

# BAYERISCHES ÄRZTEKAMMERBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN  
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN

Vergessen Sie nicht  
auf die Weihnachtsspende!

ÄRZTEREZEPTEN  
ÄRZTEKAMMER

Heft 11

München, November 1960

15. Jahrgang

E 134



*Ein Blick  
überzeugt*

## ELASTOPLAST *luftdurchlässig*

Bei diesen neuen Elastoplastbinden ist die Klebmasse nur punktförmig aufgetragen. Die Luftdurchlässigkeit ist so groß, daß auch bei mehreren Lagen übereinander noch eine ausreichende Ventilation möglich ist.

Verschreiben Sie ausdrücklich

### ELASTOPLAST L

in allen bisher gewohnten Abmessungen.  
Muster auf Wunsch.



*Beiersdorf*

## Aus dem Inhalt:

Zacherl: Steuerung der Fruchtbarkeit und Fortpflanzung im technischen Zeitalter . . . . .	Seite 357
Sondermann: Bundesbahn und ärztliche Schweigepflicht . . . . .	Seite 362
Jubiläumsfeier des ersten ärztlichen Fortbildungskurses in der Bundesrepublik . . . . .	Seite 364
Stollnreuther: Wichtige neue Bestimmungen der Betäubungsmittelgesetzgebung . . . . .	Seite 371
Dörfler: Arzthonorar bei Ärzten oder deren Angehörigen . . . . .	Seite 372
Gesetzes-, Rechts- und Steuerfragen	Seite 373
Amtliches . . . . .	Seite 378
Mitteilungen . . . . .	Seite 379
Personalia . . . . .	Seite 380
Rundschau . . . . .	Seite 381
Leserbriefe . . . . .	Seite 382
Zur Geschichte des Arztstandes . . . . .	Seite 383
Buchbesprechungen . . . . .	Seite 384
Kongresse und Fortbildung . . . . .	Seite 387
Richtigstellung . . . . .	Seite 390

In der Mitte dieses Heftes, somit herausnehmbar, befindet sich eine für jeden Arzt wichtige Veröffentlichung von Professor Dr. Hanns Baur und Dr. M. v. Clarmann „Über den Inhalt des Arztkoffers“.

## Auch in diesem Jahr

haben Sie die Hefte Ihrer Fachzeitschrift gesammelt und wollen in Ihren Bücherschrank einen einheitlich sauber in Leinen gebundenen, mit Goldprägung versehenen Jahresband stellen. Dann geben Sie uns bitte bald Ihre Bestellung auf für eine im Februar 1961 erscheinende

**Einbanddecke des Jahres 1960 DM 3,50**

Ihr Buchbinder wird Ihnen die Zeitschrift fachgemäß einbinden. Sie können Ihren Jahresband auch uns zum Binden übergeben.

Damit Sie die einzelnen Hefte im Laufe des Jahres sauber und ordentlich aufbewahren können, liefern wir Ihnen die bekannte

**Sammelmappe mit Klemmrücken**

in Halbleinen mit Goldprägung auf der Vorderseite zum Preis von DM 6,—

 **RICHARD PFLAUM VERLAG MÜNCHEN**

### Bestellschein

(Bitte auf Postkarte kleben und senden an:  
Richard Pflaum Verlag, München 2, Lazarettstraße 2-6)  
Ich/Wir bestellen zur Lieferung nach Erscheinen (Februar 1961)

..... Einbanddecke 1960 . . . . . **DM 3,50**

**Bayerisches Ärzteblatt**

..... Sammelmappe mit Klemmrücken . . . . . **DM 6,—**

Nochnahme zuzüglich Versandkosten oder Vorauszahlung auf Postscheckkonto München 604 18.

Name  Vorname

Ort  Straße

Datum  Unterschrift



**LINDOPHARM KG Hilden-Düsseldorf**

**LANATACANTH** - Herzinsuffizienz  
Tropfen, Zäpfchen und Dragées

**VISCOLIND „P“** - Coronare und cerebrale  
Tropfen Durchblufungsstörungen

**VISCOSERPIN** - Arterieller Hochdruck  
Tropfen und Dragées

**CHEDOLIND** - Cholahepaticum  
Tropfen und Dragées



In drei  
Ärztegenerationen  
bewährt!

# Leo-Pillen

Rein pflanzliches Laxans



K. P. 30 Pillen DM 1,40 lt. AT. m. U.  
Q. P. 60 Pillen DM 2,30 lt. AT. m. U.

**LEO-WERKE · FRANKFURT/M**

# **Formamint**

mit Vitamin C

Mit seiner einzigartigen  
baktericiden + viruciden  
Wirkung

Zur Prophylaxe und lokalen Behandlung  
von Erkältungskrankheiten,  
katarrhalischen Infektionen, Grippe  
und Entzündungen der Mund- und  
Rachenschleimhaut

20 Tabletten DM 1,15 o. U.  
60 Tabletten DM 2,70 o. U.

**BAUER & CIE. · DÜSSELDORF**



# Rhythmochin<sup>®</sup>

Alle Formen extrasystolischer  
Herzrhythmusstörungen  
organischer und funktioneller Genese

Drohender Infarkt  
Infarktnachbehandlung  
Paroxysmale Tachycardie

**Rhythmochin I**  
Chinidin + p-Amino-N-(2-diaethylamino-  
äthylbenzamid-) hydrochl. + Crataegus  
**Rhythmochin II**  
Rhythmochin I + Phenyläthylbarbitursäure  
**Rhythmochin pro injectione**  
Chinidin lact. + p-Amino-N-(2-diaethyl-  
aminoäthylbenzamid-) hydrochl.



20 und 50 Dragées  
Ampullen 5 × 10 ccm  
Anstaltspackungen

CHEMISCHE FABRIK HELFBENBERG A.G. vorm. Eugen Dieterich • WEVELINGHOVEN/Rhd.

## ENELFA<sup>®</sup> Suppositorien

„Aus warenzeichenrechtlichen Gründen wurde der Name **EPENTI**  
in **ENELFA<sup>®</sup> Suppositorien** geändert.“

**Zusammensetzung:**

1 Erwachsenen-Zäpfchen enthält:  
Bismutum succinicum 100 mg, Extractum Echinaceae 80 mg  
1 Kinder-Zäpfchen enthält:  
Bismutum succinicum 50 mg, Extractum Echinaceae 40 mg

**Indikationen:** Hals- und Mundschleimhautentzündungen und fieberhafte Infekte: Angina lacunaris und sonstige nicht spezifische Erkrankungen des Waldeyer'schen Rachenringes, Pharyngitis, Gingivo-Stomatitis. Zur Erhöhung der körpereigenen Abwehr bei fieberhaften Infekten. – Keinerlei Nebenwirkungen.

**Handelsformen:**

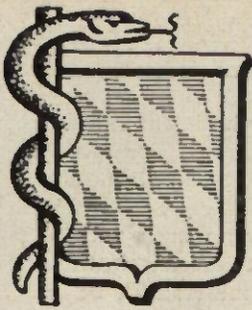
Packung mit 4 Erwachsenen-Suppositorien DM 1,65 o.U.  
Packung mit 4 Kinder-Suppositorien DM 1,40 o.U.

**APOTHEKER A. DIEDENHOFEN K. G.**  
Pharmazeutische Fabrik  
Bad Godesberg

NEU

NEU

NEU



# BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN  
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Heft 11

München, November 1960

15. Jahrgang

## Steuerung der Fruchtbarkeit und Fortpflanzung der Menschen im technischen Zeitalter

Professor Dr. Zacherl, Wien, nimmt zu weltweiten Zeitproblemen Stellung

Prof. Dr. Hans Zacherl, em. Direktor der Univ.-Frauenklinik in Wien, hielt auf dem „IX. Internationalen Kongreß katholischer Ärzte“ in München einen vielbeachteten Vortrag zu dem aktuellen Thema, dem wir folgendes entnehmen.

„Längst haben wir gelernt, den Begriff ‚Fruchtbarkeit‘ nicht nur auf die einzelne Ehe oder gar eine einzelne Person, sondern auf bestimmte Gruppen von Menschen, auf geographische, nationale oder rassische Bevölkerungseinheiten, ja auf die Gesamtbevölkerung eines Kontinents oder der Welt anzuwenden. Wenn nun von der weltbewegenden Tatsache die Rede sein soll, daß die Menschen in den letzten hundert Jahren zu lernen begannen, sich durch Erhöhung der Überlebensquote in nie dagewesenem Ausmaß zu vermehren, aber auch dieser Vermehrung durch die Mittel moderner Technik entgegenzuwirken, ist vorerst die Definition des Begriffes ‚Fruchtbarkeit‘ nötig:

### Definition des Begriffes „Fruchtbarkeit“

Fruchtbarkeit im strengen Sinne würde nämlich in der Anzahl der Konzeptionen pro Frau ihr Maß finden, doch ist diese Zahl selbst mit den heutigen Mitteln der Diagnostik nicht einmal annähernd bestimmbar und sie wirkt sich auch durch die sicherlich hoch einzuschätzende Frühstamortalität menschlicher Embryonen auf die Bevölkerungsziffer praktisch nur wenig und indirekt aus.

Um mit dem Begriff Fruchtbarkeit arbeiten zu können, muß er daher zumindest auf die Anzahl der mit heutigen Mitteln erfassbaren Schwangerschaften eingeschränkt werden. Aber auch diese Zahl gibt noch kein Maß für jene ‚Fruchtbarkeit‘ einer bestimmten Gruppe von Menschen, da ja ein erheblicher Teil der diagnostizierbaren Graviditäten noch vor der Geburt zugrunde geht; ein weiterer Teil dieser Kinder wird zwar geboren, erreicht aber selbst nicht das fortpflanzungsfähige Alter und fällt daher als Quelle weiterer Vermehrung der Menschheit weg.

In der Tat hängt die Bevölkerungsziffer doch von der Anzahl der Kinder pro Frau ab, die das fortpflanzungsfähige Alter erreichen und daher ihrerseits zur Weitergabe des Lebens in der Lage sind. Und so sind daher die Begriffsgrenzen zu ziehen, wenn wir die Problematik der Fruchtbarkeitssteuerung besprechen wollen: Die Fruchtbarkeit einer Menschengruppe im praktischen Sinn ist proportional der Anzahl derjenigen

Kinder pro Frau, die das fortpflanzungsfähige Alter erreichen. Und mit dem so definierten Begriff soll gearbeitet werden, wenn wir nun die Faktoren untersuchen, die in unserem durch die Entwicklung der Technik wesentlich mitbestimmten Zeitalter zur Förderung und Senkung der Fruchtbarkeit, zur Vermehrung der Menschheit in nie dagewesenem Ausmaß, zur gleichen Zeit aber auch zu ihrer Dezimierung führen.

Der Förderung und Hemmung der menschlichen Fruchtbarkeit in unserem Zeitalter liegen nun vor allem Faktoren zugrunde, die schon von alters her vorhanden waren, aber durch die modernen Mittel der Technik quantitative Veränderungen erfuhren. Ihre massenweise Verbreitung durch neuzeitliche Publikations- und Kommunikationsmethoden macht solche schon immer bekannt gewesene Faktoren sogar zum Hauptträger gegenwärtiger Fruchtbarkeitssteuerung. Der Sexualtrieb ist so alt wie die Menschheit selbst. Verstand und freier Wille geben dem Menschen als einzigem Lebewesen die Möglichkeit, ihn zu beherrschen, bewußt zu gebrauchen oder zu mißbrauchen. Und wohl zu allen Zeiten der Geschichte ist diese Kraft gebraucht und mißbraucht worden. In Zeiten des Höhepunktes und Niederganges einzelner Kulturkreise hat der Mißbrauch sicher weite Verbreitung gefunden. Aber erst die Technik der Neuzeit ist imstande, diese Dinge in nie dagewesenem Ausmaße an die Öffentlichkeit zu zerren, bei zivilisierten und primitiven Menschengruppen zu verbreiten und die sexuelle Enthemmung der Menschen ganzer Völker, auch im Traditionsbereiche des Christentums, durch die weitgehende Erotisierung des Geschäfts- und Vergnügungslebens zu erreichen. Parallel zu dieser Enthemmung des Sexualtriebes aber geht seine widernatürliche Isolierung vom Fortpflanzungsgeschehen. Der Trieb zur Annäherung zwischen Mann und Frau wird gefördert und gleichzeitig seines natürlichsten Inhaltes, des Triebes zur Fortpflanzung, beraubt. Das Kind wird weithin nur mehr als fast immer unerwünschte Folge, als lästige Störung der sexuellen Betätigung aufgefaßt.

### Keine Änderung der Konzeptionshäufigkeit

Die Größenordnung der Konzeptionshäufigkeit dürfte sich im Zeitalter der Technik gegenüber früher wohl nicht wesentlich geändert haben; weder Maßnahmen innerhalb des natürlichen Zusammenlebens von Mann und Frau, noch technische Hilfsmittel aller Art waren

bisher — im großen gesehen — stärker als die Natur. Bekanntlich haben auch die beiden Weltkriege mit all ihren Schrecken, Hunger, Flüchtlingsnot und politischen Massenmorden die Vermehrungsquote der Menschheit ebensowenig wesentlich beeinflussen können, wie etwa die Opfer des Verkehrs oder technischer Großkatastrophen anderer Art. Aber eine andere Größe ist durch die steile Aufwärtsentwicklung der Medizin in den letzten hundert Jahren ganz wesentlich verändert worden: die pränatale und postnatale Mortalität. Durch ihre Verminderung in allen Stufen des Intra- und extrauterinen Lebens ist ja die rasante Bevölkerungszunahme der Erde im letzten Jahrhundert im wesentlichen bedingt. Die von Malthus zu Ende des 18. Jahrhunderts vorausgesagte weitere Vermehrung der Menschheit nach Art einer geometrischen Reihe ist Wirklichkeit und nimmt Tag für Tag ihren Fortgang. Sie beträgt derzeit vielleicht rund drei Millionen Menschen pro Monat. Denn die moderne Medizin hat die Gesundheit der Väter und Mütter verbessert, die Zahl der spontanen Fehl- und Frühgeburten schrittweise herabgesetzt. Man kann leicht errechnen, daß die nächste Verdoppelung der Einwohnerzahl der Erde nur mehr wenige Jahrzehnte in Anspruch nehmen wird, obwohl es heute noch Länder mit einer Säuglingssterblichkeit von mehr als 30% gibt, obwohl die mittlere Lebenserwartung des Neugeborenen in ganzen Subkontinenten noch bei 30 Jahren liegt und obwohl zur Schande der abendländischen Nationen erst in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts die ersten weltweiten Anstrengungen zur Bekämpfung der Welt Hungersnot zu verzeichnen sind.

#### Folgen der Erhöhung des Lebensstandards

Das technische Zeitalter vermag aber auch über so manche Wandlung im Denken der Menschen auf das Ausmaß der Fortpflanzung einzuwirken. Technische Möglichkeiten entfachen den Wunsch, von ihnen Gebrauch zu machen, also den Lebensstandard zu erhöhen, mehr materielle Güter erwerben und genießen zu können. Die Versuchung ist dabei groß, nur an das Wohl des eigenen Volkes oder Staates, der eigenen Familie, ja nur der eigenen Person zu denken. Die natürliche Aufgabe der Menschen, sich fortzupflanzen, die natürliche Ordnung der Ehe und Familie, das ehrene Gesetz von Integrität menschlichen Lebens, sie fallen Schritt für Schritt dem Gott ‚Lebensstandard‘ und dem Gott ‚Bequemlichkeit‘ zum Opfer. Die Lehre der katholischen Kirche von der Unauflöslichkeit der gültig geschlossenen Ehe, von der Verwerflichkeit aller Handlungen wider den naturgemäßen Vollzug dieser Ehe und von der Unantastbarkeit unschuldigen menschlichen Lebens von der Konzeption an, ist einsam geworden in der Welt. Und mit dem Spürsinn der Welt für die Bedeutung dieser Grundsätze wird die kirchliche Lehre heute gerade in diesen Punkten besonders erbittert bekämpft.“

„Die heute angewandten operativen Methoden der sog. Geburtenkontrolle, also die Sterilisation und der Abortus artificialis, sind ebenfalls nicht erst in der modernen Zeit entstanden, wenn auch in ihrer Technik verfeinert worden. Die Fortschritte der Medizin verminderten jedoch die mit ihnen verbundenen Gefahren für Mann und Frau. Vor allem sind die bei der durch den Lalen frevelhaft vorgenommenen Einleitung oder Durchführung der künstlichen Fehlgeburt häufig ent-

stehenden schweren Infektionen durch die antibiotische Therapie und die Gefahr des Verblutens der Mutter durch die Technik des Blutersatzes wesentlich ihrer Schrecken beraubt worden. Die modernen Krankenhäuser, ja sogar die Mittel der, wenn auch noch so defizitär wirtschaftenden Sozialversicherungsinstitute werden für solche Zwecke häufig mißbraucht, sei es legaliter wie in Japan oder einigen Ländern des Ostblocks, sei es gegen das staatliche Gesetz und nur still geduldet wie leider auch in meinem eigenen Land Österreich und zahlreichen anderen europäischen Ländern überwiegend christlich getaufter Bevölkerung.

Wenn auch über die Verwerflichkeit der Verstümmelung des Mannes oder der Frau zur Verhinderung weiteren Kindersegens kein Zweifel besteht, übertrifft doch der millionenweise durchgeführte pränatale Kindesmord, der durch die Entwicklung der medizinischen Technik möglich wurde, alles bisher Dagewesene an Grausamkeit. Vielleicht ist in unserer Zeit die Kindeswegiegung, die Aussetzung Neugeborener oder der postnatale Kindesmord zahlenmäßig zurückgegangen. Aber das ist kein Verdienst, wenn es nur geschah zugunsten technischer Methoden, die eher verborgen bleiben, ja die den Mord in einem Ausmaß legalisieren wollen, gegen das die politischen Massenmorde der modernen Diktaturen geradezu stümperhaft wirken.

#### Die ‚Geburtenkontrolle‘

Man muß den Vorkämpfern der ‚Geburtenkontrolle‘ zugute halten, daß auch sie diese beiden Methoden nicht lieben und die Häßlichkeit vor allem des pränatalen Kindesmordes — immer unter dem beschönigenden Titel ‚Schwangerschaftsunterbrechung‘ geführt — zumindest einsehen, wenn schon nicht zugeben. In ihrer grenzenlos materialistischen Weltauffassung allerdings ist ihnen das Idol ‚Geburtenkontrolle‘ so wichtig, daß sie bis zur Erfindung und vor allem bis zur massenweisen Anwendbarkeit wirksamer Mittel der Konzeptionsverhütung auch die kindestötenden Eingriffe und die Verstümmelung geschlechtsreifer Männer und Frauen als ordentliche Mittel zulassen oder sogar fördern.

Das eigentliche Ziel der bemerkenswert straff organisierten Bewegungen zur Durchsetzung der ‚Birth Control‘, neuerdings häufig ‚Planned Parenthood‘ genannt, bleibt jedoch die Konzeptionsverhütung. Auch sie ist keine Neuerrungenschaft des technischen Zeitalters, und die technischen Methoden, die heute in den meisten zivilisierten Ländern massenweise geübt werden — eine an der geringen Kinderzahl pro Ehe ohne weiteres ablesbare Tatsache —, sind z. T. jahrtausendealt. Ganz abgesehen von ihrer Widernatürlichkeit und den physischen und psychischen Schäden, die sie anrichten können, sind sie sicherlich auch einigermaßen wirksam, denn die Tatsache, daß manche Kulturvölker derzeit eine etwa gleichbleibende Bevölkerungsziffer aufweisen, obwohl sie eine viel geringere prä- und postnatale Mortalität haben als viele sich rapide vermehrende unterentwickelte Nationen, geht sicherlich nur zum geringen Teil auf künstliche Fehlgeburten zurück, während Sterilisierungsoperationen zahlenmäßig nur sehr wenig ins Gewicht fallen dürften. Die industrielle Massenherstellung und -verbreitung von Anticonzipientien ist ein Beispiel des Mißbrauches der Technik.

Ein weiterer Faktor der Fruchtbarkeitssteuerung hat im technischen Zeitalter wesentlich an Bedeutung und Einfluß gewonnen, nämlich die Politik: Auf der einen Seite sind in manchen Ländern echte Fortschritte in der sozialen Sicherung der Existenz des Kindes und der Familie zu erkennen, hier sei das rühmliche Beispiel Frankreichs genannt. Auf der anderen Seite wird die Kinderzahl je nach Tendenzen und Motiven des Regimes gefördert oder eingedämmt und dies geschieht mit der gleichen kalten Berechnung wie etwa finanzpolitische Maßnahmen zur Beeinflussung des Wirtschaftsgefüges. Man denke nur an die nationalsozialistische Diktatur in Deutschland, die aus militärpolitischen Gründen ein sprunghaftes Ansteigen der Geburtenziffern anstrebte und auch erreichte, oder an das traurige Beispiel Japans nach dem zweiten Weltkrieg, das dem Problem ‚Volk ohne Raum‘ durch Freigabe und jährlich millionenfache Ausführung der Abtreibung mit ‚Erfolg‘ (wenn man das so nennen darf) beizukommen scheint. Auch die technischen Mittel der statistischen Beobachtungen der Entwicklungen und der modernen Publikations- und Propagandamittel geben dem Politiker heute auf diesem Gebiete ungleich mehr Macht in die Hand als in den vergangenen Perioden der Geschichte.

Neben diesen von alters her vorhandenen Faktoren der Fruchtbarkeitssteuerung gibt es nun auch solche, die in unserem technischen Zeitalter neu auftreten. Sie sind z. T. von großer prinzipieller Bedeutung, fallen aber derzeit quantitativ noch verhältnismäßig wenig ins Gewicht.“

„Obwohl die Erkenntnis über die periodische Fruchtbarkeit der Frau nicht völlig neu sein dürfte, ist doch in den letzten Jahrzehnten erstmalig eine Möglichkeit für die Ehepaare eröffnet worden, die Konzeptionswahrscheinlichkeit bewußt durch Maßnahmen zu vergrößern oder zu vermindern, die nicht schlecht und daher bei entsprechender Motivierung sittlich zu verantworten sind. Es ist bekannt, daß diese Methoden, auf welche Weise immer die Beobachtung und Berechnung des Zyklusgeschehens durchgeführt werden mag, nur eine relative Verlässlichkeit besitzen und außerdem von den Eheleuten nicht nur ein Maß an Disziplin, sondern auch gewisse Intelligenz erfordern und daher in ihrer Anwendungsmöglichkeit von vornherein eingeschränkt sind. Die Forschung auf diesem Gebiete ist jedoch keineswegs abgeschlossen.“

„Erst in den letzten Jahren wurde die Inhibition der Ovulation durch bestimmte oral wirksame synthetische Hormonpräparate, also eine temporäre, reversible Sterilisierung entdeckt und am Menschen erprobt. Die Methode stellt jedoch einen direkten Angriff auf die natürlichen Fortpflanzungsfunktionen der Frau dar und ist daher ebensowenig zu verantworten wie etwa die operative Sterilisierung. Die Reversibilität des Prozesses, d. h. die Wiederherstellung der Fruchtbarkeit der Frau nach Beendigung der Medikation, die nicht einwandfrei erwiesen ist, würde aber auch bei sonstiger Ungefährlichkeit der Methode nichts an der grundsätzlichen Widernatürlichkeit ändern. De facto ist auch die Unschädlichkeit der Methode für die Frau noch keineswegs endgültig sichergestellt. So bedeutungsvoll die Entdeckung der synthetischen, den natürlichen verwandten Sexualhormone ist, so groß ist auch die Versuchung, sie zu mißbrauchen.“

### Die Ursachen der Sterilität

Nicht unwesentliche Fortschritte brachten die Forschungen der letzten Jahrzehnte auch auf dem Gebiete der Diagnostik und — freilich in geringerem Maße — der Therapie der ungewollten Kinderlosigkeit. Immerhin sind ja zehn bis fünfzehn Prozent aller Ehen ungewollt kinderlos. Gewisse Schwierigkeiten bereitet immer noch die Untersuchung der Keimdrüsenfunktion des Mannes, nicht nur weil die Männer mehr Hemmungen haben, sich den notwendigen Prozeduren zu unterziehen, sondern auch weil die Gewinnung des für die Untersuchung erforderlichen Spermias vom moraltheologischen Standpunkt aus problematisch erscheint. Ohne als Arzt darauf näher eingehen zu wollen, möchte ich doch fragen, ob die Substratgewinnung für eine wichtige ärztliche Untersuchung sinnvoll als Handlung der Selbstbefriedigung (die also in se schlecht wäre) bezeichnet werden kann.

In der Therapie der Sterilität hat sich die Beeinflussung der hormonell-vegetativen Abläufe, sei es durch Substitution oder andere therapeutische Maßnahmen, ihren festen Platz erobert. Aber auch die operative Sterilitätstherapie hat wenigstens etwas größere Erfolgsaussichten, seit Infektionen und andere entzündliche Vorgänge mit antibiotischen Mitteln und Cortisonen mit Aussicht auf Erfolg prophylaktisch oder therapeutisch beeinflusst werden können.

Die Inseminatio artificialis ab uxore — die heterologe kann im Gespräch unter gewissenhaften Ärzten außer Betracht bleiben — ist schon rein medizinisch gesehen sehr selten überhaupt sinnvoll und führt noch viel seltener zum Erfolg, bedeutet sie doch bei vorhandener potentia coeundi nichts anderes als die Überspringung der äußeren Cervixschranke, was für den weiteren Weg der männlichen Keimzellen unphysiologisch ist. Immerhin hat Pius XII. in dieser Frage die Türe zu weiteren Gesprächen sozusagen noch einen Spalt offen gelassen. Und diese Gespräche sollten zu gegebener Zeit geführt werden, da es — wenn auch nur in sehr seltenen Fällen — darum gehen könnte, den ernstesten Wunsch nach Erfüllung der Ehe im eigenen Kind durch ärztliche Maßnahmen zu erfüllen, die selbstverständlich nicht contra naturam gerichtet, sondern nur der Hilfe für die durch Krankheit mangelhaft funktionierende Natur dienen dürften.

Sehr erfreulich sind die Bemühungen der letzten Zeit in Forschung und Klinik, das Kind auch schon vor seiner Geburt, im strengen Sinne also ab conceptione, als Mensch, als eigene Person, als dem Arzt zugleich mit der Mutter anvertrauten Patienten zu betrachten. Während noch vor wenigen Jahrzehnten Mängel und Schäden, die das Kind zur Zeit der Geburt aufwies, überwiegend Erbfaktoren im Sinne von unabänderlichen Tatsachen zugeschrieben wurden, gelingt jetzt Schritt für Schritt die Aufklärung so manchen pathologischen Phänomens des Neugeborenen — bzw. des Frühgeborenen oder der Fehlgeburt — als Folge einer intrauterin erworbenen Noxe. Unwillkürlich führt solches Denken Ärzte und Laien zurück zur so notwendigen Achtung vor dem Personenwert des Ungeborenen, zur Ehrfurcht vor dem keimenden Menschenleben im Schoße der Mutter. Weitere Fortschritte in diesem Entwicklungsvorgang können nur begrüßt werden.

### Aufbau der Schwangerschaftshilfe

In ähnlichem Sinne muß auch der allenthalben im Gang befindliche Aufbau einer systematischen Schwangerschaftshilfe seitens des allgemein praktizierenden Arztes oder des künftigen Geburtshelfers aufgefaßt werden. Die werdende Mutter vertraut dem Arzt nicht nur sich selbst, sondern auch immer Leben und Gesundheit des Kindes an. Es ist eine weltweite Aufgabe der modernen Medizin, die mit der Schwangerschaft verbundenen Gefahren für Gesundheit und Leben von Mutter und Kind auf ein unvermeidliches Minimum zu senken. Nur ein kleiner Teil aller Mütter auf der Welt wird heute der modernen Schwangerschafts- und Geburtshilfe teilhaftig, während die überwiegende Mehrzahl schwangerer und gebärender Frauen nicht einmal eine ausgebildete Hebamme, geschweige denn einen Arzt zur Seite haben und auf die Hoffnung auf eine komplikationslose Geburt angewiesen sind. Das Ereignis der Geburt ist in der modern eingerichteten Klinik weitgehend gefahrlos, ja oft auch schon fast schmerzlos für die Mutter geworden. Die Geburt im Busch, in der Hütte des Primitiven, ist eine stille Heldentat, bei der ungezählte Mütter den Tod finden oder doch ihre Kinder hilflos sterben sehen müssen. Wir bekämpfen heute die Malaria in weltweiter Aktion, die Lepra wird in wenigen Jahrzehnten fast ausgestorben sein, um nur einzelne Beispiele neuzeitlicher Sozialhygiene zu nennen. Sollten wir nicht endlich auch jenen Müttern und Kindern helfen, die zu Tausenden sterben oder schwerste Schäden nehmen, weil sie in der Stunde der Geburt ohne fachgemäße Hilfe bleiben?

Freilich wird mit jedem Fortschritt in der pränatalen Pädiatrie, in der Schwangerschafts- und Geburtshilfe die Rate der Bevölkerungszunahme weiter steigen und damit die Problematik, ja bisweilen echte neue Not bedingt sein. Ein Christ, der die Sorgen der Eltern um die Ernährung und Erziehung ihrer großen Kinder-schar, der Hunger, Mangel an Kleidung und Wohnung, an Mitteln für Schul- und Berufsausbildung der Kinder übersehen oder als nebensächlich abtun wollte, führte seinen Ehrentitel zu Unrecht. Der Christ bejaht freilich das Leben, auch wenn es Not bringt. Aber er ist auch zutiefst verpflichtet, sozialer Not und vor allem sozialer Ungerechtigkeit nach Kräften vorzubeugen und zu steuern. Die Unrichtigkeit der düsteren Prognosen eines Malthus, der sein Problem richtig sah, aber überwertete, steht außer Zweifel. Aber niemand kann und darf sich der ernstesten Problematik verschließen, die mit der großen Kinderzahl einzelner Familien mit der raschen Bevölkerungszunahme einzelner Nationen und mit der immer dichteren Besiedlung unserer ganzen Erde verbunden ist. Sicherlich ist zwar die Zahl der Analphabeten im Sinken, und die Güterproduktion pro Kopf war noch nie so hoch wie heute. Die Güterverteilung aber ist innerhalb einzelner Wirtschaftsordnungen und unter den Nationen der Welt noch so einseitig, daß es eben ganze Subkontinente gibt, in denen die Bevölkerungsziffer heute weit stärker zunimmt als die Gütererzeugung, weil die Zivilisationsbringer und Kolonialherren zwar gezwungen waren, sich selbst und daher auch die einheimische Bevölkerung gegen Seuchen zu schützen, nicht aber gegen Unbildung und Hunger des Kolonialvolkes.

### Der Neomalthusianismus

Haben also doch diejenigen recht, die eine Limitierung der Vermehrung der Menschheit mit allen Mitteln für

das Gebot der Stunde halten? Ist vielleicht die International Planned Parenthood Federation (IPFF) doch eine humane Institution? Hat Malthus sich nur im Zeitmaß verrechnet, im Prinzip aber recht gehabt, so daß die Menschen in wenigen Jahrzehnten jämmerlich verhungern müssen, wenn sie nicht das Allheilmittel Geburtenkontrolle zu ihrem obersten Grundsatz machen?

Oder ist es vielleicht doch kein Zufall, daß die mit bemerkenswert vielen Dollar-millionsen ausgestattete Bewegung 'geplanter Elternschaft' in jeder ihrer Publikationen ihren Haß gegen die katholische Kirche in und zwischen den Zeilen in die Welt schreit? Wäre es denkbar, daß es den Hintermännern und Finanziers dieses Bundes nur darum geht, den gelben und braunen und schwarzen Menschen das Laster beizubringen, das ihre eigenen Völker zum endgültigen Abstieg von der Herrschaftsposition in der Welt zu zwingen droht?

Zweifellos ist die Mitverantwortung des Mannes und der Frau für die Zahl ihrer Kinder und für den Zeitpunkt jeder einzelnen Zeugung groß. Das gilt für die Verantwortung etwa der Brautleute, daß nicht Kinder in die Welt gesetzt werden, denen die Geborgenheit der Familie fehlt. Das gilt für Ehepaare, denen schwere Krankheit des Mannes oder der Frau besondere Verpflichtungen gegenüber schon vorhandenen Kindern auferlegt und ihnen verbietet, leichtsinnig neue Gefahren für die Gesundheit oder gar das Leben der Mutter auf sich zu nehmen. Das gilt schließlich für den Mann oder die Frau, die um die krankhaft erbliche Belastung des eigenen Organismus wissen und daher hohe Verantwortung tragen bei der Entscheidung über eine Eheschließung und die Zeugung von Kindern, denen eine solche Erblast mit größerer oder geringerer Wahrscheinlichkeit weitergegeben würde. Das gilt schließlich für Vater und Mutter, wenn sie ihre wirtschaftlichen, aber auch ihre geistigen Kräfte selbst einzuschätzen haben im Hinblick auf die Zahl ihrer Kinder, die sie zu ernähren und zu erziehen imstande sein werden.

Aber meinen die Neomalthusianisten und die Vorkämpfer für eine 'geplante Elternschaft' wirklich diese, nur diese echte Verantwortung? Steht dahinter nicht doch der persönliche Egoismus, der vor- und außereheliche Enthalt-samkeit für ein Unding und vertrauensvolle Disziplin der Eheleute für nicht durchführbar hält, weil er eben zu dieser Disziplin, zu dieser Enthalt-samkeit mangels hoher Ideale nicht bereit ist? Haben die Neomalthusianisten wirklich soviel übrig für die Familie, wenn sie 'child spacing' mit allen Mitteln der Anticonceptio geradezu fanatisch propagieren? Oder steckt dahinter nicht doch die Geisteshaltung der Eltern, die zuerst alle möglichen materiellen Luxusgüter brauchen, bevor sie sich ein Kind oder mehrere 'leisten können'? Sind die Neomalthusianisten wirklich voller Sorge um die armen hungernden Inder und die viel zu eng wohnenden Japaner? Oder haben sie vielleicht Angst, daß Indien die ihm zukommende Rolle in der Welt spielen lernen und Japan ein Recht auf einen größeren Anteil an den Schätzen dieser Erde anmelden könnte?

Malthus' Theorie des Verhungerns der Erdbevölkerung ist nicht haltbar. Der heutige Hunger der sog. unterentwickelten Nationen ist nicht eine Folge ihrer Vermehrung, sondern ihrer kolonialen Unterdrückung durch lange Zeit. Aber das Märchen von zuwenig Platz auf der Welt wird weiterhin aufgetischt, wenngleich

*Neueinführung!*



# Nicopred<sup>®</sup>

(0,2 g Nicopyron<sup>®</sup> 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  
6 Suppositorien DM 4,60 o. U.

Literatur und Muster durch:

H. TROMMSDORFF · AACHEN · GEGRÜNDET 1797

Zuverlässige  
Penicillin-Therapie  
oral

XVF-0-109



# Oratren<sup>®</sup> 200

rascher Anstieg und  
langbleibende Höhe

des Penicillin-Spiegels in Blut und Geweben

(81% des Serumspiegels auch im Gewebe nachweisbar)

daher erhöhte Therapiesicherheit mit

Oratren 200 bei allen Penicillin-Indikationen.

