wären. Diese wieder forderten, die Unternehmer sollten die gesamte zusätzliche Belastung tragen. Auch findet man es psychologisch unklug, die Krankenscheingebühr fallenzulassen, die doch auch eine allzu leichtfertige Inanspruchnahme der Kassen unterbinden sollte.

Österreich: Kopfsteuer nicht bewährt. (Vorwärts, Köln, 16. 6. 60): Im Gegensatz zur Bundesrepublik, die jetzt in der KrV eine Krankenscheingebühr einführen will, hat man in Österreich die seit einiger Zeit bestehende „Kopfsteuer“, wie sie der Volksmund nannte, wieder abgeschafft, weil sie sich als unzweckmäßig erwiesen hat. In Österreich mußten bis zum 1. Mai d. J. 5 Schilling (rund 63 Pfennig) in Form einer Freimarke für jeden Krankenschein entrichtet werden. Die Krankenkasse ist jetzt damit beschäftigt, die Krankenscheinmarken zurückzukaufen, die sich Betriebe und Einzelpersonen auf Vorrat erworben hatten. Niemand weint der Krankenscheingebühr nach, hatten sich doch selbst die Ärzte mehrfach dagegen heftig gewandt. Um einen etwaigen Mißbrauch der sozialen KrV einzudämmen, war der Betrag in der gegenwärtigen Hochkonjunktur zu gering, für die Kassen wirkte sich die mäßige Mehreinnahme kaum aus, und andererseits wurden gerade die ärmsten Schichten davon abgehalten, einen Arzt aufzusuchen. Dabei hat es sich für den medizinischen Laien als völlig unmöglich erwiesen, zu entscheiden, ob es sich jeweils um einen Bagatelldfall handelte. Niemand glaubt andererseits im Ernst, daß die Krankenscheingebühr

irgendwelche notorischen Simulanten in Ihren Mißbräuchen der sozialen KrV ernsthaft gehindert hätte. Diese Leute sind sehr erfinderisch, ihre Zahl biebt jedoch immer in engen Grenzen. E. S.

In Österreich streiken die Krankenhausärzte. (Frkft. Neue Pr., 18.6.60): Etwa 2500 österreichische Krankenhausärzte sind am 16. 6. kurz nach Mitternacht in einen unbefristeten Streik getreten, um ihrer Forderung nach Verbesserung der Arbeitsbedingungen an den Krankenhäusern Nachdruck zu verleihen. Während des Streiks soll ein Notdienst unterhalten werden, so daß dringende Operationen vorgenommen und ernste Fälle behandelt werden können. — Schon im Jahre 1958 waren die österreichischen Krankenhausärzte aus Protest gegen ihre niedrigen Gehälter in den Streik getreten. Damals waren ihre Forderungen nach zweiwöchiger Streikdauer erfüllt worden. Auch diesmal haben die Ärzte nach Ansicht von Beobachtern gute Aussichten, mit ihren Forderungen durchzudringen.

Krankenhäuser speziell für die Alten — Celle macht den Anfang. (Hannov. Presse, v. 8. 6. 60): Mediziner, Soziologen und Architekten haben gemeinsam eine kleine Revolution im deutschen Krankenhauswesen angebahnt. Sie schufen in Celle das erste Alterskrankenhaus in Deutschland. Die alten Leute sollen künftig in ein solches Spezialkrankenhaus eingewiesen werden, wenn sie für längere Zeit krank sind. Das Celler Modell wurde Pfingsten eingeweiht. — Das Alterskrankenhaus in Celle wurde von der 1947 gegründeten Lobetalarbeit e. V. erbaut, einer der Inneren Mission angeschlossenen Wohltätigkeitsvereinigung, die außerdem Kinderheime und eine Fachschule für Kinderpflegerinnen unterhält. Die Lobetalarbeit e. V. hat am Stadtrand von Celle mitten im Grünen eine Art Zufluchtsstätte für kranke alte Menschen geschaffen. Neben dem Alterskrankenhaus gehört zu diesem Komplex ein Pflegeheim für chronische Leiden und Altersleiden mit 133 Betten, das ebenfalls Pfingsten eingeweiht werden konnte. Insgesamt haben diese Bauten 3,6 Mill. DM gekostet. Der Bund, das Land Niedersachsen, die Stadt Hamburg und die Innere Mission haben sich an der Finanzierung beteiligt. — Das Celler Alterskrankenhaus hat drei Pflegestationen mit je 31 Betten. Der moderne Bau enthält hauptsächlich Ein- und Zweibettzimmer. Für die Betreuung der 93 Patienten stehen 3 Ärzte und 80 Schwestern, Pfleger und Helfer bereit. Dem Celler Spezialkrankenhaus sollen weitere an anderen Orten Niedersachsens folgen.

Der Deutsche Apothekertag, der am 23. 6. in Münster eröffnet wurde, befaßte sich in erster Linie mit der Arzneimittelversorgung der Bevölkerung, dem Arzneimittelgesetz und dem Bundesapothekengesetz, teilte Hauptgeschäftsführer Dr. Meyer in einer Vorausschau auf die Tagung mit. Im Hinblick auf das Apothekengesetz warnte er davor, die vom BVG festgestellte Niederlassungsfreiheit für approbierte Apotheker zu mißbrauchen. Wenn die Apotheken auf Grund übermäßiger Konkurrenz nicht mehr existenzfähig seien, könnten Zustände wie in den USA eintreten.

In der Bundesrepublik sind bereits 30% der Apotheken Einmannbetriebe, in Frankreich mit seiner unbeschränkten Niederlassungsfreiheit sogar 77%. Seit dem Karlsruher Urteil von 1958 sind über 1000 neue Apotheken gegründet worden. Ihre Zahl habe sich damit auf 8500 erhöht. Meyer erklärte ferner, daß nur noch 10% der Rezepturen in den Apotheken selbst hergestellt werden. Das Arzneimittelgesetz wurde von Meyer begrüßt, da es den angestrebten Registrierungs-zwang einführe und zur Schließung zweifelhafter Un-

ternehmen führen müsse. Etwa 2700 Unternehmen stellen gegenwärtig in der Bundesrepublik 28 000 Arzneimittel her. Meyer wandte sich gegen einen Arzneimittelmißbrauch, den es in der Bundesrepublik nicht gebe. Bei einem Arzneimittelumsatz von 1,4 Md. DM liege der Prokopfverbrauch nur bei 30,— DM. — Meyer warnte auch vor einer prozentualen Kostenbeteiligung der Versicherten an den Arzneimitteln; man könnte höchstens eine Erhöhung der Rezeptgebühr von 0,50 auf 0,80 DM diskutieren. Er erwähnte auch, daß die sozialen KrV Rezepturen nur mit einem Preisabzug von 9% vergütet. (Frankfurter Rundschau, 25. Juni 1960.)

Berlin: Innungskrankenkassen erhöhen Beiträge. (Der Tagesspiegel, vom 29. Juni 1960): Auf Antrag von acht Innungskrankenkassen und einer Betriebskrankenkasse erteilte der Senat am 28. Juni die Genehmigung zur Erhöhung der Beitragssätze mit Wirkung vom 1. Juli. Eine Prüfung durch das Preisamt habe ergeben, daß bei dem Beitragssatz von 8,7% die Ausgaben nicht bei allen Innungskrankenkassen gedeckt würden, so daß Zuschüsse von unterschiedlicher Höhe erforderlich gewesen seien. Die Beitragserhöhungen können für folgende Innungskrankenkassen wirksam werden: Friseurhandwerk, Schuhmacherinnung, Metallhandwerk, Sattler- und Tapeziererinnung, Bäcker- und Konditorenhandwerk, Fleischerinnung, Gastwirtinnung, Vereinigte Innungskrankenkasse Nr. 118 und Betriebskrankenkasse der Schering AG. Genehmigt wurden Erhöhungen bei der Allgemeinen Beitragsklasse von durchschnittlich 8,5 auf 8,7%. Auch die ermäßigten Beitragssätze und die Sätze für VersBerechtigte können erhöht werden...

Wer trägt die soziale Last? (Mee in Industriekurier, Dsdf., v. 20. 4. 60): Als Bundesminister Blank die Nachfolge Anton Storchs antrat, da geschah dies mit dem ausdrücklichen Versprechen, sich um eine Stabilisierung des



Sozialrats zu bemühen, sich der weiteren „Sozialisierung des Lohnes“ zu widersetzen. Inzwischen sind die gesamten Sozialausgaben in der Bundesrepublik von 30,6 Md. DM in 1957 auf 35,6 Md. in 1960 gewachsen und auch hinsicht-

Tabletten
Suppositorien
Ampullen

TOXIMER[®]

Analgeticum
Antineuralgicum
Antirheumaticum



L. MERCKLE G.m.b.H. Blaubeuren

1 Tablette enthält: Dimethylaminophenyl-dimethylpyrazolon 0,2; Phenacetin 0,2; Coffein 0,05; Codein, phosphoricum 0,01.
1 Suppos. enthält: Dimethylaminophenyl-dimethylpyrazolon 0,2; Komplex von Dimethylaminophenyl-dimethylpyrazolon-Barbitursäureäther 0,3; letztere entsprechend 0,1 Dimethyl-Diallyl-Phenyläthyl-barbitursäure, Codein, phosphoricum 0,03; Phenacetin 0,1.

lich der Belastung des Lohnes mit Sozialbeiträgen ist längst abzusehen, daß Blank unterliegen wird. — Die bitterste Pille, die Blank (oder sein Nachfolger nach den Wahlen) wird schlucken müssen, ist die Heraufsetzung der Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung. Was die unter Storch diffamierten „privaten“ Versicherungsmathematiker vorausgesagt haben, wagt man mittlerweile auch in der zuständigen Abteilung des BMA nicht mehr zu bestreiten: keineswegs reicht der gegenwärtige Beitragssatz von 14% des Bruttolohnes, wie gehofft und wie versprochen, bis 1966 aus, um die Rentenausgaben und jährlichen Rentenerhöhungen zu finanzieren, vielmehr wird man diesen Satz nach Meinung der Bonner Sachverständigen schon 1961 auf mindestens 18% statt erst 1966 auf 16,25% erhöhen müssen. Je länger man aus wahltaktischen Überlegungen mit dieser Maßnahme wartet, je größer müßte die Erhöhung sein, es sei denn, man trenne sich von der Automatik...

BUCHBESPRECHUNGEN

„Was gibt es Neues in der Medizin?“ Herausgegeben von D. Brück u. a. 10. Jahrgang. Schlütersche Verlagsanstalt Hannover, ca. 1200 Seiten, Kunstledereinband DM 32.—.

Zu einem Referatewerk, noch dazu mit dem vielversprechenden Titel: Was gibt es Neues in der Medizin?, greift der praktizierende Arzt in dem Verlangen, möglichst kurz und doch umfassend über die Fortschritte in der Medizin, sowohl in der Grundlagenforschung wie in der Diagnostik, der Therapie und in den Randgebieten seines Faches informiert zu werden. Es ist ja hinreichend bekannt, daß ihm die Möglichkeit fehlt, sich selbst einen ausreichenden Überblick aus den laufend erscheinenden Zeitschriften zu verschaffen und es bestenfalls bei der Lektüre seiner „medizinischen Hauszeitschrift“ bleibt, die sich zwar auch bemüht, durch Referate ihre Leser umfassender zu informieren, wobei jedoch der Veröffentlichungsmodus die praktische Auswertung meist sehr erschwert. Auch die Teilnahme an Fortbildungskursen mit ihrer selbstverständlich begrenzten Thematik kommen diesem Verlangen nicht nach. Es besteht also für den praktizierenden Arzt das echte Bedürfnis nach einem solchen Referatewerk.

Wer zu dem vorliegenden Werk greift, das immerhin bereits im 10. Jahrgang vorliegt, wird es trotzdem mit einer gewissen Skepsis tun und sich fragen, wie die Herausgeber mit der Fülle des Materials, das sie laut Literaturnachweisung durchsahen, fertig wurden. Er wird als nächstes die Inhaltsübersicht studieren und dort die Titel aufgeführt finden, nach denen das Werk gegliedert ist. Die notwendige Erläuterung dazu bietet das Vorwort. Bei der Durchsicht der einzelnen Titel fällt sofort auf, daß die Stichwortauswahl durchaus nach Gesichtspunkten erfolgte, die für die Praxis erheblich sind. Es wurde die bei Referaten oft aufkommende Lust unterdrückt, Raritäten anzubieten. Die einzelnen Referate sind klar und übersichtlich formuliert. Ein umfangreiches Stichwörterverzeichnis ist dem Werk angegliedert, was den Gebrauch als Nachschlagewerk sehr erleichtert.

Hinsichtlich der Auswahl der Referate und Stichwörter werden der Natur der Sache nach und gemäß der Vielfalt der persönlichen Interessen immer Wünsche offen bleiben. Darauf Rücksicht zu nehmen kann aber nie der Sinn eines allgemein informierenden Referatewerkes sein. Was dies anbelangt, haben die Herausgeber offensichtlich das überhaupt Mögliche getan.

Daß diese meine Ansicht von vielen Ärzten geteilt wird, geht daraus ja auch hervor, daß das Werk mit steigender Auflagenzahl zum 10. Jahrgang kam.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß wohl jeder Arzt, der das Werk in die Hand nimmt, von ihm angezogen, zu schmökern beginnen wird und es bestimmt bereits das erste Mal schon nicht ohne Gewinn weglegen wird. Er wird es gerne immer wieder hervorholen. Dr. Schweiger

Lehrbuch der Orthopädie und Traumatologie, I. Band: Allgemeine Orthopädie — Angeborene Erkrankungen und Leiden. Von Prof. Dr. Max Lange. Verlag Ferdinand Enke, Stuttgart, 512 Seiten, 757 teils farbige Abb., Ganzleinen DM 118.—.

Das orthopädische Lehrbuch von Fritz Lange und seinen Mitarbeitern erschien vor 30 Jahren. Inzwischen hat die Orthopädie eine großartige Aufwärtsentwicklung genommen. Ein umfassendes Lehrbuch für die Orthopädie fehlte. Es sind eine Anzahl guter, kurzgefaßter Lehrbücher erschienen, die aber nicht alle Fragen beantworten.

Es ist daher ein großes Verdienst von Max Lange, daß er sich der Mühe unterzog, seine große Erfahrung und sein Wissen in einem Lehrbuch niederzuschreiben. Es liegt jetzt der 1. Band vor, der die Allgemeine Orthopädie und die angeborenen Erkrankungen erfaßt. Das große Krankengut der Orthopädischen Klinik München und des Versehrtenkrankenhauses in Tölz mit seinem hohen Maß von Forderungen an den behandelnden Arzt geben dem Buch eine großartige Grundlage. Es werden nicht nur die persönlichen Erfahrungen des Autors mitgeteilt, sondern auch die Ergebnisse der Literatur voll berücksichtigt. Das Buch wird eingeleitet mit Geschichte, Entwicklung und der Definition der Orthopädie. Langes Auffassung: „Die Aufgabe der Orthopädie ist die Behandlung der Erkrankungen und Verletzungen des Rumpfes und der Gliedmaßen“ ist zuzustimmen. 160 Seiten widmet der Autor der Untersuchungstechnik. Dieses für die Praxis ungeheuer wertvolle Kapitel ist sehr gut gelungen. Dabei wurde nicht übersehen, daß das Untersuchen mit den einfachen Mitteln des Sehens, Fühlens und Prüfens ganz im Vordergrund steht. Die Beziehung der klinischen Untersuchung zur Röntgentechnik ist klar herausgearbeitet. Auch die besonderen Techniken, wie Kontrastdarstellungen der Gelenke, Arteriographie, Venographie und Myelographie, sind dargestellt mit Hinweisen auf persönliche Erfahrung. Ein fast ebenso großer Raum wird den Behandlungsverfahren gewidmet. Die Verbandstechnik, insbesondere die des Gipsverbandes, wird ausführlich behandelt. Den vielen Kleinigkeiten, die so bedeutsam sind, wird besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Die Technik der Liegeschalenanfertigung, des Quengelverbandes, der Nachtschiene, der Streckverbände ist übersichtlich beschrieben. Die Grundzüge der Massage, Gymnastik, der physikalischen Therapie werden klar behandelt. Eine Übersicht über orthopädische Apparate, Korsette und Schuhwerk schließt sich an. Ebenso sind die typischen Operationsverfahren geschildert. Der spezielle Teil beginnt mit den angeborenen Mißbildungen des Stützsystems. Der neueste Stand unseres Wissens über Entwicklung und Arten der Mißbildungen wird kurz, aber umfassend erläutert. Es folgen die typischen Systemerkrankungen des Skeletts mit sehr schönen, bildhaften Darstellungen mit ausführlichen Kapiteln über Schiefhals, Hüftluxation, Klumpfüße; die Wirbelsäulenfehlbildungen schließen das Buch ab. In diesen Kapiteln kommt besonders die große persönliche Erfahrung des Verfassers heraus. Alle Fragen werden bis in Einzelheiten besprochen. Kleinigkeiten sind dabei nicht übersehen worden. Auch der



Therapie der Fehlergebnisse wird breiter Raum eingeräumt.