Oratren 200 ist säurestabil und kann deshalb

unabhängig von den Mahlzeiten eingenommen werden.

## Dosierung:

3 x 1 Tablette täglich für Erwachsene

3 x 1/2 Tablette täglich für Kinder

3 x 1/4 Tablette täglich für Säuglinge und Kleinkinder

In schweren Fällen ist es möglich, die Dosis

unbedenklich zu erhöhen.

Originalpackung:

Röhrchen mit 12 Tabletten

1 Tablette = 200.000 i. E. Penicillin-V

(60 mg Penicillin-V-Säure + 65 mg

Penicillin-V-Kallium)

**Zuverlässige Penicillin-Therapie oral**



es noch weite Gebiete der Erde gibt, die kaum bevölkert, geschweige denn bebaut sind, wiewohl sie für beides gut geeignet wären. Die Neomalthusianisten kämpfen immer weiter für Empfängnisverhütung, weil sie es nicht wahrhaben wollen, daß Empfängnisverhütung in jeder Form, die Sinn und Zweck der Vereinigung zwischen Mann und Frau willentlich verhindert, dem natürlichen Sittengesetz zuwiderläuft.

Die Kirche hat die Pflichten ihres Lehramtes in diesen schwerwiegenden Fragen nicht vernachlässigt. Unbeirrt hat sie verlangt, daß die Menschen dem göttlichen Auftrag, sich zu vermehren, gerecht werden und die damit verbundene Verantwortung und Pflicht als Vater und Mutter tragen; daß Mann und Frau in der Ehe das „*fiat voluntas tua*“ sprechen, ohne das ein christliches Leben nicht denkbar ist. Die katholische Kirche hat aber auch soziale Gerechtigkeit für jeden einzelnen Menschen, für jede Familie, für jedes Volk ohne Unterschied unablässig gefordert. Die Gesellschaft hat eben die Pflicht, ihren Mitgliedern die Möglichkeit der Familiengründung und Familienführung zu gewährleisten. Die Gesellschaft hat die Pflicht, jedes unschuldige Menschenleben zu schützen, am meisten aber das völlig unschuldige und gänzlich wehrlose ungeborene Kind. Die Kirche wird die Integrität auch des keimenden Menschenlebens niemals verraten. Die Kirche wird die Vereinigung zwischen Mann und Frau immer der einen, nur durch den Tod endenden Ehe vorbehalten und die Herabwürdigung des ehelichen Aktes zu einem Vergnügen zwischen zwei Personen unter Loslösung von jeglicher Verantwortung füreinander und die Nachkommenschaft niemals gutheißen. Die Kirche wird schließlich — und das sei besonders betont — niemals billigen, daß das intimste Geschehen zwischen zwei Menschen seiner natürlichen Ordnung und Bestimmung willkürlich beraubt wird.

#### Kirche und Technisierung

Die Kirche hat in dieser Zeit der Technisierung auch der Dinge um die Ehe den richtigen Weg beschritten: sie hat den Eheleuten erlaubt, ihre Ehe nach der Ordnung der Natur und gemäß dem derzeitigen Stande der Naturwissenschaft in Verantwortung zu leben. Mit der Aufklärung der Physiologie des weiblichen Zyklus ist nicht nur die Verantwortlichkeit der Eheleute selbst, sondern auch der Priester, der Eltern, Lehrer und Erzieher, nicht zuletzt aber der Ärzte, wesentlich gestiegen. Denn neue technische Möglichkeiten, wie etwa die Beobachtung des Regelkalenders oder der Basaltemperatur, bedeuten auch neue Gelegenheiten zum Mißbrauch.

Es ist Pflicht der Ärzteschaft, alle diagnostischen prophylaktischen und therapeutischen Maßnahmen dem natürlichen und göttlichen Sittengesetz unterzuordnen. Es herrscht so viel Verwirrung gerade in den Fragen

der Fortpflanzung, auch unter Katholiken, daß der klaren Haltung der Ärzte entscheidende Bedeutung zukommt.

Wenn neue Methoden oder Mittel zur Fortpflanzungsregelung auftauchen, haben wir sie im Lichte des natürlichen und göttlichen Sittengesetzes zu beurteilen und dann unsere Meinung offen vor dem einzelnen Patienten wie vor der Öffentlichkeit zu vertreten.

Gleichzeitig aber muß unser wissenschaftliches Arbeiten der Entwicklung des Systems einer von christlichem Geist getragenen Psychohygiene der Fortpflanzung gelten, das wir Eltern, Priestern, Lehrern und sonstigen Erziehern als Rüstzeug in die Hand geben können für die Erfüllung ihrer schweren Aufgabe. Aber auch unsere persönliche Arbeit in der individuellen und kollektiven Jugenderziehung und Volksaufklärung auf diesem Gebiete ist für die Kirche unentbehrlich.

Die weitere Entwicklung der Weltgeschichte wird durch die Art, wie sich die verschiedenen Völkern und Rassen, Weltanschauungen und Religionen angehörenden Menschen in der Frage der Steuerung der Fruchtbarkeit verhalten, wesentlich beeinflusst werden. Denn wir dürfen auch nicht vergessen, daß die Verbreitung geistigen Gutes unter den Menschen am stärksten durch die Weitergabe an die eigene zahlreiche Nachkommenschaft geschieht. Auch im Hinblick darauf ist unsere Verantwortung groß!

#### Zusammenfassung

1. Von alters her vorhandene Faktoren der Fruchtbarkeitssteuerung erfahren quantitative Veränderungen: Der Sexualtrieb wird gleichzeitig enthemmt und vom Fortpflanzungsgeschehen isoliert. — Die Überlebensquote wird vervielfacht. — Massenweise Verbreitung der Sterilisation, des Abortus artificialis und der Antecepcio. — Familien- und Bevölkerungspolitik.
2. Neuauf tretende Faktoren der Fruchtbarkeitssteuerung fallen demographisch noch wenig ins Gewicht: Eine erste Möglichkeit naturgemäßer Konzeptionsregelung: *observatio temporum*. — Erste Möglichkeit der Konzeptionsprophylaxe durch perorale Medikation: Ovulationsinhibition. — Fortschritte in der Diagnostik und Therapie der Sterilität und Infertilität. — (Spezialprobleme: Spermagewinnung zur Diagnostik. *Inseminatio artificialis ab uxore*.) — Anfänge einer pränatalen Pädiatrie. Fortschritte in der Schwangeren- und Geburtshilfe.
3. Die gegenwärtigen und in naher Zukunft zu erwartenden Fortpflanzungsverhältnisse bedingen echte Not vieler Einzelfamilien, mancher Nationen und schließlich echte bevölkerungspolitische Probleme der Welt.
4. Der weiterhin fehlgeleiteten Fortpflanzungsethik lie-

# Cefadysbasin<sup>®</sup>

TROPFEN

TABLETTEN

AMPULLEN

CEFAK  
KEMPTEN

PERIPHERE UND KORONARE DURCHBLUTUNGSSTÖRUNGEN

gen typische Geisteshaltungen zugrunde: Persönlicher Egoismus. — Neomalthusianismus vielfach nur als Vorwand für Zügellosigkeit und Weltmachtspolitik

5. Grundsätze des Christentums: Vermehrung in Verantwortung. — Soziale Gerechtigkeit national und international. — Integrität der Person ab conceptione.

— Integrität der Ehe. — Lenkung, nicht Vergewaltigung der Natur.

6. Aufgaben der Ärzteschaft: Natürliches Sittengesetz als Richtschnur für neue Verfahren und Mittel. — Maßgebliche Beeinflussung der Jugend- und Volksbildung.“

## Bundesbahn und ärztliche Schweigepflicht

Kaum waren meine Bemerkungen zu dem Thema „Rund um die Schweigepflicht“ abgeschlossen, erreichte mich das Schreiben eines Kollegen an einem städtischen Krankenhaus (was wiederum beweist, wie aktuell dieses Problem ist und wie notwendig gemeinsame Behandlung und Abwehr ist).

Doch lassen wir den Kollegen hören, dem ich herzlich dankbar bin für seinen Brief und für die kompromißlose Haltung, die aus diesem spricht. Er schreibt: „Bezugnehmend auf das mit Ihnen heute vormittag geführte Telefongespräch möchte ich Ihnen nochmals meine Stellungnahme zu dem Streitfall mit der Bundesbahn geben. Die Deutsche Bundesbahn hat für die Angehörigen der Bundesbahnbeamtenkrankenkasse ein Formblatt gedruckt, das der Beamte im Krankheitsfall seinem Arzt zur Ausfertigung vorzulegen und dann der vorgesetzten Dienststelle abzugeben hat. Dieses sogen. Krankenblatt wird dann vom Dienststellenleiter begutachtet und später dem Bahnarzt zugeleitet, der als Vertrauensarzt seine Stellungnahme zur Dienstunfähigkeit des Beamten gibt. Dabei scheint der Dienststellenleiter den Zeitpunkt der Vorlage beim Bahnarzt zu bestimmen (wahrscheinlich nach „Prüfung“ der Diagnose und je nach seiner Meinung über den Erkrankten). Ich habe nun schon immer wieder Beamte gesprochen, die sich zwar gegen eine Abgabe der Diagnose an ihre Dienststelle äußern, jedoch aus Unsicherheit und Angst vor dienstlichen Schwierigkeiten einer Ausfüllung des Bogens durch den behandelnden Arzt dann doch zustimmten. Die BB-Behörde beruft sich dabei auf die Dienstvorschrift für die Bahnbeamten, in der aber meines Wissens nichts Derartiges enthalten ist. Den Abdruck einer solchen Dienstvorschrift konnte ich allerdings noch nicht erhalten.“

Ich halte es für eine durch nichts gerechtfertigte Anmaßung der Behörde und eine nicht vertretbare Zumutung für den Patienten, wenn verlangt wird, daß er seiner Dienststelle durch den behandelnden Arzt die Diagnose bekanntgeben läßt. Leider werden die Formblätter von den Kollegen seit Jahren bedenkenlos ausgefüllt. Ich habe mich, wie auch bei allen anderen Behörden bzw. Arbeitgebern, geweigert, die Diagnose in ein für die Dienststelle bestimmtes Formblatt einzusetzen und nur Beginn und voraussichtliche Dauer der Erkrankung bekanntzugeben. Gelegentlich gaben wir auch das Formblatt direkt beim Bahnarzt ab oder trugen zwar die Diagnose nicht ein, teilten ihm aber als Vertrauensarzt in einem kurzen Schreiben die Diagnose usw. mit. Es ist keineswegs so, wie der Bundesbahnamtmann im beigegeführten Schreiben erklärt, daß erst jetzt diese Schwierigkeiten aufgetreten seien.

Ich stehe auf dem Standpunkt, daß man die Angabe der Diagnose im vorliegenden Fall mit dem Hinweis auf Schweigepflicht und -recht des Arztes durchaus ab-

lehnen kann, selbst wenn der Beamte den auf dem sogen. Krankenblatt stehenden Passus unterschrieben hat. Meist tut er es nur aus Unkenntnis, Gleichgültigkeit oder Angst. Andere Bundesbehörden verzichten ja auch auf solche Angaben, warum soll es die Bundesbahn nicht ebenso tun. — Ich möchte auch den Herrn Amtmann einmal fragen, ob es ihm z. B. im Falle einer Lues oder ähnlichen Erkrankung recht wäre, wenn seine ganze Umgebung darüber orientiert ist. Denn erfahrungsgemäß gehen die Blätter durch viele Hände, die den Inhalt wohl nicht immer für sich behalten, und zu uns werden sie auch meist offen durch einen Boten gebracht. Für die Bundesbahn hätte ich einen Vorschlag: Man sollte zwei kleinere Formblätter drucken, eine einfache Dienstunfähigkeitsbescheinigung ohne Diagnose für die Dienststelle und einen Vordruck mit Diagnose für den Bahnarzt (ähnlich wie für die Vertrauensärzte der Kassen).“

Die Stellungnahme der betreffenden Bundesbahndienststelle lautet: „Betr. Abgabe eines Arzzeugnisses für unseren Betriebsmeister . . . Wir können uns mit Ihrem Vermerk auf beigegeführtem Krankenblatt für den bei uns beschäftigten Bundesbahn-Betriebsmeister . . . , der sich gegenwärtig im Stadtkrankenhaus in stationärer Behandlung befindet, keineswegs zufriedengeben.“

Bei Erkrankung eines Arbeitnehmers gibt der behandelnde Arzt ‚prinzipiell‘ auf einer ‚Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung‘ (grüner Vordruck) der Beschäftigungsstelle nähere Einzelheiten über die Erkrankung u. a. auch die Krankheitsbezeichnung bekannt. Handelt es sich bei dem Erkrankten um einen **B e a m t e n**, so ist diese Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung durch den Vordruck „Krankenblatt“ ersetzt. Auf diesem ist neben der Krankheitsbezeichnung (Diagnose) auch die voraussichtliche Dauer der Erkrankung, soweit möglich, anzugeben.

Im übrigen möchten wir Sie daran erinnern, daß es sich bei der Beschäftigungsstelle des . . . um eine Bundesbehörde handelt. Uns ist bis heute noch nicht ein Fall bekannt geworden, bei dem der behandelnde Arzt, auch wenn es sich um einen Arzt des Stadtkrankenhauses handelte, die Bekanntgabe der Diagnose an die Dienststelle verweigert hätte. Wir bitten Sie daher nochmals um Angabe des Arzzeugnisses und Rücksendung des beigegeführten Krankenblattes an den Bahnhof, Personalstelle.“

Wir können den Ausführungen des Kollegen nur zustimmen, handelt es sich doch wiederum um jene methodische Diagnosenerschließung, die nur deshalb besonders auffällt, weil sie diesmal von einer Bundesbehörde ausgeht, und diese im allgemeinen doch Verständnis für die Notwendigkeit der ärztlichen Schweigepflicht aufbringen. (Z. B. Bundeswehr, Bundesgrenzschutz, Bundespost, Bundesinnenministerium.)

Wir könnten uns mit dieser Feststellung begnügen, wenn es nicht darum ginge, Klarheit in unseren eigenen Reihen zu schaffen und die Kollegen immer wieder zur Wachheit aufzurufen; denn dieser Fall ist ein Schulfall in mehr als einer Richtung.

Erstens zeigt er, wie die Kollegen selbst mit schuld sind an dieser Unsicherheit, indem sie gedankenlos — freilich an den Diagnosenverschleiß durch die Kassenzettelwirtschaft gewöhnt — eben die Diagnosen preisgeben und dadurch den Behörden eine Art Gewohnheitsrecht einräumen.

Zweitens sehen wir daraus wiederum, wie zwischen Rechtstheorie und Alltagspraxis immer noch ein Abgrund klafft; die Beamten und Angestellten fühlen sich eben erpreßt, es entsteht dadurch eine Rechtsunsicherheit, die an Rechtsnot grenzt, sowohl beim Patienten wie bei den Ärzten.

Drittens erweist es sich, wie in jedem Amtszimmer der Gefäßhülle hängt, d. h. die Gefahr der Zwingherrschaft droht durch willkürliche Auslegung der von den obersten Stellen erlassenen Vorschriften. Nach § 73 des Bundesbeamtengesetzes darf ein Beamter nicht ohne Genehmigung des Dienstvorgesetzten fehlen; eine „Dienstunfähigkeit ist auf Verlangen nachzuweisen“. — Wo steht hier also etwas von Diagnose? Es scheint wieder einmal Zeit zu sein, auf den schönen Aufsatz „Die Schweigepflicht des Arztes und das Beamtenrecht“ von dem Bundesbahnrat Dr. Josef F i n k, Rosenheim, Ä. M. v. 1. 10. 1957 hinzuweisen, der nach seinen ausführlichen und gewissenhaften Darlegungen zu folgendem Ergebnis kommt:

1. Die Dienstbehörde hat gegenüber dem behandelnden Arzt grundsätzlich keinen Anspruch darauf, daß dieser sich über die Krankheit und die Behandlung eines Beamten offenbart.

2. Der Beamte ist der Behörde gegenüber grundsätzlich nicht verpflichtet, seinen behandelnden Arzt von der Wahrung des Berufsgeheimnisses zu entbinden. Eine Ausnahme gilt nur in besonderen Fällen für bestimmte Beamtenkategorien.“

Man sollte meinen, daß diese Stellungnahme auch in der dortigen Bahndienststelle bekannt ist. Auch kann die Berufung dieser Dienststelle auf eine Dienstvorschrift uns gar nicht einleuchten, da in diesen Darlegungen eine solche, die etwa die Angabe der Diagnose verlangte, sicher erwähnt worden wäre.

In der Antwort der Dienststelle würde uns eine Erklärung des Wortes „prinzipiell“ interessieren, auf welches Prinzip denn dieses Verlangen nach der Diagnose aufgebaut ist. Und der Hinweis auf die „Bundesbehörde“ soll wohl dem Diagnosenmißbrauch einen rechtlichen Nimbus verleihen. Beachtlich ist auch, daß im letzten Satze festgestellt wird, daß das Krankenblatt an die Personalstelle zu übersenden sei.

Damit kommen wir zu einer näheren Betrachtung des sog. „Krankenblattes“. Zunächst sei einmal ganz klar festgestellt, daß zwischen der Bundesärztekammer oder irgendwelchen Landesärztekammern und der Bundesbahn keinerlei Verabredung, wie das in der dortigen Bahndienststelle behauptet wird, getroffen ist. Wohl bestand in der Zeit des Nationalsozialismus zwischen der Deutschen Reichsbahn und der Reichsärztekammer eine Vereinbarung dahingehend, daß die Ärzte gehalten sein sollen, der Deutschen Reichsbahn bei Behandlung von Reichsbahnbeamten „eine genaue Befundangabe und eine erschöpfende Krankheitsbezeichnung“ mitzuteilen. Es bedarf wohl kaum eines Hinweises, daß diese Vereinbarung heute nicht mehr besteht. Um so peinlicher ist es freilich, daß in den beiden Formblättern, die mir vorliegen, der Begriff „erschöpfende Krankheitsbezeichnung“ wiederkehrt. So schleppen sich auch hier „Gesetz und Rechte wie eine ewige Krankheit fort“.

Das erste dieser beiden Formblätter (vielleicht heute nicht mehr allgemein gebräuchlich?) ist eine Art Steckbrief und Laufzettel zwischen behandelndem Arzt, Dienststelle, Bahnarzt; das geht hin und her und wieder zurück und immer mit voller „erschöpfender Krankheitsbezeichnung“, also durch viele Hände und soll lt. Vordruck bei den Personalakten landen, und zwar mit Vorgesichte, Befund, Krankheitsbezeichnung und Beurteilung! Wenn man die Akkuratess anderer Bundesbehörden bedenkt, wie dort Krankenpapiere und Personalpapiere streng getrennt sind (z. B. beim Bundesgrenzschutz die Krankenaufzeichnungen auf andersfarbigem Papier), so wirkt dieses Krankenblatt durchaus mittelalterlich. Die Kopfleiste freilich „in verschlossenem Umschlag mit der Aufschrift ‚Krankenpapiere‘ zu befördern“ ließe zunächst vermuten, daß das Krankenpapier zum Arzt geht, aber nein, zuerst kommt die Dienststelle, die wohl die Diagnose überprüft, und dann geht das Papier zu dem Bahnarzt. Eine Rückfrage in Köln ergibt die Vermutung, daß dieses Formular niemals echt vereinbart worden sei, sondern in irgend-

# Romucard

Das vorzügliche Herztonicum mit spasmolytischer Wirkung.



**Indikation:**  
 Altersherz  
 Zirkulationsstörungen  
 Hypertonie  
 nervöse und  
 krampfartige  
 Herzbeschwerden



**Zusammensetzung:**

Papaverin 0,3%, Nitroglyc. 2,5 mg%, Tinct. Adonid. 7%, Tinct. Bellad. 4%, Tinct. Valerian., Extr. Castan. Vesc. fluid., Vit. B<sub>1</sub> u. C

K. P. Flasche 15 ccm DM 1.60  
 O. P. Flasche 30 ccm DM 2.60

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

einer Form von den Bürokraten der Deutschen Reichsbahn und der Deutschen Bundesbahn still heimlich eingeführt worden ist.

Den psychologischen Schlüssel für dieses steckbriefartige System mag ein Passus, der im Druck besonders hervorgehoben ist, geben: „Gefahr droht der Sicherheit des Eisenbahnbetriebes und somit der Allgemeinheit, wenn der Bundesbahn nicht jede Krankheit ihrer Bediensteten bekannt wird.“

Wir wollen nicht daran zweifeln, daß im Dienste der Bundesbahn eine erhöhte Verantwortung von den Beamten des Außendienstes getragen wird und daß deren Gesundheit eine für andere Menschen entscheidendere Rolle spielt als z. B. in den Finanzämtern. Aber die Bundesbahn sollte doch bedenken, daß es so nicht geht. 90% aller Erkrankungen sind vorübergehender Natur, ohne irgendwelche Folgen weder hinsichtlich der Dienstunfähigkeit noch hinsichtlich einer Fürsorgepflicht der Behörde für ihre Beamten und Angestellten. Also ist dieser Satz „Gefahr droht usw.“ in seiner Allgemeinheit einfach falsch. Im übrigen kann natürlich die Bundesbahn jedwede Erkrankung ihrer Beamten und Angestellten erfahren, aber freilich nur in jener Institution, die ja dafür geschaffen ist, nämlich in ihrem Bahnarztsystem.

Aber vielleicht hat man dieses schon eingesehen, denn im zweiten wesentlich einfacheren Formblatt fehlt dieser etwas emphatische Passus. Aber auch hier heißt es wieder „Nur im verschlossenen Umschlag mit der Aufschrift ‚Krankenpapiere‘ zu befördern“, das Krankenblatt ist der Dienststelle umgehend zurückzugeben. Nun würden wir gerne wissen, ob nun die Dienststelle

diesen Umschlag mit der Aufschrift „Krankenpapiere“ uneröffnet dem Bahnarzt weitergibt, oder ob sie ihn selbst öffnet, wobei dann die Frage sich erhebe — da Krankenpapiere grundsätzlich nach der Hand eines Arztes verlangen —, ob hier nicht eine Verletzung des Postgeheimnisses vorliegt.

Zum Schluß darf ich doch noch einmal auf die Frage des Kollegen an den Herrn Amtmann zurückkommen, der ihm vielleicht antworten würde 1. habe ich keine Lues oder ähnliche Erkrankung und 2. wenn, dann könnte man vielleicht ein Arrangement treffen, also entweder eine falsche Diagnose (worauf der Arzt nicht einginge) oder keine. Und da darf in diesem Zusammenhang einmal ein Gedanke angebracht werden, der — etwas naiv — von manchen Behörden vorgebracht wird: Was schadet es schon, wenn Sie die Allerweltdiagnose Knöchelzerrung, Katarrh oder Grippe angeben, wir würden Ihren Widerstand eher begreifen bei intimeren Krankheiten. Also müßte es nach dieser Meinung so sein wie bei dem fiktiven Amtmann; man würde ein Arrangement treffen bei den diskreten Krankheiten, bei den Allerweltskrankheiten aber Diagnosen einsetzen. Nun unsere gewitzte Welt würde da in kurzer Zeit per exelusionem wissen, daß eben bei Fehlen der Diagnosen eine diskrete Krankheit vorliegt, und daß dann je nach Phantasie und schlechtem Willen den Gerüchten keine Grenze mehr gesetzt ist. Nein, es muß schon bei der grundsätzlichen Einhaltung der Schweigepflicht bleiben, nicht wegen § 300 und seiner Strafandrohung, sondern um des ungestörten Vertrauensverhältnisses willen zwischen Patient und Arzt, um der Allgemeinheit und der Integrität der Arztpersönlichkeit willen.

Gustav Sondermann

## Jubiläumsfeier des ersten ärztlichen Fortbildungskurses in der Bundesrepublik

Der erste ärztliche Fortbildungskurs im Bereiche der drei westlichen Besatzungszonen — heute das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland (dazu kam später das Saargebiet) — wurde in Regensburg am 1. September 1948 eröffnet. Seine Entstehung ist Professor Dr. Dietrich Jahn zu danken, der nach Fühlungnahme mit der Bayerischen Landesärztekammer und in deren Auftrag entschlossen seinen Plan in die Tat umsetzte. Dabei knüpfte er an historische Begebenheiten in Regensburg an, als er das Regensburger Collegium für ärztliche Fortbildung schuf.

### Regensburger Collegium medicum

Interne Streitigkeiten innerhalb der Ärzteschaft hatten den Rat der Stadt Regensburg bereits seit 1662 beschäftigt. Um einen stärkeren Zusammenschluß der Regensburger Ärzte zu erreichen, veranlaßten Kammer

und Rat der Stadt Regensburg im Jahre 1687 die Gründung des Regensburger Collegium medicum. Aus den fünf ältesten Ärzten wurden ein Dekan und ein Vökar gewählt, während zwei Herren des Geheimen Rates als städtische Deputierte und Direktoren wirkten. Zunächst als ärztliche Standesvertretung wirkend, wurden späterhin schwierige medizinische Fälle gemeinsam beraten. Für Consilia des ganzen Kollegs war eine eigene Taxe von zehn Rheintalern vorgesehen. Man darf daher annehmen, daß das Collegium im bescheidenen Rahmen der Verhältnisse des 17. Jahrhunderts auch an der Fortbildung der Regensburger Ärzteschaft mitgewirkt hat. Zu Beginn des 18. Jahrhunderts scheint das Collegium medicum in der ursprünglichen Form wieder eingegangen zu sein. Eine Art Zusammenschluß der Ärzteschaft blieb jedoch bestehen, da es noch in dem 1727 erschienenen Dispensatorium Ratis-

Röntgen- und elektromedizin. Apparate

**KURT PFEIFFER**

Ärzte- und Krankenhausbedarf

NURNBERG, Marienforgraben 17

FRANKFURT a. M., Elbestr. 50

Generalvertretung der Firmen: Röntgenwerk F. Hofmann GmbH., Erlangen

Elektrofrequenz F. Schwarzer GmbH., München, und Albert Dargatz, Hamburg

**Projektion und Ausführung kompletter Ärzte- und Krankenseinrichtungen**

Besuchen Sie bitte unsere Ausstellungsräume!

bonense heißt, es sei vom Collegium medicum besorgt worden. Das Collegium hatte seit 1687 die Genehmigung zur Führung eines eigenen Siegels.

Die für die Mitglieder des neu gegründeten Regensburger Kollegiums für ärztliche Fortbildung geschaffene Medaille hält diese Tradition aufrecht. Die neue Medaille zeigt Askulap in der Tracht eines römischen Kriegers thronend mit dem Schlangensstab, dem Zeichen der ärztlichen Heilkunde in der Rechten und einem Buch als Symbol der Wissenschaft in der Linken. Links darüber befindet sich ein Medaillon mit zwei sich in den Schwanz beißenden Schlangen als Sinnbild der sich verjüngenden Lebenskraft, rechts das Stadtwappen mit den gekreuzten Schlüsseln. Die Umschrift lautet: „Sigillum collegii medici Ratisbonensis privilegiati“. Unten sind die Jahreszahlen 1687 und 1948 an-

#### Feyerliche Eröffnung im altherwürdigen Reichssaal

Der 25. Fortbildungskurs für Ärzte wurde im historischen Reichssaal des alten Rathauses in besonders festlichem Rahmen durch Oberbürgermeister Schlichtinger feierlich eröffnet. Seine Begrüßung galt vor allem dem Regierungspräsidenten Dr. Georg Zizler als persönlichen Vertreter des Bayerischen Innenministers, Ministerialdirigent von Elmenau als persönlichen Vertreter des Kultusministers Prof. Dr. Maunz, Sr. Exzellenz Weihbischof Hiltl, Dekan Greifenstein, Regierungspräsident Hopfner (Niederbayern), Regierungspräsident Burckhardt (Mittelfranken), dem Präsidenten der Bayer. Landesärztekammer Dr. H. J. Sewering, den Mitgliedern des Kollegiums, an ihrer Spitze Prof. Dr. Jahn, den Vortragenden, vor allem dem Festredner Prof. Dr. von Bertalanffy, und den Professoren des In-



Vorder- und Rückseite der Medaille des Regensburger Kollegiums für ärztliche Fortbildung

gebracht zur Erinnerung an das Gründungsjahr und das Jahr der Neugründung des Kollegiums. Die Rückseite trägt einen Ausspruch des römischen Schriftstellers Maximianus über die Bedeutung der ärztlichen Forschung: „Non intellecti nulla est curatio morbi“.

Die Mitglieder des Kollegiums für ärztliche Fortbildung sind: G. v. Bergmann †, München; K. Bingold †, München; H. E. Bock, Marburg; G. Bodechtel, München; G. Domagk, Wuppertal-Elberfeld; E. K. Frey, München; M. Gänsslen, Frankfurt/Main; E. Grafe †, Partenkirchen; G. B. Gruber, Göttingen; K. Gutzeit †, Bad Wildungen; H. Hamperl, Bonn; L. Heilmeyer, Freiburg/Breisgau; J. Hein, Tönsheide; F. Hoff, Frankfurt/Main; D. Jahn, Nürnberg; A. Jores, Hamburg-Eppendorf; H. Kämmerer, München; W. Kikuth, Düsseldorf; E. Kirch, Regensburg; H. Kleinschmidt, Honnef/Rhein; H. W. Knipping, Köln-Lindenthal; E. Kretschmer, Tübingen; G. Kuschinsky, Mainz; M. Lange, München; K. Matthes, Heidelberg; H. Pette, Hamburg; B. de Rudder, Frankfurt/Main; H. Siegmund †, Münster/Westfalen; E. Uehlinger, Zürich; K. Wezler, Frankfurt/Main; Vicarius: Dr. Franz Schmidl.

und Auslandes. Wegen der großen Zahl der erschienenen Ehrengäste bat der Oberbürgermeister von der einzelnen Begrüßung der Abgeordneten, der Mitglieder des Stadtrates, der Präsidenten und Vertreter von Behörden, des Fürstlichen Hauses Thurn und Taxis, der Vertreter der Hochschulen, der Bundeswehr, von kulturellen Instituten, der Presse und der zahlreichen nach Regensburg gekommenen Kursteilnehmer Abstand nehmen zu dürfen.

Oberbürgermeister Rudolf Schlichtinger bezeichnete die „immerwährenden ärztlichen Fortbildungskurse“ in Regensburg als bedeutungsvoll für die medizinische Wissenschaft, als ein wertvolles Instrument der ärztlichen Fortbildung, das den Initiatoren und den Mitarbeitern des Kollegiums zu hoher Ehre gereiche. Sein besonderer Dank galt diesem dafür, daß es der Stadt Regensburg die Treue gehalten hat, im besonderen aber Professor Dr. Jahn, der diese Kurse 1948 ins Leben rief. Mit der vor kurzem erfolgten Verleihung der höchsten bayerischen Auszeichnung, dem bayerischen Verdienstorden, an Prof. Dr. Jahn wurde gleichzeitig das Kollegium geehrt. Auch dem Organi-

# INSPIROL

freie  
Atemwege



sator der alljährlichen Veranstaltungen, Dr. Franz Schmidl und Frau, übermittelte er den Dank der Stadtverwaltung. Seine Dankesworte richtete der Oberbürgermeister auch an die pharmazeutische Industrie, die Regensburg durch über 12 Jahre die Treue hielt. Sein Willkommensgruß galt dem Vertreter des Bundesverbandes der pharmazeutischen Industrie, Direktor Kohlstaedt. Nicht zuletzt dankte er dem Domchor, den Domspatzen, die unter der bewährten Leitung von Professor Dr. Schrems durch ihre Darbietungen auch diesmal den Festakt in würdiger Form umrahmten.

#### Regensburgs Streben nach einer Universität

Oberbürgermeister Schlichtinger verwies auf die 500-jährigen Bemühungen von Regensburg um eine Universität. Da am gleichen Tage (13. Oktober 1960) der Deutsche Wissenschaftsrat in Berlin tagte, um zu der Frage der Neugründung von Universitäten Stellung zu nehmen, sandte er ein Telegramm, worin er die begründeten Wünsche von Regensburg zum Ausdruck brachte. Der Oberbürgermeister betonte ausdrücklich, daß er niemals aus lokalpatriotischen Gründen für eine Universität in Regensburg eintreten würde, wenn er nicht fest davon überzeugt wäre, daß nirgendwo eine Universität besser ihren Sitz hätte als in dieser Stadt, dem kulturellen Mittelpunkt des ostbayerischen Raumes. Nach dem Fortfall der Deutschen Karls-Universität in Prag wäre es geboten, in Regensburg eine Grenzland-Universität zu errichten.

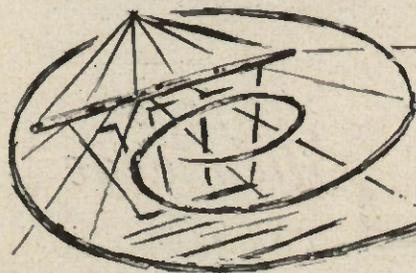
#### Die Glückwünsche der Ministerien

Regierungspräsident Dr. Zizler überbrachte die herzlichen Glückwünsche des bayerischen Staatsministers des Innern, Alfons Goppel. Die Kurse, durch Prof. Dr. Jahn 1948 begründet und stetig weitergeführt, haben heute einen guten Ruf im Bundesgebiet und jenseits der Grenzen. Das Regensburger Kollegium kann mit Stolz auf das bisher Erreichte blicken. Besonderer Dank gilt dem Initiator und Motor der Kurse, Prof. Dr. Jahn. Der bayerische Innenminister ließ ihm seine besondere Anerkennung und seinen Dank übermitteln. Seine Rede schloß Regierungspräsident Dr. Zizler mit besten Wünschen für die Zukunft und ein weiteres erfolgreiches Wirken.