Die Hüftluxation ist eine so häufige Mißbildung, daß ihr mehr Achtung geschenkt werden sollte. Die schönen Ergebnisse bei der Frühdiagnose sollten für jeden Arzt verpflichtend sein, die Hüftgelenke zu prüfen. Die Darstellung der verschiedenen Behandlungsarten ist durch die aus jedem Satz erkennbare große Erfahrung Langes geradezu meisterhaft.

Wenn man diesen in einem Guß geschriebenen 1. Teil des dreiteiligen Lehrbuches gelesen hat, freut man sich auf das Erscheinen der anderen Bände. Das Buch ist umfassend, klar geschrieben, brillant ausgestattet. Es ist ein wirkliches Nachschlagewerk für praktische Ärzte und Fachärzte und für alle, die auf diesem Fachgebiet Fragen haben. Es ist inhaltlich gesund. Der Verfasser ist zu diesem gut gelungenen Werk zu beglückwünschen. Es sollte in keiner ärztlichen Bibliothek fehlen.

Keine Angst vor Psychiatern. Ein Blick in ihre Werkstatt.
Von E. B. Strauß. Übersetzung: Ed. A. Pfeiffer-Ringenkuhl. Verlag Herder, Freiburg, 96 Seiten, engl. Broschur, 5,80 DM.

Erfreulich ist es, zu sehen, mit welcher naiver Unbefangenheit ein namhafter englischer Psychiater sein Wissen in Psychiatrie und Psychotherapie einem Laienpublikum darbieten kann. Auf ein Pocketbook-Format kondensiert, wird diese an sich schwierige und mit Vorurteilen belastete Materie aus seiner gewandten Feder zu einer angenehmen, wenn auch, selbst für Gebildete, nicht anspruchslosen Lektüre. Voraussetzung: Common sense (nicht nur Intelligenz, wie der Autor meint), beim Schreiber wie beim Leser; außerdem das allgemeine Bewußtsein einer unerschütterten Stabilität der ärztlichen Haltung, wie sie Strauß für England in Anspruch nehmen kann. Die Übersetzung aus dem Englischen hat teils unvermeidbare Gebrechen, indem die Prägnanz verloren geht, aber auch vermeidbare (Kretschmers „Körperbau und Charakter“ dürfte nicht als „Physik und Charakter“ zitiert werden u. a. m.). Den deutschen Psychiater wird die Lektüre in vieler Hinsicht nachdenklich stimmen.

(Gerweck, München)

Der Kopfschmerz. Differentialdiagnostik und Therapie für die Praxis. Von Priv.-Doz. Dr. H. Heyck, Berlin. Mit einem Geleitwort von Prof. Dr. H. Krayenbühl, Zürich. 2., verbesserte Auflage, 1959. 299 Seiten, 9 Abbildungen, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, flexibles Ganzleinen DM 29.70.

Bei der heutigen Überzivilisation und dem unnatürlich überhöhten Lebensstandard ist der chronische Kopfschmerz eines der weitverbreitetsten Leiden unserer Zeit und jeder Praktiker hat tagtäglich solche Kranke zu behandeln; denn nach den verschiedenen Schätzungen suchen 4—8 Prozent der Bevölkerung deswegen irgendwann einmal ärztliche Hilfe oder Laienbehandlung auf. So ist es sehr verdienstvoll vom Verfasser, daß er in dem vorliegenden Buch die Symptomatologie und Differentialdiagnose aller einzelnen, hauptsächlich chronischen Kopfschmerzen darstellt und besonders ausführlich auf die therapeutischen Möglichkeiten eingeht. Daß dabei den mannigfachen Formen der gefäßbedingten Kopfschmerzen, d. h. der Migräne, der größere Teil des Buches gewidmet ist, kann von den Praktikern nur dankbar begrüßt werden, denn auf diese Weise ist es ihnen möglich, sich eingehend und grundlegend über dieses Krankheitsbild zu orientieren, das sich als neues crux medicorum erwiesen hat. Daneben sind aber alle Arten von Kopf- und Gesichtsneuralgien, die zervikal bedingten Schmerzzustände des Schädels und Gesichts, die toxisch

bedingten Kopfwehformen sowie die posttraumatischen, entzündlichen und durch raumverdrängende endokraniale Prozesse hervorgerufenen Kopfschmerzen übersichtlich und klar dargestellt. Besonders wertvoll erscheint mir das letzte Kapitel: „Die Untersuchung Kopfschmerzkranker“, das bei einer Neuauflage zum Nutzen des Praktikers etwas ausführlicher ausgearbeitet werden könnte. So ist das Buch ein Nachschlagewerk für alle wesentlichen Fragen über die Migräne und über seltene Krankheitsbilder, deren Symptom der Kopfschmerz ist; der Praktiker wird immer gerne darauf zurückgreifen.

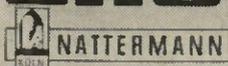
Dr. Paschke, Emskirchen/Mfr.

Schlafen und Wachen in der kindlichen Entwicklung von Priv.-Doz. Dr. Theodor Hellbrügge, Dr. Jutta Lange und Dr. Dr. Josef Ruthenfranz. Verlag Ferdinand Enke, Stuttgart. 104 Seiten, 10 Tab., kart. DM 23.—.

Kernstück dieser reizvollen Monographie ist die eingehende Darstellung der erstmals aus der pädiatrischen Schau durchgeführten subtilen Beobachtungen über die physiologische Besonderheit des Schlafens und Wachens bei Kindern aller Altersstufen. Als Einleitung dient eine nicht minder instruktive, ausführliche Zusammenstellung der bisher — und zwar vorwiegend von Entwicklungspsychologen — gesammelten und in der Literatur niedergelegten Erfahrungen über das interessante und praktisch wichtige Thema. Diese Erfahrungsübersicht behandelt zunächst den Schlafbedarf in den verschiedenen Altersstufen, der großen inter- und intraindividuellen Schwankungen unterworfen ist, wobei jedoch übereinstimmend auf die allmähliche Verkürzung der Schlafdauer mit zunehmendem Alter hingewiesen wird. Interessant für den Kinderarzt ist vor allem der relativ geringe Schlafbedarf des Neugeborenen (16—18 Stunden) und des jungen Säuglings (12—13 Stunden gegen Ende des 1. Lebensjahres). Die exakte Feststellung der Schlafdauer junger Säuglinge ist freilich recht schwierig, da die Wachperioden in einem teilnahmslosen Dämmerzustand verbracht werden. Im 2. Lebensjahr benötigt das Kind nach fast einheitlichen Literaturangaben nach wie vor 12—13 Stunden Schlaf, eine Zeitspanne, die bis zum 6. Lebensjahr allmählich auf 11½ und im 16. Lebensjahr bis auf 8—9 Stunden absinkt. Der Schlafbedarf des Kindes ist danach also im allgemeinen geringer, als in der Pädiatrie bisher angenommen wurde. — Es folgt sodann eine Übersicht über die bisher gewonnenen Erkenntnisse über den Schlaf-Wach-Rhythmus der einzelnen kindlichen Entwicklungsstufen. Im 1. Vierteljahr wechseln Wach- und Schlafzustand ohne Rücksicht auf Tag und Nacht in kurzen Phasen miteinander ab (polyphasischer Schlaf-Wach-Typ). Im 2. Trimenon beginnt sich alsdann der gegen Ende des 1. Lebensjahres klar zutage tretende monophasische Schlaf-Wach-Typ anzubahnen. Ab 4.—6. Lebensmonat fallen Aktivität und Wachen vornehmlich auf die Tages-, Schlaf und Ruhe auf die Nachtstunden, aber erst gegen Ende des 1. Lebensjahres überwiegt das Wachen am Tag und das Schlafen in der Nacht eindeutig. Den Eigentümlichkeiten des Schlaf-Wach-Rhythmus entspricht das Verlangen des jungen Säuglings nach Nahrung, das sich während des 1. Vierteljahres sowohl tags als auch nachts unregelmäßig äußert; erst ab Ende des 3. Lebensmonats beginnt der Säugling bestimmte Tagesstunden zur Nahrungsaufnahme zu bevorzugen. Im 2. Lebensjahr wird nach den bisherigen Literaturangaben der Tag-Nacht-Unterschied von Schlafen und Wachen immer deutlicher. Es besteht aber ein unverkennbares Schlafbedürfnis während der Mittagsstunden, welches allerdings von Jahr zu Jahr abnimmt und im Schulalter nach und nach schwin-

Erkrankungen der Gallenwege, hepato-intestinale Störungen:

Cholagogum[®] Tuben-Tee



sofort trinkfertig!

Das ideale Mittel, das in gleichmäßig vollkommener Weise die gesunde Haut vor Schädigungen durch Sekrete, Witterungs- oder gewerblichen Einflüssen schützt, die natürliche Abwehrfunktionen der kranken Haut unterstützt und als Medikamententräger allen Ansprüchen genügt.

Die *Lenicet-Salbe* ist ein Präparat, das die Hautfunktion fördert, den optimalen Säurewert stabilisiert, vor Quellung wie auch vor Austrocknung schützt und durch seinen Gehalt an *Lenicet* entzündungswidrig wirkt. Dieser Effekt macht sich bei bestehender Irritation in einer raschen Beseitigung des Hitze- und Spannungsgefühls bemerkbar. Die Wirkungen treten selbstverständlich, bis auf einen mechanischen Schutz, nur bei Abweichungen von der normalen Beschaffenheit des Hautorgans in Erscheinung, so daß wir mit Recht von einer vollkommenen Indifferenz der Salbe bei normalen Hautverhältnissen und einem korrigierenden Einfluß auf Reizungen und Entzündungen sprechen dürfen.

Für das Abwehrvermögen der Haut ist der Säuremantel ein wesentlicher Faktor. Die Physiologie wie für die Reaktionen in Reaktionen des Hautorgan fehlt. Die Ansiedlung pathogener Mikroorganismen ist. Der physiologische Säurewert ist durch die jeweiligen Reaktionen zu säuern. *Lenicet* wirkt durch seine charakteristische, kontinuierliche Acetation freigesetzt und aufrechterhalten. In nächster Nähe eine Neutrale, die einen leicht sauren pH-Wert für das Wachstum seiner Mikroorganismen günstig.

Neben Acetationen werden auch Aluminiumverbindungen wirken stark adstringierend. Das Reaktionsprodukt des *Lenicet* mit dem Blutserum und den Eiweißkörpern des entzündlichen Exsudats ist eine Gallerte und nicht wie bei eiweißfällenden Substanzen ein fester Niederschlag. Der Ort der entzündlichen Reaktionen, das Mesenchym, ist auch der Angriffspunkt der *Lenicet-Salbe*. Das Kollagen und die Interzellulärsbstanz, die der Entzündungsreiz zur Auflockerung und Quellung bringt, werden durch Entquellung zum Normalzustand zurückgeführt. Die entzündungsbedingte „Entleimung“ und die damit verbundene Steigerung der Permeabilität wird rückgängig gemacht. Dadurch kommt eine ursächliche Hemmung der Transsudation und Exsudation zustande. Die Zellproteine werden dagegen nicht oder nur wenig beeinflusst, eine Tatsache, die auf die unterschiedliche Struktur dieser Eiweißkörper zurückzuführen ist.

Da bei Anwendung wäßriger Lösungen die Zahl der wirksamen Ionen so groß ist, daß infolge zu schneller Entquellung und Sprengung der Zellen des Rete granulosum Reizerscheinungen auftreten können, muß man eine Applikationsart wählen, die eine mildere Wirkung zuläßt. Es genügt, so viele Ionen zur Verfügung zu haben, daß die natürlichen Sekrete bzw. die Hautfeuchtigkeit sich damit sättigen. Die Applikation einer Salbe erscheint hier noch am ehesten gerechtfertigt. Es müssen jedoch einige Bedingungen erfüllt werden, will man auf

diesem Wege eine optimale Wirkung erreichen: Das Aluminiumacetat muß genügend fein verteilt sein, damit möglichst viele Moleküle zur Ionenbildung auf der Haut zur Verfügung stehen. Die beste Verteilung gestattet ein kolloides Produkt wie das als *Lenicet* bekannte Präparat.

Von Wichtigkeit ist auch die Salbengrundlage, deren Wahl durch ihre Wirkung auf die gesunde und kranke Haut, auf Verträglichkeit mit den inkorporierten Wirkstoffen und auf den Anwendungszweck bestimmt wird. Die wichtigste Eigenschaft einer Salbengrundlage ist jedoch ihre Reizlosigkeit. Für *Lenicet-Salbe* wäre eine stark wasserhaltige Emulsion ungeeignet, da es sich hier in erster Linie um eine Deck-, Schutz- und Massagesalbe handelt. Eine solche Salbe soll einen Schutzfilm bilden, um schädigende Noxen von der Haut fernzuhalten. Sie soll teilweise von der Epidermis aufgenommen werden. Sie muß die Hautfeuchtigkeit durch Emulgierung binden und darf die Haut doch nicht austrocknen, sondern muß sie geschmeidig machen. Eine gute Salbengrundlage von Wirkstoffen ist nicht notwendig. *Lenicet-Salbe* entspricht eine homogenisierte Mischung aus einem Gemisches noch wasserlöslichem Fett und feinstem

WUND-
UND HAUTSCHUTZ

LENICET
Salbe

DR. RUDOLF REISS
CHEMISCHE WERKE
BERLIN WEST

DM 0,80

Lenicet-Salbe gepflegt, nach dem Waschen und vor dem Auftragen von UV-Strahlung. Sekrete, bei Verletzungen, wird verwendet. Die *Salbe* muß der Haut angeschlossen werden. In dem Umkreis der Substanzen *Lenicet* keinen Schaden. Nach Abschluß der Anwendung sollte ihre Anwendung werden, damit die Wirkung und etwaige Kontaminationen werden. Des weiteren ist die Eignung des Präparates zu berücksichtigen.

Bei Dermatosen ist die Anwendung von *Lenicet-Salbe* überall dort angezeigt, wo die Epitheldecke chemisch, thermisch oder mechanisch geschädigt ist, bei Verätzungen, Verbrennungen, Rhagaden, Intertrigo, sonstigen Hautentzündungen sowie zur Bekämpfung der Hauttrockenheit gedeckter Strahlenschäden. Darunter fällt auch die Prophylaxe und Behandlung des Sonnenbrandes und der Insektenstiche. Bei Allergosen und Ekzemen ist auf Grund ihrer entzündungshemmenden, entquellenden und restituierenden Eigenschaften *Lenicet-Salbe* vorzüglich geeignet.

Das ideale Mittel, das in gleichmäßig vollkommener Weise die gesunde Haut vor Schädigungen durch Sekrete, Witterungs- oder gewerblichen Einflüssen schützt, die natürlichen Abwehrfunktionen der kranken Haut unterstützt und als Medikamententräger allen Ansprüchen genügt.