Ministerialdirigent von Elménau überbrachte die Grüße des bayer. Kultusministers. Er gab der freudigen Genugtuung des Kultusministeriums darüber Ausdruck, daß die ärztlichen Fortbildungskurse zu einem Begriff in der ärztlichen Wissenschaft und der ärztlichen Praxis in Bayern geworden sind und in einem seltenen Maß eine Kombination der Erfüllung der medizinischen Bedürfnisse der Ärzte und eine hohe wissenschaftliche Leistung aufweisen. Sie sind streng wissenschaftlich ausgerichtet und von hervorragenden Angehörigen der Hochschulen gehalten und entsprechen

allen Anforderungen, die an einen universitätsmäßig durchgeführten Kurs zu stellen sind. Dies ist ein Verdienst von Herrn Prof. Jahn, dem Dank für seine Leistungen gesagt sei. Das für die Wissenschaft verantwortliche Ministerium anerkennt seine Tätigkeit aufs höchste und dankend. Daß die Regensburger Kurse sich einer so hervorragenden Entwicklung erfreuen und zum 25. Male im 12. Jahre ihres Bestehens hier abgehalten werden, ist auch ein Verdienst des Genius loci, ein Verdienst der Stadt Regensburg und ihrer Stadtoberhäupter. Auch ihnen wurde der Dank des Staatsministeriums für Unterricht und Kultus zum Ausdruck gebracht. „Der Herr Oberbürgermeister hat eben angedeutet, welche Erwartungen die Stadt Regensburg, diese alte, seit jeher der Wissenschaft verpflichtete Stadt gerade in den letzten Tagen und Wochen erfüllen im Hinblick auf die Entwicklung, die sich im Deutschen Wissenschaftsrat und dem von ihm eingesetzten Gremium vollziehen. Erwarten Sie von dem Vertreter des Kultusministeriums in diesem Augenblick keine abschließenden, keine verbindlichen Erklärungen über diese Entwicklungen, die die nächste Zeit bringen wird. Sie obliegen der Entscheidung der Bayer. Staatsregierung, sie obliegen vielleicht auch sicher dem Mitspracherecht des bayer. Finanzministers. Lassen Sie mich aber auch hoffen, daß, wenn neue Entwicklungen auf dem Hochschulsektor sich in Deutschland abzeichnen, eine Stadt, in der Albertus Magnus gewirkt hat, in gebührender Weise daran beteiligt sein möge. Jedenfalls wird die Bayer. Staatsregierung dies ernstens prüfen und sorgfältig erwägen. Wenn sich solche Dinge im bayerischen Raum entwickeln, dann werden auch die Leistungen, die die ärztlichen Fortbildungskurse im Laufe der letzten 12 Jahre entwickelt haben, ebenso wie die Leistungen der Phil.-Theol. Hochschule in Regensburg mitwirken, daß der altbayerische Raum dabei in einer Weise berücksichtigt wird, wie es seiner geistigen Bedeutung, seiner Tradition und seinen berechtigten Ansprüchen zukommt.“

Oberbürgermeister Schlichtinger erwiderte darauf, daß der Deutsche Wissenschaftsrat nicht nur die Absicht habe, drei neue Universitäten zu errichten, sondern innerhalb von 10 Jahren für diese neu zu errichtenden Universitäten, den nicht ganz unbeachtlichen Betrag von 200 Mill. DM zur Verfügung zu stellen hat. Er sei überzeugt, wenn es soweit ist, werde der bayer. Staatsminister der Finanzen diese Entlastung sehr lebhaft begrüßen. Er sei sich durchaus im klaren, daß es Städte gibt, die in der Lage sind, finanzielle Angebote an den Wissenschaftsrat zu machen, und er wisse, daß Regensburg im größeren Umfange dazu nicht in der Lage ist, aber er glaube auch, eine neue Universität sollte ja letzten Endes errichtet und nicht meistbietend versteigert werden.



Bei Schwindel jeder Genese, Meniäreschem Syndrom, Reisekrankheiten

# Vertigoheel®

Tabletten, liquidum, Ampullen

-Heel



Der Einzug der Ehrengäste in den Reichssaal. (Von links nach rechts, vorn der Festredner Prof. Dr. von Bertalanffy, Oberbürgermeister Schlichtinger, in der zweiten Reihe Präsident Dr. Sewering, Prof. Dr. Jahn.)

#### Prof. Dr. Jahn würdigt Vergangenheit und Zukunft

„Die Tatsache, daß das Kollegium seine 25. Veranstaltung heute beginnt, veranlaßt uns natürlich, zurückzublicken auf die Entwicklung, welche sich hier ereignet hat, und wenn ich in die letzten Jahre zurückschaue, so steht vor mir die Gestalt des verstorbenen Oberbürgermeisters Herrmann, und es ist eine tiefe Verpflichtung des Kollegiums, seiner außerordentlich begeisternden Förderung unserer Kurse hier zu gedenken und ihm, den das Schicksal aus seinem Amte nahm, hier zu danken. Wenn wir davon sprechen, daß in Regensburg möglicherweise einmal die Innozenz VIII. bereits zugebilligte Universität entstehen sollte, so müssen wir daran denken, welche innere Bewegungen in den letzten 10 Jahren hier in Regensburg gelebt haben, um diesen Anspruch überhaupt bemerkbar und hörbar zu machen, und ich glaube, daß es richtig ist zu sagen, daß ein Teil dieser Bewegung, welche auf dem geistigen Sektor hier in Regensburg lebendig gewesen ist, eben diese Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte waren, die immer eine gewisse Zielrichtung in der Entwicklung des Fortschrittes des Geistes, des Fortschrittes der Humanität bedeuteten, und dadurch sind wir, ich möchte einmal sagen, mit hineingewachsen in diese Entwicklung, und das Kollegium, welches ja von einer größeren Zahl von Universitätsprofessoren aus der ganzen Bundesrepublik getragen wird, hat mit teil an diesem geistigen Leben, das die Basis bieten soll für etwas, was einmal hier entstehen könnte und nach un-

serem Wunsche entstehen möge. Ich möchte, in dem ich von diesem geistigen Leben, das uns erfüllt, spreche nur die Namen derer hier nennen, welche in den zurückliegenden Jahren aus unserem Kollegium durch den Tod abberufen worden sind. Denken Sie an das große Glück, das wir gehabt haben, daß Männer wie Gustav von Bergmann, Konrad Bingold, Erich Grafe und Herbert Siegmund unter uns waren, daß sie die ganze Lebendigkeit ihres wissenschaftlichen Reichtums uns zur Verfügung gestellt haben, daß sie uns Zeichen und Wege gegeben haben, um immer wieder Fortschritte auf dem Gebiete unserer Bemühungen zu machen, und deswegen glaube ich, daß wir mit Zuversicht an dieser Schwelle, in der wir auf eine neue Epoche dieser Veranstaltungen treten, daß wir hier mit Zuversicht in die Zukunft blicken können und sicheren Schrittes ausbauen können, was auszubauen uns ermöglicht wird. Das Kollegium hat in seiner Sitzung vom 28. Mai 1960 beschlossen, sich durch die Aufnahme des ordentlichen Professors für innere Medizin Dr. Hans Erhard Bock, Direktor der Medizinischen Universitätsklinik in Marburg, zu ergänzen und ihn zum ordentlichen Mitglied des Kollegiums erwählt.“

Prof. Dr. Jahn überreichte Prof. Dr. Bock, zur Zeit Rector Magnificus der Philipps-Universität von Marburg, die Urkunde und die Medaille des Kollegiums. Sodann teilte Prof. Dr. Jahn die Ernennung des langjährigen Organisations der Kurse Dr. Franz Schmidl zum Vikarius des Kollegiums mit und übergab ihm Urkunde und Medaille.

Erkrankungen der Gallenwege, hepato-intestinale Störungen:

# Cholagogum<sup>®</sup> Tuben-Tee

 NATTERMANN

sofort trinkfertig!

### Anerkennung und Dank der Bayer. Landesärztekammer

Präsident der Bayer. Landesärztekammer Dr. Seewering überbrachte die herzlichen Grüße des Präsidenten und des Vorstandes der Bundesärztekammer zum 25. Fortbildungskurs. Darüber hinaus und eigentlich in erster Linie sei es ihm aber ein Bedürfnis, als Sprecher der bayerischen Ärzteschaft dem Initiator und Leiter der Regensburger Fortbildungskurse, Prof. Dr. Jahn, bei dieser Gelegenheit einmal ganz ausdrücklich und vor diesem hohen Gremium den Dank und die hohe Anerkennung aller bayerischen Ärzte und ihrer Landesorganisation für seine einmaligen Verdienste und die einmalige Leistung, die er hier vollbracht hat, zum Ausdruck zu bringen. „Wer weiß, wie schwierig es ist, solche Veranstaltungen vorzubereiten und zu organisieren, wer weiß, wieviel Mühe und Arbeit, wieviel Idealismus in dieser Arbeit steckt, der kann das Verdienst des verehrten Herrn Prof. Dr. Jahn in vollem Umfange würdigen. Die Regensburger Fortbildungskurse unterscheiden sich etwas von den üblichen Fortbildungskursen, die in reicher Zahl für unsere Kollegen veranstaltet werden. Prof. Dr. Jahn hat es immer gewagt, ich sage bewußt gewagt, über die reinen Fragen des Praktischen in der Medizin hinauszugehen, er hat immer wieder eine

Thematik in den Mittelpunkt seiner Kurse gestellt, die den Arzt über sein Alltagswissen, über seine Alltagspflichten hinausführt auf die höchsten Ebenen ärztlichen und medizinischen Wissens und daß die Ärzte ihm dabei so begeistert folgten, das glaube ich, ist ein besonderes Kennzeichen dieser Regensburger Fortbildungstage. Fortbildung zu betreiben ist nicht nur eine Pflicht, sondern ein Bedürfnis der Ärzte, denn wir sind uns alle darüber klar, daß es uns ohne diese Fortbildung völlig unmöglich wäre, unseren Patienten immer das zu bieten und das zu geben, was sie von uns verlangen können, nämlich nach dem neuesten Stande der ärztlichen Wissenschaft und Kunst behandelt zu werden. Wenn hier in Regensburg, aber auch an anderen Orten, Tausende und aber Tausende von Kollegen und Kolleginnen immer wieder zu diesen Fortbildungskursen eilen, wenn sie sich herauslösen aus ihren Tagespflichten, dann mögen Sie daraus ersehen, wie ernst die deutschen Ärzte den Auftrag nehmen, der ihnen erteilt wurde. In diesem Sinne hoffe ich, daß die Regensburger Fortbildungstage für alle Zukunft ein fester Bestandteil und ein Glanzpunkt unserer Bemühungen um die Fortbildung der deutschen Ärzte sein werden, und meine guten und besten Wünsche begleiten Sie bei Ihren weiteren Bemühungen.“

### Der Festvortrag Höhepunkt der Feier

Prof. Dr. Ludwig von Bertalanffy sprach sodann über „Neue Wege biologisch-medizinischen Denkens“.

Mit Professor von Bertalanffy war ein Gelehrter zum Festredner erwählt worden, dessen hohe Qualitäten schon in seinem Werdegang Ausdruck finden. Der bei Wien geborene Forscher studierte an der Wiener Universität, wirkte hier von 1934 bis 1948 als Professor, ging 1949 an die Universität Ottawa als Direktor der Forschungsabteilung. 1954 wurde er Gastprofessor der Universität Southern Californien. Von 1955 bis 1958 war er Direktor für biologische Forschung am Mt. Sinai Hospital in Los Angeles. Seit 1958 ist er Sloan Professor in Topeka-Kansas.

Wie zu erwarten stand, war der ins Tiefe gehende Vortrag, der die Entwicklung der Theorien des Gelehrten über physiologisches und pathologisches Wachstum und Altern darstellte, ein wirklicher Höhepunkt. V. Bertalanffy verstand es, seine langjährigen, mühsamen, vielseitigen wissenschaftlichen Untersuchungen vor dem bis zum Schlusse aufmerksam folgenden Hörerkreis namhafter Professoren folgerichtig aufzubauen und die sich daraus ergebenden Folgerungen klar abzuleiten.

(Im Rahmen des Fortbildungskurses berichtete Prof. v. Bertalanffy in einem stark besuchten Seminar über seine, gemeinsam mit seinem als Professor für Histo-

logie an der Universität von Manitoba in Kanada wirkenden Sohn, ausgearbeitete Fluoreszenz-Methode zur Früherkennung von Krebszellen, die einen wesentlichen Fortschritt zu bedeuten scheint.)

### Wertvolle Festgaben an die Ehrengäste

Als Erinnerungsgabe der Stadt Regensburg aus Anlaß der 25. Jubiläumsveranstaltung der Ärztlichen Fortbildungskurse in Regensburg wurde den Ehrengästen ein Handabzug von der Originalplatte des Kupferstiches von Mathias Merian (um 1640) „Schöner Prospect der Steinern Brücken zu Regensburg“ überreicht. Die Farbwerke Hoechst widmeten die reich illustrierte „Geschichte und Denkmäler von Regensburg“, von Prof. Hans Dachs mit großer Sachkenntnis verfaßt.

Beim Festhaukt, das die zahlreichen Ehrengäste versammelte, dankte Prof. Dr. Jahn dem seinerzeitigen Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer, Reg.-Med.-Direktor a. D. Dr. Karl Weiler, für sein Verständnis für die Sache der ärztlichen Fortbildung und die Förderung des ersten Fortbildungskurses in der Bundesrepublik.

### Die Eröffnung der Kurse im Stadttheater

Professor Dr. Jahn gab einen kurzen Überblick auf die Entstehung der Ärztlichen Fortbildungskurse in

**RECORSAN®**

**RECORSAN-LIQUID**

zur Crataegus - Kombinationstherapie des Altersherzens

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

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



Festredner  
Prof. Dr. von Bertalanffy

Regensburg. „Als am 1. September 1948 der 1. Fortbildungskurs im Gebiete der drei westlichen Besatzungszonen hier in Regensburg eröffnet wurde, herrschte in der unzerstörten, geschichtreichen Stadt ein äußerst lebhaftes, kulturelles Leben. Regensburg, nicht weit von der östlichen Grenze gelegen, war selbst ein kultureller Mittelpunkt seit Jahrhunderten, Zuflucht für viele Akademiker, die ihre Wirkungsstätte verloren hatten. Damals sammelten einheimische und auf der Flucht hierher gekommene Professoren alle Kräfte, um in Regensburg eine Universität entstehen zu lassen. Alle waren erfüllt von dem Gedanken, ein geistiges Deutschland müsse uns aus der Vernichtung eines unbeschreiblichen Niederganges erretten. Trotz aller äußerlichen Not bildeten sich viele akademisch tätige Kreise; die hiesige Philosophisch-Theologische Hochschule unter ihrem damaligen Rektor Josef Engert öffnete ihre Pforten auch für die Studenten der Medizin, deren Unterricht später in einer Außenstelle der Münchner medizinischen Fakultät zusammengefaßt wurde. Aus dieser Situation heraus entstand auch der Gedanke, für die Ärzte ein erstes Zentrum der Fortbildung zu schaffen und sie nach den Jahren der Isolierung mit dem wissenschaftlichen Fortschritt wieder in Beziehung zu bringen, auch damit sie, wie sie aus den Wirren des Krieges zurückkehrten, an der unverlierbaren, der geistigen Kraft teil hätten, der unsere Wissenschaft und darüber hinaus die Universitas literarum erfüllt. Wir wußten damals nicht, ob dieser Ruf gehört würde. Es kam hinzu, daß die Währungsreform 1948 den Ärzten einen mehrtägigen Aufenthalt in Regensburg kaum zu ermöglichen schien. Aber trotz aller Erschwerungen versammelten sich 600 Ärzte und gaben die Antwort durch ihr Interesse an den Aufgaben und Zielen der ärztlichen Fortbildung. Seitdem ist eine Fülle von Darstellungen der praktischen und wissen-

schaftlichen Fortschritte der Medizin gegeben worden, die fast acht Bände des Regensburger Jahrbuches füllen. Die Folge der Themen und Referate gibt die rasche Entwicklung und Neugestaltung unserer Wissenschaft und den Zuwachs an wertvoller Erfahrung, dank der Beiträge berufener Referenten, in eindrucksvoller Weise wieder. Das Kollegium hat sich durch den Aufbau der Thematik zur Aufgabe gemacht, die akademische Methode, für die Behandlung wissenschaftlicher Fragen so sichtbar werden zu lassen, daß die Ärzte Problemstellung, naturwissenschaftliche Grundlage, experimentelle Ergebnisse, klinische Anwendung, kritische Statistik und die Einordnung der Fragestellung in größere Zusammenhänge als systematischen Aufbau so miterleben, daß sie die Probleme der eigenen ärztlichen Tätigkeit mit der Unbestechlichkeit der akademischen Betrachtungsweise zu beurteilen, immer von neuem angeregt werden. Dieser innere Kontakt mit der an den Universitäten üblichen und die Studienjahre bestimmenden Methode sollte niemals verlorengehen. Es ist eines der wesentlichsten Anliegen des Kollegiums, für die Erhaltung dieser Beziehung durch die Art der Thematik und den akademischen Rahmen, in dessen Mittelpunkt der Festvortrag steht, einzutreten. Die Erinnerung an die Studienjahre ist nicht nur ausgefüllt mit der Freude und der Unbeschwertheit der Jugend, sondern enthält eine der grundsätzlichsten Verpflichtungen für das berufliche Leben. Dies ist ein ernstes, und in unserer zur Verflachung und zum Materialismus neigenden Zeit sehr dringendes Anliegen unseres Standes.

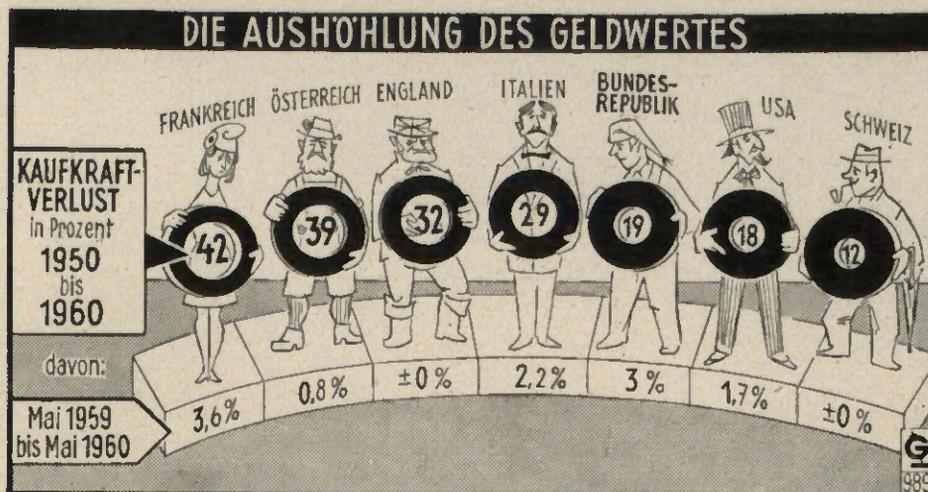


Der Gründer und Leiter der Regensburger ärztlichen Fortbildungskurse  
Prof. Dr. Dietrich Jahn

HERZ · KREISLAUF · STOFFWECHSEL

**NUCLEOTON**

HORMON · CHEMIE · MÜNCHEN



**Ein weiches Jahr der harten D-Mark**

Keine Währung der westlichen Welt ist im letzten Jahrzehnt von einer Aushöhlung des Geldwertes verschont geblieben; sie scheint die unvermeidliche Begleiterscheinung wirtschaftlicher Aufwärtsentwicklung zu sein. Auch die D-Mark macht hier keine Ausnahme, wenn sie sich auch vergleichsweise gut gehalten hat. Sie verlor in zehn Jahren „nur“ 19 Prozent ihres Wertes. Im letzten Jahr aber hat ihr die „Schwindsucht des Geldwertes“ härter zugesetzt als den meisten anderen Währungen. Sie war in diesem Frühjahr drei Pfennig weniger wert als zwölf Monate zuvor. Seit Mitte des vorigen Jahres bietet deshalb die Bundesbank alle Kräfte auf, um sich einem weiteren Wertschwund der D-Mark entgegenzustemmen.

Wie immer schließe ich diese Einleitung mit einem Dank an die Stadt Regensburg, die die Entwicklung der Kurse in einzigartiger Großzügigkeit förderte und zu ihrem Ansehen einen wesentlichen Beitrag lieferte.“

**Die Anerkennung durch die Ärzteschaft**

Der Bezirksverbandsvorsitzende der Oberpfalz, Dr. Ferdinand von Velasko, begrüßte die Kursteilnehmer namens des Präsidenten der Bayer. Landesärztekammer Dr. Sewering und im eigenen Namen. Er hob die große Anerkennung für die Art der Fortbildung hervor, wie sie hier in Regensburg unter der Ägide von Prof. Dr. Jahn nun seit 12 Jahren betrieben wird. Sein Wunsch galt einem erfolgreichen Verlauf auch dieses Kurses. Er fügte den Wunsch an, daß die Teilnehmer an diesem Kurs auch den kulturellen Gütern der schönen alten Stadt Regensburg ihr Augenmerk schenken mögen.

**Dank und Wünsche der sudetendeutschen Ärzte**

Dr. Walther Koerting, der 1. Vorsitzende des Verbandes der sudetendeutschen Ärzte, betonte, daß Prof. Dr. Jahn, der letzte Prodekan der Medizinischen Fakultät der Deutschen Universität in Prag, sich gleich zu Anfang, als er in Regensburg seine wertvolle und weitreichende Tätigkeit aufnahm, überaus bemühte, aus ideellen Gründen die älteste deutsche Universität, deren medizinische Fakultät von größtem Einfluß auf die Geschichte und die Entwicklung der Medizin gewesen ist, hier wieder zu errichten und ihre Tradition zu verpflanzen. Leider ist das Prof. Jahn nicht geglückt. Koerting gedachte der gemeinsamen Arbeit. Er erinnerte sich dankbar an die erste und letzte Sitzung des Professorenkollegiums im hiesigen Rathaus nach der Vertreibung, an der teilzunehmen er die Ehre hatte. Es wurden Beschlüsse gefaßt, und Prof. Jahn war unermüdet. Der Verband der sudetendeutschen Ärzte hat beim damaligen Unterrichtsminister und bei den einzelnen Parteien vorgesprochen, Eingaben ge-

macht, teils bekam man Versprechungen, teils Achselzucken. Man muß allerdings berücksichtigen, daß die wirtschaftlichen Verhältnisse wesentlich anders waren als heute, daß jener Zulauf zu den Universitäten nicht bestand wie heute. Leider ist es damals, als in Regensburg auch der Altmeister der Physiologie, Prof. Dr. Tschermak von Seysenegg, weilt und tätig war, nicht geglückt, die Prager Universität und ihre Tradition wieder zu erwecken und fortzupflanzen. Das Beispiel von Leipzig, wohin seinerzeit die Professoren und Schüler aus Prag auszogen und die Leipziger Universität gründeten, fand an der Grenze des heutigen Deutschland leider keine Nachahmung. Man soll als Arzt die Hoffnung nie aufgeben, und Prof. Jahn hat die Hoffnung nie aufgegeben. Im innersten war er doch erfüllt von der Überzeugung, vielleicht gelinge es, ein Heilmittel zu finden. Das Heilmittel war, wie so oft in der Medizin, die Zeit. Man dürfe hoffen, daß durch die Neuschaffung von weiteren Universitäten nunmehr die Zeit für Regensburg gekommen ist. Die altehrwürdige Alma Mater Pragensis sollte wieder, wenigstens dem Namen und der Tradition nach, eine Wiederauferstehung finden.

Prof. Dr. Jahn betonte, daß er von den Worten des Vertreters der sudetendeutschen Ärzte sich besonders angesprochen fühle. Er sei mit den sudetendeutschen Ärzten noch bis auf den heutigen Tag auf das engste verbunden. Die ausgesprochenen Gedanken seien doch vielleicht eine Hoffnung für alle diejenigen, die an der ältesten deutschen Universität, der deutschen Karls-Universität in Prag, mit ihrem Herzen noch heute hängen.

**Die Fortbildungsvorträge**

Sodann begannen die wissenschaftlichen Fortbildungsvorträge, die sich an drei Tagen mit den drei Hauptthemen: Angewandte Immunologie, Herzrhythmusstörungen und Pankreaserkrankungen befaßten und eine zahlreiche Zuhörerschaft fanden. K—g.

**Unguentum:**  
Wunden aller Art  
Ekzeme, 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

## Wichtige neue Bestimmungen der Betäubungsmittelgesetzgebung

für den Arzt, zusammengestellt und kommentiert von Dr. med. C. Stollnreuther.

Mit Wirkung vom 1. 10. 1960 wurden aufgrund der **Betäubungsmittel-Gleichstellungsverordnung** vom 26. September 1960

eine Reihe von Arzneistoffen dem Betäubungsmittelgesetz neu unterstellt.

Das Opiumgesetz umfaßt nunmehr

3 Naturstoffe,

25 Alkaloide oder umgewandelte Stoffe

und 47 synthetische Stoffe,

insgesamt also

75 Stoffe,

von denen allerdings für die ärztliche Verschreibung praktisch nur etwa 25 in Betracht kommen.

Durch den Beitritt der Bundesrepublik zum Protokoll vom 19. 11. 1948 über die internationale Kontrolle von Betäubungsmitteln mußten auch die Stoffe neu in das Opiumgesetz aufgenommen werden, die vom Generalsekretär der Vereinten Nationen als Stoffe im Sinne dieses Abkommens erklärt worden sind.

Für die Ärzte wichtig sind zwei Arzneistoffe, die dem Betäubungsmittelgesetz neu unterstellt wurden:

**D'MORAMID und NORMETHADON.**

Zur Moramid-Untergruppe gehören die wortgeschützten Präparate JETRIUM und PALFIUM.

Die Höchstverschreibungsmenge für D'MORAMID beträgt 0,1; auf Arzneispezialitäten und Stückzahl umgerechnet: 14 Tabl. bzw. Amp. à 0,0069 oder 7 Amp. bzw. Suppos. à 0,0138.

Ebenfalls dem Betäubungsmittelgesetz ist unterstellt NORMETHADON, welches in der Arzneispezialität TICARDA enthalten ist. Die Höchstverschreibungsmenge für NORMETHADON beträgt 0,2.

NORMETHADON sowie AETHYLMORPHIN, BENZYL MORPHIN, DIHYDROKODEIN und KODEIN oder deren Salze sind zwar dem Opiumgesetz unterstellt, aber ihre Verordnung unterliegt nicht § 19 Abs. 1 mit 3 der Verschreibungsverordnung. Verschreibungen dieser Stoffe und ihrer Zubereitungen sowie die Möglichkeit ihrer Reiteration sind festgelegt in § 10 a Abs. 1 mit 4 und § 19 Abs. 4, welche durch die „Verordnung zur Änderung der Verordnung über das Verschreiben betäubungsmittelenthaltender Arzneien und ihre Abgabe in den Apotheken vom 26. September 1960“ der Verschreibungs-Verordnung neu eingefügt wurden.

§ 10 a besagt:

„(1) Beim Verschreiben von Arzneien, die

1. Acetyldihydrokodein (in der Bundesrepublik nicht im Handel)

2. Aethylmorphin (z. B. in Dionin <sup>®</sup>)

3. Benzylmorphin (z. B. in Ipesandrin <sup>®</sup>)

4. Dihydrokodein (z. B. in Paracodin <sup>®</sup>)

5. Kodein oder

6. Pholcodin (in der Bundesrepublik nicht im Handel) oder deren Salze enthalten und auf eine Verschreibung wiederholt abgegeben werden sollen, muß der Arzt, Zahnarzt oder Tierarzt angeben, wie oft und bis zu welchem Zeitpunkt sie abgegeben werden dürfen.

(2) Arzneien, die Aethylmorphin oder Kodein neben anderen Wirkstoffen enthalten, dürfen auch ohne Angabe nach Absatz 1 wiederholt abgegeben werden, wenn die aus der Gebrauchsanweisung ersichtliche Einzelgabe nicht mehr als 0,1 g Aethylmorphin oder Kodein enthält.

(3) Arzneien, die Dihydrokodein enthalten, dürfen auch ohne die Angabe nach Absatz 1 wiederholt abgegeben werden, wenn die aus der Gebrauchsanweisung ersichtliche Einzelgabe nicht mehr als 0,05 g Dihydrokodein enthält.

(4) Absatz 1 gilt auch für das Verschreiben von Arzneien, die Normethadon enthalten, wenn diese

1. in gelöster Form nicht mehr als eins vom Hundert Normethadon und zusätzlich mindestens zwei vom Hundert Oxyphenylmethylaminopropanol\*) sowie mindestens eins vom Hundert oxyäthylierten Kokosfettalkohol 18 ÄO\*\*) (Äthylenoxyd) oder

2. in Tablettenform je Tablette nicht mehr als 7,5 mg Normethadon und zusätzlich mindestens 10 mg Oxyphenylmethylaminopropanol sowie mindestens 6 mg oxyäthylierten Kokosfettalkohol 18 ÄO (Äthylenoxyd) enthalten\*\*\*); die abgabefertige Arznei darf nicht mehr als 15 cm Lösung oder nicht mehr als 20 Tabletten enthalten.“

§ 19 Abs. 4 besagt:

„(4) Auf Verschreibungen von Arzneien, die in § 10 a genannte Stoffe enthalten, finden die Absätze 1 bis 3 keine Anwendung. Auf diesen Verschreibungen müssen angegeben sein

1. Name und Anschrift des Arztes, Zahnarztes oder Tierarztes,

\*) Suprifen <sup>®</sup>, ein adrenalinartiger Körper, der kreislaufanregend und expectorierend wirkt.

\*\*) Dieser Zusatz macht es unmöglich, das Normethadon aus dieser Zubereitung zu extrahieren und wiederzugewinnen. Außerdem entsteht durch diesen Zusatz bei mißbräuchlicher Verwendung dieser Zubereitungen als Injektionsmittel eine sehr schmerzhaftige Reaktion.

\*\*\*) Ticarda <sup>®</sup> mit und ohne Emetin-Zusatz entspricht diesen Bestimmungen.

# Ulcrurisan<sup>®</sup>

Die Wund- und Heilsalbe auf Ferment-Basis 45 g DM 1.75 lt. A.T.



CHEMISCHE FABRIK  
»BAVARIA«  
MÜNCHEN-GRAPELTING

2. Tag der Ausfertigung,
3. Gebrauchsanweisung, aus der die Einzelgabe und die Häufigkeit ihrer Anwendung ersichtlich sein muß,
4. Unterschrift des Arztes, Zahnarztes oder Tierarztes.

Beabsichtigt der Arzt, Zahnarzt oder Tierarzt, die Arzneien selbst anzuwenden, so hat er auf der Verschreibung an Stelle der Gebrauchsanweisung „Praxisbedarf“ oder „Krankenhausbedarf“ anzugeben.“

Es dürfen also in Zukunft Arzneien, welche die oben genannten Arzneistoffe enthalten, wie z. B. Gelonida antineuralgia, Treupel Tabl. und Suppos. oder Dolviran Tabl. und Suppos. — um nur einige zu nennen — nur mit einer ausdrücklichen Gebrauchsanweisung vom Apotheker abgegeben werden, Arzt und Apotheker sind verpflichtet, diese gesetzlichen Bestimmungen einzuhalten.

Nachdem § 19 im Zusammenhang mit den neuen Bestimmungen einige Male erwähnt wurde, seien auch die Absätze 1 bis 3 dieser Ordnungsregel hier noch angefügt:

(1) Danach muß die Verschreibung einer Arznei mit BTM enthalten:

1. Den Namen des Verordnenden.
2. Seine Berufsbezeichnung.
3. Seine Anschrift (möglichst auch Angabe des Fernsprechers).
4. Den Tag des Ausstellens. (Vor- und Rückdatieren unzulässig.)
5. Die Angabe der Bestandteile der Arzneien und ihre Mengen unter Beachtung
  - a) der Höchstmenge für das BTM,
  - b) des Höchstgehaltes (‰) der Arznei an BTM,
  - c) der Höchstgaben (Maximaldosen) für das BTM.
6. Eine Gebrauchsanweisung, aus der die Einzelgabe und die Häufigkeit der Anwendung ersichtlich sein muß, z. B. „zweimal täglich 1 Amp.“, „Abends ein

Zäpfchen“. Also nicht Bezeichnungen wie „Nach Vorschrift“, „Nach Bericht“, „Zu Händen des Arztes“, „Zur Einspritzung“ usw.

7. Name und Wohnung des Kranken.
8. Die eigenhändige Unterschrift des Verordnenden (nicht Faksimile!).
9. Unmittelbar vor der Namensunterschrift des Verordnenden den eigenhändigen Vermerk „Eingetragene Verschreibung“ bei solchen Verschreibungen von Morphin, Opium und Opiumzubereitungen, die die vorgeschriebene Tageshöchstmenge überschreiten und bei allen Verschreibungen über Kokain, bei letzteren auch für den Praxisbedarf.

(2) Die in Abs. 1 vorgeschriebenen Angaben sind mit Tinte oder Tintenstift zu machen, die unter Ziff. 1—3 vorgeschriebenen jedoch nur, wenn sie nicht aufgedruckt oder aufgestempelt sind.

(3) Bei Verschreibungen für den allgemeinen Bedarf der öffentlichen und der gemeinnützigen Krankenhäuser, der Universitätskliniken und der den letztgenannten gleichgestellten Anstalten, für den Bedarf in der Praxis des Arztes, Zahnarztes und Tierarztes, für den Bedarf der behördlich genehmigten ärztlichen und tierärztlichen Hausapotheken sowie für die Ausrüstung der Kauffahrteischiffe tritt an Stelle der Vermerke im Abs. 1 Ziff. 6 und 7 und ein Hinweis auf den allgemeinen Verwendungszweck.

Zusammenfassend sei noch vermerkt, daß alle Betäubungsmittelverordnungen § 19 Abs. 1 mit 3 unterliegen, während bei den oben unter § 10 a angeführten Arzneistoffen und ihrer Zubereitung lediglich § 19 Abs. 4 der Verschreibungsverordnung beachtet werden muß. Für diese entfallen auch § 6 und § 7 Abs. 1. Sie können miteinander kombiniert oder gleichzeitig wie auch ohne ärztliche Begründung, also ohne jedermalige ärztliche Untersuchung, verschrieben werden, was jedoch die allgemeine Verantwortung des verschreibenden Arztes für die ärztliche Indikation nicht ausschließt.

## Arzthonorar bei Ärzten oder deren Angehörigen

Die Berufsordnung für die Ärzte Bayerns bestimmt in § 11, Abs. 2: „Der Arzt kann bei unbemittelten Kranken, Verwandten, Kollegen und ihren Angehörigen auf seine Honorarforderung verzichten.“ Dieser Verzicht auf sein Honorar bei Ärzten und ihren Angehörigen durch den behandelnden Arzt ist ein Anliegen, das unseren Hilfsausschuß in mehreren Sitzungen des öfteren beschäftigt hat, und das deshalb im Auftrag des Hilfsausschusses unserer Landesärztekammer heute den bayerischen Kollegen ans Herz gelegt werden möchte.

Wir bekommen nämlich in rund 15 bis 20 Prozent der Unterstützungsgesuche durch in Not geratene Ärzte und besonders deren Angehörige immer wieder die Bitte vorgetragen, einen Zuschuß oder völligen Ersatz für Arzthonorare zu leisten. Wir gehen dabei meist so vor, daß wir an den Rechnung stellenden Arzt mit der Bitte herantreten, doch auf sein Honorar in diesem Fall einer geprüften Notlage — jeder Gesuchsteller muß ja seine Einkommensverhältnisse dem Hilfsausschuß offenbaren — verzichten zu wollen, da es ja widersinnig ist, daß der Arzt auf der einen Seite Beiträge zum Hilfsfonds für solche Fälle leistet und auf der anderen Seite einen Teil oder

oft ein Mehrfaches seines Beitrages wieder aus Geldern des Hilfsausschusses zurückbekommt. Das will auch wahrscheinlich keiner der Kollegen.