Die *Lenicet-Salbe* ist ein Präparat, das die Hautfunktion fördert, den optimalen Säurewert stabilisiert, vor Quellung wie auch vor Austrocknung schützt und durch seinen Gehalt an *Lenicet* entzündungswidrig wirkt. Dieser Effekt macht sich bei bestehender Irritation in einer raschen Beseitigung des Hitze- und Spannungsgefühls bemerkbar.

Der Ort der entzündlichen Reaktionen, das Mesenchym, ist auch der Angriffspunkt der *Lenicet-Salbe*. Das Kollagen und die Interzellulärsbstanz, die der Entzündungsreiz zur Auflockerung und Quellung bringt, werden durch Entquellung zum Normalzustand zurückgeführt. Die entzündungsbedingte „Entleimung“ und die damit verbundene Steigerung der Permeabilität wird rückgängig gemacht. Dadurch kommt eine ursächliche Hemmung der Transsudation und Exsudation zustande. Die Zellproteine werden dagegen nicht oder nur wenig beeinflusst, eine Tatsache, die auf die unterschiedliche Struktur dieser Eiweißkörper zurückzuführen ist.

Da bei Anwendung wäßriger Lösungen die Zahl der wirksamen Ionen so groß ist, daß infolge zu schneller Entquellung und Sprengung der Zellen des Rete granulosum Reizerscheinungen auftreten können, muß man eine Applikationsart wählen, die eine mildere Wirkung zuläßt. Es genügt, so viele Le...
haben, daß die natürlichen...
tigkeit sich damit sättigt...
erscheint hier noch a...
jedoch einige Bed...
diesem Wege e...
Aluminiumacetat...
damit möglich...
der Haut zur...
gestattet ein...
kannte Präpa...

Von Wichtig...
Wahl durch i...
Haut, auf Ver...
stoffen und au...
Die wichtigste...
jedoch ihre Reiz...
eine stark wasserh...
sich hier in erster Linie...
Massagesalbe handelt. D...
Schutzfilm bilden, um schädigen...
fernzuhalten. Sie soll teilweise von der Epidermis ab...
genommen werden. Sie muß die Hautfeuchtigkeit durch...
Emulgierung binden und darf die Haut doch nicht austrocknen, sondern muß sie geschmeidig machen. Eine perkutane Resorption von Wirkstoffen ist nicht notwendig. Dieser Zielsetzung entspricht eine homogenisierte Grundlage in Form eines Gemisches noch wasser- aufnahmefähiger Steroide des Wollfettes und feinsten nicht gebleichter Vaseline am besten.

Die gesunde Haut wird durch *Lenicet-Salbe* gepflegt, widerstandsfähig gehalten und nach dem Waschen und Baden gefettet. Gegen Witterungseinflüsse, UV-Strahlung und Mazeration durch Schweiß und Sekrete, besonders im Säuglings- und Kleinkinderalter, wird *Lenicet-Salbe* als Hautschutzmittel angewendet. Die Eignung des Präparates als Arbeitsschutzsalbe muß der praktischen Prüfung im Einzelfalle überlassen werden. Es darf jedoch gesagt werden, daß bei ständigem Umgang mit alkalisierenden und säuernden Substanzen ein Versuch lohnend ist. Dagegen stellt *Lenicet* keinen Schutz gegen Fettlöser (z. B. Kalk) dar. Nach Abschluß der Arbeit mit derartigen Substanzen sollte ihre Anwendung indessen nicht versäumt werden, damit die Hautelastizität wiederhergestellt und etwaige Kontinuitätsverletzungen abgedeckt werden. Des weiteren soll auch auf die vorzügliche Eignung des Präparates zu Massagezwecken hingewiesen werden. Bei Derma-

tosen ist die Anwendung von *Lenicet-Salbe* überall dort angezeigt, wo die Epitheldecke chemisch, thermisch oder mechanisch geschädigt ist, bei Verätzungen, Verbrennungen, Rhagaden, Intertrigo, sonstigen Hautentzündungen sowie zur Bekämpfung der Hauttrockenheit gedeckter Strahlenschäden. Darunter fällt auch die Prophylaxe und Behandlung des Sonnenbrandes und der Insektenstiche. Bei Allergosen und Ekzemen ist auf Grund ihrer entzündungshemmenden, entquellenden und restituierenden Eigenschaften *Lenicet-Salbe* vorzüglich geeignet.

Das ideale Mittel, das in gleichmäßig vollkommener Weise die gesunde Haut vor Schädigungen durch Sekrete, Witterungs- oder gewerblichen Einflüssen schützt, die natürlichen Abwehrfunktionen der kranken Haut unterstützt und als Medikamententräger allen Ansprüchen genügt.

Die *Lenicet-Salbe* ist ein Präparat, das die Hautfunktion fördert, den optimalen Säurewert stabilisiert, vor Quellung und auch vor Austrocknung schützt und durch...
entzündungswidrig wirkt.
bestehender Irritation in...
tzen- und Spannungs...
treten selbstver...
Schutz, nur bei...
Schaffenheit des...
mit Recht von...
Salbe bei nor...
korrigierenden...
gen sprechen

er sogenannte...
für die Patho...
er Hautkrank...
kranken Haut...
womit der An...
bereitet ist. Der...
durch Medikame...
nach dem jeweili...
erschluß säuern. *Lenicet-*
acetat in der charakteristi...
sch...
Durch langsame, kontinuierliche hydrolytische Spaltung werden Acetationen frei, welche ein saures Hautmilieu schaffen und aufrechterhalten. Bei alkalischer Reaktion wird zunächst eine Neutralisation und dann eine Pufferung auf einen leicht sauren pH erreicht. Ein solches Milieu ist für das Wachstum schädlicher Bakterien äußerst ungünstig.

Neben Acetationen werden auch Aluminiumionen frei. Aluminium-Verbindungen wirken stark adstringierend. Das Reaktionsprodukt des *Lenicet* mit dem Blutserum und den Eiweißkörpern des entzündlichen Exsudats ist eine Gallerte und nicht wie bei eiweißfällenden Substanzen ein fester Niederschlag. Der Ort der entzündlichen Reaktionen, das Mesenchym, ist auch der Angriffspunkt der *Lenicet-Salbe*. Das Kollagen und die Interzellulärsbstanz, die der Entzündungsreiz zur Auflockerung und Quellung bringt, werden durch Entquellung zum Normalzustand zurückgeführt. Die entzündungsbedingte „Entleimung“ und die damit verbundene Steigerung der Permeabilität wird rückgängig gemacht. Dadurch kommt eine ursächliche Hemmung der Transsudation und Exsudation zustande. Die Zellproteine werden dagegen nicht oder nur wenig beeinflusst, eine Tatsache, die auf die unterschiedliche Struktur dieser Eiweißkörper zurückzuführen ist.



det. — Nach dieser Einführung in die bisherigen Erkenntnisse der entwicklungspsychologischen Forschung werden dem Leser in dankenswerter Ausführlichkeit die eigenen, subtilen Beobachtungen der Verfasser vermittelt, und zwar unter bevorzugter Behandlung der Schlaf-Wach-Rhythmik in den einzelnen kindlichen Entwicklungsphasen. Die Untersuchungen zu diesem Thema wurden von August 1955 bis September 1957 an insgesamt 199 Kindern im Alter vom 1. Lebenstag bis zum 15. Lebensjahr durchgeführt (1104 Tagesverläufe). Hierbei konnten insbesondere die Erkenntnisse über den Neugeborenen-schlaf sowie die Schlaf-Wach-Rhythmik des Klein- und Schulkindes verfeinert werden. In der 1. Lebenswoche war eine Tag-Nacht-Rhythmik von Schlaf- und Wachzustand durchaus noch nicht zu erkennen. Von der 2. Lebenswoche an ließ sich eine leicht vermehrte Wachbereitschaft um 7 und 17 Uhr und somit der Beginn einer solchen Rhythmik feststellen, die sich in den folgenden Lebenswochen mehr und mehr ausbildet, wobei sich die Wachzeiten kontinuierlich verändern. Im 2. Vierteljahr überwog in der Zeit von 5 bis 17 Uhr das Wachsein und in der Zeit von 19 bis 5 Uhr das Schlafen schon deutlich. Aber auch bereits in diesem Alter besteht zwischen 12 und 14 Uhr eine merklich erhöhte Schlafbereitschaft, die beim jüngeren Kleinkind bis etwa zum 23. Monat anhält. Die Wachphase am Vormittag und in den Abendstunden nimmt bis zum 5. Lebensjahr kontinuierlich an Länge zu (bis 13 bzw. 19 Uhr). Ein Mittagsschlafbedürfnis stellten die Verfasser auch noch bei Schulkindern fest, und zwar bis zum 10. Lebensjahr. Die abendliche Wachphase verlängert sich in diesem Alter mehr und mehr. 40% aller 6- bis 10jährigen und 80% der 11- bis 15jährigen blieben bis gegen 20 Uhr wach, während 90% der Kleinkinder Frühaufsteher, nämlich schon um 6 Uhr wach sind, konnte beim Schulkind ein deutlich zunehmendes Schlafbedürfnis in den Morgenstunden ermittelt werden, weil es sich allmählich vom Abend- zum Morgenschläfer entwickelt. Nach einer eingehenden Diskussion der gesammelten Ergebnisse und Erfahrungen gelangen die Verfasser zu praktischen Schlußfolgerungen, z. B. zu dem Rat, die junge Mutter besser über die Schlafeigentümlichkeiten des Neugeborenen zu unterrichten, damit sie sich wegen der durch seinen natürlichen polyphasischen Schlaf-Wach-Rhythmus bedingten nächtlichen Unruhephasen nicht ängstige, und zu der auf der Koppelung des Hungergefühls mit diesem Rhythmus basierenden Empfehlung, in den ersten Lebenswochen eine extreme nächtliche Unruhe durch eine einmalige nächtliche Fütterung zu bekämpfen. Da der natürliche Schlafbedarf des Kleinkindes um die Mittagszeit nach den Beobachtungen der Verfasser — allerdings individuell schwankend — außerordentlich groß ist, sollte ihm auch gegen den Widerstand des Kindes Rechnung getragen werden. Das so oft beklagte Hell-Wachsein des Kleinkindes in den frühen Morgenstunden ist physiologisch und entspricht dem natürlichen frühabendlichen Müdigkeitsgefühl dieser Altersstufe. Entzug des Mittagsschlafes zur Erzielung längerer Morgenruhe ist daher nicht angezeigt und auch ohne Effekt. Dem endogenen Morgenschlafertyp des Schulkindes, der mit dem Tagesgang der physiologischen und psychologischen Leistungsbereitschaft dieser Altersstufe übereinstimmt, sollte nach Ansicht der Verfasser durch späteren Schulbeginn und bei berufstätigen Jugendlichen durch entsprechende Rücksichtnahme bei Festsetzung des Arbeitsbeginns Rechnung getragen werden, da das Schlafdefizit infolge der endogenen Unfähigkeit dieser Altersstufen, entsprechend zeitiger einzuschlafen, auf andere Weise nicht ausgeglichen werden kann.

Die für alle an der Gesunderhaltung und Steigerung der Leistungsfähigkeit der Jugend interessierten Kreise höchst

lesenswerte Monographie enthält zahlreiche weitere aufschlußreiche Einzelheiten sowie eindrucksvolle und übersichtliche Tabellen. Eine Kritik erübrigt sich, da das Werk von höherer Stelle mit dem Moropreis ausgezeichnet wurde. Priv.-Doz. Dr. Susanne von Berlin (München)

Das Kind und die Zivilisation. Ärzte zur Jugendgesundheit.

Herausgegeben von W. Theopold, Deutscher Ärzteverlag, Köln. 112 Seiten, kart. DM 5.80.

Zu dem kleinen Bändchen wurden Beiträge mehrerer mit den schädigenden Einflüssen der Zivilisation auf das Kind besonders vertrauter Autoren vereint. Gerade durch die Behandlung dieses aktuellen Themas unter verschiedenen Gesichtswinkeln gewinnt das Buch ganz ungewöhnlich an Reiz. Im ersten Beitrag über „Gesundheit und Zivilisation“ setzt sich Theopold mit der Definition des Begriffs Gesundheit auseinander und wendet sich danach den Zivilisationsschäden im allgemeinen zu, wobei er mit Recht die Gefahren für die seelische Gesundheit der heutigen Jugend besonders hervorhebt. Es folgt ein eingehender Bericht von de Rudder über „die Gesundheit unserer Schuljugend“. Als Prototyp des Schulkindes gilt ihm das Stadtkind. Seine Gesundheit wird vor allem durch die Lebensraumbeschränkung, die Auflösung der Familie und die Überlastung mit Reizen aller Art gefährdet, so daß das „nervöse Kind“ heute die Sprechstunde des Pädiaters füllt. Nach kurzer Erörterung der Reizpathologie des Kindesalters wendet sich der Autor dem Problem der Längen- und Sexualacceleration in den von der Zivilisation erfaßten Völkern zu, Phänomene, für die offenbar die sympathicotonen Reize aetiologisch ausschlaggebend sind. Neben den accelerierten Kindern finden sich nach wie vor und wie zu allen Zeiten die Spätreifen, die sich aber heute gegen die Frühentwickelten besonders abheben, woraus schwere seelische Entwicklungsstörungen sogar mit kriminellen Folgen resultieren können. Als dritten Beitrag finden wir den bekannten, von Bennholdt-Thomsen auf dem 8. Internationalen Kongreß für Pädiatrie in Kopenhagen gehaltenen Vortrag mit dem von Jahr zu Jahr noch an Aktualität gewinnenden Thema „Eltern ohne Zeit“. Eltern, die sich ihren Kindern nicht widmen, gab es auch früher, aber es handelte sich um Ausnahmen. Heute — im sogenannten Jahrhundert des Kindes — wird diese Haltung fast zur Norm. Dies dokumentiert sich beispielsweise erschütternd in Zeichnungen von Kindern aus der Sexta eines Deutschen Lyzeums, von denen Neunzig unter Hundert zur Charakterisierung ihres Sonntags ein allein spielendes Kind gewählt haben. Die Gefahr dieser Einstellung der Erwachsenen erhellt aus dem häufigen Verteidigungsargument kriminell gewordener Halbwüchsiger, die sich bitter darüber beklagen, daß ihre Eltern für ein gutes Wort, eine helfende Hand oder den Versuch des Verstehens keine Zeit finden. Der vierte Aufsatz, von Nitsch, enthält „Betrachtungen über den derzeitigen Gesundheitszustand unserer Kinder“. Infektionskrankheiten sind als Todesursache ganz in den Hintergrund getreten. Hingegen rangiert der Verkehrsunfall jenseits des 1. Lebensjahres an erster Stelle. Wegen der noch immer relativ hohen Säuglingssterblichkeit setzt sich der Autor für die Förderung sozial-hygienischer Belange und weiterer Fürsorgemaßnahmen ein, nicht zuletzt auch im Hinblick auf die nur hierdurch mögliche Einschränkung der Frühgeburtigkeit. Während also bestimmte organische Krankheiten (Infektionskrankheiten, Vitaminmangelschäden, Ernährungsstörungen des Säuglings) unter dem Einfluß der Zivilisation laufend abnehmen, sind andere unter ihrer Einwirkung im Anstieg begriffen (Krankheiten der Atemwege, Haltungsschwäche durch Muskellarmut, Magen-Darm-Geschwüre bei Jugendlichen). Über die Zunahme

PROTENZYM
SALBE LYSSIA · PUDER LYSSIA

LYSSIA - WERKE · WIESBADEN

**Fermentative Ausräumung
in saurem Milieu!**
Mit **spontanen** Erfolgen
selbst in hornnäckigen Fällen von
NEKROSEN · REZIDIVEN · ULCERA

funktionaler Störungen und deren Übergang in organische Leiden kann heute noch nichts Sicheres ausgesagt werden, weil ihre zuverlässige statistische Erfassung zur Zeit noch durch Unklarheiten in der Definition und die Verschiedenartigkeit der Untersuchungstechnik beeinträchtigt wird; sie verdienen aber auf jeden Fall unsere volle Aufmerksamkeit. In dem Beitrag „Kritische Betrachtungen zu schulärztlichen Untersuchungen“ kommt Maneke zu dem Schluß, daß „eindeutige quantitative Angaben über den Gesundheitszustand der deutschen Jugend auf Grund der schulärztlichen Untersuchungen zu machen nicht zulässig ist“; er schlägt daher statt häufigerer, methodisch einwandfreiere und intensivere Reihenuntersuchungen vor. Der Artikel enthält wesentliche Bemerkungen zur Problematik der Erfassung präorbiter Zustände in den verschiedenen kindlichen Entwicklungsstufen mit ihren, biologisch bedingten, somatischen und psychischen Labilitätsphasen. Als Letzter kommt Heilbrügge mit einem inhaltsreichen Aufsatz „über alterskonstitutionelle Gesichtspunkte zur Leistungsfähigkeit und Beanspruchung in Kindes- und Jugendalter“ zu Wort. Er betont, daß die Belastungsfähigkeit des heranwachsenden Organismus vor allem unter Berücksichtigung der sich ständig wandelnden Alterskonstitution betrachtet werden muß. Zunächst werden die wechselnden Reaktionen auf Umweltschäden in den verschiedenen Reifestufen, die Altersklassensterblichkeit und biologische Lebensleistung, der alterskonstitutionelle Wandel des Bewegungsdranges und des Schlafbedarfes besprochen. Sodann geht der Autor auf die Probleme der Acceleration sowie auf die meßbare Leistungsfähigkeit im Schul- und Jugendalter ein. Auf die Notwendigkeit einer altersspezifischen Tagesaufgliederung, die schon 1885 von Key propagiert wurde, wird hingewiesen. Ausführlich wird sodann die derzeitige Beanspruchung von Kindern und Jugendlichen in körperlicher und geistiger Hinsicht dargestellt. Es handelt sich um Erkenntnisse, die an großen Zahlen in subtilen Untersuchungen gewonnen wurden. Heilbrügge kommt zu dem Ergebnis, daß heute die biologischen Verschiedenheiten der einzelnen Entwicklungsstufen bei der Beanspruchung des Kindes und des Jugendlichen nicht genügend berücksichtigt, vielmehr Kinder und Jugendliche weitgehend den gleichen Belastungen ausgesetzt werden, was zu einer Überforderung des Leistungsvermögens der jüngeren Individuen insgesamt führt. — Die aufmerksame Lektüre dieses an Umfang knappen, aber inhaltsschweren Büchleins ist jedem, dem das Wohl der Jugend am Herzen liegt, dringend zu empfehlen, nicht zuletzt als Mittel zur Erkenntnis, wie im eigenen Bereich ein Beitrag zur Eindämmung der Zivilisationsschäden des Kindes beigetragen werden kann.

Priv.-Doz. Dr. Susanne von Berlin (München)

Lehrbuch der PHYTOTHERAPIE von Dr. R. F. Weiß. 2., umgearbeitete und erweiterte Auflage der „Pflanzenheilkunde in der ärztlichen Praxis“ 1960, mit 122 Pflanzenzeichnungen, Hippokrates-Verlag, Stuttgart. 408 Seiten, Ganzln. DM 56.—

Der Pflanzenheilkunde wurde in den vergangenen Jahren wieder ein erhöhtes Interesse von selten der Ärzteschaft entgegengebracht. Dies dürfte in erster Linie darauf beruhen, daß man heute nicht mehr wie früher auf eine Betrachtungsweise angewiesen ist, die vom Historischen her und von der Volksempirie ausgeht, sondern weil die Möglichkeiten der Pflanzentherapie durch wissenschaftliche Arbeiten in Kliniken und Krankenhäusern ernsthaft und kritisch geprüft wurden und werden. Wenn auch so manche Heilwirkung einer Pflanze von unseren Vorfahren intuitiv richtig erkannt wurde, so ergaben sich doch durch klinische Prüfungen wertvolle Einblicke in die Phytotherapie, welche an Beispielen, wie *Crataegus*, *Rauwolfia*, *Convallaria*, *Ammi visnaga*, eindrucksvoll zu ersehen sind, die auch in dem Buch weitgehend berücksichtigt wurden und deshalb ein erhöhtes Interesse in weiten Kreisen der Ärzteschaft erwecken dürften.

Es ist sicherlich sehr vorteilhaft, daß der Autor nicht von einer Beschreibung der einzelnen Heilpflanze ausgeht, sondern von den Krankheiten bzw. Krankheitsgruppen und in diesem Zusammenhang Indikation und Wirkungsweise der in Betracht kommenden Pflanzen eingehend bespricht. In unserer hastenden Zeit, in der man bestrebt ist, durch starkwirkende chemische Arzneistoffe rasche

Heilerfolge zu erzielen, dürfte als gewisser Ausgleich eine Orientierung nach einer biologischen Therapie erstrebenswert sein. Auch der große Berliner Pharmakologe Heubner hat das bedeutungsvolle Wort gesprochen, daß die heutige Medizin zu sehr im Banne der Chemie stehe.

Es ist nicht möglich, in einer kurzen, gedrängten Buchbesprechung auf Einzelheiten des gut ausgestatteten Buches einzugehen. Nur einiges sei hier kurz erwähnt. Es ist sehr verdienstvoll, daß der Verfasser der Phytotherapie den ihr zugehörigen Platz zuweist und ihre Grenzen bestimmt. So weist der Autor z. B. bei der Behandlung des Diabetes auch auf die Gefahren hin, die u. U. mit einer Phytotherapie dieser Krankheit verbunden sein können.

Ferner findet man sehr gute objektive Hinweise auf noch sehr umstrittene Drogen wie die *Radix Ginseng*.

Das Werk bietet eine Reihe wertvoller Rezeptvorschriften, nicht nur für Teemischungen, sondern auch für andere pflanzlich-galenische Zubereitungsformen. Auch bringt es Hinweise auf die entsprechenden Fertigpräparate der auf phytotherapeutischem Gebiet arbeitenden und forschenden pharmazeutischen Industrie, die sich gerade in letzter Zeit sehr entwickelt hat und der mancher Fortschritt auf dem Gebiete der Pflanzenbehandlung zu verdanken ist.

Allen Kollegen, die Interesse für die Pflanzentherapie hegen und sich die entsprechenden Kenntnisse für ihre praktische Anwendung aneignen wollen, kann das Buch nur wärmstens empfohlen werden.

Dr. C. St.

Arzneitherapie des praktischen Arztes. Von Dr. med. et phil. Georg Banzer, Verlag Urban & Schwarzenberg, München—Berlin, 384 Seiten, 6., neubearbeitete Auflage 1959, Leinen, Preis 22,— DM.

Dem Vorwort ist zu entnehmen, daß der Autor in seinem Buch bestrebt ist, die Kunst des Rezeptierens dem Arzt wieder näherzubringen. Dies ist deshalb sehr begrüßenswert und erstrebenswert, da die Rezeptur in der Bundesrepublik im Gegensatz zu anderen Ländern äußerst zurückgegangen ist, um nicht zu sagen fast zum Erliegen kam. Die Gründe hierfür und zugleich auch die Widerstände, dürften folgende sein: einmal der Zeitmangel von Arzt und Apotheker, ferner die zweifelhafte unzureichende pharmazeutisch-pharmakologische Ausbildung der Medizinstudierenden und nicht zuletzt auch das Bestreben so vieler Ärzte — beeinflusst von einer intensiven Reklame bei Fertigpräparaten — immer das Neueste und Modernste zu verordnen, unter Außerachtlassung des guten alten Bewährten. Dieser letztere Umstand wird noch dadurch gefördert, daß doch so manche Magistralformel veraltet und überholt ist. Hier könnte allerdings der Einbau von modernen Rezeptursubstanzen — soweit sie von der Pharmazeutischen Industrie freigegeben sind — wesentlich zu einer Wiederbelebung der Kunst, ein Rezept *Lege artis* zu verschreiben, beitragen und das Interesse der Ärzte erwecken.

Die spezielle Arzneitherapie ist nach klinischen Gesichtspunkten unterteilt und bietet damit die Möglichkeit einer raschen Orientierung in der Praxis. Bei den einzelnen Indikationsgebieten wird nicht nur auf die entsprechenden Fertigpräparate hingewiesen, sondern auch auf bewährte Rezepturarsenale, die dem Bedürfnis des Arztes entgegenkommen, eine individuelle und anonyme Arzneitherapie zu treiben. Wichtige Arzneistoffe, wie Vitamine, Antibiotika und Sulfonamide, wurden in besonderen Abschnitten prägnant und übersichtlich behandelt.

Neben den Kapiteln: Therapie der Vergiftungen, Maximaldosen für Erwachsene und Kinder findet sich ein sehr wichtiger Hinweis auf unverträgliche Arzneimischungen, der allerdings bei einigen wenigen Rezepturen nicht genügend berücksichtigt wurde. Z. B. bei der Kombination von Chinarsäuren und Phenylidimethylpyrazolon (S. 52 und 224). Ferner sei auf die DRF: Infus. Rad. Ipecac. und Decoct. Rad. *Violae odorat.* hingewiesen, bei denen es infolge des alkalischen Milieus (Liqu. Ammon. anis.) zur Ausfällung der Alkaloide kommt.

In diesem Zusammenhang erhebt sich die Frage, ob man nicht Infusa und Decocte, da sie eine sehr zeitraubende Arbeit für den Apotheker bedeuten und mitunter sehr wenig haltbar sind, nicht durch Fluidextrakte in einer modernen Arzneitherapie ersetzen soll. Allerdings

müßten diese dann in ihrem Wirkungsgehalt standardisiert sein. So dürfte m. E. ein offizinelles Galenicum, wie das *Extractum Secalis cornuti fid.*, bei dem Kapitel: Gynäkologische Krankheiten besonders erwähnt wurde, nicht mehr den Anforderungen entsprechen, die an ein starkwirkendes modernes Medikament gestellt werden müssen, zumal der Wirkstoffgehalt gerade bei der Mutterkorn-droge starken Schwankungen unterworfen ist.

Diese Gedanken sollen lediglich einer allgemeinen Anregung dienen und keineswegs den Wert des Buches, den es für den praktischen Arzt besitzt, schmälern. Es wäre nur zu begrüßen, wenn sich die Absicht des Autors verwirklichen würde, nämlich wenn das Rezept wieder zu einer geistigen Leistung des Arztes und zur Krönung seiner Handlung werden würde und wenn damit die Ehrfurcht vor der Arznei wieder bei Arzt und Patient erweckt werden könnte — zumal in einer Zeitepoche, in der das Pharmakon vielfach zur Handelsware abzusinken droht.

Dr. C. St.

Klinische Laboratoriumsdiagnostik. Herausgegeben von Prof. Dr. Norbert Henning, Direktor der Med. Univ.Klinik Erlangen, unter Mitarbeit zahlreicher Fachgelehrter. Verlag Urban & Schwarzenberg, München—Berlin. Zweite, verbesserte Auflage mit 203 Abbildungen und 9 Farbtafeln XVI und 700 Seiten, 1960, Kunststoff-einband, 68,— DM.

Vorliegendes Werk, dessen I. Auflage bereits im Januar 1960 in diesem Blatt besprochen wurde, ist bereits jetzt in zweiter, etwas erweiterter Auflage erschienen. Allein dadurch ist unsere sehr zustimmende Besprechung der ersten Auflage als gerechtfertigt erwiesen. Es entspricht wirklich einem allgemein fühlbaren Bedarf.

Die neue Auflage ist um den Latex-Test zur Bestimmung des Rheumafaktors und drei weitere Serumfermentmethoden erweitert, die sich aus der modernen Entwicklung ergaben, und bietet sich sonst in alter Vollständigkeit und altem Werte dar.

Natürliche Ernährung für gesunde und kranke Menschen. (Schriftenreihe des Zentralverbandes der Ärzte für Naturheilverfahren.) Von Dr. H. Haferkamp. ML-Verlag, Medizinisch-Literarischer Verlag Dr. Blume & Co., Hamburg 13, Isestraße 115, 101 Seiten, brosch., 9,80 DM.

In dem vorliegenden 101 Seiten umfassenden kleinen Werk sind die Vorträge zusammengefaßt, die auf dem 12. Kurs für Naturheilverfahren, einer Sondertagung in Bad Pyrmont, die unter dem Zeichen „Naturgemäße Ernährung für Gesunde und Kranke“ stand, gehalten wurden.

Unter den Vortragenden finden sich Autoren, die ihre besondere Aufgabe darin sehen, immer wieder in Aufsätzen, Zeitschriften, Zeitungartikeln und Vorträgen auf die gesundheitlichen Schäden hinzuweisen, die unser modernes, in immer stärkerem Maße von der Technik beeinflusstes Leben bedrohen, was in steigendem Maße sich so von dem entfernt, was durch den Begriff Naturverbundenheit gekennzeichnet ist. Die Veränderung der Ernährung ist ja nur ein, allerdings sehr wichtiges Abweichen vom Leben unserer Väter und Großväter — und von der Art, wie sie sich verköstigten. Diese Entwicklung begann schon vor der Jahrhundertwende und schritt dann in rascherem Tempo nach dem ersten Weltkrieg fort und ist heute in allen „zivilisierten“ Ländern der Erde etwa die gleiche.

Es ist sicherlich nützlich und dankenswert, wenn das große Gebiet der Ernährung in einer Vortragsserie unter diesem Gesichtspunkt betrachtet wird und die Ärzte sich mit dem ganzen Fragenkomplex vertraut machen; denn sie sind ja in erster Linie die Ratgeber, an die sich ihre Patienten wenden, wenn es darum geht, wie man sich vernünftig ernährt.

Wenn in solchen Vorträgen und den Diskussionen hierzu, die wissenschaftliche Forschung, wie dies zuweilen geschieht, getadelt und ihr vorgeworfen wird, sie bekümmere sich nicht genügend um das Problem, so sei demgegenüber darauf hingewiesen, daß es nicht die Naturheilkunde gewesen ist, die das Wesen und die Ursache der Beri-Beri-Krankheit, der Pellagen, des Skorbut und der anderen Mangelkrankheiten bis ins letzte geklärt und die Menschheit vor der Verbreitung dieser

furchtbaren Krankheiten bewahrt hat, sondern die sog. „Schulmedizin“ durch die Entdeckung der Vitamine und den systematischen Ausbau der Ernährungslehre.

Es kann nicht Aufgabe eines kurzen Referates sein, den Inhalt jedes einzelnen Vortrages wiederzugeben und kritisch zu betrachten, dem Leser soll jedoch ein gewisses Bild von dem Vortragszyklus übermittelt werden.

Der erste Vortrag — Beeinflussung des Lebenslaufes durch Ernährung und Ernährungsbehandlung — von E. G. SCHENK stellt eine sehr interessante Studie dar, in deren Mittelpunkt die Zelle gestellt wird. Derjenige, der versucht hat, als Internist in den Zellstoffwechsel eindringen zu wollen, und weiß, daß die Mitochondrien etwa 100 Enzyme und Coenzyme enthalten, daß sie die Träger der Zellatmung sind (nach WILLSTÄTTER ist ja das Leben das geregelte Zusammenwirken enzymatischer Vorgänge!) und daß jedes Enzym zu seiner Bildung eines Gens bedarf (was als Desoxyribonukleinsäure-Makromolekül erkannt wurde), wird, wenn er sich weiter mit den anderen Zellbestandteilen beschäftigt, sich sehr rasch mit Beklemmung bewußt werden, daß er höchstens das eine oder andere andeuten kann, wenn er nicht Gefahr laufen will, von den großen Biochemikern, die ihr Leben der Zellforschung gewidmet haben, hart kritisiert zu werden. Der Referent glaubt, den Ausführungen SCHENKS nicht folgen zu können, da die Dinge seiner Meinung nach unendlich komplizierter liegen, als sie nach SCHENK sind.