Die Schwierigkeit liegt nun meist darin, daß Ärzte und vor allem Arzttwitwen und -waisen im Krankheitsfalle sich gar nicht als solche zu erkennen geben, weil sie vom behandelnden Arzt keine Umsonstbehandlung annehmen wollen, für die sie sich sonst in anderer Weise erkenntlich zeigen zu müssen glauben. Wo also dem behandelnden Arzt die Kenntnis fehlt, daß es sich bei dem Patienten um einen Angehörigen des Ärztstandes im weitesten Sinne handelt, könnte nur eine genaue Erhebung der Anamnese — und die Kenntnis des Berufes und Standes der Patienten ist ja doch ein wichtiger Teil der Anamnese — durch den Arzt selbst oder sein Hilfspersonal dazu führen, daß der Arzt Kenntnis von diesen Dingen erhält.

Vielfach sind aber die Ärzte und ihre Angehörigen — deren Gesuche überwiegen ja meist — in Privatkrankenkasernen und bitten deshalb um eine Rechnung — ein berechtigter Wunsch, dessen Erfüllung die Patienten von der freilich nur moralisch bestehenden,

(Fortsetzung auf Seite 373)

*Aus der II. Medizinischen Abteilung  
des Städtischen Krankenhauses rechts der Isar  
(Chefarzt: Prof. Dr. Hanns Baur)*

ÜBER DEN INHALT  
DES ARZTKOFFERS

Von H. Baur und M. v. Clarmann

Die „Wiener Medizinische Wochenschrift“ veröffentlichte einen Vortrag, welchen Herr Prof. Dr. Hanns Baur auf dem Kongreß für ärztliche Fortbildung der Medizinischen Gesellschaft für Oberösterreich<sup>1)</sup> gehalten hat. Wir glauben, daß dieses Referat für alle unsere praktizierenden Ärzte so unendlich viele praktische Anregungen und bedeutungsvolle Hinweise enthält, daß wir es allen bayerischen Ärzten zugänglich machen möchten.

Der Vortrag wurde in die Mitte dieses Blattes gestellt, damit jeder Kollege ihn aus der Zeitschrift herausnehmen und in der Sammelmappe für Merkblätter aufbewahren kann. Auf diese Weise ist es ohne langes Suchen möglich, jederzeit wieder nachzuschlagen und sich zu informieren.

Wir danken Herrn Prof. Baur für die Genehmigung des Nachdrucks.

<sup>1)</sup> Ergänztter Nachdruck aus „Wiener Medizin. Wochenschrift“, 1960, 110, S. 201, mit freundlicher Genehmigung des Verlags.

Mit dem Thema „Arztkoffer“ scheint es eine merkwürdige Bewandnis zu haben. Jeder praktizierende Arzt besitzt einen solchen, jeder Arzt wird sich öfters darüber Gedanken machen, was er in den Koffer hineingeben soll. Im Schrifttum wird aber so gut wie niemals darüber diskutiert. Das kann verschiedene Gründe haben. Ist es die individualistische Neigung mit einem Quentchen Mystik, die einen Schleier über das Problem ausbreiten? Ist es die Verschiedenheit der einzelnen Praxen und damit der Bedürfnisse? Ist es die einfache Tatsache, daß diejenigen, die das medizinische Schrifttum vermehren, in der Regel nicht praktizieren, und diejenigen, die praktizieren, um so „schweigsamer“ sind, je mehr sie wissen, weil ihnen keine Zeit und vielleicht auch keine Lust gegeben ist zu schreiben? Die letzte Erklärung scheint uns die größte Wahrscheinlichkeit zu besitzen.

Die Situationen, in welchen die Anwesenheit des Arztes ohne das benötigte Hilfsmittel nichts anderes vermag, als die Zahl der Bedauernswerten um eine Person — nämlich den hilflosen Arzt — zu vermehren, können jedem Arzt zu jeder Minute begegnen. In zeitlicher Betrachtung kann man das Zusammentreffen des Hilfsbedürftigen mit dem Arzt als den „offiziellen“ Beginn der Hilfeleistung bezeichnen. Der Moment, in welchem für den Arzt feststeht, was der Kranke bräuchte, ist der Zeitpunkt des — erkannten — Bedarfs. Die dazwischenliegende Zeit hängt von der Erkennbarkeit, der Erkennungsfähigkeit, und nicht zuletzt von der diagnostischen Ausrüstung, das heißt von den diagnostischen Hilfsmitteln\* im Arztkoffer, ab. Wenn das Fehlen der Taschenlampe, des Augenspiegels, des Ohrenspiegels, des Gummifingerlings, des Sphygmomanometers, des Reflexhammers, des Stethoskops, des Thermometers, des bakteriologischen Abstrichgefäßes oder der Venüle die Erkennung verzögert, liegt Zeitversäumnis vor.

Die Zeit, die vom Moment der Erkennung des Bedarfs bis zur Verabreichung des benötigten Mittels verstreicht, ist das Zeitversäumnis der Behandlung. Der Anspruch, den die jeweilige Gefährdung an die Bereithaltung des betreffenden Mittels anzumelden hat, richtet sich nach dem Grad der Gefährlichkeit von Zeitversäumnissen. Der Anspruch auf Beschränkung des mitzuführenden Ballastes richtet sich nach der Transportmöglichkeit, dem Gewicht, dem Volumen und der Empfindlichkeit (Haltbarkeit, Temperaturempfindlichkeit, Frostempfindlichkeit usw.) des Arzneimittels. Einen Schiffskoffer mit Miniaturapotheke kann man dem Arzt nicht zumuten. Immerhin ergibt sich aus dem Anspruch von seiten der Gefahr des Zeitversäumnisses und dem Anspruch auf Beschränkung, daß man diejenigen Mittel, die einen Wettlauf um die Zeit gewinnen können und die gleichzeitig nicht sehr voluminös sind, auf jeden Fall zur Hand haben sollte. Wir haben auf den „Wettlauf um die Zeit“ an einigen Stellen im Text besonders hingewiesen.

Ein besonderes Anliegen schien uns die Benennung von Mitteln, die den Arzt für mehrere Indikationen ausrüsten. Der Vorteil dieser Mittel liegt auf der Hand. Wir nannten solche Mittel unter Bezug auf ihre Unterbringung im Arztkoffer und das Bedürfnis „Mehrzweckmittel“.

Mit der Beschränkung auf ein Mindestmaß scheint uns aber die Aufgabe des vorliegenden Referates nicht ausgefüllt. Es ist ja auch keineswegs so, daß der Arzt, der in der Regel motorisiert ist, nur einen „Koffer“ besitzen darf. Sollte es nicht besser sein, eine leichte Tasche und eine Reservetasche zu besitzen? Jeder wird nach seinem Geschmack und Bedarf solche Fragen lösen. Es schien uns besser, mit der Benennung von Mitteln nicht allzu stark zu geizen. Auch diese Aufzählung soll kein Dogma sein.

Wir unterschätzen die Bedeutung der persönlichen Beziehung zwischen dem Arzt und dem Medikament nicht. Der Satz „omnia mea mecum porto“ kann in seinem Sinne dahin abgewandelt werden, daß alles, was der Arzt mit sich führt, das „Seine“, das heißt sein geistiger Besitz, sein sollte. Das ist aber — mit verschiedenen Ausnahmen seltener Ereignisse — nur dann der Fall, wenn er das betreffende Mittel nicht ausgerechnet in höchst bedrohlichen Situationen zum erstenmal anwendet. Die Spannung der Atmosphäre, die in solchen Fällen herrscht, sollte nicht durch die innere Überlegung des Arztes „ich bin neugierig, wie das Ding wirkt“ verstärkt werden. Man irrt sich, wenn man glaubt, der Kranke oder die Umgebung würden die Fremdheit zwischen Arzt und Medikament nicht fühlen. Wir sind uns darüber klar, daß nur die Demonstration am Krankenbett die Lücke füllen könnte, die hier notgedrungen besteht, wenn es um die seltenen Vorkommnisse der Notfalltherapie geht.

Die Einstellung auf den Notfall und den dringlichen Fall leidet — von der Praxis her gesehen — an der Einseitigkeit, daß die Zahl der Notfälle gegenüber den Alltagsfällen glücklicherweise verschwindend klein ist. Wir haben dieser Tatsache bei der Auswahl der Medikamente Rechnung getragen, soweit es möglich war, ohne allzu tief in die individuellen Variationen der Alltagsfälle vorzudringen.

Die folgende Aufstellung richtet sich nach einer Art von pharmakologischer Gruppierung, weil die Einteilung nach Indikationen viele Wiederholungen brächte.

Der zusätzliche Vermerk © ist im folgenden zur Vereinfachung weggelassen. Das Fehlen des Zeichens bedeutet nicht, daß es sich um ungeschützte Namen handelt. Die Benennung einzelner Namensbeispiele dient ebenfalls nur der Vereinfachung. Sämtliche Dosierungsangaben beziehen sich auf den Erwachsenen!

\* Eine sehr gute Hilfe zur Erkennung des diabetischen Komas (Differentialdiagnose gegen Hungerazeton) ist z. B. das „Glukotest“-Papier.

### I. Kardiaka

Amp. Strophanthin  $\frac{1}{8}$  mg, i. v. langsam injiziert, am besten ohne Kombination. Bei akutem Versagen der Herzleistung (z. B. Asthma cardiale) und beim nicht digitalisierten Kranken das souveräne Mittel (rasch, sicher).

Amp. Digitoxin oder Digoxin  $\frac{1}{4}$  mg, i. v. langsam injiziert, am besten ohne Kombination.

NB: Bei Digoxin-Ampullen ist unter Umständen je nach verwendetem Präparat eine Verdünnung, wie auf der Packung angegeben, erforderlich.

Beispiele für Handelspräparate:

Digitoxin:	Digimerck	Amp. zu $\frac{1}{4}$ mg
Digoxin:	Lanicor	Amp. zu $\frac{1}{4}$ mg

Als Mehrzweckmittel: auch bei paroxysmaler Tachykardie (siehe unten).

Digitoxin, Hauptwirkstoff der Digitalis purpurea, stärker kumulierend als Strophanthin und Lanatapräparate. Digoxin, Glykosid aus Digitalis lanata, weniger kumulierend als Digitoxin.

Gute Wirkung bei Insuffizienz mit rascher absoluter Arrhythmie. Langsame Injektion von 2 Ampullen i. v. bei paroxysmaler Tachykardie mit Leistungsversagen (siehe unten).

Digitoxin-Tabletten (z. B. Digimerck) zu  $\frac{1}{10}$  mg. Digoxin-Tabletten (z. B. Lanicor) zu  $\frac{1}{4}$  mg. Mittel der Wahl zur Erzielung eines raschen und sicheren Effektes bei peroraler Zufuhr (Resorption auch bei Stauung).

Für die Therapie der asystolischen Form des Adams-Stokes-Morgagni-Syndroms (Überleitungsblock):

Tabl. Aludrin 0,02 g, sublinguale Anwendung, 3mal täglich  $\frac{1}{2}$  Tablette und mehr (als Spray siehe V, 6).

Tabl. Ephedrin 0,05 g (sollte der Kranke stets mit sich führen) 2- bis 3mal täglich  $\frac{1}{2}$  Tablette.

#### Drei Sonderfälle

„Herzstillstand“ als Erscheinungsbild:

Prinzip: In der Situation, in welcher der Arztkoffer die gesamte Ausrüstung darstellt, pflegt das Verhalten der Reizbildung und -übertragung nicht definierbar zu sein (Kammerflimmern, Kammerflattern, Asystolie). Vielen Ärzten dürfte „als letzter Versuch“ die intrakardiale Gabe von 0,5 bis 1,0 ml Adrenalinlösung 1:1000 geläufig sein. Gegen die Adrenalinanwendung sind in letzter Zeit begründete Bedenken und Warnungen erhoben worden (Gefährdung durch und bei Kammerflimmern). Wir würden deshalb in undefinierbaren Situationen Koffein (siehe IV.) verwenden.

Bei asystolischem Adams-Stokes-Syndrom gilt Adrenalin intrakardial als Mittel der Wahl. Fertigungspullen der Lösung 1:1000 zu 1 ml, z. B. Amp. Suprarenin, 0,3 bis 0,5 ml intrakardial.

Was man stets und sofort versuchen (aber nicht beliebig oft wiederholen kann), ist ein kräftiger Schlag auf die Brust des Kranken.

Bei gesichertem Kammerflattern oder -flimmern (tachysystolische Form): Procainamid. Amp. Novocamid zu 1,0 g,  $\frac{1}{2}$  bis 1 Amp. i. m.

Anmerkung: Man spricht heute viel von der blutigen Herzmassage. Das Instrumentarium im Koffer würde uns bei diesem Problem am geringsten belasten. Mehr schon das Gefühl, daß die Ausführung des Eingriffs schwieriger sein kann (Hilfeleistung? Umgebung?) als sie oft klingen mag.

Eine ganz entscheidende Beschränkung dieser Möglichkeit ist durch die Tatsache gegeben, daß der Thorakotomierte, selbst wenn sein Herz wieder schlägt, einen offenen Pneumothorax hat und ohne sofortige Mund-zu-Mund-Beatmung oder Intubationsbeatmung erstickt. Ohne Sicherung des 2. Aktes (Beatmung) und des 3. Aktes (klinische Abschlußversorgung) bedeutet der 1. Akt keine Hilfe.

#### Paroxysmale Tachykardie\*):

Prinzip: Man beginnt mit den einfachen „Kniffen“ (z. B. ein kalter Trunk von Sprudel). Ihr Versagen, die Dauer des Anfalls und eine erkennbare Gefährdung des Kranken macht wirkungsvollere — aber auch gefährlichere — Maßnahmen nötig (vgl. Aufzählung).

Sedierung, Bulbusdruck, Karotisdruck (stets einseitig) usw.

Provokation von Erbrechen (Rachenreiz, warmes Salzwasser).

Beim nicht digitalisierten Kranken: Digitoxin oder Digoxin langsam i. v. bis zu 2 Amp.

Tabl. Procainamid 0,25 g (Novocamid) in einer Dosierung von 2 bis 4 Dragees (0,5 bis 1,0 g).

Amp. Doryl  $\frac{1}{4}$  mg,  $\frac{1}{2}$  bis 1 Amp. i. m., unter Umständen kleine Dosen bis zu  $\frac{1}{2}$  Amp., verdünnt mit 10 bis 20 ml 20% Glukoselösung, in 2 bis 5 Minuten i. v. bei gleichzeitiger i. m. Cardiazolinjektion (1 ml 10%ige Lösung).

(Das Doryl kann als Mehrzweckmittel auch als Laxans bei Subileus und als Harnblasentonikum Verwendung finden.)

Chinidin z. B. in Form von Tabl. Chinidin. sulfuricum 0,1 g beginnend mit 2 Tabl. (0,2 g) und Wiederholung alle 2 Stunden.

Amp. Cardiotrat 4 ml (0,1 g Chinidin. nitros., 0,1 g  $\beta$ -Oxypropyltheophyllin, 0,01 g Acid. phenylaethylbarb.) bis zu 3mal 4 ml i. m. an einem Tag.

Digitalisintoxikation infolge von K<sup>+</sup>-Mangel, z. B. nach diuretischen Maßnahmen ohne K<sup>+</sup>-Prokura:

Brausetabletten Kalinor zu 40 mval K<sup>+</sup> in Wasser 2- bis 3mal 1 Tabl. pro die (nur bei guter Diuresel).

Diukal-Granulat 3mal 1 gehäufte Teelöffel nach dem Essen in Wasser gelöst (nur bei guter Diuresel!).

### II. Volumensubstitution

Prinzip: Verlust von Vollblut tötet, weil ohne Substrat kein Druckgefälle, ohne Druckgefälle kein Kreislauf, ohne Hämoglobin und Kreislauf keine Sauerstoffversorgung der Zentren möglich ist. Adäquater Ersatz: Vollblut.

\*) Differentialdiagnose gegen Vorhofflimmern und -flattern (Arrhythmie) sichern. Unterscheidung von Kammertachykardie nur durch EKG möglich.

Plasmavolumenmangel tötet, weil zum Substratmangel die Bluteindickung kommt, die den Widerstand erhöht. Adäquater Ersatz: Plasma, Serumkonserve, Periston, Dextran (s. unten).

Mangel an extrazellulärer Flüssigkeit, siehe Plasmavolumenmangel. Adäquater Ersatz: isotone Elektrolytlösung.

Rangfolge der Lebensgefahr:

1. Anoxie der Zentren — unmittelbarer Tod.
2. Anoxie der Nieren (auch Folge der automatischen zentralisierenden Kreislaufumschaltung bei Bedrohung der Zentren). Jede Viertelstunde bringt den Kranken dem nach etwa 4 Stunden irreversiblen Untergang (ischämische Nekrose) des tubulären Nierenparenchyms näher. Anurie. Tod an K<sup>+</sup>-Intoxikation und Azidose. Nur die Prüfung der 1/2stündigen Harnmenge (Katheter) ist ein verlässiger Maßstab des effektiven Blutvolumens. Präventivindikation zur Dialyse.

3. Anoxie der Leber. Tod oft nach Überwindung der oligurischen Phase an absolutem Resistenzverlust gegen Infekte.

Rangfolge der Maßnahmen:

Nur wenn der Transport in klinische Versorgung (telefonisches Aviso) innerhalb von Minuten vor sich geht, ist die Beschleunigung desselben (bei erhaltener Funktion des Zentralnervensystems) die einzige Maßnahme. Sonst fordert der Wettlauf mit der Zeit sofortige Maßnahmen. Glücklicherweise kann Hämoglobinmangel durch Erhöhung des Umlaufs leichter kompensiert werden als Plasmavolumenmangel durch die Anwesenheit von — nicht zirkulierendem — Hämoglobin. Glücklicherweise kann eine Kolloid-„Prothese“, z. B. Periston, Dextran — meist 6% —, in isotoner Elektrolytlösung stets bereitgehalten werden, wenn der genannte adäquate Plasmaersatz nicht zur Hand ist. Isotone Elektrolytlösungen wirken — im äußersten Notfall gegeben — ebenfalls, aber unberechenbar kurz.

Beispiele:

Amp. Periston 500 ml (4% Polyvinylpyrrolidon) notfalls in 10 bis 15 Minuten i. v. infundieren.

Dextran als Amp. Maerodex 6% 500 ml mit 15 bis 70 Tropfen/Min. körperwarm i. v. infundieren.

In den „Infusionsprogrammen“ der einschlägigen Firmen sind in der Regel „Expanderlösungen“ in den modernen Fertiggebinden enthalten.

Bedarf für den Arztkoffer: Gegen Volumenmangel gibt es einzig und allein Volumensubstitution. Vom sofortigen Handeln hängt das Leben des Kranken ab. Leider fordert Volumen auch im Arztkoffer ein gewisses Volumen. 0,5 bis 1 l eines sogenannten „Plasmaexpanders“ (Kolloidersatz) ist das mindeste, was zur Hand sein muß und eigentlich in jeden Arztkraftwagen gehört.

Achtung, Volumenmangel tritt auch bei schweren Vergiftungen, bei Verbrennung, bei Anoxie usw. auf, nicht nur bei äußeren Verlusten.

Leitsymptom: Progredienter Anstieg der Pulsfrequenz (Notizen) und der Atmung, progredienter Abfall des Blutdrucks.

Die Ausrüstung mit Gummibinden zur „Autotransfusion“ des Blutes aus den von der Peripherie her gewickelten Extremitäten ist eine wertvolle Erst- und Nothilfe (für 15 bis 30 Minuten oder die Transportzeit).

### III. Mittel zur Verkleinerung der Kapazität des intravaskulären Raumes

Prinzip: Das effektive Blutvolumen ist zu klein, wenn Blut- oder Plasmaverluste vorliegen, wenn die Kapazität durch Gefäßblähung zu groß ist oder wenn beides zutrifft. Verluste stimulieren im allgemeinen zur Verkleinerung der Kapazität (Spannungskollaps). Die „prima cura“ ist Volumen. Volumen kann nur dann „effektiv“ werden, wenn es im richtigen Verhältnis zur Kapazität steht. Hochgradige Vasokonstriktion zu fördern oder zu erzeugen, wenn man Volumen zuführt, ist nicht sinnvoll (vgl. unter XI). Andererseits aber nützt dem Kranken nicht einmal ein normales Volumen, wenn seine Kapazität durch Gefäßblähung zu groß ist.

Grobe Unterscheidung am Krankenbett ohne Hilfsmittel (Blutdruck in der Regel erniedrigt): Die Zentralisierung (Spannungskollaps) hat kleine Blutdruckamplitude (oft erhöhte diastolische Werte), manchmal fühlbare kontrahierte, harte — aber nicht pulsierende — Gefäße, Blässe, kalte Extremitäten.

Der sogenannte Entspannungskollaps hat vergrößerte Blutdruckamplitude und Beziehungen zu einem Vagusbild (möglich bei allergischen Auslösungen). Der sogenannte paralytische Kollaps (febrile, toxische Auslösung oder Endstadien der versagenden Kreislaufregulation) ist am „fliegenden“, kaum fühlbaren Puls, blaß-graullivider Hautfarbe, totenfleckartiger Verteilung des Blutes in der Haut und dem klebrigen Todesschweiß zu erkennen.

Amp. Novadral 0,01 g:

Das derzeit souveräne Mittel zur steuerbaren Herstellung eines adäquaten Gefäßtonus, besonders in Kombination mit Nebennierenrindensteroiden. Infusionszusatz, z. B. zu 500 ml Infusionsflüssigkeit 3 bis 5 Ampullen mit einer ständig regulierten Tropfenzahl (mittlere Geschwindigkeit: 60 bis 80 Tropfen/Min.).

Wirkungsmäßig: Noradrenalin-ähnliches Kreislaufmittel, das diesem auch chemisch ähnelt, aber stabiler gebaut ist.

Zu beachten: Blutdruckkontrolle und Vermeidung brusker Steigerung.

Vorteil: Keine „Adrenalinumkehrwirkung“ bei gleichzeitiger Verabreichung von Megaphen (Largaetil). Gute Zugabe bei Apomorphinanwendung.

Novadral — Dragees 0,003 g:

Klein, ohne Wasser schluckbar. Gute Bewährung zur Prophylaxe und Therapie von orthostatistischen Kreislaufstörungen.

Die Nebennierenrindensteroiden (Cortisonprinzip) scheinen zu wirken 1. über die Herstellung einer Ansprechbarkeit auf vasokonstriktive Mittel (z. B. Novadral) und 2. über Gefäßschaltungen, die dem Spannungszustand nahestehen (Präparate siehe VI).

#### IV. Analeptika (Kreislauf- und Atmungsstimulation).

Amp. Cardiazol in 10% Lösung zu 1,1 ml:

Bekanntestes und gut wirkendes zentrales Analeptikum. Wer es nicht vorzieht, im Bedarfsfall auf den Bestand an — größeren — Ampullen (siehe Antidote) zurückzugreifen, kann diese kleinen Gebinde mit sich führen.

Amp. Coffein. Natrii benzoici 0,25 g (Mehrzweckmittel):

Die Bereithaltung im Arztkoffer lohnt sich allein schon wegen der hervorragenden Wirkung der Verabreichung als s. c. oder i. m. Mischspritze: 0,25 g Coffein + 0,05 g Dionin bei Atemnot des Herzkranken, auch bei respiratorischer Insuffizienz mit Cor pulmonale (eventuell etwas niedriger [je 1/2 Amp.] dosieren, um Hypoventilation zu vermeiden). Verschafft den gequälten Kranken wohltuende Ruhe und Schlaf. Das Coffein ist das ungefährlichste Mittel zur intrakardialen Injektion bei Scheintod.

Amp. Micoren 0,225 g:

Zuverlässiges zentrales Atemstimulans.

Anwendung i. v., i. m., s. c. (1 Amp. notfalls in kürzeren Abständen wiederholen). Oft notwendig bei narкотischen Vergiftungen, bei Scheintod auch intrakardial anwendbar.

Amp. Pervitin 0,015 g, 1 Amp. i. m.:

Wichtigstes zentral und peripher angreifendes Mittel. Erfolge bei Scheintod durch subokzipitale Pervitininjektion haben wir gesehen.

Technische Besonderheiten der Subokzipital-Punktion im Rahmen der Wiederbelebung:

Die Mittel müssen schnell eingespritzt und die Nadel muß hernach rasch zurückgezogen werden, weil mit plötzlichen Reaktionen von seiten des Patienten zu rechnen ist und sonst Gefahr besteht, durch die Nadel eine Verletzung zu setzen. Da es sich bei diesen Fällen um komatöse Patienten handelt, wird man die Punktion am besten im Liegen ausführen.

#### Strychnin:

Z. B. Amp. Strychnin. nitric. 0,0005 g oder Amp. Movellan 0,01 g oder als „Depotpräparat“ Mischungen verschiedener Strychninsalze, wie „Invocan forte“ (Amp. 1,1 ml) 1 Amp. i. m.

Universelles Stimulans mit auch guter Kreislaufwirkung, das viele, die seine guten Eigenschaften erprobt haben, nicht mehr missen wollen.

#### Cave Kumulation!

Bei tiefen Temperaturen kann Strychnin eventuell auskristallisieren und nachher nicht mehr in Lösung gehen.

#### Bemerkungen zum physiologischen Prinzip der Atmungsstimulation

Erstickung ist keineswegs immer ein Problem der Stimulation der Atmung. Erstickung kommt häufiger vor, als sie diagnostiziert wird, und zwar

1. an Verschuß der Atemwege, dieser wiederum am häufigsten durch Sekretüberflutung und durch Aspiration,

2. als CO<sub>2</sub>-Intoxikation, besonders bei und infolge von Sauerstoffzufuhr und nachfolgender Hypoventilation, auch durch Verabreichung von Morphium und Atemdepression beim Cor pulmonale (Verwechslung mit Asthma cardiale),

3. infolge peripherer Atemlähmung (Poliomyelitis und K-Mangelsyndrom),

4. infolge zentraler Atemlähmung, besonders bei intrakranieller Drucksteigerung und bei Vergiftung durch Morphiate. (Solange der Kranke weckbar ist, ist er zur Ausföhrung von Atembefehlen durch die Erhaltung der freien willensmäßigen Atmung fähig! Wichtiges Erkennungszeichen und Mittel der Ersthilfe.)

Unentbehrliche Ausrüstung für die Ersthilfe bei Erstickung und Antidote, siehe XIV und XV.

#### V. Mittel zur Überwindung von Coronarinsuffizienz, peripheren Durchblutungsstörungen und von bronchospastischen Zuständen

1. Zur Bereitschaft für den schweren stenokardischen Anfall (Angina pectoris, Koronarinfarkt) gehört die Ausrüstung mit Schmerzmitteln, wie Pantopon, Polamidon C, Novalgin (siehe IX.), und Beruhigungsmitteln, wie Truxal (siehe XI.), Kombinationsmitteln, wie Coffein-Dionin (siehe IV.), und Kapseln Nitrolingual zu 0,8 mg (rot) zur perlingualen Aufnahme, 1 bis 2 Kapseln zerbeißen.

Nitro-Tabletten zu 1 mg (Triäthanolamintrinitrat). Zur Dauertherapie 3- bis 6mal täglich 1 Tablette mit Wasser, beim akuten Anfall 4 bis 6 Tabletten auf einmal.

Amylnitrit in besponnenen zerdrückbaren Glasröhrchen zur Inhalation (1 Röhrchen zerdrücken und inhalieren).

Tabl. Myocardon (Euphyllin 0,1 g, Papaverinhydrochlorid 0,0297 g, Atropinmethylnitrat 0,0003 g, Phenyläthylbarbitursäure 0,02 g, Nitroglyzerin 0,0005 g) oder ein ähnliches Präparat, bei leichteren Anfällen 1/2 bis 1 Tablette.

Wir schätzen an Nitrolingual die zuverlässige, an Nitrotabletten die länger anhaltende Wirkung (Achtung auf Methämoglobinbildung bei gehäufte Einnahme) und an Myocardon die nach unserem Eindruck bisher nicht übertroffene Eignung zur langfristigen Anwendung. Im Arztkoffer würden wir Nitrolingual und Myocardon bereithalten.

Alle anderen Anwendungen, z. B. von kleinsten Dosen Strophanthin, von Eupaverin, von Solosin (siehe unten), von Kreislaufstützen in kleinen Mengen, von Antikoagulantien usw. hängen

a) von der Lage des Falles und  
b) von der weitgehend differenten subjektiven ärztlichen Einstellung ab.

2. Für arterielle Durchblutungsstörungen der Extremitäten:

Es konkurriert — soweit konservative Therapie nötig ist — die antikoagulatorische Therapie (siehe XII.), die Anwendung von Eupaverin forte (siehe unten) und die intraarterielle Injektion, z. B. von Ronicol oder Nicon-

acid. Man kann an die Bereithaltung von Depot-Padutin denken, um den Kranken nicht unversorgt zu lassen.

Amp. Ronicol compositum zu 1 ml (Azetylcholinchlorid 0,05 g,  $\beta$ -Pyridylcarbinol 0,1 g, Pyridostigminbromid 0,001 g) zur i. m. Anwendung.

Intraarteriell langsam 1 Amp., weitere Dosierung individuell nach Verträglichkeit.

Amp. Niconacid zu 0,05 g, Nikotinsäure (aus dem Vitamin-B-Bereich) als Na-Salz. Am liegenden Patienten langsam  $\frac{1}{2}$  bis 1 Amp. mit 10 ml 0,9% NaCl-Lösung verdünnt intraarteriell. (Intensives Wärmegefühl mit Hautrötung!)

### 3. Für akute Blutdruckkrisen:

Prinzip: Der Kranke mit hohem Blutdruck (an Phäochromozytom denken) steht dem Kollaps und der Mangeldurchblutung (sei es relativ, sei es durch absolute Blutdrucksenkung) oft näher als der Mensch mit normalem Blutdruck. Auch die Nierendurchblutung ist mehr gefährdet als beim Normalen.

Vor fatalen Überraschungen (sogenannte Ganglienblocker, Sympathikolytika usw.) scheint uns noch am besten zu bewahren:

Amp. Tirraupin zu 1 ml:

Kombinationspräparat aus Rescinnamin 0,3 mg (protrahierte und mildere zentrale Wirkung als Reserpin), Raubasin 3 mg (peripherer Angriff), Dioxypopyltheophyllin 50 mg (Theophyllineffekt) als Antihypertonikum. Bei anfallsweisen Blutdruckkrisen langsame i. v. Injektionen von 1 bis 2 Ampullen oder 1 Ampulle i. m.

Sedativa (siehe XI.) können sehr gute Dienste leisten.

4. Mehrzweckmittel für die Bekämpfung von Durchblutungsstörungen und die Spasmyolyse:

Amp. Eupaverin 0,03 g in 1 ml oder als „forte“ 0,15 g in 5 ml.

Gute papaverinähnliche Wirkung auf die glatte Muskulatur i. m. und — langsam — i. v. Mehrzweckmittel.

Man ist durch die Bereithaltung dieses Mittels im Besitz mehrerer Möglichkeiten:

Bei Embolie (Lunge, Extremitäten, auch Gehirn) langsame i. v. Injektion von 5 ml, eventuell mit Wiederholung. Auch bei Koronarfarkt, Angina pectoris kann diese Therapie Erfolge bringen.

Bei der spasmolytischen Anwendung (Gallenkolik, Nierenkolik usw. [siehe X.]) kann man, um sich nicht zusätzlich mit den kleineren Eupaverin-Ampullen zu belasten, 1 bis 2 ml von der Ampulle zu 5 ml verwenden (i. m.).

5. Mehrzweckmittel für akute Respirations- und Kreislaufstörungen:

Coffein-Dionin, siehe unter IV.

Amp. Perphyllon 2ml: (Oxyäthyltheophyllin 0,11 g, Papaverinhydrochlorid 0,03 g, Eumydrin 0,3 mg, Phenyläthylbarbitursäure 7,5 mg).

Gutes Mittel bei Asthma bronchiale, Asthma cardiale

und Koronarinsuffizienz. 1 Amp. i. m. (nicht s. c.!) oder sehr langsam (2 bis 5 Minuten!) i. v.

Calcium gluconicum für Lungenödem (vgl. VI.).

Amp. Salyrgan zu 1 ml i. m.:

Wir würden dieses Mittel nicht so sehr als Diuretikum im Koffer bereithalten, als wegen seiner hervorragenden Fähigkeit, bei abendlicher Verabreichung von  $\frac{1}{2}$  ml i. m. die quälenden Anfälle von paroxysmaler Dyspnoe (Aufreißen aus dem Schlaf, Alpdruck, Zwang zu sitzender oder stehender Stellung) bei Linksinsuffizienz zu verhüten (Anwendung nicht täglich, sondern intermittierend); ob die Wirkung auf den Theophyllin-gehalt oder eine Verschiebung der Volumenverteilung der extrazellulären Flüssigkeit zurückgeht, ist uns nicht bekannt.

Amp. Solosin 5 ml, ein (langsam injizieren) intravenös sowie auch i. m. gut verträgliches Theophyllinpräparat: 1 Amp. (0,208 g Theophyllin), gut bei Asthma bronchiale, Stenokardie und — frühzeitig angewandt — bei Apoplexie.

Im Apoplectal (Anfangsdosis 10 ml [2 Amp] langsam i. v.) liegt die Kombination eines Theophyllinderivates mit einem Roßkastanienextrakt vor.

6. Zur Erzielung einer „broncholytischen“ Wirkung:

Amp. Astmahorm 1 ml (Adrenalin 0,8 mg, Hypophysenhinterlappenextrakt 1 i. E., Papaverin 1 mg) bzw. Amp. Asthmolysin 1 ml (Adrenalin 0,8 mg, Hypophysenhinterlappenextrakt 0,03 i. E.).

Kontraindikationen des Adrenalins (z. B. Megaphen — Kollaps) beachten! Im Anfall 1 Amp. s. c. oder i. m. Als Beispiele unter vielen Möglichkeiten:

Aludrin-Dosier-Aerosol:

ist eine wesentliche Neuerung in der Art der Anwendung. Wegen der schnellen Resorption und der einfachen Handhabung nicht nur gutes Mittel bei Asthma bronchiale, sondern auch bei Adams-Stokeschem Anfall, das nicht gespritzt werden muß.

Amp. Ephetonin 0,05 g,

Amp. Atropinum sulfuricum 0,0005 g,

Amp. Luminal-Natrium 0,22 (Trockenampulle).

Die Mitführung dieser Mittel im Arztkoffer liefert

1. Ausrüstung für analeptische Wirkung (Ephetonin), für spasmolytische Wirkung (Atropin, siehe X.), für sedative Wirkung (Luminal, siehe XI.);

2. die Möglichkeit folgender Kombination:

0,05 g Ephetonin,

0,0005 g Atropin und

0,1 g Luminalnatrium, unter Umständen auch bis 1 Amp. in der i. m. Mischspritze (nicht haltbar!) beim Asthmaanfall.

Diese Kombination erfreut sich traditionell in unserer Abteilung eines ganz besonders guten Rufes. Sie hilft in der Tat bei Kranken, die nicht mehr auf Asthmolysin ansprechen, erstaunlich gut.

Als Mehrzweckmittel leistet die Bereithaltung von Präparaten vom Cortisonwirkungstyp (siehe VI.) beim Status asthmaticus sehr gute Dienste.

### VI. Mittel zur Bekämpfung allergisch-anaphylaktischer und ähnlicher akuter Katastrophen

Prinzip: Der gefäßabdichtende Effekt von Kalzium, die Antihistaminwirkung, die Zufuhr von Oxydo-Reduktions-Potentialen (Vitamin C) und die Zufuhr pharmakodynamischer Dosen von Nebennierenrindens-steroiden vom Cortisonwirkungstyp stellen derzeit das wichtigste Rüstzeug der Therapie dar. Diese Mittel sind leicht im Koffer unterzubringen und stellen im Wettlauf um die Zeit (oft Minuten!) elementare Hilfsmaßnahmen dar, die den Volumenersatz und die Anwendung vasokonstriktiver Mittel häufig erst sinnvoll, das heißt wirksam und dauerhaft, gestalten und die auch für sich allein (ohne Volumenverlust) unentbehrlich sind.

Amp. Calcium gluconicum 10% (10 ml):

1 Amp. langsam i. v. (Wärmegefühl!) ist die Standardform der Zufuhr von  $Ca^{++}$ -Ionen. In dieser Konzentration i. v. und i. m. verwendbar. Gefahr: Digitalisierte Kranke (Digitalisintoxikation). Kalziumsalze wirken entzündungshemmend und gefäßabdichtend.

Gute Wirkung bei Lungenödem, tetanischen Anfällen und allergischen Zwischenfällen. Unbedingt notwendig bei Glottisödem! (Wichtige Ergänzung bei größeren Infusionen von Blutkonserven mit Zitratstabilisatoren.)

Amp. Atosil, 0,05 g, Ilvin 0,005 g oder Synpen 0,02 g, Normdosis 1 Amp. i. m., sind Beispiele für zahlreiche Antihistamine. Bei der Auswahl des Präparates spielt auch die sedierende Nebenwirkung eine Rolle (Gefährdung im Straßenverkehr beachten!). Bereithaltung auch in Tablettenform ist zu empfehlen. Fertige Kombinationen von Kalzium und Antihistaminen entheben der Vergewisserung, ob die Kombination „verträglich“ ist: z. B. Amp. Calcistin oder Amp. Sandosten-Calcium. Diese Präparate sind auch in Tablettenform im Handel.

Amp. Ascorbinsäure (Vitamin C): z. B. Amp. Cebion 0,5 g 1 Amp. i. v. oder i. m.

Mehrzweckpräparat für Gefäßabdichtung, Unterstützung der Bildung von Nebennierenrindens-steroiden, Infektschäden, bei Vergiftungen mit Methämoglobin-Bildnern und beim Seifenabort (Hochdosierung, mehrere Ampullen i. v.).

Bereithaltung von i. v. injizierbaren Nebennierenrindens-steroiden für akute Katastrophen:

In den Situationen, in welchen man im Arztkoffer diese Mittel bereithalten sollte, geht es um die kräftige und rasche Erzielung der Wirkung.

Prinzip der Notfalltherapie: Durchschleusung des Kranken durch einen lebensbedrohlichen Zustand mit Hilfe der Herstellung eines sehr großen Überschusses von Nebennierenrindenshormon mit cortisonartiger Wirkung.

Vorstellung: Beseitigung einer katastrophalen Reaktionslage, die durch relative Insuffizienz oder durch überschießende Stärke einer Reizantwort hervorgerufen wurde. Die Herstellung des spezifischen Hyperkortizismus soll sich wie eine Art von physiologischem Antagonismus der fatalen Entwicklung entgegenstellen.

Die Konsequenz dieser Versetzung des Kranken in einen anderen — ebenfalls nicht physiologischen — Zustand ist, daß man diesen aufrechterhält (cave Abklingen der Wirkung ohne fließende Weiterversorgung), solange die akute Gefahr anhält, und daß man ihn beendet, so schnell dies möglich ist.

Die Inkaufnahme der Gefahr von Infektausbreitung ist bei perakuten infektiösen Erkrankungen oder Infektgefahren nur unter voller gleichzeitiger Ausnutzung der gegebenen antibiotischen Möglichkeiten zu verantworten.

In der Regel wird es sich in der Praxis um die Überwindung der ersten Not handeln und der Kranke mit genauer Angabe der Zeit, Menge und Art der Verabreichung der klinischen Vollversorgung zuzuführen sein. Die Steroidzufuhr enthebt nicht der gesamten jeweils nötigen Elementarsorge, z. B. für die Respiration, das Blutvolumen und den Kreislauf. Sie kann aber die Voraussetzung schaffen, deren diese Maßnahmen bedürfen.

Beispiele von Präparaten (Trockenampullen und Lösungsmittel):

Amp. Scherisolon solubile 25 mg,

Amp. Solu-Decortin-H 25 mg,

Amp. Ultracorten-H-„wasserlöslich“ 25 mg.

Die meisten dieser i. v. anwendbaren und rasch wirkenden Prednisolonpräparate sind Hemisukzinate. Die Anfangsdosis beträgt 50 mg i. v.

Neuerdings steht auch das Dexamethason zur i. v. Anwendung zur Verfügung, z. B. Amp. Solu-Fortecortin 4 mg. Anfangsdosis 1 bis 2 Amp. i. v.

### VII.

#### Mittel zur Einleitung einer sofortigen Infektbekämpfung

Mehr als einige Überlegungen können für dieses Kapitel nicht beige-steuert werden.

1. Bei selteneren Sera kann man sich, ähnlich wie bei solchen Antidot, allein schon mit der Fernsprech- und Telegrammadresse der Bezugsquelle eine große Erleichterung verschaffen.

2. Verwendungsfrist und Lagerungsvorschrift der Sera schaltet den Arztkoffer als Bereitschaftstasche aus. Trotzdem können wir uns vorstellen, daß in manchen Praxen der „Umsatz“ an Tetanus-, Diphtherie- oder anderen Seren die Mitführung veranlaßt.

3. Die Bereitstellung von antibiotischen Mitteln hat schnell Eingang in die Therapie gefunden. Bei der Vielzahl von Präparaten ist eine gezielte Auswahl unbedingt erforderlich, da man in der Praxis nicht ohne weiteres mit Resistenztesten arbeiten kann.

4. Für den Arztkoffer empfehlen wir die Kombination von Penicillin-Streptomycin (zirka 1 Million Einheiten Penicillin und 1,0 g Streptomycin täglich auf 2 Injektionen verteilt; zahlreiche Handelspräparate).

Als weiteres Antibiotikum steht Chloramphenicol für die Fälle von individueller Überempfindlichkeit des Kranken bzw. Resistenz der Erreger gegenüber Penicillin-Streptomycin in oraler und parenteraler Applikationsform (täglich 1,0 bis 2,0 g) in zahlreichen Han-

delspräparaten zur Verfügung. Es scheint uns zur Behandlung schwerer Harnwegsinfektionen (akute Pyelitis) am aussichtsreichsten zu sein.

5. Die Einleitung einer Antibiose in der Praxis ist mit einer Hypothek belastet:

Ist die Diagnose nicht vorher bekannt, so kann ihre Stellung nachher oft unmöglich werden und ein schwerer Infekt erzeugt werden (Symptomverstümmelung).

Die Unterdosierung bedeutet Resistenzzüchtung. Bei parenteraler Applikation ist deshalb die täglich zweimalige Injektion erforderlich. Ein Absetzen der Therapie, „nur weil das Fieber nach 48 Stunden immer noch besteht“ (und Wechsel des Präparates), hat mit einer sinnvollen Antibiose nichts mehr zu tun.

Eine voreilige „Penicillinierung“ (oft auf Wunsch des Patienten) bei banalen Infekten entwertet das Mittel, sei es durch Resistenzzüchtung oder Sensibilisierung, für später.

6. Ein ausgezeichnetes Bereitschaftsmittel (W. Pilgertorfer) für akute Durchfallbilder vom Typus der sommerlichen Diarrhoeen sind Rivanolletten (als erster Stoß 6 bis 8 Stück, dann weiter 3- bis 4mal täglich 2 Stück). Das Mittel leistet nicht nur in der Bereitschaftstasche des Arztes, sondern auch im eigenen Reisegepäck sehr gute Dienste. Auf die Beachtung der diagnostischen und sonstigen Überlegungen bei akuter Gastroenteritis braucht hier nicht eigens hingewiesen zu werden.

### VIII.

Mittel zur Soforthilfe bei einer Stoffwechselkatastrophe

Für ein diabetisches Präkoma oder Koma sollte man die erste Insulingabe bei sich haben. Eine massive Dosis ist ohne klinische Kontrolle ein zu großes Risiko. Außerdem ist Insulin ungekühlt nicht besonders haltbar.

Bei azidotischer Hyperventilation (Kußmaulische Atmung), Azetongeruch und Sicherung des Diabetes (gute Hilfe: Glukotestpapier) sind 30 bis 50 E. „Altinsulin“ eine gute Transportdosis (Zeit und Menge schriftlich mitgeben).

Amp. Insulin, 400 E. in 10 ml.

Da der eiligere Notfall des Diabetikers der hypoglykämische Schock ist, muß man mit Glukose immer ausgerüstet sein. Der Insulinschock entsteht häufig durch Vorgänge, die den Bedarf vermindern und damit die Insulindosis relativ zu hoch gestalten, z. B. Verzögerung der Mahlzeit, Steigerung der körperlichen Arbeit (Suche nach Diabetikerausweis und harten Injektionsstellen).

Im Zweifelsfall geben wir bei jedem unklaren Herang von Bewußtseinsstörung (auch Psychose) oder zerebralem Krampfbild zunächst i. v. Glukose, weil man nicht schaden, aber erleben kann, daß der Kranke die Augen aufschlägt und sagt: „Habe ich schon wieder einen ‚Schock‘?“

Amp. Glukoselösung 40% zu 20 ml.

Mit diesem Mehrzweckmittel besitzen wir

1. die souveräne sofortige Behebungsmöglichkeit der Hypoglykämie (entweder langsam oder mit isotoner NaCl-Lösung aa i. v.),

2. das Mittel der Wahl im Arztkoffer für — allerdings vorübergehende — „Osmotherapie“ bei akuten intrakraniellen Drucksteigerungen, auch bei CO-Vergiftung.

3. eine sehr gute Hilfe bei Lungenödem.

Die Möglichkeit, den akuten und lebensgefährlichen Na-Mangelkollaps („Salzmangelzustand“) dramatisch zu beheben und durch die Verbesserung des Elektrolytwissens zu diagnostizieren (vorausgegangene Verluste, z. B. gastrointestinal, Oligurie, Bluteindickung), ist bei Mitführung von NaCl-Lösung garantiert.

Amp. NaCl-Lösung 10% zu 10 ml.

Amp. NaCl-Lösung 0,9% zu 10 ml.

Mehrzweckmittel:

1. Bei Na-Mangelkollaps stellt man sich durch 1 Amp. 10% + 1 Amp. 0,9% eine etwa 5,5%ige hypertone NaCl-Lösung her und injiziert langsam i. v.

2. Der ausgetrocknete Diabetiker ist wegen des drohenden Na-Mangelkollapses für diese Therapie sehr dankbar.

3. Die 0,9%ige NaCl-Lösung kann man immer einmal brauchen.

### IX. Analgetika

Bei der Anwendung von starken narkotisch-analgetisch wirkenden Mitteln immer an die Suchtgefahr und die mögliche diagnostische Verschleierung („akutes Abdomen“) denken; als in dieser Beziehung harmloses und doch gutes Mittel erwies sich:

Amp. Novalgin 2,5 g zu 5ml, ein l. v. und l. m. injizierbares Pyrazolonderivat von nachhaltiger zentral-analgetischer Wirkung. Kombination mit Spasmolytika, siehe X.

Amp. Polamidon-„C“ 5,25 mg.

Eine stark und lang anhaltende analgetisch wirkende Substanz mit morphinähnlicher Wirkung. Der Zusatz einer atropinähnlich wirkenden Substanz „C“ (Diphenylpiperidinoäthylazetamidhydrochlorid) vermeidet den zentralen Vagusreiz (Erbrechen) und wirkt zugleich spasmolytisch.

Die Kombination von 1 ml Polamidon „C“ mit 2 bis 5 ml Novalgin in der Mischspritze langsam i. v. ist unsere stärkste und nahezu nebenwirkungsfreie analgetische Waffe mit zugleich spasmolytischer Wirkung, auf die wir nie verzichten möchten.

Man soll sie nur bei strenger Indikation geben. Vorsicht ist geboten bei stark alkoholberauschten Patienten.

Amp. Pantopon 0,02 g.

Das Opiumpräparat mit analgetischer und deutlich sedativer Wirkung zur Injektion, vor allem bei kardialen Indikationen: Herzinfarkt, Asthma cardiale usw.

Anwendung s. c. oder l. m., auch als Mischspritze mit Koffein 0,25 g und in niedrigerer Dosierung als Coffein-Pantopon-Salyrgan (je 1/2 ml der üblichen Ampullen) zur Prophylaxe nächtlicher Asthma-cardiale-Anfälle bei hydropischer Herzdekompensation.

Die ähnlich, wenn auch schwächer wirkende Coffeindionin-Injektion siehe IV.

### X. Spasmolytika

Je vorsichtiger man in der Indikation der stark wirkenden Analgetika vorgeht, um so weniger wird man auf wirksame Spasmolytika verzichten können.

Amp. Atropin. sulfuricum 0,0005 g,  $\frac{1}{2}$  bis 1 Amp. s. c. oder i. m.: Angriff an der glatten Muskulatur, jedoch abhängig von der Innervation und daher mit oft erheblichen Nebenwirkungen (Parasympathikolytikum) auf Drüsen, Augen usw. Als Erstantidot bei Vergiftungen mit Cholinesteraseblockern, z. B. E 605, in hohen Dosen, 2 bis 5 mg (4 bis 10 Amp.) i. v. unentbehrlich. In der Minimalausrüstung des Bergsteigerrucksackes vermag es die anderen Spasmolytika zu ersetzen. Cave Glaukom!

Amp. Papaverin. sulfuricum 0,04 g, 1 Amp., s. c., i. m. oder langsam i. v.: Angriff an der glatten Muskelfaser, jedoch unabhängig von der Innervation; bei Überdosierung ist daher eventuell Lähmung der glatten Muskulatur möglich. Ersatz durch Eupaverin, siehe V., 4.

Amp. Buscopan 0,02 g, 1 Amp. i. m. oder i. v.

Spasmolytikum besonders für die Abdominalorgane ohne nennenswerte Nebenwirkungen.

Die 3 genannten Spasmolytika sind mit Novalgin in der Mischspritze i. v. oder i. m. verabreichbar (Kombination von spasmolytischer und analgetischer Wirkung). Fertige Kombinationspräparate dieser Art sind Buscopan compositum und Baralgin. Sie haben sich bei Kolikschmerzen (z. B. Niere, Galle) gut bewährt.

### XI. Sedativa — Hypnotika

Amp. Luminal-Natrium 0,22 g (Trockenampulle):

Normdosis etwa 0,2 g (1 Amp.) i. m.

Bei diesem bewährten Sedativum und Hypnotikum stehen 2 Formen zur Verfügung:

a) das gelöste (20%/eig) Luminal in Amp. zu 1 ml, das jedoch nur i. m. anwendbar ist,

b) das ungelöste Luminal-Natrium in Trockenampullen, dessen Lösung sich nicht lange hält, jedoch auch notfalls i. v. oder auch als Mischspritze (vgl. Asthmamischspritze V., 6) i. m. gegeben werden kann.

Amp. Truxal 0,05 g in 1 ml: Die Dosierung muß individuell gehandhabt werden; als Anfangsdosis gibt man 0,025 bis 0,05 g Truxal beim liegenden Patienten i. m. (intraglutäal).

Wegen seines geringen Volumens und des Wegfalls der Störung der Leberfunktion, der Photosensibilisierung usw. wird dieses Mittel genannt.

Die Phenothiazinderivate stellen bei Kenntnis ihrer Gefahren (z. B. orthostat. Kollaps, Alkohol- und Barbituratpotenzierung, Adrenalinwirkungsumkehr usw.) eine große Bereicherung der Therapie dar.

Amp. Eunarcon 1,0 g in 10 ml als Beispiel für ein intravenöses Kurznarkotikum auf Barbituratbasis. (Ähnlich auch Inactin, Baytinal und andere, die jedoch nicht in gelöster Form vorliegen.) In der Notfalltherapie kann es nicht nur zu Narkosezwecken, sondern unter Umständen auch einmal zur Coupierung eines Status epilepticus notwendig sein. Langsame Injektion, nicht mehr als 1,0 g, cave Leberschaden!

Amp. Dionin 0,05 g:

Leichtes Allgemein- und Hustensedativum mit analgetischer Wirkung. Beliebtestes Mittel in Kombination mit Koffein bei dyspnoischen Herzkranken (siehe IV.).

Amp. Dicotid 0,015 g:

Bei schwerem Husten  $\frac{1}{2}$  Amp. s. c. als Anfangsdosis, im Bedarfsfalle mehr. Gut ist auch die Kombination mit Cardiazol zur Vermeidung einer zentralen Lähmung.

Amp. Novomina 10ml ( $\beta$ -Dimethylaminoäthylbenzhydrylätherhydrochlorid 0,035 g, 8-Chlortheophyllin 0,02 g), 1 bis 2 Amp. täglich i. v. bewährt sich als gutes symptomatisches Mittel, um unerwünschtes Erbrechen zu unterdrücken. Gute Wirkung bei Ménière-Schwindelanfall. Auch als Tabl. und Suppos. bei See-, Luft- und Autokrkrankheit.

Nicht empfehlen können wir für den Arztkoffer als Sedativum den freizügigen Gebrauch des „SEE“ (Scophedal = Scopolamin-Ephetonin-Eukodal), während sich Amp. Scopolamin. hydrobrom. 0,0003 g 1 (bis 2) Amp. s. c. gut bewährt.

### XII. Antikoagulantien

Die Durchführung einer antikoagulatorischen Therapie ist angesichts der Gefährdung und der Voraussetzung der Überwachung in der Regel Aufgabe der Klinik. In der Praxis kann es sich höchstens darum handeln, eine Behandlung im akuten Notfall (z. B. Lungenembolie) schon vor dem Transport einzuleiten: Amp. Liquemin 25.000 i. E. (5 ml), 1 Amp. = 5 ml als Anfangsdosis i. v. zur Heparinbehandlung von Embolien und Koronar thrombosen.

### XIII. Hämostyptika

Die lokale Blutstillung steht, soweit möglich (Verletzungen, Epistaxis), oben an. Ist sie nicht möglich, so können folgende Mittel wirksam sein:

Amp. Konaktion 0,01 g:

Vitamin K<sub>1</sub> wirkt als Hämostyptikum nur, wenn ein K<sub>1</sub>-Mangel vorliegt und nur nach einer gewissen Latenzzeit; unentbehrliches Antidot bei Blutungen nach Cumarinderivaten. Bei schweren Blutungen 1 bis 2 Amp. i. v., bei leichteren Blutungen 1 bis 2 Amp. i. m. Cave: Allergische Reaktion bei i.-v.-Zweitinjektion nach einigen Tagen! (Der Lösungsvermittler scheint als Antigen zu wirken!)

Amp. Protaminsulfat 1% (5 ml) 1 Amp. i. v. als relativ spezifisches Heparinantidot, Hämostyptikum bei Heparinüberdosierungen.

Stryphnon-Gaze: Lokal bei flächenhaften, parenchymatösen Blutungen, im Notfall zur Nasentampnade bei Epistaxis; Hämorrhoidalblutungen.

Topostasin per os (Thrombin — Pulver in Beuteln):

Enthält 1500 E. Thrombin und Puffergemisch nach Sörensen.

Anwendung: Aufgeschwemmt bei Magen-Darmblutungen bzw. Ösophagusvarizen- bzw. Tumorblutungen oral.

Von diesen an besondere Voraussetzungen gebundenen Maßnahmen abgesehen, kann versucht werden, durch eines der folgenden i. v. injizierbaren Präparate eine blutstillende Wirkung zu erreichen:

Amp. Intra-Tuffon 10 ml (Naphthionsaures Natrium 1,0 g, Vitamin C 25 mg, Rutin 10 mg):

1 Amp. langsam unter Umständen mehrmals täglich i. v. (Wärmegefühl nach der Injektion!)

Amp. Stypturonal 5 ml:

Konglutinin-Präparat, bei akuten Blutungen 1 bis 2 Amp. eventuell mehrmals täglich i. v. oder i. m.

Amp. ACC 76 100 mg (Trockenampulle): Accelerin (Faktor VI) und Convertin (Faktor VII) des menschlichen Serums; 1 Amp. i. v.

Es scheint sich bei diesem Präparat um ein sehr zuverlässig wirksames Hämostyptikum zu handeln, das allerdings im Eisschrank aufbewahrt werden muß. Wir sahen — offenbar mit früheren Chargen — Nebenwirkungen.

An Methergin (geburtshilfl. Hämostyptikum) sei erinnert.

#### XIV. Mittel zur Ersthilfe bei akuten Vergiftungen

Dieses Kapitel ist ein Sonderfall des „Arztkoffers“. Akut lebensbedrohlich und diagnostisch undurchdringlich sind die Situationen der Vergiftungen; selten und deshalb nicht besonders geläufig ist ihr Vorkommen. Wir haben uns die Aufgabe gestellt, dem Arzt die Überlegungen zu erleichtern, wie er in unklaren Fällen an Stelle einer „blinden“ Therapie zu gezielten Maßnahmen gelangen kann. Dies ist nur über die Erkennung der Elementargefährdung möglich. Wir haben die „Therapie akuter Vergiftungen“ ausdrücklich vor kurzem dargestellt [„Steckbrief“] (Österr. Ärztezeitung 14, Nr. 8 [1959]: 347, dort weitere Literaturangaben). Die therapeutische Ersthilfe wurde dort besprochen.

Unter den schon aufgezählten Mitteln befindet sich bereits eine nicht zu unterschätzende Ausrüstung für die Elementargefährdung akuter Vergiftungen.

Wir müssen dringend raten, daß sich der Arzt zur Giftentfernung aus dem Körper ausrüstet. Sie bedeutet ja schließlich die wirksamste Maßnahme, die es gibt, und sie ist fast immer eine reine Funktion der Zeit.

Das alte Hausmittel des Trinkens von warmem Salzwasser zur Erzeugung von Brechen kann ja in bestimmten Fällen schon auf telephonischen Rat hin Gutes tun.

Das Apomorphin gehört in jede Arzttasche, weil Pilze, Speisereste, Mottenkugeln und dergleichen den Magenschlauch nicht passieren und weil man Betrunkene damit rasch zähmen kann.

Amp. Apomorphin 0,01 g in 1 bzw. 1,1 ml,  $\frac{1}{2}$  bis 1 Amp. s. e. oder i. m.:

Wirksamstes Emetikum; Kombination mit 1 Amp. Novadral ist wegen der Gefahr des Kreislaufkollapses bewährt.

Apomorphin ist das beste „Bändigungsmittel“:

In der Nausea ist der stärkste Mann nur mit sich selbst beschäftigt. Kontraindikation: Bewußtlosigkeit.

Die Magenspülung bietet gegenüber Brechmaßnahmen 2 wesentliche Vorteile:

a) Im Anschluß an die durchgeführte Spülung können Laxantien, Adsorbentien und Antidote instilliert

werden. Die routinemäßige Gabe von Kohle und Natriumsulfat hat sich gut bewährt.

b) Die Magenspülung kann auch beim bewußtlosen Patienten durchgeführt werden: Sie ist hierbei jedoch nur in Bauch- oder Seitenlage gestattet. Wenn es sich nicht um unruhige Vergiftete handelt, so bietet dies auch in der Praxis keinerlei Probleme, wenn man den Patienten quer über ein Bett legt und die Füße auf der einen, den Kopf auf der anderen Seite herabhängend läßt. Die noch immer viel zitierte Aspirationsgefahr bei der Magenspülung besteht bei falscher Technik.

Es gibt nur ein befriedigendes Zeichen der wirksamen Giftentfernung aus dem Magen-Darm-Kanal: Das Erscheinen der noch zugeführten Kohle in der rektalen Entleerung (kenntlich an der schwarzen Farbe). Die dazu benötigte Zeitdauer nennen wir die „Kohlezeit“. Benötigte Geräte: Möglichst dicker Magenschlauch mit Verlängerung und Glaszwischenstück, Plastiktrichter, Paraffinöl.

Der Wettlauf mit der Zeit, hier um jede Minute, ist bei der Vergiftung mit Alkylphosphaten, z. B. E 605, durch Atropin zu gewinnen; er sollte bei der furchtbaren Hg-Vergiftung (z. B. Sublimat), auch bei Arsen und anderen nicht verloren werden, weil es an Sulfactin (BAL) fehlt.

Das gleiche gilt von der Vergiftung durch Morphiate, für die es jetzt das rasch und sicher wirkende spezifische Antidot Lorfan gibt.

Für die Schlafmittelvergiftung soll man Cardiazol bereit haben, aber in ausreichender Dosierung.

Amp. Sulfactin (BAL) zu 0,1 g, für die erste Dosis 1 bis 2 Amp. i. m.

Amp. Lorfan zu 5 mg in 5 ml. Davon 1 bis 2 ml (1 bis 2 mg) i. v. und, je nach Bedarf, in Abständen mehr.

Amp. Cardiazol 10% zu 5 bis 10 ml (mit wenigstens 50 ml ausrüsten).

Stets sollte man eine Adresse bereit haben, die eine Beratung oder ein selteneres Antidot rasch zugänglich macht.

Und schließlich noch das A und O der Lagerung: Jeder Bewußtlose muß in Seiten- oder Bauchlage verbracht werden, weil Aspiration von Erbrochenem, Blut usw. das Leben kosten kann.

#### XV. Technische Ausrüstung

Der oben (XIV.) erwähnte „Steckbrief“ enthält die wichtigsten Hinweise auf die Notausrüstung der elementaren Atem- und Kreislaufhilfe. Wir beschränken uns auf einige Vorschläge, die uns zugleich praktisch und notwendig erscheinen:

Ohne Zahnkeil, Kiefersperrer und Pharyngealtubus kann man oft nicht einmal die primitivste Atemhilfe leisten. Besser ist natürlich noch die Ausrüstung für die Intubation.

Katheter können für ihren eigentlichen Zweck und zum Absaugen von Sekret (Nelaton 21 und Magensaft-spritze) verwendet werden.

Lumbalnadeln rüsten uns außer ihrer Zweckbestimmung für mehrere Maßnahmen aus: die intra-

kardiale und die subokzipitale Injektion, die suprapubische Blasenpunktion, die Sympathikusblockade und eventuell die intraarterielle Injektion.

Die dicke Flügelkanüle ist ein nicht zu unterschätzender Behelf für die rasche Blutentnahme bei Lungenödem. Man kann beim Spannungspneumothorax mittels der Flügelkanüle und eines aus einem Gummifingerling hergestellten Ventils den intrathorakalen Überdruck beseitigen. Das Ventil besteht aus einem Schlitz im angefeuchteten und über die Kanüle gebundenen Fingerling, der sich für den Weg der Luft nach außen öffnet und bei der Inspiration automatisch schließt.

Haben wir daran gedacht, die Adresse der nächsten Erreichbarkeit von Beatmungsgeräten zu notieren und im Koffer zu hinterlegen? (Rettungsdienst, Feuerwehr, Wasserwacht oder ähnliches.)

Die Besprechung des seltenen, aber faszinierenden Themas muß mit der Feststellung geschlossen werden, daß die alltäglichen Hilfsmittel der Praxis zu kurz gekommen sind. Wir sind nicht so wirklichkeitsfremd, um zu glauben, daß die tägliche Praxis nicht auch aus „einfacheren“, zum mindesten vom Arzt aus gesehen „banalen“, Fällen in größerer Zahl bestünde. Wir glaubten aber, daß das Bedürfnis der Aufzählung und insbesondere der Diskussion dieser Ausrüstung lange nicht so groß sei wie dasjenige der Maßnahmen, mit denen echte therapeutische Entscheidungen verbunden sind. Der Alltag dürfte eine Art von Selbstregulation

der Ausrüstung liefern, die dem individuellen Charakter der Praxis besser angepaßt ist als ein Dogma.

Dieser Grundsatz hat die Auswahl des Stoffes bestimmt, die natürlich noch weniger in die fachlichen Maßnahmen jener universellen Tätigkeit übergreifen konnte, die man die „Praxis“ nennt. Der Praktiker ist unter den Fachgebieten der Medizin das universellste. Ihn universell zu erhalten heißt, dem kranken Menschen in seiner Ganzheit ein Äquivalent der Ganzheit erhalten. Diese Sorge dürfte eine wichtige Zukunftsaufgabe der Medizin sein. Damit aber die Ganzheit der Hilfe nicht in Notfällen an der Ausrüstung und der Bereithaltung scheitert, muß auch der Arztkoffer für das Wichtigste gerüstet sein. Es wäre schade, wenn ein Kranker und sein Arzt — wie wir es manchmal erleben — nur deshalb getrennt würden, weil das Mittel, das die augenblickliche Not bei einmaliger Anwendung behoben hätte, gerade nicht greifbar ist. Es wäre aber auch schade, wenn man der Krankheit nur deshalb den entscheidenden Vorsprung ließe, weil eine kleine Ampulle eines „Mehrzweckmittels“ fehlt.

Nichts kann den bekannten Ausspruch des Publilius Syrus „Bis dat, qui cito dat“ besser illustrieren als eine rechtzeitige und richtige ärztliche Maßnahme. Wir haben für den Arztkoffer diesem Satz einen zweiten angefügt. Er lautet „Cito dat, qui secum portat“.

*Anschrift der Verfasser: Professor Dr. Hanns Baur und Dr. M. v. Clarmann, Städtisches Krankenhaus München rechts der Isar.*

(Fortsetzung von Seite 372)

aber oft sehr ernst genommenen Verpflichtung entbindet, den Arzt für seine unentgeltliche Behandlung durch ein Geschenk zu entschädigen. In solchen Fällen sollte der behandelnde Arzt gleich bei der letzten Behandlung festlegen, daß er nur das von der Privatkrankenkasse erstattete Honorar beansprucht, wenn er nicht ganz auf sein Honorar verzichtet und das von der Privatkrankenkasse geleistete Honorar den meist bedürftigen Patienten überläßt.

Jedenfalls würde durch eine solche Regelung der Honorarfrage dem behandelnden Kollegen und dem

Hilfsausschuß viel Schreibarbeit erspart, die doch uns allen zumeist sehr wenig sympathisch ist. Durch Verzicht auf sein Honorar bei bedürftigen Kollegen und vor allem bei deren Angehörigen, die sich oft in bitterer Notlage befinden — Monatseinkommen von 100 bis 120 DM sind keine Seltenheit —, würden die Kollegen ein *nobile officium*, eine adelige Verpflichtung erfüllen, die den alten Ärzten selbstverständlich war.

Doerfler, Weissenburg,

Vorsitzender des Hilfsausschusses

## GESETZES-, RECHTS- UND STEUERFRAGEN

### Geheimnisträger bei ärztlicher Schweigepflicht

Das Oberlandesgericht Karlsruhe hatte sich in einem Beschluß vom 23. 5. 1960 (Az.: 2 W 24/60) mit der Frage zu befassen, wem gegenüber der Arzt zur Geheimhaltung seines Wissens verpflichtet ist. Anlaß dazu gab folgender Fall:

Eine Haftpflichtversicherung hatte im Interesse ihres Versicherungsnehmers, der eine Frau vorsätzlich körperlich verletzt hatte, einen bestimmten Arzt beauftragt, die Verletzte ärztlich zu untersuchen und ein ärztliches Gutachten für die Versicherung zu erstatten. Die Verletzte hatte sich freiwillig dieser Untersuchung unterzogen. Sie hat dann in einem späteren Schadensersatzprozeß gegen den Schädiger zum Nachweis ihrer Schäden das Sachverständigenzeugnis jenes Arztes angegeben, wobei sie den Arzt von der Schweigepflicht entband. Der Arzt verweigerte dieses Zeugnis, weil er der Auffassung war, daß er der Haftpflichtversicherung gegenüber, in deren Auftrag er die Verletzte untersucht hatte, zur Geheimhaltung verpflichtet sei. In zwei Instanzen wurde festgestellt, daß der Arzt kein Zeugnisverweigerungsrecht habe.

Aus den Gründen des Beschlusses des OLG Karlsruhe:

„Der Arzt gehört zu den Personen, denen kraft ihres Standes Tatsachen anvertraut sind, deren Geheimhaltung durch ihre Natur geboten ist. Er ist daher berechtigt, das Zeugnis in betreff aller Tatsachen zu verweigern, auf die sich die Verpflichtung zur Verschwiegenheit bezieht (§ 414 i. Verb. mit § 383 Abs. 1 Ziff. 5 ZPO; vgl. Baumbach-Lauterbach, 25. Aufl., Bem. 3 B zu § 383 ZPO, und Stein-Jonas-Schönke, 17. Aufl., Bem. III 2 zu § 383 ZPO). Die Vernehmung solcher Personen ist auf Tatsachen nicht zu richten, in Ansehung deren zu erwarten ist, daß ohne Verletzung der Verpflichtung zur Verschwiegenheit ein Zeugnis nicht abgelegt werden kann (§ 383 Abs. 3 ZPO). Diese Personen dürfen das Zeugnis jedoch nicht verweigern, wenn sie von der Verpflichtung zur Verschwiegenheit entbunden sind (§ 383 Abs. 2 ZPO).

Nach in Rechtsprechung und Schrifttum allgemein anerkannter Meinung ist zur Entbindung von der Schweigepflicht derjenige berechtigt, zu dessen Gunsten sie besteht (vgl. Baumbach-Lauterbach, Bem. 2 zu § 385; Stein-Jonas-Schönke, Bem. II zu § 385 ZPO). Hat ein Zeuge in seiner beruflichen Eigenschaft als Arzt eine Person untersucht — sei es zwecks Behandlung, sei es zum Zwecke einer ärztlichen Begutachtung —,

so ist stets der Patient, nicht eine dritte Person, die den Arzt zugezogen oder sonst beauftragt hat, allein und ausschließlich Geheimhaltungsherr und daher sachlich-rechtlich zur Erteilung der Befreiung befugt (vgl. Stein-Jonas-Schönke, Bem. II zu § 385 zu ZPO, Fußn. 28; ferner Diss. „Schweigepflicht und Zeugnisverweigerungsrecht des Arztes“ von Hilgers, 1930, S. 21, 22; Inaug.-Diss. „Über die ärztliche Schweigepflicht nach § 13 der Reichsärzteordnung“ von Klein, 1937, S. 53; „Über die ärztliche Schweigepflicht“ von Heß, 1952, S. 10, 11; Ebermayer, „Der Arzt im Recht“, 1930, S. 28, 27; Kallfelz in JW 36, 1343 ff.; Manasse, „Der Sachverständige“, 1927, S. 36 ff.). Dabei kommt es auch nicht darauf an, wer die Tätigkeit des Arztes vergütet oder zu vergüten hat (Klein, a.a.O.).