Eine vortreffliche Übersicht über die lebensnotwendigen Nährstoffe (ihren Zustand in den Nahrungsmitteln, roh oder gekocht) gibt H. D. CREMER. F. GRANDEL beschäftigt sich mit der Frage der ernährungsphysiologischen Bedeutung der Eigenfermente in der Frischkost und diskutiert die Frage, ob und inwieweit die Fermente pflanzlicher Nahrungsmittel in frischem, rohem, ungekochtem Zustande im Magen-Darm-Kanal eine Wirkung entfalten; der größte Teil dieser Fermente besteht ja aus Eiweißkörpern, und diese werden doch durch Pepsin, Kathepsin usw. verdaut. B. THOMAS, der auf dem Gebiete der Brotfrage so erfahrene Forscher aus Potsdam-Rehrücke, gibt einen ausgezeichneten kritischen Bericht über Vollkornbrot und Vollkornbrot. Zu dem gleichen Thema spricht K. FRANKE. Die Fragen der modernen Säuglingsernährung (P. FRICK) müssen hier übergangen werden. Die Arbeiten W. KOLLATHS sind allzu bekannt, als daß seine eigenwilligen Anschauungen in den „Grundsätzen für eine vernünftige Krankenernährung“ im einzelnen besprochen werden müßten.

Es folgen dann eine Reihe von Vorträgen zur Diätbehandlung von Krankheiten. W. HEUPKE leitet sie ein mit der koehsalzarmen Diät, bes. bei Herzkranken; auf diesem Gebiet haben sich manche bisher gültigen Anschauungen durch die Arbeiten von HOLTMEIER geändert. Zu dem gleichen Thema (Herz- und Kreislauf) sprechen dann BOSSE und H. MALTEN.

Diät bei Magen-, Darm- und Leberkrankheiten ist Gegenstand eines Vortrages von K. FRANKE, über Ernährung des Diabetikers spricht H. MALTEN.

Diesen Themen folgt eine Darlegung der besonderen Nahrungsbedürfnisse im Zustande der Schwangerschaft und des Wochenbetts durch E. A. MUELLER; man begegnet hier einigen Gesichtspunkten, die sonst wenig hervorgehoben werden.

Zur Diätetik des Fastens gibt J. KÄMMERER beherzigenswerte Hinweise auf die Bedeutung des Geistig-Seelischen während der Kur; beherzigenswert sicherlich, soweit es sich um differenzierte Persönlichkeiten handelt, die Einwirkungen in dieser Sphäre überhaupt zugänglich sind.

„Die Verwirklichung der ärztlich verordneten Diättherapie durch Ernährungsbereitung“ ist eine Aufgabe, mit der sich die auf dem Gebiet weithin bekannte Kollegin E. ALDENHOVEN beschäftigt. Ihre Vorschläge verdienen ernste Beachtung.

Den Schluß bilden Diskussionsbemerkungen zu drei der Vorträge (von CREMER, BOSSE und THOMAS) von W. KOLLATH, in denen er mit der ihm eigenen Dialektik zu Ausführungen der genannten Autoren Stellung nimmt. KOLLATH benützt dabei die Gelegenheit, wiederum an

den, wie er meint, von ihm entdeckten Komplex Mesotrophie zu erinnern. Der Referent hat bei anderer Gelegenheit bereits darauf hingewiesen, daß schon in den zwanziger Jahren von englischen Autoren Beobachtungen gemacht worden sind, die bis in alle Einzelheiten den Befunden gleichen, die KOLLATH beschrieben hat, so daß also nur der Name „Mesotrophie“ auf KOLLATH zurückgeht. Man sollte eigentlich erwarten, daß KOLLATH davon Notiz nähme, da er sicher Kenntnis von den Bemerkungen des Referenten hat, finden sich diese doch in einer Rezension eines seiner Bücher.

Im übrigen hat ein physiologischer Chemiker vom Range KÜHMANS, dessen umfassendes, mit strengster Kritik gepaartes Wissen bekannt ist, im Hippokrates (31. Jahrg., Heft 7, 1960) sich ausführlich mit der Frage beschäftigt: „Gibt es eine Mesotrophie beim Menschen?“ In seiner zehn Seiten umfassenden Arbeit lehnt KÜHMAN KOLLATHS These ab.

Überblickt man die Fülle des in den gesammelten Vorträgen Gebotenen, so muß man sagen, daß dem Praktiker damit die Möglichkeit zur Fortbildung auf diesem Gebiete in bester Weise geboten wird. Wilhelm Stepp, München

„Schutz unserer Nahrung“ von Dr. Volker Hamann, Deutsche Forschungsanstalt für Lebensmittelchemie, Nr. 12 der Schriftenreihe „Richtige Ernährung“, herausgegeben im Auftrag des Verbraucherausschusses für Ernährungsfragen. Zu beziehen durch den Bundesausschuß für volkswirtschaftliche Aufklärung e. V., Köln I, Sachsenring 55. 79 Seiten, broschiert, DM —.60.

Der heftigste Kampf in Politik und Presse um eine Erneuerung und Ergänzung der Lebensmittelgesetzgebung bis zur Unterzeichnung der Lebensmittelgesetznovelle durch den Bundespräsidenten am 21. 12. 1958 hat nicht nur die Fachleute aus Wissenschaft und Praxis, sondern auch die breite Bevölkerung beschäftigt und erregt. Da aber nur wenige Eingeweihte diese ganzen Vorgänge beurteilen konnten, entstand zumindest bei den aufgeschlossenen Verbrauchern eine erhebliche Beunruhigung darüber, wie weit der Gesetzgeber einen wirkungsvollen Schutz unserer Lebensmittel tatsächlich erreicht hat. Die vorliegende populärwissenschaftliche Schrift aus der Feder eines erfahrenen, mit der Materie eng vertrauten Experten vermag nicht nur diese Wogen zu glätten. Sie gibt auch einen ausgezeichneten Einblick in die mühevollen Vorarbeiten bis zur Gesetzesverabschiedung und vermittelt ein für den gebildeten Laien sehr anschauliches mit Beispielen belebtes Bild von den Gefahren, die unserer Nahrung vom Erzeuger bis zum Verbraucher drohen und von den erarbeiteten und gesetzlich fixierten Schutzmaßnahmen, die diese bannen sollen und können. Die Vielfalt der Probleme ist übersichtlich gegliedert, leicht faßbar und doch wissenschaftlich exakt dargestellt und durch Illustrationen aufgelockert.

Am Schluß ist noch der vollständige Gesetzestext in der neuesten Fassung eingefügt.

Die ganze Darstellung ist ein Musterbeispiel bestens gelungener Aufklärungsarbeit, die gerade heute bei der teils recht gefährlichen Popularisierung aktueller wissenschaftlicher Fragen größte Bedeutung hat.

Dr. M. Seibold, München

Bircher-Benner-Handbüchlein für Rheuma- und Arthritis-kranke und für Nieren- und Blasenranke. Von verschiedenen Verfassern. Bircher-Benner-Verlag GmbH., Erlenbach-Zürich, Bad Homburg v. d. H., jeweils ca. 60 S., kart. DM 4.50.

In der Reihe der bekannten Bircher-Benner-Handbüchlein liegen jetzt die Bände 8 und 9 vor.

Nr. 8: für Rheuma und Arthritisranke;

Nr. 9: für Nieren- und Blasenranke.

Die Büchlein enthalten eine Einleitung, die dem Laien das Wesen und den Ablauf der Erkrankung verständlich macht und führt im Anschluß daran einen Heilplan auf, der auf den darin erworbenen Kenntnissen aufgebaut ist.

Gerade bei diesen, meist chronisch verlaufenden Krankheiten wird dem Leser gezeigt, welche Heilerfolge mit einer zweckmäßigen Ernährung erreicht werden können.

Das Wesentlichste des Heilplanes ist die Heildät. Weiters werden physikalische Maßnahmen, medikamentöse Behandlung und Vorbeugung zur Verhütung von Rückfällen kurz besprochen. Im Rezeptteil finden wir zahlreiche Einzelrezepte der Heilnahrung sowie zusammengestellte Speisepläne. Beide Heftchen sind unter ärztlicher Leitung eine wertvolle Fundgrube für jeden, der es mit der Behandlung und Heilung seines Leidens ernst meint und ein Trost für die vielen chronisch Kranken, denen ein naturgemäßer Weg zur Besserung und Heilung ihres Leidens gezeigt wird.

„Kochsalzarme Voll- und Schonkost.“ 63 Tagesmenükarten von Dr. H. J. Holtmeier, Bonn, mit einem Geleitwort von Prof. Dr. P. Martini, Bonn, und Prof. Dr. J. Kühnau, Hamburg, 1960. Georg Thieme Verlag, Stuttgart. 184 S., 25 Abb., kartoniert DM 8.70.

Das vorliegende gut ausgestattete Buch ist ein Auszug aus der Monographie des gleichen Verfassers „Kochsalzarme Kost“ und eine mit ausführlichen Erläuterungen versehene Sammlung von Wochenspeiseplänen und insgesamt 63 Tagesmenü-Zusammenstellungen. Sie ermöglicht es, die modernen Erkenntnisse über den Elektrolyt- und Wasserhaushalt sowie über seine hormonale Regulation bei den Indikationen zur kochsalzarmen Kost in die Praxis zu übertragen. Damit wird der ausgezeichnete gelungene Versuch unternommen, sowohl dem behandelnden Arzt eine brauchbare Unterlage zur Patientenberatung zu geben als auch den Diätküchen von Krankenhäusern, Sanatorien und Altersheimen eine anschauliche und leicht faßbare Anleitung zur Herstellung dieser Kost zu liefern. Sehr bedeutungsvoll dürfte die breite Auswirkung des kleinen Werkes aber auch dadurch werden, daß die Hausfrau im Privathaushalt hier endlich die Möglichkeit findet nach Anleitung eine kochsalzarme, äußerst abwechslungsreiche Kost ohne größte geistige Anstrengung, technische Mühe oder finanzielle Belastung für den gefährdeten Familienangehörigen selbst herzustellen.

Das besondere Verdienst des Verfassers ist nicht nur die Erarbeitung langjährig an der Bonner medizinischen Klinik geprüfter Rezepte, sondern auch die aus den neuesten Ergebnissen gewonnene wissenschaftliche Fundierung der praktischen Anleitung.

So wird unterschieden zwischen der „kochsalzarmen Kost“, die eine Beschränkung der täglichen Kochsalzzufuhr auf 3 g bzw. 51 mÄq Na⁺ und Cl⁻ ermöglicht und einer „streng kochsalzarmen“ früher „kochsalzfrei“ genannten Diät mit einer täglichen Zufuhr von weniger als 1 g bzw. 17 mÄq Na⁺ und Cl⁻. Die streng kochsalzfreie Diät ist außerdem aufgegliedert nach 2 Jahreszeitgruppen und in eine Vollkostform, eine Magen-Leberschonkostform und in eine strenge, eiweißarme Nierenschonkost. Die vom Verfasser neu und genau ermittelten Natriumgehalte aller gebräuchlichen Lebensmittel sind in Tabellen zu den Nahrungsmitteln in sehr praktische quantitative Beziehungen gebracht worden, die es gestatten, jeden gewünschten Nahrungsmittelaustausch vorzunehmen, wobei die sogenannten „Natriumwerte“ entsprechend 1 mÄq Na⁺ den g-Mengen

RECORSAN®

RECORSAN-LIQUID

zur Crotoegus - Kombinationstherapie des Altersherzens

30 ccm lt. AT. DM 1,95 o.U.

RECORSAN-GMBH. APOTHEKER REINHARD & SOHN · MÜNCHEN · GRAFELFING

der entsprechenden Nahrungsmittel gegenüber gestellt werden. Alle Rezeptangaben und Zusammenstellungen berücksichtigen getrennt den Natrium- und Chlorionengehalt in Milliäquivalent und ermöglichen damit effektiv die Kontrolle der Natriumzufuhr, die bisher nach den alten gebräuchlichen Kochsalztabelle, die auf den Chloridanteil ausgerichtet waren, gar nicht möglich war.

Die liebevoll-sorgfältige diätetische Ausarbeitung des Mittag- und Abendtisches mit der Möglichkeit zu den zugrundegelegten 2400 Cal/Tag noch Zulagen von 300 bis 450 Cal. zu verabreichen, wird allerdings bei der extrem eintönigen Zusammenstellung von Frühstück und Nachmittagskaffee völlig vermisst, obwohl gerade beim Frühstück entsprechende Anregungen nach modernen diätetischen Prinzipien sehr wertvoll gewesen wären.

Trotz der in letzter Zeit bedauerlicherweise zunehmenden Tendenz, bei der Ödemtherapie den so wichtigen alimentären Kochsalz- bzw. Natriumentzug zu vernachlässigen und sich weitgehend auf Medikamente zu verlassen, wird das Buch für Praktiker und Kliniker, für die Diätassistentinnen und nicht zuletzt für die ärztlich beratene Hausfrau ein äußerst wertvoller und sehr praktischer Helfer sein. M. Seibold, München.

Anmerkung für den Thieme-Verlag.

In Holtmeier: Kochsalzarme Voll- und Schonkost fehlt in Tabelle NaW 5 unter Nr. 49, 51 und 52 der Grammwert.

Die Anmerkung der Wochenpläne „für Winter- und Frühjahrs-Tagesmenükarte“ bzw. „für Sommer- und Herbst-Tagesmenükarten“ müßte im Druck stärker hervorgehoben werden, um eine schnellere Orientierung zu ermöglichen. Dr. M. Seibold, München

Bayerisches Jahrbuch 1960/61. Jubiläumsausgabe im 60. Jahrgang. Carl Gerber Verlag, München. 476 Seiten, Halbleinen DM 19.80.

Das renommierte „Bayerische Jahrbuch“ liegt für 1960/61 nun als Jubiläumsausgabe im 60. Jahrgang vor. Für alle bayerischen Behörden und Ämter, für Schule und Kirche, für Wirtschafts-, Berufs- und Wohlfahrtsorganisationen sowie für alle Berufsstände, denen rasche, zuverlässige Unterrichtung über alle Gebiete des öffentlichen Lebens Zeitgewinn bedeutet, ist dieses vollkommene Auskunftswerk wieder ein unentbehrlicher Helfer. Das bayerische Gemeindeverzeichnis mit sämtlichen Strukturangaben, ein Kalendarium und zahlreiche allgemein-interessierende Angaben runden den unerschöpflichen Inhalt zu einem Gebrauchsbuch ab, das selbst auf internationaler Ebene seinesgleichen sucht. Das Vorwort des Herrn Ministerpräsidenten Dr. Hans Ehard würdigt darüber hinaus das allerseits vorbehaltlos empfohlene Werk als ein Dokument der stetigen und glückhaften Entwicklung des Freistaates Bayern.

KONGRESSE UND FORTBILDUNG

IX. Internationaler Kongreß katholischer Ärzte München vom 25. bis 29. Juli 1960

Alle Vorträge finden in der Kleinen Kongreßhalle im Ausstellungspark, Theresienhöhe 14 (an der Theresienwiese) statt. Kongreßbüro bis zum 26. Juli 1960: Kultur-Reisedienst Baumann, München 15, Goethestraße 24, Telefon 53 10 26.

Programm

Montag, 25. Juli 1960

19.00: Presseempfang im Terrassensaal des Hofbräuhauses.

20.00: Begrüßung der Teilnehmer des IX. Internationalen Kongresses katholischer Ärzte durch das Lokalkomitee im Terrassensaal des Hofbräuhauses. Dort Gelegenheit zum Abendessen.

Dienstag, 26. Juli 1960

9.00: Feierliche Eröffnung des Kongresses. Pontifikalamt in der Theatinerkirche, Theatinerstraße, zelebriert von Sr. Exz. Dr. Freundorfer, Bischof von Augsburg, danach Transfer mit Autobussen vom Hofgarten zur Kleinen Kongreßhalle.

10.00: Eröffnungssitzung des Kongresses. Grußworte: Prof. Dr. Dr. Leo Norporth, Essen, Präsident der katholischen Ärztenarbeit Deutschlands.

Prof. Dr. Luigi Gedda, Rom, Präsident der Internationalen Federation katholischer Ärzte. Seine Eminenz Kardinal Wendel, Erzbischof von München und Freising.

Festvortrag: Prof. Dr. F. Büchner, Freiburg i. Brsg. „Arzt und Technik“.

I. Die durch die Technik bedingte Spezialisierung der ärztlichen Tätigkeit und ihre Folgen.

15.00—15.40: Gedda (Rom): Die Gestalt des katholischen Arztes in der heutigen Medizin.

15.40—16.20: Lain Entralgo (Madrid): Christentum und medizinische Technik.

16.20—17.00: Korth (Erlangen): Der zeitgemäße Arzt.

17.00—17.40: Palmieri (Neapel): Der ärztliche Beruf im Zeitalter der sozialen Versicherungen.

17.40—18.00: Kihn (Erlangen): Heutiges Spezialistentum.

18.30: Delegiertenversammlung der Internationalen Föderation katholischer Ärzte, Nebenraum der Kleinen Kongreßhalle.

Mittwoch, 27. Juli 1960

II. Soziologische Wandlungen als Folgen der Technik in ihrer Auswirkung auf die Medizin.

9.00—9.40: Neundörfer (Frankfurt/M.): Arzt und moderne Gesellschaft.

9.40—10.20: Leibbrand (München): Vinzenz von Paul, Ordo amoris oder Organisation.

10.20—11.00: Grond (Fribourg): Soziale Auswirkungen der Geburtenkontrolle.

11.00—11.40: Greiner (Freiburg): Wirtschaftliche Entwicklung in überbevölkerten Gebieten.

11.40—11.50: Pause.

11.50—12.30: Mainx (Wien): Fragen der Vererbung.

12.30—13.10: Zacherl (Wien): Steuerung der Fruchtbarkeit.

15.00—16.30: Houtart, Mertens, de Guchtenere (Löwen/Brüssel): Probleme der Geburtenbeschränkung.

Pepsaldra®

Pepsaldra-Pepsin-Salzsäure-Dragees

Pepsaldra compositum

gegen Subacidität, Achylie und Dyspepsie

Original-Packungen zu 45 Stück und 125 Stück

Pankreatinhaltiges Enzym-Präparat gegen Störungen des Pankreas-Galldünndarm-Systems

Original-Packungen zu 40 Stück und 100 Stück



Die folgenden Kurzreferate werden ab 15.00 Uhr gleichzeitig im Nebenraum der Kleinen Kongreßhalle gehalten.

- 15.00—15.15: Le Blond (Kanada): Katholische Ärzte und soziale Gesetzgebung in Kanada.
 15.15—15.30: Holoubek (Shreveport/USA): Katholische Ärztgilden in USA.
 15.30—15.45: Alimurung (Manila): Probleme einer katholischen Medizin in Asien.
 15.45—18.00: Ly Trung Dung (Saigon): Ärztliche Tätigkeit in Süd-Ost-Asien.
 16.00—16.15: Decker (Süd-Rhodesia): Missionsärztliche Tätigkeit in Süd-Rhodesien.
 16.15—16.30: Holoubek (Shreveport/USA): Gesundheitsfürsorge beim Klerus.
 18.30: Empfang durch die Bayerische Staatsregierung im Antiquarium.
 20.30: Konzert im Cuvilliés-Theater (Konzertkarten sind im Tagungsbüro erhältlich).

Donnerstag, 23. Juli 1960

III. Technische Welt und philosophisches Denken.

- 9.00—9.40: Marcel de Corte (Lüttich): Der Arzt und der Philosoph vor den Menschen unserer Zeit.
 9.40—10.20: Lopez Ibor (Madrid): Der Sinn der Krankheit.

IV. Wandlungen der Psychologie und der Psychiatrie als Folgen der Technik.

- 10.30—11.10: Calon (Nijmegen): Seelische Krisen im technischen Zeitalter.
 11.10—11.50: Cavanach (Washington): Ethische und philosophische Betrachtungen über die neuesten Fortschritte der Psychiatrie.
 11.50—12.30: Niedermeyer (Innsbruck): Moderne neurophysiologische Erkenntnisse.
 12.30—13.10: Rond (Columbus/USA): Ethische Aspekte intensiver Psychotherapie.
 15.00—15.15: Roth (Wien): Thomas von Aquin und moderne Psychiatrie.
 15.15—15.45: Lambertini (Neapel): Psychologie und Ethik des modernen Sportes.

V. Fortschritte und Grenzen der nichtoperativen und ärztlichen Tätigkeit.

- 15.45—16.15: Marlet u. Stolte (Nijmegen/Tilburg): Probleme der Wiederbelebung.
 16.15—16.30: Weebers (Nijmegen): Medizinische Technik und der alte Mensch.
 18.00—23.00: Ausflug zum Starnberger See mit Dampferrundfahrt.

Freitag, 29. Juli 1960

- 8.00: Pontifikalmesse, zelebriert von Sr. Exz. V. Angelini, Titularbischof von Messina, in der Paulskirche, an der Theresienwiese.
 10.00—10.40: Angelini: Papst Pius XII. und die Medizin.
 10.40—11.20: Asperger (Innsbruck): Das Kind in der technischen Welt.
 11.20—11.50: Poumailloux (Paris): Grenzen der Herztherapie.
 11.50—12.20: Malsin (Löwen): Gefahren der Spezialisierung bei der Krebsbehandlung.
 12.20—12.45: O'Sullivan (London): Schwangerschaftsprobleme.
 12.45—13.00: Thomas (Erlangen): Ärztliches Gewissen und operative Geburtshilfe.

VI. Theologische Aspekte ärztlicher Tätigkeit in der technischen Welt.

- 15.00—15.45: Schöllgen (Bonn): Ärztliches Handeln im Lichte einer Wesenslehre vom Menschen.
 15.45—18.30 Riquet (Paris): Fortschritte der Technik und Gottes Reich.
 16.30—16.45: Pause.
 16.45—18.00: Ergebnisbericht: Hanssler (Bad Godesberg).
 Schlußansprachen: Prof. Dr. Dr. Leo Norpoth (Essen), Prof. Dr. Luigi Gedda (Rom).
 Anschließend Dankgottesdienst mit Komplet in der Paulskirche.
 20.30: Schluß-Diner, Hotel Regina, Maximiliansplatz.
Kongreßbeitrag 80 DM einschl. Kongreßbericht und ges. Veranstaltungen. Tageskarte 10 DM.

Deutsche Therapiewoche

Auf der Deutschen Therapiewoche 1960, die in der Zeit vom 28. August bis 3. September in Karlsruhe stattfindet, werden folgende Hauptthemen abgehandelt werden:

1. Tag: Die Behandlung des Krebskranken in Klinik und Praxis (Tagespräsident: Prof. Bartelheimer, Berlin).
 Neuzeitliche Probleme der Kieferorthopädie und Gesichtschirurgie (Tagespräsident: Dr. Schmutz, Köln).
2. Tag: Prophylaxe, Therapie und Nachbehandlung des Herzinfarktes (Tagespräsident: Prof. Knipping, Köln).
 Die Zahnkaries als prophylaktisches und therapeutisches Problem (Tagespräsident: Prof. Thielemann, Frankfurt a. M.).
3. Tag: Endokrinologie in der Praxis (Tagespräsident: Prof. Weißbecker, Karlsruhe).
 Wann ist der chirurgische Eingriff unersetzlich? Frakturen und Luxationen (Tagespräsident: Prof. Erb, Gelsenkirchen).
4. Tag: Therapie der Erkrankungen der Arterien (Präsident: Prof. Nöcker, Leverkusen).
 Therapie der Venenerkrankungen (Präsident: Prof. Jaeger, Ludwigshafen/Rhein).
 Kleine Chirurgie für die Praxis (Präsident: Prof. Stelzner, Hamburg).
5. Tag: Praktische therapeutische Richtlinien aus der HNO-Heilkunde (Präsident: Prof. Theissing, Erlangen).
 Rehabilitation I. Teil (Präsident: Prof. Delius, Oeynhausen).
 Rehabilitation II. Teil (Präsident: Prof. Kreuz, Tübingen).
6. Tag: Das akut bedrohliche Krankheitsbild und seine Therapie in der Praxis (Präsident: Prof. Lange, München).
 Die Therapie der Blutkrankheiten, I. Teil (Präsident: Prof. Hellmeyer, Freiburg/Brsg.).
 Geburtshilfliche Komplikationen und Geburtserleichterungen (Präsident: Prof. Roemer, Tübingen).
 Physikalische Medizin (apparative Therapie) (Präsident: Prof. Schliephake, Gießen).
7. Tag: Die Therapie der Blutkrankheiten, II. Teil (Präsident: Prof. Hellmeyer, Freiburg/Brsg.).
 Anfragen bitten wir zu richten an: Dr. med. P. Hoffmann, Wissenschaftliches Kongreßbüro, Karlsruhe, Kaiserallee 30.

Im sauren wie im alkalischen Milieu voll-wirksam

Urologicum[®] Tuben-Tee



sofort trinkfertig!

Bayerischer Internistenkongreß

Auf Beschluß der Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns (1. Vorsitzender Dr. med. Robert Schindlbeck) findet der Bayerische Internistenkongreß am 22. und 23. Oktober 1960 erstmalig in Erlangen (Studentenhaus) statt.

Den Vorsitz führt der Direktor der Medizinischen Universitätsklinik Erlangen, Professor Dr. med. Norbert Henning.

Hauptthemen:

Die Differentialdiagnose des Ikterus unter Berücksichtigung neuer Untersuchungsmethoden;
Diagnostik und Therapie der Pankreatitis;
Chirurgische Indikation zur Pankreatektomie;
Die Mucoviscidosis;
Ascites und seine Therapie;
Properdin und Infektabwehr;
Frühdagnostik von Herz- und Kreislaufschäden;
Grundlagen der Knochenmarktransplantation;
Cytodiagnostik in der Praxis.

Es sind noch weitere diagnostische und therapeutische Themen in das Programm aufgenommen worden.

Auskunft erteilt der Sekretär Dr. med. Gerald Gerner, Medizinische Universitätsklinik Erlangen.

Berufsverband Gynäkologie

Die Hauptversammlung des Berufsverbandes Gynäkologie findet während des Gynäkologen-Kongresses in München in den neuen Kongreßhallen am Donnerstag, den 13. Oktober 1960, 17 Uhr, statt.

Zur Vorbereitung der Hauptversammlung werden die Herren Delegierten zum 27. August 1960 nach Heidelberg zusammengerufen werden.

Internationaler Ärztinnenverband

In der Zeit vom 8. bis 10. September 1960 findet im Kurhaus Baden-Baden ein Council-Meeting des Internationalen Ärztinnenverbandes (Medical Women's International Association) statt. Das Rahmenthema lautet: „Die Frau im Alter.“

Referentinnen:

Dr. Ryder (USA): „Das schwache Geschlecht: Mann oder Frau?“

Dr. Salgado-Ora (Philippinen): „Stoffwechselstörungen und Nahrungsbedarf der Frau im Alter.“

Dr. Herbeuval (Frankreich): „Bericht über die Herz-Kreislauf-Erkrankungen der Frau im Alter.“

Dr. Geinitz (Deutschland): „Psychische Störungen der Frau im Alter.“

Dr. Warren (United Kingdom): „Rehabilitation älterer Frauen.“

Dr. Seppänen (Finnland): „Betreuung der alten Menschen in Heimen und zu Hause.“

Dr. Stengel (Österreich): „Soziale Gesichtspunkte des Lebens der Frau im Alter in Altersheimen.“

Es finden ferner Gruppendiskussionen statt über die Stellung der Frau im Alter in Gesellschaft und Familie, Arbeitssituation und Pensionierungsalter, körperliche Krankheiten, psychische Störungen und Fürsorgemaßnahmen für die Frau im Alter.

An dem Council-Meeting können alle Ärztinnen teilnehmen, auch solche, die nicht Mitglieder des Deutschen Ärztinnenbundes sind.

Auskunft und Anmeldung bei Frau Dr. med. Thekla von Zwehl, München 13, Adalbertstr. 96

KONGRESSKALENDER

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

Juli:

22.—23. 7. in München: 37. Tagung der Bayerischen Chirurgen-Vereinigung. Auskunft: Prof. Dr. R. Zenker, Chir. Univ.-Klinik, München 15, Nußbaumstraße 20.

25.—29. 7. in München: 9. Internationaler Kongreß katholischer Ärzte. Auskunft: Dr. Pius Müller, Bamberg, Rupertusklinik.

29.—31. 7. in Freudenstadt/Schw.: 10. Tagung der Internationalen Gesellschaft für Neurovegetative Forschung. Auskunft: Städtische Kurverwaltung Freudenstadt/Schw.

Juli/August:

25. 7.—1. 8. in München: Internationaler Kongreß katholischer Ärzte. Auskunft: Dr. Pius Müller, Bamberg, Rupertusklinik.

31. 7.—6. 8. in Köln: 18. Internationaler Kongreß für Psychologie. Auskunft: Generalsekretär Prof. Dr. U. Deutsch, Psychologisches Institut der Universität Köln.

31. 7.—6. 8. in Bonn: 16. Internationaler Kongreß für Psychologie. Auskunft: Sekretariat des psychologischen Instituts der Universität Bonn, Bonn, Am Hof 1e.

August:

27.—31. 8. in Lüneburg: Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Medizin, Naturwissenschaft und Technik e. V. Auskunft: Dr. H. Böttger, Hamburg 13, Hatlerplatz 9.

August/September:

28. 8.—3. 9. in Karlsruhe: 12. Deutsche Therapiewoche. Auskunft: Dr. med. P. Hoffmann, Karlsruhe, Moltkestraße 18, Wissenschaftliches Kongreßbüro.

28. 8.—10. 8. in Jülich: Fortbildungskurs für praktische Medizin Ärztekammer Niedersachsen. Auskunft: Kurverwaltung der Insel Jülich.

28. 8.—4. 9. in Norderney: Fortbildungskurs der Ärztekammer Nordrhein. Auskunft: Ärztekammer Nordrhein, Düsseldorf, Jakobstraße 7.

September:

1.—2. 9. in Karlsruhe: Tagung der Deutschen Gesellschaft zur Förderung der Rehabilitationsmedizin e. V. (im Rahmen der Deutschen Therapiewoche). Auskunft: Priv.-Doz. Dr. Kh. Woerber, Bonn, Univ.-Hautklinik.

4.—7. 9. in München: 4. Internationaler Kongreß für Neuropathologie. Auskunft: Generalsekretär Prof. Dr. med. H. Jacob, Marburg/Lahn, Universitäts-Nervenkl. Ortenbergstraße 8.

5.—10. 9. in Wiesbaden: 8. Internationaler Kongreß für Mikrobiologische Standardisierung. Auskunft: 8. Interstandard Kongreß, Marburg/Lahn, Postfach 167.

8.—8. 9. in Timmendorf: Tagung der Akademie für ärztliche Fortbildung. Thema: Der Arzt und das moderne Labor. Auskunft: Akademie für ärztliche Fortbildung, Berlin-Lichterfelde/West, Wilhelmstraße 3.

8.—10. 9. in Baden-Baden: Council-Meeting des Internationalen Ärztinnenverbandes (Medical Women's International Association). Thema: „Die Frau im Alter“. Auskunft: Frau Dr. med. Thekla von Zwehl, München 13, Adalbertstraße 96.

Unguentum:
Wunden aller Art
Ektzeme, Impetigo
Mykosen, Furunkel, Karbunkel,
Unspez. Fluor (Vaginaltamponade)
Brandwunden, ulcus cruris
Operationswunden,
Wundsein der Säuglinge
usw.