Die Zulässigkeit der Entbindung von der Verschwiegenheitspflicht folgt allein aus § 385 Abs. 2 ZPO; soweit sonstige Vorschriften oder Verträge Beschränkungen vorsehen, binden diese den Richter nicht (vgl. Stein-Jonas-Schönke, a.a.O.).

Der sachverständige Zeuge kann seine Weigerung demzufolge nicht damit begründen, daß die Versicherungsgesellschaft ihn von seiner Verschwiegenheitspflicht entbinden müsse, und daß die Befreiung seitens der Klägerin als Patientin nicht genüge.

Ferner ist noch geprüft worden, ob etwa § 384 Ziff. 3 ZPO (Wahrung eines Kunst- oder Gewerbegeheimnisses der Versicherungsgesellschaft) in Anwendung kommt. Auch diese Frage war zu verneinen. Einmal ergibt sich weder aus dem Vorbringen des Zeugen noch aus den Umständen, daß er zur Vermeidung einer Offenbarung von geheimzuhaltenden Geschäftsvorgängen der Versicherungsgesellschaft zu deren Gunsten eine (vertragliche) Schweigepflicht und damit ein Zeugnisverweigerungsrecht hätte (vgl. auch Baumbach-Lauterbach, 25. Aufl., Bem. 4 zu § 384 ZPO). Überdies würde eine vertragliche Schweigepflicht zugunsten der Versicherungsgesellschaft in aller Regel den Interessen des Patienten an der Zeugenaussage des Arztes im Prozeß zuwiderlaufen und damit nicht zur Verweigerung des Zeugnisses berechtigen.

Auch ein Geheimhaltungsrecht aus eigener Person (vgl. Jonas, JW 28, 822) war nicht gegeben.“

Der Auffassung des OLG Karlsruhe ist in vollem Umfang zuzustimmen. Die Auffassung ist ganz allgemein bedeutsam für alle die Fälle, wo Haftpflichtversicherungen Ärzte um Gutachten ersuchen. Es wird



L. MERCKLE GMBH  
BLAUBEUREN

# Mirfusot®

Hustensirup

ohne und mit Codein 0,1

Hustentropfen

ohne und mit Codein 0,75%

hier immer wieder verkannt, daß ein solcher Auftrag an einen Arzt die Rechtsbeziehungen zwischen Arzt und Patient nicht verändert. Der Arzt, der einem solchen Auftrag einer Versicherung nachkommt, muß sich darüber vergewissern, daß der zu Untersuchende mit der Untersuchung und mit der Bekanntgabe des Ergebnisses an die Versicherung einverstanden ist. Geheimnisträger bleibt auch in diesem Fall der Patient, der allein zu bestimmen hat, wem gegenüber der Arzt seine Kenntnisse offenbaren darf bzw. sogar — eben im Falle der Zeugnispflicht vor Gericht — offenbaren muß.

Rechtsanwalt Poellinger, München

## Was den Arzt als Kraftfahrer interessiert

### Zum Ersatzanspruch des Unfallgeschädigten

(C) Nach dem Urteil des Oberlandesgerichtes Hamburg vom 10.11.1959 (7 U 58/59) ist der Unfallgeschädigte, dessen Kraftfahrzeug mit nur unverhältnismäßigen, den Zeitwert des Fahrzeuges wesentlich übersteigenden Aufwendungen wiederherzustellen ist, berechtigt, sich ein fabrikneues Fahrzeug zu bestellen. Er kann dem Ersatzpflichtigen auch die Mietwagenkosten in Rechnung stellen, die er während der Lieferfrist hat bezahlen müssen.

Das Gericht erklärt, daß dem Geschädigten das mit dem Ankauf eines Gebrauchtwagens verbundene Risiko nach Treu und Glauben nicht zuzumuten ist. Denn dieses Risiko ist erheblich und liegt vor allem darin, daß ein Gebrauchtfahrzeug verborgene Mängel haben kann, die der Käufer auch unter Zuziehung eines Kraftfahrzeugsachverständigen nicht mit hinreichender Sicherheit feststellen kann. Darüber hinaus wird das Risiko noch weiter beträchtlich erhöht durch die Vertragsbedingungen im Gebrauchtwagenhandel, insbesondere durch den darin regelmäßig enthaltenen weitreichenden Ausschluß von Gewährleistungsansprüchen.

Dr. jur. Cordes (23) Vechta, Falkenrotter Str. 30

### Berufsgerichtsurteil wegen unkollegialen Verhaltens

Gegen Dr. Y. wurde ein Berufsgerichtsverfahren auf einen Verweis und eine Geldbuße von 2000.— DM erkannt. Die Kosten des Verfahrens trägt der Beschuldigte. Die Verfahrensgebühr wird auf 300.— DM festgesetzt.

#### Aus der Urteilsbegründung:

Das Berufsgericht hat keine Entscheidung darüber zu treffen, ob die Handlungen des Beschuldigten als Beleidigung im Sinne des Strafgesetzbuches aufzufassen und gerichtlich zu bestrafen sind, sondern nur darüber, ob das, was der Beschuldigte in Ausübung seines Berufes getan hat, dem Erfordernis des kollegialen Verhaltens entspricht (§ 12 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns, Bayer. Ärzteblatt 1950 Nr. 3.)

Es steht fest, daß der Beschuldigte in der Beschwerdeschrift in beleidigender Absicht über seinen Kollegen Z. formell beleidigende Ausdrücke gebraucht und in Beziehung auf seinen Beruf ehrenkränkende Vorwürfe gegen ihn erhoben hat.

1. Dem Beschuldigten steht zwar das Recht zu, das Verhalten seines Kollegen einer Kritik zu unterziehen. Dies mußte aber in sachlicher und unter Vermeidung jeder beleidigenden Form geschehen, am allerwenigsten durfte er sich, wie er es getan hat, zu absichtlichen Beleidigungen hinreißen lassen.

Die ehrengerichtliche Verurteilung des Beschuldigten rechtfertigt sich unabhängig von der Frage, auf wessen Seite in seinem Streit mit dem Kollegen das Recht war, schon aus dem Grunde, weil die Form der von dem Beschuldigten erhobenen Angriffe gegen den Kollegen eine ungehörige und des ärztlichen Standes unwürdige war. Wenn der Beschuldigte glaubte, Bedenken gegen die fachliche Eignung des Kollegen zu haben, dann hatte er in seiner Beschwerdeschrift die gute Form zu wahren, sachlich zu bleiben und sich persönlich beleidigender Ausfälle gegen seinen Gegner zu enthalten. Weit entfernt, solche Grenzen des ärztlichen Anstandes zu wahren, hat der Beschuldigte Ausdrücke schwer beleidigender Art nicht gescheut. Er hat den Kollegen als Anfänger bezeichnet, der sich im

Krankenhaus versucht und den Operationsraum zur Übungs- und Versuchsstätte macht. Er warf ihm mangelndes Können und fehlgesteuerten Ehrgeiz vor. In der ärztlichen Tätigkeit des Kollegen erblickt er eine „Scharlatanerie“, also Quacksalberei und Puscherei. Bereits durch diese beschimpfenden Äußerungen hat sich der Beschuldigte ehrengerichtlich strafbar gemacht. Er hat durch die Form seiner Kritik die Standespflicht kollegialer Rücksichtnahme erheblich verletzt.

2. Darüber hinaus hat der Beschuldigte gegen den Kollegen auch Vorwürfe erhoben, die ihrem Inhalt nach in hohem Maße geeignet waren, sein Ansehen herabzusetzen.

Auch wenn der Kollege dem Beschuldigten gegenüber in einzelnen Fällen ein unkollegiales Verhalten an den Tag gelegt haben sollte, so wird damit das Vorgehen des Beschuldigten nicht entschuldigt. Jeder Arzt hat, solange er approbierter Arzt ist, Anspruch auf diejenige Achtung seiner Standesgenossen, welche ihm nach den allgemeinen Grundsätzen über die ärztliche Standesehre gebühren. Von der Erfüllung dieser im Interesse der Wahrung des Ansehens des ärztlichen Standes aufgestellten allgemeinen Pflicht gegenseitiger Achtung könnte auch die Tatsache unkollegialen Verhaltens eines Arztes nicht entbinden. Mag dem Beschuldigten auch die Erfüllung der Kollegialitätspflicht erschwert sein, so wird hierdurch die ihm zur Last fallende Verletzung der ärztlichen Standesehre nicht beseitigt.

Es mag auch zutreffen, daß der Beschuldigte bei der Berufsvertretung und dem Krankenhausträger vorgeprochen hat, um ein Einschreiten gegen den Kollegen herbeizuführen. Der Einwand, er habe in seiner Beschwerdeschrift in Wahrung berechtigter Interessen gehandelt, da andere Wege erfolglos geblieben seien, kann ihn, selbst wenn der Einwand begründet wäre, nicht entlasten, denn er darf sich bei der Verfolgung solcher Interessen nicht standesunwürdiger Mittel bedienen.

Der Beschuldigte konnte auch bei einiger Überlegung über den verletzenden Charakter seiner Beschwerdeschrift nicht im Zweifel sein. Der Einwand des Beschuldigten, es sei ihm um die Behebung von Mißständen im Krankenhaus gegangen, die er als geübter Chirurg nicht länger habe ansehen können, ferner um die Wahrung und Verteidigung der Berufsehre ist unbegründet. Dazu waren die Äußerungen an sich durchaus ungeeignet.

Nach alledem hat das Berufsgericht für festgestellt erachtet, daß die Äußerungen der Form und dem Inhalt nach in der Beschwerdeschrift des Beschuldigten in hohem Grade taktlos und unangemessen und mit dem Gebot der Kollegialität nicht vereinbar sind.

Zweck der Beschwerdeschrift war, den unliebsamen Kollegen aus dem Krankenhaus zu verdrängen. Der Beschuldigte versuchte, den Bürgermeister dadurch unter Druck zu setzen, daß er drohte, seine Tätigkeit am Krankenhaus einzustellen, wenn Z. dort weiterhin arbeitete. Um die Verdrängung des Kollegen zu erreichen, scheute der Beschuldigte nicht zurück, ihn der Abtreibungen zu verdächtigen. Die gehäuften Angriffe auf die berufliche Ehre wiegen sehr schwer. Es handelt sich nicht um einen Mißgriff, der dem Beschuldigten unterlaufen ist, um eine vereinzelte Entgleisung, sondern um ein sorgfältig abgewogenes Vorgehen. Wie der Beschuldigte selbst in seinem Schreiben am Schluß hervorhebt, stellen die Vorwürfe gegen den Kollegen nicht das Ergebnis einer augenblicklichen Verärgerung dar. Der Beschuldigte betont, daß er Jahre Zeit hatte, sich diesen Schritt zu überlegen. Um so mehr ist seine Handlungsweise zu mißbilligen. Zugunsten des Beschuldigten ist zu berücksichtigen, daß er einsieht, seine Vorwürfe in eine standesunwürdige Form gekleidet zu haben.

### Gewinnbeteiligung als Rente

Einen besonders krassen Fall der häufigen finanziellen Mißachtung des Wesens der freien Berufe hat der Bundesfinanzhof jetzt korrigiert (AZ: I 47/57).

Ein Zahnarzt hatte in einem gemeinschaftlichen Testament mit seiner Ehefrau seinem Sohn die Praxis übertragen mit der Maßgabe, daß der Sohn seiner Mutter vierzig Prozent des Gewinnes auszu zahlen habe. Das Finanzamt hatte in dieser Regelung die Umwandlung der freiberuflichen Praxis in eine „Gesellschaft bürgerlichen Rechts“ gesehen und den Sohn mit seinem gesamten Gewinn zur Gewerbesteuer herangezogen! Erst der Bundesfinanzhof konnte eindeutig feststellen, daß ein solcher Gewinnabgabevertrag nichts an der Stellung des Sohnes als „Alleinunternehmer“ ändere, zumal seine Mutter nicht am Betriebsrisiko beteiligt und damit keine „Mitunternehmerin“ sei. Die Gewinnbeteiligung sei in solchen Fällen vielmehr als Versorgungsrente anzusehen.

#### Österreich:

##### Falsches Attest eines Spitalarztes

Einer Berufung des Sekundärarztes Dr. X. Y. wurde nicht Folge gegeben bei folgendem Vorfall:

Nach den Feststellungen des angefochtenen Erkenntnisses der zuständigen Ärztekammer hat der Beschuldigte für die Patientin A. B., die Ende Jänner — Anfang Februar im Krankenhaus wegen eines Abortus behandelt wurde, eine formell an den Hausarzt gerichtete, jedoch zugegebenermaßen für den Vater der Patientin bestimmte Bestätigung ausgestellt, daß sie wegen einer Eierstockentzündung in Behandlung stand. Auf Grund dieses Sachverhaltes hat der Disziplinarrat den Beschuldigten des Disziplinarvergehens der Beeinträchtigung des Ansehens der Ärzteschaft sowie der Verletzung der Berufspflichten schuldig erkannt und mit einer Geldstrafe von S 200,— bestraft.

In der Sache selbst konnte der Disziplinarrat ohne Rechtsirrtum die auf einem Formular des Krankenhauses geschriebene, formell an den Hausarzt gerichtete, jedoch für den Vater der Patientin bestimmte Bestätigung, daß sie wegen einer Eierstockentzündung in Behandlung gestanden ist, einem ärztlichen Zeugnis gleichhalten. Daß die Staatsanwaltschaft keinen Grund zur Erhebung einer Anklage wegen „Ausstellung einer falschen Bestätigung“ gefunden hat, schließt nicht aus, daß das Schreiben gegen die Vorschriften des Ärztegesetzes verstoßen hat. Der Beschuldigte gibt ja selbst zu, daß die bestätigte Erkrankung an einer Eierstockentzündung mit der tatsächlichen Diagnose nicht übereinstimmt. Der Disziplinarrat hat daher zutreffend einen Verstoß gegen die Vorschriften des § 11 des ÄG. angenommen, dessen Übertretung nach § 62 ÄG. — falls sie nicht gerichtlich strafbar sind — der Strafbefugnis der Verwaltungsbehörde unterliegen. Durch welche Umstände andere Personen, als jene, für die das Schreiben mit der unrichtigen Diagnose bestimmt war, von seinem Inhalt erfahren haben, ist gleichgültig. Die Möglichkeit einer Weiterverbreitung einer unrichtigen Angabe kann nie mit Sicherheit ausgeschlossen werden; und auch ohne Rücksicht auf diese Gefahr darf eine ärztliche Bestätigung nur nach „bestem Wissen und Gewissen“ ausgestellt werden.

Der Umstand, daß der Beschuldigte das Schreiben in guter Absicht verfaßt hat, der verzweifelten Patientin zu helfen, ist durchaus glaubwürdig; doch darf dieser gute Wille nicht mit unzulässigen Mitteln verfolgt werden. Der bei dem erhebenden Gendarmeriebeamten aufgestiegene Verdacht einer — allerdings nur im Verwaltungsverfahren — strafbaren Handlung war also keineswegs unbegründet. Überdies ist es gleichgültig, auf welche Art und Weise die Bestätigung weiteren

Kreisen bekannt wurde; maßgebend ist nur, daß der Vorfall an sich geeignet war, das Ansehen der Ärzteschaft zu schädigen.

Die Berufung erweist sich daher als unbegründet.  
Ö. Ä. Ztg. 19/60

#### Wie verfüge ich über meinen Nachlaß?

##### Ratschläge unter Berücksichtigung des Gleichberechtigungsgesetzes

(C.) Jeder, der Vermögenswerte besitzt, sollte es als seine Pflicht betrachten, beizeiten ein Testament zu machen, sei es ein notarielles oder ein Privattestament, um nach Möglichkeit Erbschaftsstreitigkeiten zu unterbinden. Das Privattestament kann von jeder volljährigen Person selbständig errichtet werden. Da sich jedoch hierbei nach dem Gleichberechtigungsgesetz (Gleichber. G) häufig Schwierigkeiten ergeben können, wollen wir unseren Lesern nachstehend einige wichtige Hinweise geben, damit sie etwaige Schwierigkeiten soweit wie möglich ausräumen können.

#### Das eheliche Güterrecht

Die gesetzlichen Vorschriften, die sich auf das Vermögen der Eheleute beziehen, bezeichnet man als das eheliche Güterrecht. Die Eheleute besitzen danach verschiedene Möglichkeiten, ihre Vermögensverhältnisse zu regeln. Sie können durch Ehevertrag einen der verschiedenen Wahlgüterstände, wie die allgemeine Gütergemeinschaft, die Errungenschaftsgemeinschaft, oder die Fahrnisgemeinschaft wählen, oder auch einen anderen Güterstand vereinbaren. Der Vertrag muß bei gleichzeitiger Anwesenheit beider Teile vor Gericht oder vor einem Notar geschlossen werden.

Machen die Eheleute von diesen Möglichkeiten keinen Gebrauch, so leben sie im gesetzlichen Güterstand. In diesem Güterstand hatte der Ehemann früher die Verwaltung und Nutznießung am eingebrachten Vermögen der Frau. Mit dem Inkrafttreten des Grundgesetzes am 1. 4. 1953 war dieser Güterstand hinfällig geworden, da er mit der vom Grundgesetz eingeführten Gleichberechtigung von Mann und Frau nicht zu vereinbaren war. Als gesetzlicher Güterstand wurde seit dieser Zeit bis zum Inkrafttreten einer gesetzlichen Regelung allgemein der Güterstand der Gütertrennung angesehen.

#### Zugewinn-Gemeinschaft

Durch das Gesetz über die Gleichberechtigung von Mann und Frau auf dem Gebiete des Bürgerlichen Rechts, das am 1. Juli 1957 in Kraft getreten ist, ist als gesetzlicher Güterstand die sogenannte Zugewinnngemeinschaft eingeführt worden.

Darunter versteht der Gesetzgeber folgendes:

Was der einzelne Ehegatte an Vermögen in die Ehe eingebracht hat, bleibt sein alleiniges Vermögen. Somit werden das Vermögen des Mannes und das Vermögen der Frau bei der Eheschließung nicht gemeinsames Vermögen. Das Vermögen, das ein Ehegatte in der Ehe erwirbt, gehört ihm zunächst allein. Auch die Verwaltung seines Vermögens steht jedem Ehegatten selbständig zu. Jedoch darf kein Ehegatte im ganzen über sein Vermögen verfügen, ohne die Zustimmung des anderen Ehegatten erhalten zu haben. Über Gegenstände des gemeinsamen Haushalts können Eheleute nur unter gegenseitiger Zustimmung verfügen, und zwar ohne Rücksicht darauf,

# Pepsaldra®

Pepsaldra-Pepsin-Salzsäure-Dragees

Pepsaldra compositum

gegen Subacidität, Achylie und Dyspepsie

Pankreätinhaltsiges Enzym-Präparat  
gegen Störungen des Pankreas-Galle-  
Dünndarm-Systems

Original-Packungen zu 45 Stück und 125 Stück

Original-Packungen zu 40 Stück und 100 Stück

Fabrik  
pharmazeutischer  
Präparate  
Karl Engelhard  
Frankfurt a. M.

ob diese Gegenstände gemeinsames Eigentum oder ob sie Alleineigentum eines der Ehegatten sind.

Die Zugewinnngemeinschaft als der gesetzliche Güterstand gilt vom 1. Juli 1958 ab und besteht immer dann, wenn die Eheleute nicht durch Ehevertrag einen anderen Güterstand vereinbaren. Bis zum 30. Juni 1958 hatte jeder Ehegatte die Möglichkeit, dem zuständigen Amtsgericht die Erklärung abzugeben, daß für seine Ehe die Gütertrennung weiter gelten solle.

#### Ausgleich des Zugewinns

In der Bestimmung, daß die Eheleute den während ihrer Ehe erzielten Zugewinn bei Beendigung der Zugewinnngemeinschaft auszugleichen haben, ist der Kern des neuen gesetzlichen Güterstandes zu erblicken. Über die Art und Weise des Ausgleichs enthält das Gesetz verschiedene Vorschriften. Maßgebend ist, auf welche Weise der Güterstand endet. Er kann enden durch Tod eines Ehegatten oder Scheidung der Ehe, ferner, wenn die Ehegatten die Zugewinnngemeinschaft durch Ehevertrag aufgehoben haben oder wenn durch rechtskräftiges Urteil auf vorzeitigen Ausgleich des Zugewinns erkannt ist.

Übersteigt der Zugewinn des einen Ehegatten den Zugewinn des anderen, so steht die Hälfte des Überschusses dem anderen Ehegatten als Ausgleichsforderung zu. Dabei ist zu berücksichtigen, daß bereits die Werterhöhung eines in die Ehe eingebrachten Gegenstandes zu Zugewinn führen kann.

#### Ausgleich bei Alteen

Bei Ehen, die nicht durch den Tod, sondern auf andere Weise beendet werden, erfolgt der Ausgleich des Zugewinns, wie oben erwähnt, indem das Endvermögen mit dem Anfangsvermögen der Ehegatten in Beziehung gebracht wird. Anfangsvermögen ist nach dem Gesetz das Vermögen, das einem Ehegatten nach Abzug der Verbindlichkeiten beim Eintritt des Güterstandes gehört. Damit kommt für den Ausgleich des Zugewinns bei den alten Ehen, die ab 1. 7. 1958, wenn keine abweichenden Vereinbarungen getroffen wurden, in den neuen gesetzlichen Güterstand übergeführt wurden, nur der ab 1. 7. 1958 erzielte Zugewinn in Betracht. Berechnungsbeispiele siehe unten.

In der Regel wird der Güterstand durch den Tod eines Ehegatten beendet. In diesem Falle wird bei Bestehen der Zugewinnngemeinschaft und gesetzlicher Erbfolge der Ausgleich des Zugewinns in einfacher Weise dadurch verwirklicht, daß sich der gesetzliche Erbteil des überlebenden Ehegatten um ein Viertel der Erbschaft erhöht. Es spielt dabei keine Rolle, ob ein Zugewinn erzielt ist, und wenn dies der Fall ist, welcher Ehegatte ihn erzielt hat. Unwichtig ist auch, wie lange der Güterstand bestanden hat.

Diese sog. erbrechtliche Regelung bedeutet, daß der überlebende Ehegatte nicht mit Geld abgefunden, sondern an dem Nachlaß dinglich beteiligt wird. Der überlebende Ehegatte erhält, wenn der Verstorbene Abkömmlinge hinterläßt, ein Halb (früher ein Viertel) der Erbschaft. Sind nur Eltern, Großeltern oder Geschwister (bzw. deren Abkömmlinge) des Erblassers vorhanden, so erhält der Ehegatte drei Viertel (früher ein Halb) der Erbschaft. Das Erbrecht umfaßt das gesamte Vermögen, das der verstorbene Ehegatte zur Zeit seines Todes besaß. Das erhöhte Ehegattenerbrecht tritt ein, wenn einer der Ehegatten nach dem 30. 6. 1958 verstirbt und nicht testamentarisch oder durch Erbvertrag etwas anderes bestimmt ist. Lebten die Ehegatten beim Tode des Erblassers im Güterstand der Gütertrennung oder der Gütergemeinschaft, so verbleibt es bei dem

alten Erbrecht; das Ehegattenerbrecht wird in diesen Fällen nicht erhöht.

#### Die Ausgleichsforderung wird wie folgt berechnet:

Vermögen des Mannes bei Eintritt des Güterstandes (Anfangsvermögen)	20 000 DM
Hinzu rechnendes Vermögen (eine Erbschaft)	20 000 DM
<b>Anfangsvermögen</b>	<b>40 000 DM</b>
Vermögen des Mannes beim Ende des Güterstandes (Endvermögen)	
Endvermögens des Mannes	80 000 DM
Anfangsvermögen des Mannes	40 000 DM
<b>Zugewinn des Mannes</b>	<b>40 000 DM</b>
Vermögen der Frau bei Eintritt des Güterstandes	10 000 DM
Schulden der Frau bei Eintritt des Güterstandes	4 000 DM
<b>Anfangsvermögen der Frau</b>	<b>6 000 DM</b>
Vermögen der Frau beim Ende des Güterstandes	14 000 DM
Schulden der Frau beim Ende des Güterstandes	
Endvermögen der Frau	14 000 DM
Endvermögen der Frau	14 000 DM
Zugewinn des Mannes	40 000 DM
Anfangsvermögen der Frau	6 000 DM
Überschuß des Mannes	32 000 DM
Zugewinn der Frau	8 000 DM
Ausgleichsforderung der Frau	16 000 DM

#### Abweichende Vereinbarungen

Erwähnt sei noch, daß die Eheleute auch die Möglichkeit haben, unter grundsätzlicher Beibehaltung des Güterstandes der Zugewinnngemeinschaft durch gegenseitige Vereinbarung in einem Ehevertrag weitgehende Änderungen zu vereinbaren. So kann z. B. ein Höchstbetrag vereinbart werden, über den hinaus ein Ehegatte am Zugewinn des anderen nicht beteiligt sein soll, ferner, daß bestimmte Vermögenswerte bei der Ermittlung des Endvermögens außer Ansatz bleiben oder daß andere als im Gesetz vorgesehene Bewertungsmaßstäbe zur Anwendung kommen sollen. Auch kann, wenn der Lebensabend des ausgleichsberechtigten Ehegatten bereits hinreichend gesichert erscheint, der Zugewinnausgleich im Interesse der Kinder ausgeschlossen werden, so daß der Ehegatte auf den Erbteil nach altem Recht beschränkt bleibt.

#### Einsetzung der Ehefrau als Vorerbe

Der Ehemann wird häufig seine Ehefrau als Vorerbe und die Kinder als Nacherben einsetzen. Die Einsetzung eines Vorerben kommt einmal dann in Frage, wenn der Erblasser seine gesetzlichen Erben, insbesondere seine Kinder, nicht ausschließen, die Vorteile der Erbschaft aber für bestimmte Zeit einem Anderen, z. B. seinem Ehegatten, zuwenden will, ohne ihn den Beschränkungen zu unterwerfen, welche mit der Anordnung des Nießbrauchs an der Erbschaft verbunden sind.

Außerdem ist eine Vorerbschaft dann angebracht, wenn der Erblasser befürchten muß, daß der zunächst berufene Erbe das Vermögen der Familie nicht erhalten wird. Der Vorerbe ist zwar Herr des Nachlasses, jedoch mit Rücksicht auf die Anwartschaft des Nacherben auch wesentlichen Verfügungsbeschränkungen unterworfen. Er kann nur die Früchte des Nachlasses, die er im Rahmen einer ordnungsmäßigen Wirtschaft zieht, für sich behalten. Über Grundstücke und Rechte



# Hyperämol®

u. -Salbe

Das regulierbare  
Total-Hyperämikum  
zur transkutanen  
Hyperämie-Erzeugung

KREWEL-WERKE · Eitorf b. Köln

an Grundstücken kann der Vorerbe nur mit Einwilligung der Nacherben vollwirksam verfügen. Unentgeltliche Verfügungen des Vorerben über einen Nachlassgegenstand ohne Einwilligung der Nacherben sind ebenfalls unwirksam, wenn dadurch das Recht der Nacherben vereitelt oder beeinträchtigt wird. Der Erblasser kann aber den Vorerben von einer Reihe dieser Einschränkungen befreien.

#### Gerechte Zwischenlösung

Der Ehemann kann die Einsetzung der Ehefrau als Vorerbin auch zeitlich begrenzen, etwa bis zu dem Zeitpunkt, an dem die Kinder ein bestimmtes Alter erreicht haben. Ferner kann der Ehemann anordnen, daß der Ehefrau im Falle der Wiederheirat die Vorerbschaft verlorengeht.

Dr. jur. Cordes (23) Vechta, Falkenrotter Straße 30.

#### Anerkennung von Rententrägern der Sowjetzone

Die Bundesregierung hat dem Bundesrat den Entwurf einer Verordnung zugeleitet, wonach die in der Sowjetischen Besatzungszone Deutschlands und im Sowjetsektor von Berlin bestehenden Systeme der Sozialversicherung für den Fall der Invalidität und des Alters sowie zugunsten der Hinterbliebenen als gesetzliche Rentenversicherung anerkannt werden sollen, soweit die Zugehörigkeit zu diesen Systemen beruht auf der Pflichtversicherung oder der freiwilligen Versicherung, mit der eine Pflichtversicherung oder eine bei der Sozialversicherung begonnene Selbstversicherung fortgesetzt wird und Träger der Versicherung die Deutsche Versicherungsanstalt oder die Großberliner Versicherungsanstalt ist. Die Verordnung soll rückwirkend (mit 1. Januar 1959) in Kraft treten.

#### Begrenzte Heranziehung des Arztes zur Umsatzsteuer Erfolgreiche Berufung

Von Dr. rer. pol. F. Rath

Der Arzt (Bf) ist Chirurg am X-Krankenhaus in Y. — Für seine Tätigkeit erhält er das Recht, die Einrichtung der ihm unterstellten Station, die Schwesternhilfe sowie die sonstigen Hilfskräfte für seine selbstzahlenden Patienten zu benutzen und bei selbstzahlenden und aufzahlenden Patienten sowie bei Privatkassen zu liquidieren. Außerdem erhält er einen Pauschalbetrag für die Behandlung der Kassenpatienten dritter Klasse, für die der Arzt (Bf) nicht liquidieren kann.

Das Finanzamt nahm eine unselbständige Tätigkeit an, soweit der Arzt (Bf) einen Pauschalbetrag für die Behandlung der Kassenpatienten 3. Klasse erhält. Im übrigen hat es den Wert des unentgeltlichen Benutzens der Einrichtungen durch den Pflichtigen auf 25 v. H. des vereinbarten Privathonorars geschätzt und mit diesem Betrag zur Umsatzsteuer herangezogen.

Die Berufung des Arztes war von Erfolg!

**Jugendarbeitsschutzgesetz.** Der Deutsche Ärzteverlag hat eine Textausgabe des Jugendarbeitsschutzgesetzes, dessen wesentliche Vorschriften in Heft 10 des Bayer. Ärzteblattes 1960, S. 340 und flgd., abgedruckt worden sind, herausgegeben. Das Exemplar kostet bei Einzelbestellung — 80 DM. Der Preis vermindert sich bei einem Sammelbezug von z. B. 5000 Stück auf — 27 DM pro Exemplar. Kolleginnen und Kollegen, die eine Textausgabe dieses Gesetzes durch Sammelbestellung zu erwerben wünschen, werden gebeten der Bayer. Landesärztekammer dies bis zum 15. 12. 1960 mitteilen zu wollen.

Unstreitig berechnet das Krankenhaus den Patienten die ihm entstehenden Auslagen, soweit sie nicht im Pflegesatz vorgesehen und darin eingeschlossen sind, der Arzt (Bf) jedoch nur die eigene ärztliche Leistung. Es werden also folgende Leistungen ausgetauscht: Einmal zwischen dem Krankenhaus und den Patienten — Zurverfügungstellen der Einrichtungen usw. — zum anderen zwischen dem Arzt (Bf) und den Patienten — Gewähren der chirurgischen Leistungen —. Bei dieser in den Anstellungsbedingungen vorgesehenen wirtschaftlichen Gestaltung, die mit der tatsächlichen Durchführung übereinstimmt, hat jeder der beiden Unternehmer das ihm für seine Leistung zufließende Entgelt zu versteuern. Das Zurverfügungstellen der Einrichtungen des Krankenhauses an die selbstzahlenden Patienten ist also — entgegen der in der Einspruchsentscheidung vertretenen Auffassung des Finanzamtes — keine eigene Leistung des Arztes (Bf), sondern eine Leistung des Krankenhauses. Der Arzt (Bf) kann somit nur mit den ihm für seine ärztlichen Leistungen zufließenden Entgelten zur Umsatzsteuer herangezogen werden.

Die dem entgegenstehende Auffassung des Finanzamtes hat andersartige wirtschaftliche Vorgänge im Auge, wie sie z. B. das Urteil des BFH vom 27. Oktober 1953, S. 542, zum Gegenstand hat. Dort stellte die Stadt — es handelte sich um ein städtisches Krankenhaus — den Patienten nur ihre Unkosten für Sachleistungen und für die Tätigkeit des Hilfspersonals besonders in Rechnung. Außerdem zog sie die Honorarforderungen des Arztes als dessen Vermittler ein — Bruttohonorar —. Dieses von den zahlenden Patienten entrichtete Bruttohonorar war die Gegenleistung für die vom Arzt gewährte Behandlung, die sich zusammensetzte einmal aus dessen eigener ärztlichen Tätigkeit, zum anderen aus der ihm zur Verfügung gestellten Tätigkeit der Stadt, nämlich aus dem Zurverfügungstellen der gesamten Organisation des Krankenhauses. Für diese Mitwirkung der Stadt zahlte der Arzt als Entgelt 50 Prozent seiner Honorare an die Stadt, die diese von den eingegangenen Beträgen einbehält. In jenem Fall kam also zu dem Leistungsaustausch zwischen Stadt und Patienten sowie zwischen Arzt und Patienten noch ein weiterer Leistungsaustausch zwischen Arzt und Stadt hinzu, der darin zu sehen war, daß die Stadt dem Arzt die Einrichtung des Krankenhauses gegen Entgelt (50 Prozent der Honorare) zur Verfügung stellte.

Im vorliegenden Fall hingegen tritt der Arzt (Bf) dem Patienten nur hinsichtlich seiner eigenen ärztlichen Tätigkeit als Leistender gegenüber, das Krankenhaus hinsichtlich aller übrigen Leistungen. Demgemäß liquidierten Krankenhaus und Arzt (Bf) jeder für seine Leistung, nicht etwa das Krankenhaus im Namen und für Rechnung des Arztes (Bf) auch eine Bruttohonorarforderung des Arztes (ärztliche Leistung und Mitwirkung des Krankenhauses). Der Arzt erhält somit als umsatzsteuerpflichtiges Entgelt nur die Gegenleistung für seine chirurgische Leistung. Die Entgelte hinsichtlich aller übrigen Leistungen fließen dem Krankenhaus zu. Der Arzt kann nicht als Entgelt versteuern, was weder er im eigenen Namen noch das Krankenhaus im Namen des Arztes (Bf) liquidiert und was er nicht erhalten hat.

Die Auffassung des Finanzamtes würde im Ergebnis dazu führen, daß dieselbe Leistung gegenüber dem Patienten, nämlich das Zurverfügungstellen der gesamten Organisation des Krankenhauses, sowohl als Leistung des Krankenhauses als auch als Leistung des Arztes (Bf) versteuert würde. Dieses Ergebnis kann



**B<sub>12</sub>-MARDULCAN**

Modernes Antianämikum mit leberegigem Vitamin B<sub>12</sub>

Sandoz

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

nicht, wie es das Finanzamt tut, damit gerechtfertigt werden, daß jede Leistung auf jeder Wirtschafts- oder Leistungsstufe versteuert werde; denn im vorliegenden Fall handelt es sich um ein und dieselbe Leistung auf derselben Leistungsstufe. Auch in dem genannten Urteil des BFH werden die einzelnen Leistungen nur einmal zur Umsatzsteuer herangezogen. Das Finanzamt muß, um seine Ansicht zu rechtfertigen, konstruieren, daß der Arzt (Bf) das aus der (angenommenen) zusätzlichen Leistung — Zurverfügungstellen der Einrichtungen — erhaltende Entgelt als Betriebsausgaben an das Krankenhaus weiterleitet, eine Annahme, die dem tatsächlichen Vorgang widerspricht; denn es fehlt im vorliegenden Fall an dem dritten Leistungsaustausch zwischen Krankenhaus und Arzt.