Jacosulfon
Die Sulfonamid-Harnstoff-Kombinations-Therapie
zuverlässig - in jeder Praxis

Jacopharm Hamburg-Schenefeld

Vaginale (Tabletten)
Unspez. Fluor
Vaginitis
Pulvis:
Trockenbehandlung von Wunden
Operationswunden Mykosen
Wundsein d. Säuglinge

- 9.—10. 9. in **Düsseldorf**: 9. Jahrestagung der Deutschen EEG-Gesellschaft. Hauptthemen: Entstehung der Makro- und Neutronenladungen. Elektromyographie und Neurophysiologie der Motorik. Grenzland der Epilepsie. Auskunft: Dr. J. Kugler, München, Nußbaumstraße 7.
- 9.—11. 9. in **Erlangen**: Fortbildungskurs über Diagnostik und Therapie der Magen-Darm-Krankheiten. Auskunft: Priv.-Doz. Dr. K. Heinkel, Medizinische Universitäts-Klinik, Erlangen.
- 11.—24. 8. in **Freudenstadt**: 8. Deutscher Sportärztelehrgang des Deutschen Sportärztebundes und des Sportärzteverbandes Baden-Württemberg. Auskunft: Kurverwaltung Freudenstadt.
- 11.—16. 9. in **Freudenstadt**: 11. Atemtherapie-Seminar und Atemmassage-Lehrgang. Auskunft: Dr. med. V. Glaser, Freudenstadt, Lauterbadstraße 24.
- 12.—18. 9. in **Westerland/Sylt**: 13. Ärztliches Seminar für Meereshellkunde. Auskunft: Universitäts-Institut für Bioklimatologie und Meereshellkunde in Westerland/Sylt.
- 15.—18. 9. in **Saarbrücken**: 2. Internationaler Kongreß mit Arbeitstagung für Kneipp-Therapie, Physikalische Medizin, Rehabilitationsmedizin des Kneippärztebundes e. V., Auskunft: Sekretariat Kneippärztebund e. V., Bad Wörishofen, Postfach 9.
- 16.—18. 8. in **Freudenstadt**: Tagung der Arbeitsgemeinschaft der ärztlichen Gesellschaft für manuelle Therapie (FAC und MWE). Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. Schuler, Aachen, Landesbad.
- 16.—21. 9. in **Berlin**: 14. Generalversammlung des Weltärztebundes. Generalsekretär: Dr. Louis H. Bauer, 10 Columbus Circle, New York 19, N.Y. USA. Auskunft auch: Kongreßbüro der Bundesärztekammer Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
- 18.—21. 9. in **Berlin**: 63. Deutscher Ärztetag. Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
- 17.—24. 9. in **Freudenstadt**: 19. Einführungs- und Fortbildungskongreß in die Naturheilverfahren. Auskunft: Dr. med. Hans Haferkamp, Mainz, Adam-Karrillon-Straße 13.
- 22.—25. 9. in **Baden-Baden**: Kongreß des Verbandes Deutscher Privatkrankenanstalten. Auskunft: Geschäftsstelle Mannheim-Almenhof, Karl-Marx-Straße 15.
- 23.—24. 9. in **Ludwigshafen/Rh.**: 5. Internationale Tagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Phlebologie. Auskunft: Prof. Dr. med. F. Jaeger, Ludwigshafen a. Rh., Hindenburgstraße 30.
- 23.—24. 9. in **Homburg/Saar**: 44. Versammlung der Vereinigung Südwestdeutscher Hals-, Nasen-, Ohrenärzte. Auskunft: Prof. Dr. H. Naumann, Univ.-HNO-Klinik, Würzburg.
- 23.—24. 9. in **Würzburg**: Herbstkolloquium der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie. Auskunft: Prof. Dr. Gerlach, Würzburg, Neurochirurgische Abteilung der Chirurgischen Universitätsklinik.
- 23.—25. 8. in **Augsburg**: Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin. Auskunft: Sekretariat der „Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin“, Augsburg, Schaezlerstraße 18.
- 24.—30. 9. in **Freudenstadt/Schwarzw.**: 15. Psychotherapie-Seminar. Auskunft: Arbeitsgemeinschaft „Psychotherapie-Seminare“ Dr. Graf Wittgenstein, München 23, Königinstraße 101.
- 25.—29. 9. in **Berlin**: Tagung der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft. Auskunft: Prof. Dr. vom Hofe, Köln-Lindenthal, Universitäts-Augenklinik.
- 25.—29. 9. in **Freudenstadt/Schw.**: Deutscher Kinderärztekongreß. Auskunft: Dr. Weldenbach, Kurdirektor, Freudenstadt/Schw.
- 26.—28. 9. in **Kassel**: 59. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde. Auskunft: Prof. Dr. Joppich, Göttingen, Kirchweg 39.
- 27.—30. 9. in **Köln**: 1. Internationaler Kongreß für medizinische Photographie und Kinematographie. Auskunft: Sekretariat der Deutschen Gesellschaft für Photographie e. V., Köln, Neumarkt 49.
- 27.—30. 8. in **Freiburg/Brg.**: Tagung der Deutschen Tuberkulose-Gesellschaft gemeinsam mit dem Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose. Auskunft: Prof. Dr. Kalkoff, Dermatologische Universitätsklinik, Marburg/Lahn.
29. 9. in **Kassel**: Tagung der Deutschen Vereinigung für die Gesundheitsfürsorge des Kindesalters. Auskunft: Prof. Dr. Köttingen, Mainz, Langenbeckstraße 1.

September/Oktober:

29. 8. bis 1. 10. in **Bonn**: 5. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Audiologie. Auskunft: Generalsekretär Prof. Dr. Langenbeck, Universitätsklinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke, Bonn-Venusberg.

Oktober:

- 1.—2. 10. in **Bad Wiessee**: Fortbildungskurs in praktischer Medizin. Auskunft: Dr. Nereshelmer, Bad Wiessee, Adrian-Stoop-Straße.
- 5.—9. 10. in **Baden-Baden und Straßburg**: 8. Internationaler Vitalstoff- und Ernährungs-Konvent. Auskunft: Internationale Gesellschaft für Nahrungs- und Vitalstoff-Forschung e. V., Hannover-Kirchrode, Bemeroder Straße 61.
- 11.—15. 10. in **München**: 33. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie. Auskunft: Professor Dr. Döderlein, Direktor der Universitäts-Frauenklinik Jena.
- 13.—19. 10. in **Regensburg**: 25. Veranstaltung des Regensburger Kollegiums für ärztliche Fortbildung. Auskunft: Sekretariat Regensburg, Altes Rathaus, Zimmer 5a.
- 15.—16. 10. in **Tegernsee**: Herbsttagung der Bayerischen Röntgenvereinigung. Auskunft: Priv.-Doz. Dr. Ekert, Chefarzt der röntgenol. und physikal.-therapeutischen Abt. des Städt. Krankenhauses r. d. I., München 9, Ismaninger Straße 22.
- 18.—22. 10. in **Freiburg/Brg.**: Deutscher Tuberkulose-Tag 1960. Vorsitz: Prof. Dr. Uehlinger, Direktor der Universität Zürich. Auskunft: Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose, Geschäftsstelle Augsburg, Schießgrabenstraße 24.
- 19.—22. 10. in **Berlin**: Kongreß der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft. Auskunft: Prof. Dr. A. N. Witt, Orthopädische Klinik und Poliklinik Oskar-Helene-Heim der Freien Universität Berlin, Berlin-Dahlem, Clayallee 229.
- 22.—23. 10. in **Erlangen**: Bayerischer Internistenkongreß. Auskunft: Dr. med. Gerald Gerner, Medizinische Universitätsklinik Erlangen.
- 28.—30. 10. in **Erlangen**: 7. Fortbildungskurs in Elektrokardiographie. Auskunft: Sekretariat der Med. Poliklinik Erlangen, Ostl. Stadtmauer 29.

Oktober/November:

24. 10. bis 4. 11. in **Neutrauchburg**: Einführungslehrgang in die manuelle Wirbelsäulen- und Extremitäten-Therapie. Auskunft: Dr. K. Sell, Schloßgut Neutrauchburg bei Isny/Allgäu.

November:

- 25.—27. 11. in **Nürnberg**: 11. Wissenschaftliche Ärztetagung. Leitung Prof. Dr. Meythaler. Auskunft: Prof. Dr. F. Meythaler, Nürnberg, Flurstraße 17.

AUSLAND

Juli:

- 21.—27. 7. in **London**: 3. Internationale Konferenz über medizinische Elektronik. Auskunft: Britischer Informationsdienst, Britisches Generalkonsulat, München 13, Akademiestraße 7—9.
- 28.—28. 7. in **Kopenhagen**: 5. Internationale Konferenz über Potiomyetitis. Auskunft: Dr. J. Hünerbein, Düsseldorf, Düsseldorfstraße 1.

Juli/August:

31. 7.—5. 8. in **Stockholm**: 26. Internationaler Kongreß gegen den Alkoholismus. Auskunft: A. Tongue, Bureau internationale contre l'alcoolisme, Case Care 49, Lausanne.

August:

- 21.—26. 8. in Wien: Internationaler Kongreß für Psychotherapie, Auskunft: Dr. W. Spiel, Wien IX, Lazarettgasse 14.
- 24.—27. 8. in Basel: 8. Internationaler Kongreß für Innere Medizin, Auskunft: Sekretariat des Kongresses, Basel, Steinertorstraße 13.

August/September:

22. 9.—3. 9. in Meran: VIII. Internationaler Lehrgang für praktische Medizin, veranstaltet von der Bundesärztekammer, Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
28. 8.—1. 9. in Wien: 8. Internationaler Kongreß der Erkrankungen der Thoraxorgane, Auskunft: Generalsekretariat des 8. Internationalen Kongresses für Erkrankungen der Thoraxorgane, Wien IX, Frankgasse 8, Billrothhaus.
28. 8.—1. 9. in Wien: Internationaler Kongreß für individuelle Psychologie, Auskunft: Generalsekretär Dr. W. Spiel, Wien IX, Lazarettgasse 14.

September:

- 1.—3. 9. in Genf und Evian: 1. Internationaler Kongreß für Nephrologie, Auskunft: Generalsekretär Dr. G. Richez, Hôpital Necker, 140 Rue de Sévres, Paris 15.
- 3.—8. 9. in Innsbruck: Internationaler Kongreß für prophylaktische Medizin und Sozialhygiene, Auskunft: Dr. A. Rottmann, Wien IX, Liechtensteinstraße 32/4.
- 3.—9. 9. in Wien: Weltkongreß der Internationalen Föderation für Geburtshilfe und Gynäkologie, Auskunft: Prof. Dr. T. Antoine, Wien IX, Spitalgasse 23.
- 3.—10. 8. in Bad Aussee: Weltkongreß für prophylaktische Medizin und Sozialhygiene, Auskunft: Generalsekretariat, Wien VIII, Plaristengasse 41.
- 4.—9. 9. in Paris: 10. Internationaler Kongreß für Zellbiologie, Auskunft: Generalsekretär Dr. R. Wegmann, 45 rue Saints-Pères, Paris 8.
- 4.—10. 8. in London: 2. Internationaler Kongreß für Bioklimatologie, Auskunft: Dr. Solco W. Tromp, Secretary-Treasurer Int. Soc. of Biocl. a. Biomet., Hofbrouckerlaan 54, Oegstgeest Leiden (Holland).
- 5.—12. 9. in Den Haag: 4. Internationaler Kongreß für Kriminologie, Auskunft: van Dulleman, 75, Oranje Nassaulaan, Amsterdam/Niederlande.
- 7.—12. 9. in Rom: 2. Internationaler Kongreß für Human-genetik, Istituto G. Mendel, Piazza Galeno 5, Roma.
- 11.—21. 9. in Velden/Wörthersee: Internationaler Herbstkurs für Ganzheitsmedizin und Naturheilverfahren, Auskunft: Prof. Dr. Dr. Saller, München 2, Richard-Wagner-Straße 10.

- 14.—19. 9. in Wien: 13. Internationaler Kongreß für Sportmedizin, Auskunft: Verband Österreichischer Sportärzte, Wien IX, Sensengasse 3.
- 15.—17. 9. in Zürich: Tagung der Deutschen Gesellschaft für Neurologie, Auskunft: Prof. Dr. R. Magun, Neurol. Abteilung, Inselspital, Bern.
- 18.—25. 9. in Rom: Intereuropäischer Kongreß für Kardiologie, Auskunft: Generalsekretär Dr. v. Puddi, Clinica Medica Università — Policlinico, Rom.
- 22.—26. 9. in Madrid: Internationaler Kongreß für Krebszytologie, Auskunft: Dr. Sariz Ibanez, Instituto Nacional del Cancro, Madrid.
- 23.—25. 9. in Lausanne: 3. Internationales Kolloquium für medizinische Psychologie, Auskunft: Prof. Dr. P.-B. Schneider, Poliklinik für Psychiatrie d. Universität, Rue Caroline 11 bis, Lausanne.

Oktober/November:

31. 10.—8. 11. Kongreß-Kreuzfahrt der Forschungsstelle für Antibiotica der I. Medizinischen Universitätsklinik Wien, gemeinsam mit der Medizinischen Gesellschaft für Oberösterreich: Von Le Havre—Lissabon—Tanger — Tunis nach Genua an Bord der HOMERIC. Thema: „Wandel der Infektionen im europäischen Raum“. Auskunft: Kongreßbüro der Deutschen Bundesärztekammer, Köln, Haedenkampstr. 1, und Reisebüro Primus, Frankfurt/Main, Bockenheimer Landstraße 124.

Beilagenhinweis

Dieser Ausgabe liegen Prospekte folgender Firmen bei:

Klinge, München 23
Dr. Rudolf Reiss, Berlin-West
Erste Kulmbacher Actien-Exportbier-Brauerei Kulmbach/Bay.
Ahrens & Sieberz KG., Selgenthal.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, München 23, Königinstraße 85/III. Verantwortlich für die Schriftleitung: Dr. Gustav Sondermann, Emskirchen über Neustadt/Aisch. Die Zeitschrift erscheint monatlich. Bezugspreis für Nichtmitglieder der Bayer. Landesärztekammer DM 2.40 vierteljährlich, zuzügl. Zustellgebühr. Postscheckkonto Nr. 52 52 Amt München, Bayer. Landesärztekammer (Abt. Bayer. Ärzteblatt). Anzeigenverwaltung: Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler, München 15, Sonnenstraße 29, Telefon-Sammel-Nr. 55 80 81, Fernschreiber 05 23662. Telegrammadresse: Gablerpress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharshinger, München. Druck: Richard Pflaum Verlag, München. Alle Rechte, insbesondere das



Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrokopie sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten.

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlags. Rücksendung nichtverlangter Manuskripte erfolgt nur, wenn vorbereiteter Umschlag mit Rückporto beiliegt. Bei Einsendungen an die Schriftleitung wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, wenn gegenteilige Wünsche nicht besonders zum Ausdruck gebracht werden.

Alleiniger Inhaber der Verlagsrechte ist die Bayer. Landesärztekammer, München, Königinstraße 85.

PERO-HAUTSALBE®

PERO-HAUTSALBE®

HAUTSCHUTZ UND HAUTBEHANDLUNG

bei Berufsdermatosen
bei der Kinder- und Krankenpflege
bei der Therapie wunder und entzündeter Hautstellen

JOHANN G. W. OPFERMANN & SOHN
ARZNEIMITTELFABRIK SEIT 1907 · BERGISCH GLADBACH

Stellenangebote

Das Bayer. Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge sucht zum baldmöglichsten Eintritt mehrere Ärzte (nach Möglichkeit Fachinternisten und -psychiater) als

Gutachter

für eine Beschäftigung in München. Vergütung nach Verg.-Gr. TO A II. Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen (einschl. Spruchkammerbescheid) sind zu richten an das Bayer. Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge, München 13, Winzererstraße 9.

Am Kreis Krankenhaus Vobenstrauß/Opf., Neubau, 120 Betten, sind folgende Stellen zu besetzen:

1. ab sofort eine planmäßige Assistenzarztstelle nach TO A II möglichst mit mehrjähriger interner Vorbildung;
 2. ab sofort eine weitere Assistenzarztstelle nach TO A III für diese Stelle kommt auch ein Medizinalassistent in Frage, der ebenfalls TO A III erhält;
 3. wird zum sofortigen Antritt eine med.-techn. Assistentin für Labor gesucht. Besoldung nach TO A VII.
- Für die 1. Stelle wird eine Dreizimmerwohnung bei Verheiratung gestellt. Für die weiteren beiden Stellen ist der Landkreis bei der Wohnraumbeschaffung behilflich. Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden an das Landratsamt Vobenstrauß/Opf. erbeten.

Am Kreis Krankenhaus Nabburg/Opf. (1956 neu erbaut — 140 Betten) sind zum 1. Juli bzw. 1. August 1960, evtl. auch später, zu besetzen:

- 1 Assistenzarztstelle der Inneren Abteilung
- 1 Assistenzarztstelle der Chirurgischen Abteilung

Bewerber sollen nach Möglichkeit eine entsprechende chirurgische bzw. interne Vorbildung besitzen und evtl. in der Lage sein, die Chefarzte vertreten zu können.

Vergütung erfolgt unter diesen Voraussetzungen nach TO A II. Besondere Vergütung bei Vertretung der Chefarzte wird gewährt. Anerkennung auf die Facharztausbildung ist für beide Abteilungen gegeben.

Der Krankenhausträger ist bei der Wohnungsbeschaffung behilflich, für ledige Kräfte ist die Unterbringung im Krankenhaus möglich. Bewerbungen werden mit den üblichen Unterlagen an das Landratsamt Nabburg (Landkreisverwaltung) erbeten.

Beim Kreis Krankenhaus Cham (Opf.) ist sofort eine neuerrichtete

Assistenzarztstelle

auf der chirurgisch-gynäkologischen Abteilung (75 Betten) und je eine

Assistenzarztstelle

auf der inneren (60 Betten) und der chirurgischen Abteilung zu besetzen.

Vergütung erfolgt nach TO A III, bei Erfüllung der Voraussetzungen nach TO A II. Bewerbungen für die ausgeschriebenen Stellen werden unter Beifügung der üblichen Unterlagen (Lichtbild, Lebenslauf, Tätigkeitsnachweis, Zeugnisabschriften) an das Landratsamt Cham erbeten.

Krankenhaus Oberzell a. d. Donau

unter der Leitung eines Facharztes für Chirurgie, sucht für sofort

1 Assistenzarzt

(Vergütung nach TO A III und Nebenbezüge), und

1 Medizinalassistenten

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbeten an Marktgemeinde Oberzell bei Passau bekannter Urlaubsort an der Donau

Für die chirurg. Abteilung (142 Betten) des Kreiskrankenhauses Kronach im Frankenwald (275 Betten)

1 Assistenzarzt(-ärztin)

für sofort, und

1 Assistenzarzt(-ärztin)

für 1. 9. 1960 gesucht.

Facharztausbildung für 4 Jahre möglich. Bezahlung nach TO A III bzw. TO A II, je nach Vorbildung. Nebenbehalten. Wohnungsbeschaffung für Verheiratete möglich.

Bewerbungen sind zu richten an den

Chefarzt des Kreiskrankenhauses Kronach
Kreisobermedizinalrat Dr. Paul Schrödl

An der Urologischen Klinik der städt. Krankenanstalten Nürnberg (Vorstand Prof. Dr. Thiermann, ca. 100 Betten) ist ab 1. 10. 1960 die Stelle eines

Assistenzarztes

zu besetzen. Bevorzugt werden Bewerber mit guter internistischer und chirurgischer Ausbildung. Anstellung im Angestelltenverhältnis, Bezahlung nach Verg.-Gruppe TO A III (Ortsklasse S).

Bewerbungen mit Lebenslauf sowie Abschriften der Ausbildungs- und Stellenzeugnisse, möglichst auch Lichtbild, bis 2 Wochen nach Erscheinen dieser Ausschreibung erbeten an

Stadt Nürnberg — Personalamt

Chirurgischer Assistenzarzt

mit sehr guter chirurgischer Vorbildung, für das Städtische Krankenhaus Miesbach (Bayerisches Voralpengebiet, 50 km von München) baldmöglichst gesucht. Bezahlung nach TO A II + 400 DM Zulage. Bewerbungen an

Chefarzt Dr. Zeitler, Städtisches Krankenhaus, Miesbach

Stellenausschreibung

Im neu erbauten Kreis Krankenhaus in Rehau/Oberfranken (Kreisstadt mit über 10 000 Einwohnern, Ortsklasse A) ist die Stelle eines

3. Assistenzarztes

zu besetzen. Erwünscht sind Kenntnisse in der modernen Narkose (Anästhesie). Unterkunft für Ledige im Hause. Bezahlung erfolgt nach Verg.-Gruppe TO A III mit Vorrückungsmöglichkeit.

Bewerbungen mit Lichtbild, handgeschriebenem Lebenslauf, Zeugnisnachweisen über Schul- und Berufsausbildung bis zum 1. 8. 1960 erbeten an das Landratsamt Rehau/Ofr.

Assistenzarzt

mit chirurg. Vorbildung, für die chirurg. Abteilung des Städt. Krankenhauses Wasserburg a. Inn ab sofort gesucht. TO A II und Nebeneinnahmen. Verpflegung im Hause. Bewerbungen mit Lebenslauf und Zeugnissen an Chefarzt Dr. Döderlein.

Beim Kreis Krankenhaus Viechtach, Niederbayern (110 Betten, Unfallkrankenhaus mit Durchgangsarztverfahren), in landschaftlich schöner Gegend, mit Bade- und Wintersportmöglichkeit, ist ab sofort die Stelle eines

Assistenzarztes (-ärztin)

zu besetzen. Vergütung nach TO A II, Nebeneinnahmen durch den Chefarzt zugesichert. Unterkunft im Krankenhaus vorhanden. Bewerbungen mit Lichtbild, handgeschriebenem Lebenslauf, Nachweis der Bestallung als Arzt und über Ableistung der Medizinalassistentenzeit sowie Zeugnisabschriften sind an das Landratsamt Viechtach zu richten.

Am Kreis Krankenhaus Berchtesgaden ist ab 1. September und ab 1. November 1960 die Stelle eines

Assistenzarztes

neu zu besetzen. Vergütung TO A III. Bewerbungen bitte an Dr. Kufner, Berchtesgaden, Kreis Krankenhaus, Chefarzt der Inneren Abteilung.

An der Chirurg. Abteilung des Juliusspitals Würzburg (250 Betten) — Chefarzt ORMR. Prof. Dr. Makowsky — ist eine

Assistentenstelle

zu besetzen. Vielseitige Ausbildungsmöglichkeiten auf den Gebieten der Abdominalchirurgie, Unfallheilkunde und Urologie. Vergütung nach TO A III mit Aufrückungsmöglichkeit auf TO A II und Nebeneinnahmen durch Gutachterleistung und Privat-Assistenz. Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbeten an die

Personalabteilung der Stiftung Juliusspital Würzburg

Medizinalassistent

für die chirurg. Abteilung des Städt. Krankenhauses Wasserburg am Inn ab sofort gesucht. TO A III und Nebeneinnahmen. Verpflegung im Hause. Bewerbungen mit Lebenslauf und Zeugnissen an

Chefarzt Dr. Döderlein

Das Städt. Krankenhaus Beggendorf (a. d. Donau/Ndb.) sucht für die med. Abt. (110 Betten einschl. Säuglings-, Kleinkinderabteilung und Inf.-Station) sofort oder später

3. Assistenzarzt oder -ärztin

Vergütung TO A II nach entsprechend internistischer Vorbildung oder längerer ärztlicher Tätigkeit, sonst TO A III. 3 Jahre werden für die Facharztanerkennung angerechnet. Die Stadt wird bei der Wohnungsbeschaffung sehr bemüht sein.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden an die Personalstelle der Stadt Deggendorf erbeten.

Gesucht wird zum nächstmöglichen Zeitpunkt

Assistenzarzt

mit Röntgenausbildung für interne Klinik in München. Bezahlung nach Tarif. Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen (Lebenslauf, Lichtbild, Ausbildungsnachweis, Zeugnisse) erbeten unter M. M. 12154 über CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH, München 2, Karlsplatz 13

An der Psychiatrischen und Nervenambulanz der städt. Krankenanstalten Nürnberg (Vorstand Prof. Dr. Bronsch, 250 Betten), sind ab sofort bzw. ab 1. 10. 1960

2 Assistenzarztstellen 1 Stationsarztstelle

zu besetzen; außerdem wird ab sofort

1 Aushilfsassistentenarzt

benötigt.

Anstellung im Angestelltenverhältnis, Bezahlung nach Vergütungsgruppe III bzw. II TO A (Ortsklasse S); Stellenübernahme nach Vereinbarung.

Bewerbungen mit Lebenslauf sowie Abschriften der Ausbildungs- und Stellenzeugnisse, möglichst auch Lichtbild, ab sofort erbeten an das

Personalamt der Stadt Nürnberg

Beim Versorgungsamt Würzburg ist ab sofort die Stelle

eines Arztes

zu besetzen. Vergütung nach TO A III, Aufstieg nach TO A II und Übernahme in das Beamtenverhältnis möglich. Bewerbungen mit handgeschriebenen Lebenslauf, beglaubigten Zeugnisabschriften und Lichtbild umgehend zu richten an den Leitenden Arzt des Versorgungsamtes Würzburg, Würthstr. 23.

In den Städt. Krankenhäusern Traunstein (300 Betten) ist auf der Chirurgischen Abteilung (130 Betten) die Stelle eines

Assistenzarztes

zu besetzen. Geboten wird TO A III. Drei Jahre Chirurgie wird auf die Facharztbildung anerkannt. Bewerbungen sind zu richten an den Stadtrat - Personalamt - Traunstein (Obb.).

Innere Abteilung an

Internisten

im Belegarztverhältnis zu vergeben. Näheres schriftl. od. telefonisch unt. 08291/254 durch die Verwaltung des Kreiskrankenhauses Zusmarshausen.

Bekanntes pharm. Unternehmen sucht für den Raum Augsburg und Ingolstadt für die Arzneimittelwerbung im wissenschaftlichen Außendienst

festangestellte Mitarbeiter(innen)

Voraussetzung sind medizinische oder med.-techn. Vorkenntnisse sowie Interesse an einer vielseitigen und verantwortungsvollen Aufgabe.

Wir bieten: Neben Gehalt Reisespesen, Kilometergeld, Leistungsprämie und spätere Pensionszusage. Einarbeitung erfolgt durch uns.

Bewerber mit eigenem PKW werden um Zusendung ihrer Unterlagen gebeten unter 331/296 über CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH, München 2, Karlsplatz 13

Stellengesuche

Junge, perfekte

Röntgenassistentin

mit langj. Berufserfahrung u. bestem Zeugnis sucht sich in München zu verändern. Angebote unter FMZ 8743 an Anzeigen-Fackler, München 1, Weinstraße 4

Junge

Arzthelferin

mit Vorliebe zum Verbinden u. Massieren sucht zum 1. Sept. 60 entsprechenden Wirkungskreis. Angebote erb. u. 331/333 über CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH, München 2, Karlsplatz 13

Verschiedenes

In mittlerer Stadt in Süddeutschland

Privatklinik

zu vermieten.

Zuschriften erbeten unter 331/319 über CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH, München 2, Karlsplatz 13

Für SANATORIUM geeignetes Haus

zu verkaufen oder an Arzt zu vermieten. Vor 3 Jahr. erbaut. 12 Zimmer, 33 Betten, 3 Säle à 45 qm, große Fenster, Parkettböden, Zentralh., fl. Warm- u. Kaltwasser, 3 Bäder, eine Wohnung, großer Garten, Parkplatz, schön geleg., ruhig auf Höhe bei Kreisstadt Kelheim, bequeme Anfahrt. Anfragen unter M. A. 12195 über CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH, München 2, Karlsplatz 13.

Praxisräume

Im Zentrum von München, beste Lage, finanziell sehr günstig. Geeignet für Facharzt oder Praktiker. Gegen Ablösung der Einrichtung (ehem. Gynäkol. Fachpraxis) abzugeben. Angebote erbeten unter 331/323 über CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH, München 2, Karlsplatz 13.

Diskrete Entbindung

Wer (Klinik, Arzt, Haushalt usw.) nimmt 36jähr. Erstgebärende bis nach der Entbindung (Dez. 1960) auf? Aus wirtschaftlichen Gründen wäre Mitarbeit in Klinik, Haushalt, Büro erwünscht, aber nicht Bedingung. Angebote erbeten unter 331/325 über CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH, München 2, Karlsplatz 13

Erf. HNO-Facharzt übernimmt Urlaubs- oder Dauervertretung im Raum München. Zuschriften erbeten unter 331/307 über CARL GABLER WERBEGES. MBH, München 2, Karlsplatz 13.

Beachten Sie unsere Beilagen

Gute

Kassen-Allgemeinpraxis

Im Raume Nürnberg, in größerer Stadt, an zulassungsberechtigten Arzt gegen Inventarübernahme, Praxisräume m. Zentralheizung, Eigenhaus. Zuschriften erb. u. 331/333 über CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH, München 2, Karlsplatz 13

Zuverl. Vertreter

für Allg.-Prax. m. Geb.-Hilfe im November für 3 Wochen gesucht. Angebote mit Ref. erbeten unter 331/304 über CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH, München 2, Karlsplatz 13

Heilanzeigen deutscher Väter, Kurorte und Sanatorien

Überlingen/Bodensee (420 m). Kneippkuren, Abhärtung, Rekonvaleszenz, Herz- und Kreislauf, nervöse Zustände, insbes. nervöse Erschöpfung vorzeitige Abnutzungsschäden (Manager-Krankheit), Stoffwechsel-Erkrankungen, Hellfastenkuren - Frischzellen-Therapie.

200 Klaviere

alle Größen - alle Preislagen
gebr. ab 750.-, neu ab 1550.-

Pianohaus Lang

München · Kaufingerstraße 28/1
Augsburg · Bahnhofstraße 15/1
Regensburg · Kassiansplatz 3

Welcher ältere Kollege

In München oder Umgebung möchte seine Allgemeinpraxis an zulassungsberechtigten Arzt (40 Jahre) abgeben?

Zuschriften mit Ihren Bedingungen erbeten unter 331/336, über CARL GABLER, WERBEGESELLSCHAFT MBH, München 2, Karlsplatz 13.

Zuverlässige Gastritis- und Ulcusterapie

MAZUR-A

Bei Hyperacidität

MAZUR-C

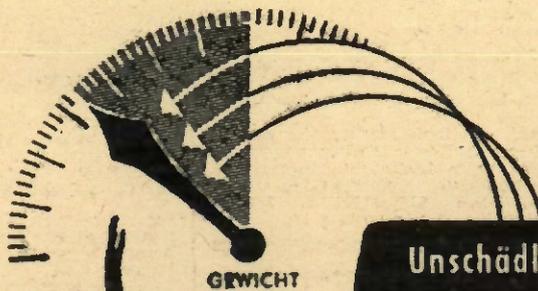
Bei Subacidität



DEUTSCHE ARZNEIMITTEL GESELLSCHAFT · BERLIN-LANKWITZ

Adiposetten 2

Unschädliches Entfettungsmittel mit Appetitzügler



Sichere Gewichtsabnahme durch

- Minderung der Appetenz
- geregelte Darmfunktion
- Vitaminausgleich

34g. Packung
mit 90 Dragées
(60 weiße, 30 grüne)
DM 2,95 a. U.

DR. RUDOLF REISS · CHEMISCHE WERKE



BERLIN WEST
HAMBURG · MÜNCHEN

Dr. Erdt Arnulf
Baindlkirch

1611