Die Erwägungen des Finanzamtes können, wenn überhaupt, nur für die lohnsteuerliche Beurteilung von Bedeutung sein, nachdem das Finanzamt ein Arbeitsverhältnis im lohnsteuerlichen Sinne zwischen Krankenhaus und Arzt (Bf) einen Pauschalbetrag für die Behandlung der Kassenpatienten 3. Klasse bezieht. Der Arzt (Bf) erhält nach den Anstellungsbedingungen „für seine Tätigkeit u. a. das Recht der Benutzung der Einrichtungen usw. für seine selbstzahlenden Patienten“. Das Finanzamt spricht hier von einer „freien und unentgeltlichen Benutzung“ der Einrichtungen, unentgeltlich in dem Sinne, daß der Arzt (Bf), nicht etwa der Patient, hierfür nichts an das Krankenhaus zu zahlen habe. Nach Gesetz (LStDV) und Rechtsprechung ist Arbeitslohn alles, was im Rahmen des Dienstverhältnisses aus Anlaß und als Ausfluß dieses Verhältnisses dem Arbeitnehmer zufließt. Dazu gehören auch alle in Geldwert bestehenden Güter oder Vorteile (§ 3 LStDV, Hartz-Over, Lohnsteuer-ABC, „Arbeitslohn“ und „Sachbezüge“). Das dem Arzt (Bf) eingeräumte Recht, die Einrichtungen usw. auch außerhalb seines Arbeitsverhältnisses, also für die selbstzahlenden Patienten, zu benutzen, könnte unter Umständen als zusätzliche Ent-

schädigung für die Behandlung der Kassenpatienten des Krankenhauses angesehen werden. Da hier jedoch nur über die Umsatzsteuerpflicht zu entscheiden ist, braucht hierauf nicht näher eingegangen zu werden. Für die Zukunft ist die Frage ohnehin ohne Bedeutung, da der Arzt (Bf) nunmehr für die Benutzung der Einrichtungen usw. eine Vergütung an das Krankenhaus zu zahlen hat.

Die hier getroffenen Feststellungen dürften für manchen Arzt in gleicher Lage von beachtlicher Bedeutung, unter Umständen Anlaß sein, in eine Überprüfung der steuerlichen Behandlung durch das Finanzamt einzutreten.

(Anschr. d. Verf.: Dortmund, Rheinische Straße 22)

#### Umsatzsteuerliche Behandlung eines Ärztevertreters

(C) Es kommt vor, daß jüngere Ärzte, die nicht als Kassenärzte zugelassen sind, die Praxis älterer Kassenärzte, die sich zur Ruhe setzen wollen, als deren Vertreter weiterführen. Die Praxis läuft weiterhin unter dem Namen des bisherigen Inhabers, auf dessen Namen auch die Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung erfolgt. Solche Fälle sind umsatzsteuerlich ebenso zu behandeln wie kurzfristige Urlaubsvertretungen, d. h., der Arzt, dem die Praxis gehört, hat die gesamten Entgelte aus der Praxis der USt zu unterwerfen, soweit sie nicht nach § 4 Ziff. 11 UStG umsatzsteuerfrei sind, während der Vertreter nur das ihm zufließende Entgelt (ohne Berücksichtigung des § 4 Ziff. 11 UStG) zu versteuern hat (vgl. auch Urtd. des FG München vom 22. 11. 1956 — UStR 1957 S. 74). Die Frage, ob der Vertreter feste Bezüge oder ein nach dem Erfolg bemessenes Entgelt erhält, ist für die umsatzsteuerliche Beurteilung ohne Bedeutung (Oberfinanzdirektion Münster vom 6. 3. 1958 — USt-Kartei S 4104 Karte 7).

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

## AMTLICHES

### Die neue Beitragsordnung zur Bayer. Landesärztekammer,

erlassen über Beschluß der Ordentlichen Vollversammlung vom 21. Mai 1960 in Würzburg, wurde im BÄBl. Heft 10/1960 auf Seite 350 abgedruckt.

**Berichtigung.** In der Beitragsordnung der Bayerischen Landesärztekammer, veröffentlicht im „Bayerischen Ärzteblatt“, 1960, Heft 10, sind im Abschnitt B auf Seite 351 im § 3, Satz 1, die Worte: „Abs. 4“ zu streichen. Dr. Sewering, Präsident.

### Änderung der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns vom 1. April 1958

Die Bayerische Landesärztekammer (13. Bayerischer Ärztetag) beschloß am 21. Mai 1960 auf Grund Art. 15 KaG die folgende, mit Entschließung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 4. Oktober 1960, Nr. III 8 - 5025/1-3/60, genehmigte Änderung der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns vom 1. April 1958 (Bayerisches Ärzteblatt, Heft 3/58):

1. In § 27 Abs. 3 Nr. 9 (Mund- und Kieferkrankheiten) wird der Satz 2

„Die Weiterbildung soll auf dem Gebiet der Kieferchirurgie erfolgen“ gestrichen.

2. § 27 Abs. 3 Nr. 16 (Laboratoriumsdiagnostik) erhält folgende Fassung:

1 Jahr Tätigkeit auf dem Gebiet der inneren Medizin,  
2 Jahre Tätigkeit auf dem Gebiet der physiologischen und klinischen Chemie,

1 Jahr Tätigkeit auf dem Gebiet der Bakteriologie und Serologie.

3. § 35 (Übergangsbestimmungen) erhält folgende Fassung:

(1) bleibt.

(2) Ärzte, welche die Bestallung nach der Bestallungsordnung vom 17. 7. 1939 oder früher erhalten haben, werden bis zum 31. 12. 1960 nach den bisher für sie geltenden Bestimmungen anerkannt.

(3) Ärzte, die ihre Bestallung nach der Bestallungsordnung vom 17. 7. 1939 oder früher erhalten



# Mallebrin

Chlor u. Sauerstoff abspaltendes  
Adstringens u. Antisepticum  
Gurgela - Spülungen  
Wundbehandlung  
KREWEL-WERKE, Eitorf b. Köln

haben, müssen außer der in dieser Facharztordnung geforderten Weiterbildung auf ihrem Fachgebiet eine fachfremde Weiterbildung von mindestens einem Jahr nachweisen.

München, den 11. Oktober 1960

Dr. Sewering

#### Rücknahme der Bestallung als Arzt

Nach Mitteilung des Innenministeriums Baden-Württemberg in Stuttgart ist mit Verfügung des Regierungspräsidiums Südbaden in Freiburg i. Br. vom 12. 12. 1958 dem Arzt Otto Mäder, Freiburg i. Br., Luisenstr. 7, auf Grund der §§ 5 Abs. 2 und 3 Abs. 2

Nr. 4 der Reichsärzteordnung vom 13. 12. 1935 (BGBl. I S. 1433) die Bestallung als Arzt zurückgenommen worden. Die Verfügung ist am 26. 8. 1960 rechtskräftig geworden.

Die Impfungen gegen Kinderlähmung haben sich, wie Innenminister Goppel in der Fragestunde des Bayer. Landtages mitteilte, als wirksames Vorbeugungsmittel, insbesondere als wirksam gegen bleibende Folgen der Erkrankung erwiesen. In Bayern wurden bis Ende 1959 ca. 940 000 Injektionen verabreicht. Zur Zeit sind im Lande 153 Beatmungsgeräte, darunter 53 eiserne Lungen vorhanden. Es ist beabsichtigt, die Impfungen nach wie vor durchzuführen und auch weiterhin Zuschüsse für Beatmungsgeräte zu geben.

## MITTEILUNGEN

### Gesucht: Ärzte und Apotheker

In der Bundeswehr besteht ein erheblicher Bedarf u. a. an Ärzten und Apothekern. Studierende an Universitäten, die an einem späteren Eintritt in die Bundeswehr interessiert sind, werden deshalb nach besonderen Richtlinien durch Studienbeihilfen gefördert. Diese Richtlinien sind im Einvernehmen mit den beteiligten Bundesressorts und dem Bundesrechnungshof ausgearbeitet worden.

Das Förderungsprogramm, für das im Jahre 1959 erst 20 000 DM ausgegeben worden sind, ist für das laufende Rechnungsjahr 1960 mit mehr als 1,515 Mill. DM dotiert. Es soll im Jahre 1961 noch erweitert werden. Der Verteidigungshaushalt für das kommende Jahr, der den gesetzgebenden Körperschaften jetzt vorliegt, sieht daher insgesamt 1,764 Mill. DM für Studienbeihilfen vor, die insgesamt 650 jungen Nachwuchskräften der verschiedenen Fachsparten zugute kommen sollen. Die Höhe der einzelnen Beihilfe, die sich in Zuschüsse für den Lebensunterhalt, die Studiengebühren und die Lehrmittel aufgliedert, beläuft sich auf insgesamt 1800 bis 3100 DM jährlich. Sie richtet sich nach der Art des Studiums und den durch die persönlichen Umstände bedingten Kosten.

Man will 300 Studierende für die Sanitätsoffizierslaufbahn — Ärzte und Apotheker — mit Beihilfen bedenken.

### 5742 Neuzulassungen bis September 1960

Die Zahl der rechtskräftig zugelassenen Kassenärzte stieg nach Feststellungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in der Zeit zwischen dem 31. 12. 1958 und September 1960 von 36 274 auf 41 765, während die Verhältniszahl (§ 12 der Zulassungsordnung) in derselben Zeit von 547 auf 474 sank. Die Neuzulassungen nach dem 23. 3. 1960 erreichten bis September die Zahl 5742. Unter den neu zugelassenen Ärzten waren 48% bereits an der Ersatzkassenpraxis beteiligt gewesen, 19% hatten ohne Ersatzkassenzulassung praktiziert, 22% stießen aus der Krankenhaustätigkeit zur freien Praxis, 4% waren bereits an anderen Orten zugelassen gewesen und sind nun am Zulassungsort ihrer Wahl tätig. 7% wurden herkunftsmäßig als „Sonstige“ registriert.

Von den 41 765 rechtskräftig zugelassenen Ärzten sind 63% als praktische Ärzte und 37% als Fachärzte tätig. In den einzelnen Zulassungsbezirken schwankt der Anteil der Fachärzte zwischen 20% (Bezirk Verden) und 49% (Bezirk München Stadt und Land). Die Verhältniszahl bewegt sich zwischen 582 (Bezirk Oberfranken) und 304 (Bezirk München Stadt und Land). Eine relativ niedrige Verhältniszahl liegt auch in den Zulassungsbezirken Hamburg (406), Frankfurt (410), Rheinessen (417) und Köln II (430) vor.

Im Bundesdurchschnitt entfällt auf je 1326 Einwohner ein Kassenarzt; im KV-Bereich Berlin ist die Kassenarztdichte mit einem Arzt auf 922 Einwohner am größten, im KV-Bereich Saarbrücken mit 1807 Einwohnern pro Arzt am geringsten. Bezogen auf die Zahl der RVO-Versicherten hat der KV-Bezirk Hamburg die größte Arztdichte, der KV-Bezirk Südwürttemberg-Hohenzollern die geringste Arztdichte.

### Ausbildungszentrum für Narkoseärzte

Ein Ausbildungszentrum für Narkosefachärzte und ein Forschungszentrum für Anästhesie will die Universität Mainz im Rahmen ihrer Medizinischen Fakultät aufbauen. Zu Beginn des vergangenen Sommersemesters konnte an der Fakultät bereits der erste deutsche Lehrstuhl für Anästhesiologie eingerichtet werden. In Verbindung mit diesem Lehrstuhl, den Prof. Dr. Rudolf Frey, der langjährige Leiter der Anästhesie-Abteilung der Chirurgischen Klinik in Heidelberg, innehat, ist die Einrichtung einer Anästhesie-Abteilung für alle Universitätskliniken und theoretischen Institute mit 15 Assistentenstellen geplant.

### Die Unfallstatistik 1958

Etwas verringert hat sich im Jahre 1958 gegenüber dem Vorjahr die Unfallhäufigkeit im Bereich der gewerblichen Unfallversicherung: Nach einem Bericht der gewerblichen Berufsgenossenschaften verringerte sich die Zahl der Entschädigungsfälle von 3,9 auf 1000 versicherte Arbeitskräfte im Jahre 1957 auf 3,78 im Jahre 1958. Auch die Schwere der Unfälle war rückläufig. Hierbei sind die Wegeunfälle auf dem Wege von und zur Arbeitsstätte nicht berücksichtigt. 59 100

Im sauren wie im alkalischen Milieu voll-wirksam

# Urologicum® Tuben-Tee

 NATTERMANN

sofort trinkfertig!

eigentlichen Arbeitsunfällen, die zu Entschädigungsleistungen führten, standen 16 204 Wegeunfälle gegenüber. Die gewerblichen Berufsgenossenschaften zahlten im Jahre 1958 878 laufende Renten. Davon bestrafen fast vier Fünftel Erwerbsminderungen von weniger als 50 Prozent, ein Drittel von höchstens 20 Prozent.

#### In jedem vierten Krankenhausbett ist ein Unfallverletzter

Der Leiter der Arbeits- und Forschungsgemeinschaft für Stadtverkehr und Verkehrssicherheit in Essen forderte, die wissenschaftlichen Erkenntnisse aus den Verhältnissen im Straßenverkehr besser auszuwerten. In jedem vierten Krankenhausbett liege ein Verkehrsunfallverletzter, und es sei höchste Zeit, dem Fußgängern als den am meisten gefährdeten Verkehrsteilnehmern mehr Schutz zu gewähren.

#### Der Verbrauch an Genußmitteln im Jahre 1959

Die seit Jahren zu beobachtende Zunahme des Verbrauchs von Genußmitteln in der Bundesrepublik\* hat sich, im ganzen gesehen, auch im letzten Jahre fortgesetzt. Gegenüber 1958 erhöhten sich die Ausgaben für Tabakwaren um rd. 300 Mill. DM oder 5,1% auf 6,7 Md. DM (Kleinverkaufswert einschl. der Tabaksteuer). 64,9 Md. Stück Zigaretten wurden geraucht, was einem Durchschnitt von 1202 Zigaretten pro Kopf der Bevölkerung entspricht (1958: 1135 Stück). Der Anteil der Filterzigaretten am gesamten Zigarettenkonsum hat von 53,8% Ende 1958 auf 66,5% bis April 1960 zugenommen. Dagegen ging der Verbrauch an Zigarren um 106 Mill. Stück oder 2,3% auf 4,5 Md. zurück. Die Abnahme des Vorjahres hat sich hier fortgesetzt. Auf den Kopf der Bevölkerung kamen 84 Zigarren (1958: 87). Leicht erhöhte sich nach jahrelangem starkem Schwund der Verbrauch von Feinschnitt, während der Rückgang an Pfeifentabak langsamer als bisher verlief.

Der Bierkonsum stieg von 45,47% Mill. hl im Jahre 1958 auf 49,35 Mill. hl im letzten Jahre an. Je Einwohner ergab dies eine Menge von 91,5 Liter (1958: 85,2 l). Neben der Hitze des Vorjahres dürfte auch die Stabilität der Bierpreise verbrauchsfördernd gewesen sein. Fast 60% des Absatzes erfolgte in Form von Flaschenbier. Nach Belgien mit dem höchsten Bierkonsum steht Deutschland an 2. Stelle vor Großbritannien und Österreich. Während der Absatz von **Trinkbranntwein** seit 1953 jährlich erheblich zugenommen hatte, ist er im letzten Jahre nur noch mäßig von 0,91 Mill. hl auf 0,93 Mill. hl gestiegen. Hauptsächlich nahm nur noch die Erzeugung von Kornbranntwein, weniger dagegen die von Likören und Weinbrand zu. Die Quote pro Kopf der Bevölkerung betrug beim Trinkbranntwein 1,72 Liter (1958: 1,71 Liter). Den höchsten Steigerungssatz, wie schon seit 1955, wies der Verbrauch an Schaumwein (Sekt) auf. Bei einem Absatz von 0,43 Mill. hl ergab sich eine Zunahme um 18,5% gegenüber dem Vorjahr. Die Steuerbegünstigung seit 1952 und die Herstellung verbilligter Hausmarken spielen dabei eine Rolle. Nach einer mäßigen Zunahme im Jahre 1958 hat sich der Verbrauch an Kaffee im Jahre 1959 um rund 15% wieder stark erhöht. Der Umsatz belief sich auf 146 000 t Röstkaffee (ohne Kaffeepulver) gegenüber 127 000 t im Vorjahr. Auf den Kopf der Bevölkerung entfielen 2,71 kg Röstkaffee. Mäßig zugenommen hat der Teekonsum, wie es schon seit 1957 zu beobachten war. Bei einem Umsatz von 6373 t (1958: 6257 t) ergab sich eine Zunahme von 1,9%. Der Verbrauch je Einwohner betrug 0,12 kg (vgl. Wirtschaft und Statistik, 1960 H. 8, S. 494; s. auch Bundesgesundhbl. 2, 1959 Nr. 1, S. 14).

\* Zahlenangaben ohne Saarland, jedoch einschl. Berlin (West).

Bundesgesundheitsblatt 20/1960.

#### Italien diskriminiert ausländische Medikamente

Nach einem Bericht der FAZ (26. 10. 1960) hat der italienische Gesundheitsminister der Obersten italienischen Preisbehörde den Vorschlag unterbreitet, die Preise für 3750 italienische und ausländische pharmazeutische Spezialitäten zu senken. Die Preise für ausländische Medikamente sollen danach einheitlich um 30 Prozent gesenkt werden, während für italienische Medikamente die Preissenkung sich zwischen 10 und 25 Prozent bewegt. Die Importeure von Medikamenten aus Deutschland, England, der Schweiz, Amerika, Österreich und Holland haben gegen die Preissenkung und gegen die diskriminierende Behandlung ausländischer Medikamente protestiert und erinnern in diesem Zusammenhang daran, daß die italienische pharmazeutische Industrie nach wie vor in der Lage ist, völlig lizenzfreie ausländische pharmazeutische Patente auszubuten, womit sie einen wesentlichen Kostenvorsprung vor dem Ausland besitzt.

zeutische Spezialitäten zu senken. Die Preise für ausländische Medikamente sollen danach einheitlich um 30 Prozent gesenkt werden, während für italienische Medikamente die Preissenkung sich zwischen 10 und 25 Prozent bewegt. Die Importeure von Medikamenten aus Deutschland, England, der Schweiz, Amerika, Österreich und Holland haben gegen die Preissenkung und gegen die diskriminierende Behandlung ausländischer Medikamente protestiert und erinnern in diesem Zusammenhang daran, daß die italienische pharmazeutische Industrie nach wie vor in der Lage ist, völlig lizenzfreie ausländische pharmazeutische Patente auszubuten, womit sie einen wesentlichen Kostenvorsprung vor dem Ausland besitzt.

## PERSONALIA

### Prof. Dr. Henning, Rektor der Universität Erlangen

Univ.-Professor Dr. Norbert Henning, Direktor der Medizinischen Universitätsklinik in Erlangen, wurde in einem Festakt, dem auch die Staatsminister Eberhard und Haas, sowie Erzbischof Dr. Schneider und Landesbischof Dietzfelbinger beiwohnten, auf sein Amt als Rektor vereidigt.

### Ehrenring der österreichischen Ärzteschaft für Prof. D. Dr. med. Hans Neuffer

Der Präsident der Österreichischen Ärztekammer, Obermedizinalrat Primarius Dr. Eberle, verlieh anlässlich des 14. Österreichischen Ärztekongresses am 17. Oktober 1960 in Wien im Namen der österreichischen Ärzteschaft dem Ehrenpräsidenten der Bundesärztekammer und der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg, Herrn Professor D. Dr. med. Hans Neuffer, Stuttgart, den Ehrenring der österreichischen Ärzteschaft.

Primarius Dr. Eberle würdigte die Verdienste Professor Neuffers hinsichtlich der kollegialen Zusammenarbeit der deutschsprachigen Ärzte auf internationaler Ebene.

Professor Dr. Neuffer dankte für die ihm erwiesene Ehre und führte im einzelnen aus, welche Verdienste sich die österreichischen Ärzte in der Zeit nach dem zweiten Weltkrieg vor allem um den Wiederaufbau ihrer Berufsorganisationen und um die Erhaltung der Freiheit des Arztes erworben haben. Ausführlich sprach er über jene Männer, die auch jetzt die Wiener medizinische Schule repräsentieren, und stellte fest, daß der weltberühmte Geist der Wiener medizinischen Schule auch jetzt nicht ausgestorben sei.

### Wechsel in der Leitung des Landesinstituts für Arbeitsmedizin

Mit Wirkung vom 1. Oktober 1960 wurde Oberregierungsmedizinalrat Dr.-Ing. Dr. med. Otto Günther zum Leiter des Bayerischen Landesinstituts für Arbeitsmedizin ernannt. Der bisherige Leiter des Instituts, Ministerialrat Dr. Lederer, übernimmt ein wichtiges Fachreferat in der staatlichen Gewerbeaufsicht.

Mit 1. 10. 1960 wurde Gewerbearzt Dr. med. habil. Eugen Lederer zum Ministerialrat und Referenten im Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge ernannt. — Es ist dringend zu wünschen, daß Dr. L. endlich wieder die Dienstbezeichnung „Bayerischer Landesgewerbearzt“ führen darf, der eine spezifisch bayerische Schöpfung ist, auch 42 Jahre lang in Gebrauch war und dann aus unerfindlichen bürokratischen Gründen in Bayern abgeschafft wurde, während er von den Chef-Gewerbeärzten in anderen deutschen Ländern übernommen wurde. Es dürfte wohl an der Zeit sein, daß dieser seinerzeit vom Bayerischen Landtag genehmigte Titel endlich wieder zu Ehren kommt.

Dr. Max Eidenbühler, Facharzt für Röntgenologie, feierte am 8. November 1960 seinen 70. Geburtstag.

Vertrauen auf gewohnten Erfolg



Immer bewährt:

# Puraeton **E**

bei asthmatischen Beschwerden  
für jung und alt

Pulver 8 Stück DM 1.05 o. U. lt. AT.  
Ampullen 3 Stück DM 1.35 o. U. lt. AT.  
Inhalat 10 ccm DM 2.80 o. U. lt. AT.  
von allen Arzneiformen  
weitere Packungsgrößen



DOLARGIET ARZNEIMITTELFABRIK BAD GODESBERG



Fieber · Grippe · Infekte

Tropfen · Dragees

# Contra mutan<sup>®</sup>

APOTHEKER MÜLLER ARZNEIMITTELFABRIK BIELEFELD

# Liquirit

bei Ulcus ventriculi und duodeni, Gastritis,  
Hyperacidität und nervösen Magenbeschwerden

Die bewährte, wohlusgewogene Kombination auf therapeut. Breite  
Keine Nebenwirkungen

K. P. mit 30 Tobl. DM 2,85 o. U. / O. P. mit 60 Tobl. DM 4,80 o. U. / Klinikpackg.  
Dr. Graf & Comp, Nachf. Hamburg-Bahrenfeld Seit 1889



## STANDARTINE

KREWEL-WERKE  
Eitorf b. Köln

Standartin antitussicum ®

Codeo-Standartin ®  
mit 0,1% Dihydrocodein.bitart. in 125 g (= 100 ccm) und  
250 g (= 200 ccm)

Ephedro-Standartin ®  
und Standartin-Hustentropfen ®

# NITROGLIN

Drei-Phasen-Nitrowir-  
kung mit Magnesium +  
Rutin als Infarktschutz  
PROTINA GMBH. MÜNCHEN 54

NEU

**TRAZU**®  
*Antihypotonicum*

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

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

Zusammensetzung  
1 Dragée enthält:

Coffein 15 mg, Nor-pseudo-Ephedrin HCl 7,5 mg, Ephedrin HCl 7,5 mg,  
Acid. aminoglutar. 30 mg, Glycyrrhizin ammon. 60 mg, Extract. Cra-  
taegi 50 mg, - Cacti 40 mg, - Veratri albi 1 mg, Fenchon 5 mg, Sacch.  
obd. faenicul.

Packung mit 30 Dragées DM 2,55 o. U.  
Packung mit 60 Dragées DM 4,50 o. U.

**APOTHEKER A. DIEDENHOFEN K.G.**  
Pharmazeutische Fabrik · Bad Godesberg/Rhein

Dr. Eugen Serr, Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten, beging am 4. November 1960 seinen 78. Geburtstag.

Dr. med. Gottfried Glenk, Facharzt für Chirurgie, wurde unter 72 Bewerbern einstimmig zum Chefarzt der Chirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses Münchberg, Oberfranken, bestellt. Dr. Glenk, der aus der Chirurgenschule Stich-K. H. Bauer-Geißendörfer hervorgeht, entstammt einer aus dem Kulmbacher Raum gebürtigen Pfarrersfamilie, steht im 44. Lebensjahr und ist derzeit Oberarzt der Chirurgischen Universitätsklinik Frankfurt am Main (Dir.: Prof. Dr. Rudolf Geißendörfer).

## RUNDSCHAU

**Die schwerste Epidemie:** Die „The Saturday Evening Post“ behauptete, daß keine Epidemie in der Weltgeschichte so viele Todesopfer gefordert habe wie die Epidemie in den Jahren 1918/1919. In diesen beiden Jahren sollen in der ganzen Welt schätzungsweise 21 000 000 Menschen an Influenza und Lungenentzündung gestorben sein, in den Vereinigten Staaten allein starben 850 000 Menschen daran.

**Mangel an Arzthelferinnen.** Nur ein Viertel des Jahresbedarfs an Arzthelferinnen kann bisher erfüllt werden, teilte die Ärztekammer Nordrhein (Sitz Köln) mit. In diesem Jahr haben 368 junge Mädchen im Landesteil Nordrhein ihre Abschlußprüfung als Arzthelferin abgelegt. Die Nachfrage ist jedoch so groß, daß jährlich 1200 neue Kräfte allein in diesem Gebiet eingestellt werden müßten, um jede Praxis ausreichend mit geschultem Hilfspersonal zu besetzen. Seit 1954 wurden in elf Städten des Landesteils Nordrhein Fachklassen für Arzthelferinnen an den Kaufmännischen Berufsschulen eingerichtet.

Rh. M. 23. 10. 60

**Zentralisierte Rehabilitation?** Der Ausschuß für Kriegsopfer- und Heimkehrerfragen des Deutschen Bundestages hat während seiner Beratungen über das Neuordnungsgesetz zum Bundesversorgungsgesetz beantragt, eine Bundesanstalt für Rehabilitation zu errichten. Inzwischen sind die beteiligten Organisationen, insbesondere auch die Verbände der Sozialversicherungsträger, vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung zur Stellungnahme aufgefordert worden. Diese Stellungnahme steht noch aus, weil die Selbstverwaltungsorgane erst zur Beratung zusammentreten müssen. Es ist aber anzunehmen, daß die Sozialversicherungsträger, die Rentenversicherungsträger sowohl als auch die Träger der Krankenversicherung, dem Plan Bedenken entgegenstellen werden. Es scheint zwar nahezu liegen, wie der „Gemeinsame Pressedienst der Krankenkassen“ schreibt, die Maßnahmen zur Rehabilitation, d. h. zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, nach Unfällen und Erkrankungen zu vereinheitlichen. „Tatsächlich kann solche Vereinheitlichung aber besonders für die medizinische Entwicklung gefährlich sein. Die Möglichkeiten der Rehabilitation sind ungemein verschiedenartig. Es gibt verständlicherweise verschiedene medizinische Auffassungen und Verfahren. Eine Generalisierung würde zweckwidrig sein. Schon jetzt ergibt sich aus der Schadensursache, daß verschiedenartige Verfahren angewendet werden. So unterscheiden sich die Rehabilitationsverfahren der Einrichtungen der Unfallversicherungsträger von denen der Rentenversicherungsträger. Beide sind wieder verschieden von Verfahren, die die Versorgungsämter anwenden; bei Tuberkulose sind wieder andere Verfahren notwendig. Die Errichtung einer Bundesanstalt, sofern es sich nicht um eine Forschungsanstalt handelt, könnte eine Verarmung der jetzigen vielfältigen Maßnahmen bedeuten. Selbstverständlich müssen die Maßnahmen der verschiedenartigen Versicherungsträger koordiniert werden; die Erfahrungen müssen ausgetauscht werden, um die wissenschaftlichen Erkenntnisse zu befruchten und voranzutreiben. Dazu bedarf es aber nicht einer Bundesanstalt, also einer neuen Behörde. Das kann geschehen und geschieht auch jetzt schon durch die unmittelbare Verbindung der Leiter der bestehenden Anstalten, der medizinischen Institute und der zuständigen Versicherungsträger.“

**Rentendynamik und Inflation.** (Südd. Ztg., München, 23. 9. 60): Mit ihrem Beschluß, die Altrenten aus der Sozialvers. in vollem Umfang den durchschnittlichen Lohn- und Gehaltserhöhungen anzupassen, hat sich die Bundesregierung zum drittenmal für die volle Rentendynamik entschieden. Das Kabinett dürfte sich nicht nur deswegen zu diesem Schritt entschlossen haben, weil es sich um die letzte Rentenanpassung vor der Bundestagswahl handelt; es wäre vielmehr schwer zu begreifen und widerspräche dem Sinn der Rentenreform des Jahres 1957, wenn die Altrentner nicht an der Hochkonjunktur teilnehmen sollten. Die Anpassung geschieht lt. Gesetz ohnehin mit einjähriger Verzögerung.

Natürlich wachsen mit dieser Mehrzahlung die inflationistischen Gefahren. Aber niemand wird behaupten können, daß die schleichende Geldentwertung vorwiegend durch die Rentenerhöhung verursacht wird. Das Verhältnis von Güterangebot und Nachfrage der Käufer wird durch die Kaufkraft, die man dem Rentner zusätzlich gibt, längst nicht so stark erschüttert, wie z. B. durch den Exportüberschuß oder den Schutz gegen Agrareinfuhren. Es wäre ein schlechtes Spiel, wenn man versuchen wollte, den Ausgleich zwischen Angebot und Nachfrage lediglich zu Lasten der Altrenten vorzunehmen. Die Rentner sind ohnehin bisher mit ihrem Einkommenszuwachs vorsichtig umgegangen. Die Zulagen flossen nicht voll in den Verbrauch. Ferner darf nicht übersehen werden, daß durch die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenzen alle Versicherten mit einem Monatseinkommen von mehr als 850 DM höhere Beiträge zu zahlen haben, ihnen also Kaufkraft entzogen wird. Regierung und Parlament haben es außerdem in der Hand, durch eine entsprechende Einschränkung des öffentlichen Verbrauchs an anderer Stelle der mit der Rentenanpassung verbundenen Tendenz zum Preisaufrtrieb entgegenzuwirken.

**Trügerische Finanzierung der Renten.** (FAZ, v. 23. 8. 60): Der Bund der Steuerzahler übt in einer Schrift des Sozialversicherungsfachmanns Regierungsdirektor a. D. Heinze über die Bundeszuschüsse zur sozialen Rentenversicherung scharfe Kritik an der Finanzierungstechnik der Rentenversicherung. Heinze gehörte von Anfang an zu den Kritikern der Rentenreform. Er rechnet aus, daß die Bundeszuschüsse, die 1960 einen Betrag von 4,38 Mill. DM erreichten, nach 1969 auf über 7 Milliarden und nach 1972 auf über 8,2 Milliarden DM steigen werden. „Ist es wirklich richtig“, schreibt Heinze, „daß in einer blühenden Volkswirtschaft bei steigendem Realeinkommen von Jahr zu Jahr wachsende Milliardenbeträge aus dem Arbeitseinkommen auf dem Wege der Besteuerung abgezweigt werden müssen? Steht die Aufgabe, die früher dem Staatsbeitrag zufiel, mit der heutigen sozialen Lage der Versicherten noch im Einklang?“ Bei der immer stärkeren Subventionierung sozialer Leistungen aus allgemeinen anonymen Mitteln bestehe die Gefahr, daß allzu viele sich nicht darüber klar seien, welchem Trugbild sie mit dem Kurs zu einer auf diesem Wege angesteuerten größeren sozialen Wohlfahrt zum Opfer fielen. Heinze schlägt vor, die unerläßliche soziale Hilfe auf dem sauberen Wege der Beiträge sicherzustellen, die dem einzelnen die unerbittliche Konsequenz des Gleichgewichts zwischen Leistungen und Beiträgen stets deutlich zum Bewußtsein brächten.

Heinze besteht auf dem seit Jahren von ihm vertretenen Standpunkt, daß die Renten in den Rentenversicherungsgesetzen auf einem Niveau geplant seien, das mit den derzeitigen Beiträgen von 14% nicht finanziert werden könne. Dies sei um so weniger möglich, je stärker die Arbeitsentgelte stiegen und damit die allgemeine Bemessungsgrundlage (durchschnittliche Lohnhöhe) der Renten. Heinze verweist auf die versicherungstechnische Bilanz, die voraussichtlich im Jahre 1961 Klarheit über die finanzielle Zukunft der Sozialversicherung bringen werde. Nach den bisher vorliegenden Berechnungen kommt Heinze zu dem Schluß, „daß die automatische Wirkung der Einkommensänderung auf die Höhe der neu festzusetzenden Renten nicht aufrechterhalten werden darf“.

**Zu wenig Zahnärzte in Ostberlin.** Die zahnärztliche Versorgung der 1,2 Millionen Einwohner Ostberlins scheint gefährdet. Nach Unterlagen der Versicherungsanstalt (Ost)-Berlin gibt es im September nur noch 380 freipraktizierende Zahnärzte gegenüber rund 700 im

Jahre 1953. In einer Übersicht der Versicherungsanstalt über die Ursachen für diesen Rückgang rangiert die „Republikflucht“ an zweiter Stelle hinter „Übergang zur Poliklinik und Ambulatorium“. Es sei keine Seltenheit, daß bei nicht akuten Erkrankungen Patienten bis zu drei Monate auf Behandlung warten müßten. AA 1. 11. 60

**Zunehmender Ärztemangel in der Sowjetzone.** Wie die jüngsten Zahlenbeispiele aus der Sowjetzone zeigen, wird der Ärztemangel immer größer. Die Zahl der noch praktizierenden Ärzte in Mitteldeutschland nähert sich der Grenze, an der eine genügende medizinische Betreuung der Bevölkerung nicht mehr gewährleistet ist. A. P.

**Vom Blitz erschlagen.** Seit 1930 wurden in Bayern durch Blitzschlag 594 Menschen getötet. Der weitaus größte Teil dieser Unfälle ereignete sich auf freiem Feld.

**England: Krankenhäuser immer unpersönlicher.** (Braunschweiger Ztg., v. 1. 9. 60): Die ersten automatischen Krankenhäuser wird es in England binnen zwei bis drei Jahren geben. Diese Superhospitäler erhalten zahlreiche maschinelle Anlagen, die bisher vom Pflegepersonal erledigt wurden. Zum Beispiel kommen die Mahlzeiten am Fließband an die Betten, ebenso wird benutztes Geschirr wieder abgeholt. Briefe, Zeitungen und auch Medikamente gelangen auf dieselbe Weise zum Patienten.

**Die Kosten für den britischen National Health Service** für das Geschäftsjahr 1960/61 wurden mit rund 519 Mill. Pfund Sterling veranschlagt, was eine Steigerung um rund 18 Mill. Pfund Sterling gegenüber dem vorhergehenden Geschäftsjahr bedeutet.

**Finland will Volkspension einführen.** (Frkt. Neue Presse, v. 23. 9. 60): Die finnische Regierung bereitet eine grundsätzliche Änderung der Altersversorgung für alle privat angestellten Lohn- und Gehaltsempfänger vor. Nach einem Vorschlag, der im Auftrage des Sozialministeriums von Experten ausgearbeitet worden ist, soll eine obligatorische Pension für alle Privatbeschäftigten eingeführt werden, die — zusätzlich zu der schon bestehenden allgemeinen Alterspension — 30% des Lohnes nach dem 65. Lebensjahr und nach mindestens 30jähriger Beschäftigung betragen soll. Die Kosten für die Pension sollen von den Arbeitgebern aufgebracht werden. Den Arbeitnehmern soll darüber hinaus die Möglichkeit gegeben werden, durch freiwillige Zusatzbeiträge die Endpension zu erhöhen, wobei sie selbst 50% dieser Prämien aufzubringen bätten, während die restlichen 50% von den Arbeitgebern aufgebracht werden sollen. Diese geplante Volkspension soll zusammen mit der bereits bestehenden Alterspension höchstens 60% des Lohnes betragen. Auf dieses Niveau sollen auch alle Beamtenpensionen eingespielt werden, wenn sie — was in Finnland kaum der Fall ist — diesen Prozentsatz übersteigen. Bisher gab es in Finnland — neben den Beamtenpensionen — nur Alterspensionsversicherungen in den einzelnen Betrieben und Unternehmen für die dort fest und dauernd Angestellten. Durch den neuen Vorschlag soll nun die Pensionsfrage im Sinne einer Altersversorgung für alle Lohn- und Gehaltsempfänger im privaten Angestelltenverhältnis, unabhängig von ihrer ständigen Zugehörigkeit zu einem Betrieb und dessen Pensionskasse, geregelt werden.

Diese Pensionen sollen nach dem Vorschlag an den Lebenshaltungskostenindex gebunden werden.

**USA. Die Säuglingssterblichkeit** in den USA ist von 28,0 im Jahre 1956 auf 26,4 im Jahre 1957 und auf 26,8 im Jahre 1958 je 1000 Lebendgeborene angestiegen.

Dem Institut für öffentliche Gesundheit in Harvard/USA sollen zum Ausbau von Forschungsstätten für Ernährungsprobleme für die Dauer von 10 Jahren 100 000 Dollar jährlich zur Verfügung gestellt werden.

Das National Institut of Health in Washington hat über zehn Millionen Dollar für Gesundheitsförderung ausgeschüttet. Unter den 820 Empfängern sind Institute und Wissenschaftler aus aller Welt. Der einzige Empfänger einer Spende in der Bundesrepublik ist die Medizinische Fakultät der Göttinger Universität. Sie erhielt 10 879 Dollar, also etwa 46 000 Mark. FAZ 21. 10. 60

**Schweden: Ärztlicher Einsatzdienst in Großstädten.** Seit Januar 1958 besteht in Stockholm und Vororten tags und

nachts ein zentral gelenkter „Ärztlicher Einsatzdienst“. Es ist in Schweden üblich, daß praktizierende Ärzte überhaupt nur zu bestimmten Zeiten — angegeben im Stockholmer Ärzteverzeichnis, das gratis in jeder Apotheke aufliegt, und im Telefonverzeichnis — persönlich zu erreichen sind; Hausbesuche können wegen der großen Überlastung der niedergelassenen Kollegen nur selten angenommen werden. Zur schnellen Hilfe kann ein Kranker jedoch jederzeit per Telefon durch die Zentralstelle einen Arzt des Einsatzdienstes herbeirufen. Dieser Dienst ist so geordnet, daß ihm normalerweise von der Organisation Raddniskaren acht Funk-Pkws, die mit Sauerstoffapparat, Saug- und Tracheotomiebesteck usw. ausgerüstet sind, mit Fahrer zur Verfügung stehen. Die Wagen sind auffällig schwarz-rot lackiert und haben erforderlichenfalls das Recht, als Katastrophenfahrzeug mit Rotlicht und Sirene freie Straße zu verlangen. Jeder Wagen hat automatischen Telefonanschluß, so daß man mit und von jedem Anschluß im Lande die Verbindung herstellen kann. Für den Fall, daß ein Fehler im Telefonanschluß entsteht, hat jeder Wagen noch Funkinstallation mit der man Verbindung mit der Zentrale aufnehmen kann zwecks Reparatur, während der Arzt ungestört seinen Dienst fortsetzt und erreichbar bleibt. Das Stadtgebiet ist in Distrikte eingeteilt, in denen die Ärzte in Sechs-Stunden-Schichten tätig sind. In normalen Zeiten sind mindestens 18 Ärzte für den Einsatz vorgesehen, in Epidemiezeiten oder in anderen Notlagen erfolgt Verstärkung. In der Telefonzentrale nimmt, um einen möglichst rationalen geographischen Einsatz zu gewährleisten und jeden Mißbrauch zu verhüten, eine erfahrene Krankenschwester kurz die Krankengeschichte auf. Sie gibt dem Arzt telefonisch alle erforderlichen Einzelheiten und die vermutliche Diagnose bekannt. Die weiteren technischen Daten werden dem Fahrer während der Wartezeit durchgesagt. Der Arzt des Einsatzdienstes führt nur dringliche Maßnahmen durch, gibt entsprechende Anordnungen und überweist den Kranken gegebenenfalls zur weiteren Behandlung an einen Praktiker oder sorgt für Krankenhausaufnahme. Alle Schwierigkeiten werden von der Zentralstelle weiter verfolgt und erledigt. Rezeptanweisungen werden der Apotheke vom Arzt per Telefon gegeben. Die Apotheke kann also in der Zeit, die der Patient benötigt, um zu ihr zu kommen, schon die Formalitäten erledigen; das Medikament ist fertig zur Auslieferung, wenn der Patient eintrifft. Die Organisation des Ärztlichen Einsatzdienstes hat sich besonders auch für die vielen im Sommer in Stockholm weilenden Touristen bewährt und ihre Feuertaufe bei starken Belastungen während Grippeepidemien bestanden. In ähnlicher Form hat man die ärztliche Schnellversorgung auch in anderen Städten Schwedens geregelt. Der Einsatzdienst in einer so umfassenden Form nimmt den Praktikern unnütze Arbeit ab, schaltet den Nachteil der anfangs skizzierten langen Wartezeiten aus und gibt dem akut Kranken die Gewähr, rasch in ärztliche Kontrolle zu kommen. (DMW)

## LESERBRIEFE

Eine Veröffentlichung in dieser Rubrik bedeutet nicht immer eine Übereinstimmung der Schriftleitung mit dem Inhalt der Zuschriften. Die Schriftleitung kann aus Raumangel nur einzelne der bei ihr einlangenden Briefe abdrucken, soweit sie anzunehmen glaubt, daß diese für einen größeren Kreis von Interesse sein dürften. Kürzungen bleiben vorbehalten.

\*

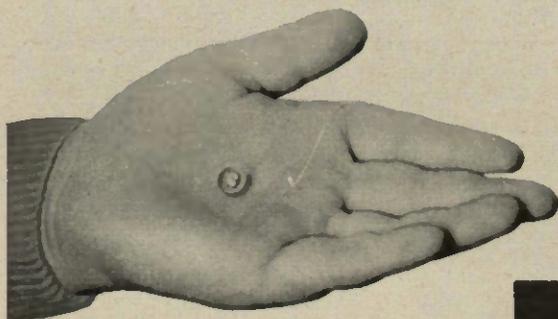
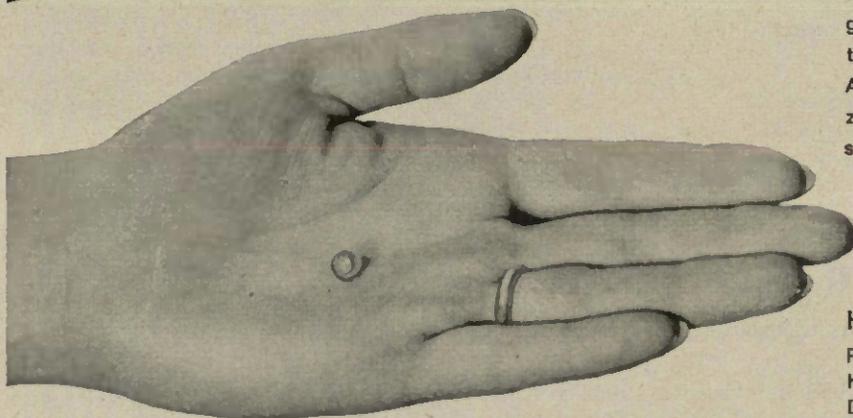
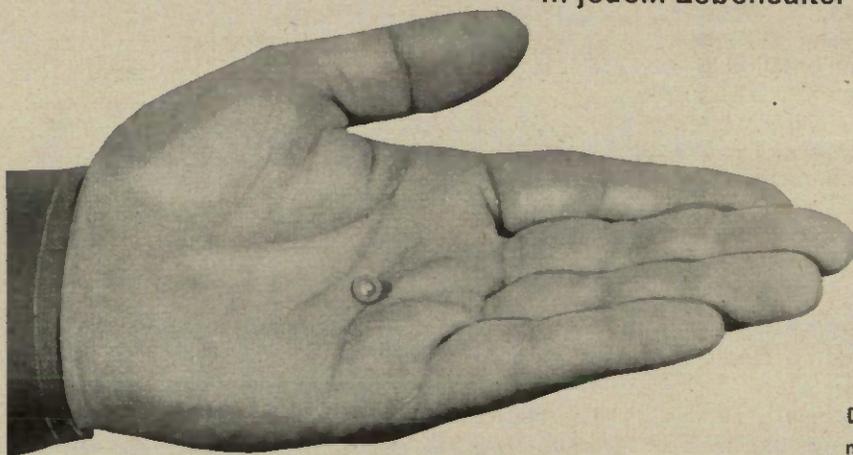
Zu den dankenswerten Ausführungen von Rechtsanwalt Dr. Walter Lucas, „Praxis-Verkauf und Praxis-Tausch“, in Heft 9/1960 des Bayerischen Arzteblattes vom September 1960 möchte ich mir zu dem Absatz f. „Patientenverzeichnis“ doch einige Bemerkungen erlauben:

Nach meiner Ansicht ist es sicher wichtig, daß bei der Praxisübernahme nicht nur ein Patientenverzeichnis, sondern die ganze Kartei vor allem mit der in jeder Praxis vorhandenen, viele Jahre zurückreichenden Sammlung von Krankenhaus-, Facharzt-, Operationsberichten, Laborbefunden (Blutzucker, Wasser-

# Hustenkapseln

# TUSSUKAL<sup>®</sup>

Selektiv wirkendes Hustentherapeutikum  
Ausgezeichnete Verträglichkeit - keine Gewöhnung  
In jedem Lebensalter unbedenklich anwendbar



Ph 860 a

Die bequeme Applikationsform in geschmacksneutralen Perlkapseln, seine schnelle und gezielte Wirkungsweise auf das Hustenzentrum und die Breite seiner therapeutischen Anwendungsmöglichkeit machen TUSSUKAL zu einem Hustenmittel mit optimalen Eigenschaften.

#### Handelsformen und Richtpreise:

Perlkapseln  
Kunststoffschachtel mit 20 Perlkapseln  
DM 2,- o.U. lt. At.  
Anstaltspackung mit 250 Perlkapseln

Tussukal-Kinderzäpfchen  
Schachtel mit 10 Kinderzäpfchen  
DM 2,- o.U. lt. At.  
Anstaltspackung mit 50 Stück

FARBWERKE



HOECHST AG

vormals Meister Lucius & Brüning FRANKFURT (M)-HOECHST

mann usw.) mit übergeben wird. Gerade in der vertrauensvollen Hintübergabe dieser Befunde liegt ein Großteil des ideellen Praxiswertes.

Auch dem Vertreter, der einige Wochen im Sommer die Praxis weiterführt, steht ja diese Kartel zu seiner Orientierung zur Verfügung — wie sollte er auch sonst die ihm völlig neuen Patienten im Sinne des vertretenen Arztes weiter betreuen können!

Was dem Vertreter recht ist, muß doch dem Praxisnachfolger billig sein, zumal alte Praxen ja meist sub forma „Vertretung“ sukzessive etwa im Anschluß an einen Urlaub des alten Arztes übergeben werden. Die Kartelübergabe erfolgt vor allem auch im Interesse der Klientel des Arztes! Wo denn, wenn nicht beim Nachfolger der Praxis, sollte der Patient Unfallberichte, Unterlagen für Rentenbescheide oder bei Rezidiven alte Operationsbefunde und dergleichen für Klinik, Gericht oder Verwaltungsbehörde anfordern können? Der Praxisinhaber ist meist verzogen und kaum mehr willens und in der Lage, solch notwendige Berichte noch abzufassen. Zumal er bei den heutigen wirtschaftlichen Verhältnissen seine Praxis zumeist erst übergibt, „wenn es schon stark nach Tannenzholz riecht“, wenn Krankheit und Tod vor der Tür stehen.

Die Schweigepflicht dürfte bei dieser m. E. befugten Offenbarung so wenig berührt werden wie etwa die Bekanntgabe der Vorgeschichte des Kranken an den Chirurgen XY, die ja auch einfach notwendig ist.

Dr. Jul. Oberndorfer, Landsberg/Lech

Den vorstehenden Ausführungen ist m. E. voll zuzustimmen. Die Übergabe der Patientenkartei an den Praxisnachfolger ist jedenfalls im ärztlichen Bereich

noch nie als Verstoß gegen die Schweigepflicht angesehen worden.

Zu den Ausführungen von LUCAS im Bayerischen Ärzteblatt, 1960/313, ist allgemein zu bemerken, daß diese Ausführungen primär auf die Verhältnisse im zahnärztlichen Bereich abstellen und nicht in allen Punkten auf die Verhältnisse bei Ärzten anwendbar sind. Dies gilt z. B. für die von LUCAS behauptete Pflicht, Praxisübernahmeverträge der zuständigen Berufsvertretung vorzulegen. Zwar liegt diese Vorlage im wohlverstandenen Interesse der Vertragspartner selbst; denn immerhin kennt die Rechtsprechung noch Fälle, wo ein Übernahmevertrag als standes- und sittenwidrig und damit als nichtig angesprochen wurde, weil etwa dem Praxisnachfolger dermaßen schwere finanzielle Belastungen auferlegt wurden, daß die Befürchtung bestand, er werde unter Außerachtlassung der Interessen seiner Patienten und des ethischen Grundsatzes des Standes die Erzielung besonders hoher Einnahmen anstreben. Hier kann die Berufsvertretung durch ihre Begutachtung bei rechtzeitiger Vorlage des Übernahmevertrages spätere Schwierigkeiten verhindern. Eine generelle Pflicht zur Vorlage des Vertrages besteht jedoch z. B. in Bayern nicht; hier ist nach Art. 16 Abs. 2 Satz 3 des Kammergesetzes vom 15. 7. 1957 lediglich die Landesärztekammer berechtigt, im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgaben von den Mitgliedern der Ärztlichen Kreisverbände die Vorlage von Verträgen über eine ärztliche Tätigkeit zu verlangen.

Das Thema der Praxisübernahmeverträge und ihrer Standesüblichkeit ist im übrigen gegenwärtig Gegenstand von Beratungen in verschiedenen ärztlichen und juristischen Gremien. Die Ergebnisse dieser Beratungen werden in absehbarer Zeit auch in der ärztlichen Standepresse zu lesen sein. RA Poellinger, München

## Zur Geschichte des Ärztstandes

### Bestimmungen des Corpus juris über Ärzte und Ausübung des ärztlichen Berufs

1. Justinian gestattete, für Sklaven und Sklavinnen, die in der ärztlichen Kunst geübt waren, den höchsten Preis — bis 60 Goldstücke — zu fordern, während sogar Eunuchen nur bis auf 50 geschätzt werden sollten. Wiederholt ist bei den Juristen von den Diensten die Rede, welche Ärzte von ihren in der Heilkunde unterrichteten Sklaven nach der Freilassung zu verlangen berechtigt waren: z. B. mußten sie die Freunde ihrer Patrone unentgeltlich behandeln. Auch konnten die Patrone die Freigelassenen, wenn deren Konkurrenz ihnen Nachteil brachte, nötigen, sie bei ihren Krankenbesuchen zu begleiten, und so dieselben in der Ausübung einer eigenen Praxis wesentlich behindern.

2. Es gab nur eine sehr beschränkte Verantwortlichkeit der Ärzte.

3. In den Pandekten wird ein Vermächtnis erwähnt, wonach das Jahresgehalt nach dem Tode der Patientin an den Arzt fortgezahlt werden sollte. Die Zahlung scheint gewöhnlich am 1. Januar erfolgt zu sein.

4. Ulpian sagt: Wenn ein Arzt einen Augenleidenden durch schädliche Mittel in die Gefahr des Erblindens gebracht und ihn durch diese Gefahr bewogen habe, ihm seine Güter unter ihrem Werte zu verkau-

fen, so solle der Statthalter der Provinz gegen diese böse (incivile) Tat einschreiten und die Rückerstattung veranlassen.

5. Noch im Jahr 370 p. Chr. n. erinnert ein kaiserliches Reskript die von den städtischen Kommunen besoldeten Oberärzte (archiatrie), lieber in rechtschaffener Weise den Armen zu Hilfe zu kommen, als schmähslich den Reichen zu dienen. Wir erlauben ihnen, anzunehmen, was ihnen die Gesunden für ihre Dienste anbieten, aber nicht, was ihnen die Kranken in der Gefahr für ihre Rettung versprechen.

6. Ulpian sagt, solche, die besprechen und, „um ein gewöhnliches Wort der Betrüger zu gebrauchen, exorcisiren“, seien nicht für Ärzte zu halten, obwohl manche rühmend versichern, daß ihnen dergleichen geholfen habe.

7. Die Leibärzte der Kaiser werden angewiesen, fleißig die Alten zu lesen, und es werden Vorkehrungen zur Verhütung der unter ihnen vorkommenden Streitigkeiten getroffen. Wenn einer von ihnen die Comitiva primi oder Secundi ordinis nach einer gewissen Anzahl von Dienstjahren erhalten hatte oder noch höher gestiegen war, so war er frei von allen öffentlichen Ab-

HOMBURG



NEU

Die gute Nacht beginnt mit

# ITRIDAL®

Psychosedierendes Schlafmittel

**Kleine Dosis:** nur 100 mg Cycloborbitol-Calcium pro Tablette

**Große Wirkung:** DOMINAL® (20 mg pro Tablette) verdoppelt den schlaffördernden Effekt dieser kleinen Borbiturotdosis und wirkt außerdem entspannend auf die Psyche

T A B L E T T E N • A M P U L L E N

Intramuskulär gut verträglich

- o. P. Röhre 10 Tabletten DM 1,65 o. U.
- o. P. Röhre 20 Tabletten DM 2,85 o. U.
- o. P. Karton 5 Amp. zu 2 ccm DM 4,30 o. U.



CHEMIEWERK HOMBURG FRANKFURT/MAIN

Bei  
**RHEUMA**

# Thermulsion

Die zuverlässig  
wirkende Einreibung

gaben und beschwerlichen Geschäften. Besonders durfte er alsdann keine Einquartierung bekommen und von keiner Munizipalität, von keinem Gerichtshof vorgefordert werden. Wenn ihnen ein Amt übertragen wurde und sie es annehmen wollten, so waren sie frei von allen Abgaben, die jeder andere dafür entrichten mußte — das Beneficium adlectionis. Dasselbe erstreckte sich selbst auf ihre nächsten Erben. Endlich wurde auch im 5. Jahrhundert jeder Archlater palatinus den Vicariis und Ducibus gleichgesetzt, so daß die einzige Rangordnung nach dem Dienstalter angenommen wurde.

Die zweite Gattung der römischen Ärzte waren die Archiatri populares: ihre Zahl war in jeder beträchtlichen Stadt bestimmt. In Rom waren so viele Archiatri, wie die Stadt Regionen hatte. Antoninus Pius setzte die Zahl der Staatsärzte in den größten Städten auf zehn, in mittleren auf sieben und in kleineren auf fünf fest; sobald sich mehr niederließen, nahmen die letzten nicht mehr teil an den Privilegien der Staatsärzte. Die Wahl der Archiatri populares war Sache der Munizipalität, damit die Bürger gewiß seien, ihr Leben und Gesundheit gelehrten und rechtschaffenen Männern anvertraut zu haben. Die Munizipalität schlug den Staatsarzt vor, und die übrigen Kollegen prüften dann seine Kenntnisse und nahmen ihn, wenn eine Stelle erledigt war, in ihren Ordo auf, so daß er die letzte Stelle bekam, nachdem die anderen alle aufgerückt waren. Eine der wichtigsten Pflichten dieser Archiatri war es auch, fähige Jünglinge zu unterrichten, und auf diese Art war jedes Kollegium ein medizinisches Seminar.

Was die Privilegien dieser Staatsärzte betrifft, so waren sie frei von persönlichen beschwerlichen und schmutzigen Ämtern: sie durften nicht zur Vormundschaft und Kuratel gezwungen werden, wenn sie in ihrem Vaterland ihre Kunst ausübten; sie hatten die Immunität der Einquartierung; hatten die Freiheit, das Auxilium restitutionis zu verlangen; und an diesen Immunitäten nahmen auch ihre Familien und alle ihre Besitzungen teil. Staatsärzte durften vor kein Gericht gefordert noch ins Gefängnis gesetzt werden, und wenn sie von jemand beleidigt wurden, so konnte der Richter dem Angeklagten eine willkürliche Strafe diktieren, die gewöhnlich in einer beträchtlichen Summe Geldes bestand. Wenn sie eine Rechtssache hatten, so wurde der Prozeß nicht nach gewöhnlichen Formen geführt, sondern die Richter instruierten den Prozeß selbst. In der größten Not durften weder die Ärzte noch ihre Söhne zu Soldaten angeworben werden, weil ihr Amt für

nützlicher gehalten wurde. Von ihren liegenden Gütern durften sie auch zu Kriegszeiten keine Kontribution, weder an Geld noch an Pferden und Korn, geben.

Unter diesem Ordo archiaturum standen die übrigen Ärzte. Sie mußten demselben Rechenschaft von ihren Kuren ablegen, und ungeachtet keine Zurechnung des Todes ihrer Kranken überhaupt stattfand, so wurde doch jeder Fehler, den sie aus Unwissenheit begangen hatten, hart bestraft. Die Munizipalität hatte das Recht, sie nach eingeholtem Gutachten berühmter Collegiorum abzusetzen.

8. Was den Gehalt der vom Staat besoldeten Ärzte betrifft, so durften die Dekurionen eigenmächtig aus der Staatskasse keinen besolden, als allein die Ärzte und die Professoren. Noch zu Athalarichs Zeiten erhielten sie ihr Salär pünktlich alle halbes Jahr ohne den geringsten Abzug. Dies wurde ihnen erhöht, wenn sie Schulen anlegten und fleißig Vorlesungen hielten, und bestand größtenteils in barem Gold, oft aber auch in Getreide und anderen Naturalien. Dieses Gehalt erteilte ihnen der Staat mit deswegen, damit sie zugleich arme Kranke unentgeltlich mit Arzneimitteln versorgen möchten und nicht bloß von den Belohnungen leben dürften, die ihnen begüterte Kranke erteilten. Von diesen Belohnungen mußten die den Staatsärzten untergeordneten Praktiker allein leben, und sie durften dieselben rechtmäßig fordern, sobald sie Freigelassene waren.

9. Als die Geistlichen anfangen, sich mit der mystischen Kur der Krankheiten abzugeben, wurden diejenigen, die besonders in gefährlichen Epidemien den Kranken beistanden, Farabolani genannt.

(Nach L. Friedländer: „Darstellungen aus der Sittengeschichte Roms“, und nach K. Sprengel: „Versuch einer pragmatischen Geschichte der Arzneikunde“.)

## BUCHBESPRECHUNGEN

**Gesetz über die Ausübung des Berufes der medizinisch-technischen Assistentin.** Kommentar von Dr. Reinhard Rachold, Oberregierungs-Medizinalrat, und Hans Kuhlmeier, Amtsrat im Bundesministerium des Innern. Carl Heymanns Verlag KG, Köln - Berlin 1960. 96 Seiten, brosch. Preis DM 8.—.

Die Autoren haben sich der Mühe unterzogen, das Gesetz über die Ausübung des Berufes der medizinisch-technischen Assistentin mit einem umfassenden Kommentar zu versehen, und die für die Ausübung des Berufes wichtigen Rechtsvorschriften beigelegt. Der zuletzt genannte Teil der kleinen Schrift umfaßt mehr als die Hälfte ihres Inhalts. Leider sind die Ausführungsbestimmungen zu dem Gesetz



über die Ausübung des Berufes der medizinisch-technischen Assistentin noch nicht erschienen; sie wären als Anlage zu der bereits vorliegenden Schrift mindestens ebenso wichtig wie diese selbst. Man darf hoffen, daß die Verfasser den Ausführungsbestimmungen zu gegebener Zeit eine ähnliche Aufmerksamkeit schenken wie dem Gesetz selbst. Da ausgesprochener Bedarf nach einer Interpretation aller mit dem Gesetz über die Ausübung des Berufes einer medizinisch-technischen Assistentin verbundenen Vorschriften und Verordnungen besteht, wird jeder, der in irgendeiner Form mit der medizinisch-technischen Assistentin zu tun hat, aber auch diese selbst, gern zu dieser gut kommentierten Schrift greifen. Prof. Dr. Dr. H. Eyer, München

**Taschenbuch für den Sanitäts- und Gesundheitsdienst der Bundeswehr.** 1. Folge. Herausgeber: Dr. Hawickhorst. Verlag: Wehr und Wissen, Verlags-Ges.m.b.H. Darmstadt. 344 S. Plastik-Einband, DM 6.80.

Das Taschenbuch für den Sanitäts- und Gesundheitsdienst der Bundeswehr, herausgegeben von Herrn Oberfeldarzt Dr. Hawickhorst, bedeutet sicherlich eine Notwendigkeit für den San.Off., insbesondere aber für den üben- und für den jungen Soldaten des San.-Dienstes.

Als recht wissenswert erachte ich die am Anfang stehende Geschichte des Militär-San.-Wesens. Die Spitzenorganisationstafel müßte bei den Unterabteilungen San.-Wesen, Heer usw. die Namen tragen San.-Inspizient der verschiedenen Waffengattungen, ist aber sonst übersichtlich und gut dargestellt, um auch dem Nichtfachmann Gliederung, Aufbau und Aufgabenbereich der verschiedenen San.-Dienste zu zeigen. Inzwischen eingetretene Änderungen wären in einer Neuauflage natürlich zu berücksichtigen.

Etwas verwirrend erscheint die Zusammenstellung der Erlasse für ärztliche Untersuchungen sowie die Anweisungen für den Sanitäts- und Gesundheitsdienst. Auf die Verfügungen des Verteidigungsministeriums ist zwar durch Anführung der Nummer hingewiesen, aber deren Inhalt bleibt trotzdem unbekannt. Die Anlage auf Seite 225 erscheint mir für den Nicht-Arzt zu wissenschaftlich.

Ob bei dem allgemeinen militärischen Wissen in einem Taschenbuch für den San.-Dienst es notwendig ist, auch den Pionier- und Fernmeldedienst der Bundeswehr in dieser Ausführlichkeit zu bringen, erscheint mir fraglich. Dagegen wirkt die Erste Hilfe zu dürftig. Eine Bildtafel mit den Uniformen des San.-Dienstes halte ich für wünschenswert.

Im ganzen ist das Taschenbuch eine notwendige und nützliche Bereicherung für den an diesen Fragen interessierten Leser.

Dr. Scharff

**Sozialgerichtliche Entscheidungen über den Zusammenhang zwischen Unfall und Erkrankungen.** Von Prof. Dr. A. Lob und Dr. jur. Reimund Asanger, Verlag Ferdinand Enke, Stuttgart, 1958, 280 Seiten, Leinen, DM 27.50.

Das Werk führt Rostock's „Entscheidungen des Reichsversicherungsamts über den Zusammenhang zwischen Unfall und Erkrankungen“ von 1931 fort. Nicht zuletzt die Entwicklung der medizinischen Wissenschaft läßt es begrüßen, daß das Werk erschien. Gegliedert ist das Werk nach Krankheitsbildern, wodurch gerade für den Arzt eine bessere Auswertung möglich ist. Bei der Urteilszusammenstellung sind auch frühere Bescheide der beiden Landesversicherungsämter der Bundesrepublik und einzelner Oberversicherungsämter berücksichtigt.

RA Poellinger, München

**Die Vorbereitung auf die Geburt.** Von Martius-Gschwendtner. Eine Anleitung für werdende Mütter. Ernst Reinhard Verlag, München-Basel 1959. 66 Seiten, 30 Abbildungen, kartoniert 2,80 DM.

Das Büchlein ist für die werdende Mutter geschrieben, die sich nach den neuesten Erkenntnissen über die verschiedenen Möglichkeiten der Schmerzlinderung während der Geburt unterrichten will. Bei der Darstellung der Geburtsvorbereitung haben sich die Verfasser an den Stundenplan eines fünfständigen Vorbereitungskurses gehalten, der sich an der Münchener Universitäts-Frauenklinik seit Jahren sehr bewährt hat. Die Darstellung des Vorbereitungskurses ist leicht faßlich und durch viele gute Ab-

# NEU VON ASID



XAS-810

bildungen so anschaulich, daß die Übungen nach kurzer Anleitung selbständig zu Hause weiter durchgeführt werden können. Die Vorbereitungen beruhen auf einem wohl- ausgewogenen System von Atemübungen, Entspannungs- übungen und gymnastischen Übungen in verschiedenen Körperlagen. Das Büchlein schließt mit nützlichen gesund- heitlichen Ratschlägen für die werdende Mutter.

Für den Lehrenden sei auf das Buch von Martius- Gschwendner-Kornhas „Geburtserleichterung“ im gleichen Verlag hingewiesen, in dem eine ausführliche Darstellung auch der medikamentösen Geburtserleichterung gegeben wird.  
Prof. Döring, München

**Der therapeutische Imperativ des Arztes.** Von Prof. Dr. G. Katsch. J. F. Lehmanns Verlag. 155 S., Ganzleinen, DM 12.80.

Der Greifswalder Kliniker faßt in diesem 155 Seiten starken Buch eine Reihe von Vorträgen zusammen, die mehr allgemeiner Natur sind und nur lose mit dem eigent- lichen wissenschaftlichen Arbeitsgebiet Katschs zusammen- hängen. Es liegt ihm vor allem daran, aus der Warte einer echten Allgemeinbildung das zu entwickeln, was „funk- tionelles Denken“ bedeutet, und es stellt für den Leser ein erregendes Schauspiel dar, das Entstehen einer neuen Anschauungsweise („aus Funktionsstörung wird Form- störung“) als „Arbeitsrichtung“ mitzerleben. Den prakti- zierenden Arzt ermutigt das Buch, seine alltäglichen Er- fahrungen in größere Gedankenkreise einzuordnen und über das Handwerkliche hinaus zu denken und damit die alte Forderung zu vollziehen: Der Arzt müsse ein Philo- soph sein.

Für den älteren Arzt wird das erinnernde Bewußtsein besonders stark, welchen Wandel der Anschauungen in der Medizin er seit seiner Studienzeit erlebt hat: Vom krassen Positivismus bis zur modisch-einseitigen psycho- somatischen Betrachtungsweise. Daß sich Katsch im ersten Aufsatz (nach welchem das Buch seinen Titel hat) beson- ders mit dem „therapeutischen Imperativ“, mit dem „Hel- ferdrang“ als einer Grundvoraussetzung unseres Berufes positiv auseinandersetzt und bekennt, daß dieser nicht „ex cathedra“ lehrbar sei, kann uns in unserem Kampf wider eine drohende Fehlentwicklung der ärztlichen Hal- tung Hilfe und Ermutigung sein. Besonders aus diesem Grunde sei das Buch wärmstens empfohlen.  
G. S.

**Der Plattfuß.** Klinik, Pathologie, konservative und opera- tive Behandlung. 1959. Von Prof. Dr. Kaspar Nieder- ecker. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart. 368 Seiten, 344 Abb., 15 Tab., Ganzleinen, DM 89.—

Die Monographie gibt in neun Kapiteln einen Überblick der alten und neuen Auffassungen über die Ätiologie, Symptomatologie und Therapie des Plattfußes. Besonders ausführlich werden die Muskel- und Knochenanomalien behandelt. Hervorgehoben wird die überragende Bedeu- tung der Muskulatur, insbesondere der Muskelanomalien für die Plattfußentstehung. Es ist vor allem das fehler- hafte Wirken des M. peroneus tertius immer wieder

festzustellen. Die Beseitigung der Muskelanomalien ist unbedingte Voraussetzung für das Gelingen der Plattfuß- operation, denn solange die fehlerhaften Muskelkräfte wir- ken, bleibt die Störung des muskulären Gleichgewichtes bestehen. Die Erfolglosigkeit der auch heute noch in gro- ßer Anzahl ausgeführten unblutigen Eingriffe hängt damit zusammen. Aufgrund dieser Gedankengänge kommt Nie- derecker zu der Ansicht, daß „bei der weitaus größten Zahl“ der Patienten mit Plattfuß ein blutiger Eingriff notwendig ist. Die Operation ist eine prophylaktische Maß- nahme. Die frühzeitige Operation — frühestens im sech- sten Lebensjahr — lenkt das Knochenwachstum in die gewünschten Bahnen. Folgende Operationen kommen ein- zeln oder in Kombination zur Anwendung: 1. Verlänge- rung der Sehnen der Mm. peronei, 2. z-förmige Verlänge- rung der Achillessehne unter Abspaltung der lateralen An- satzhälfte am Calcaneus, 3. Verpflanzung der Sehne des M. peroneus tertius auf den Fußrücken, 4. Freilegung der Sehne des M. tibialis anterior an ihrem Ansatz, 5. Ver- kleinern des Os naviculare und evtl. Etstirpation eines Os tibiale externum, 8. Keilosteotomie aus Talushals- und -kopf, 7. Resektion der Coalitio calcaneonavicularis, 8. Bil- den eines Knochenkanals durch das Os naviculare, 9. Ver- pflanzung der Sehne des M. tibialis anterior auf das Os naviculare mit transossärer Fixation. Nach diesen Prin- zipien wurden seit 1946 632 Knickplattfüße operiert und hiervon konnten 222 mindestens drei Jahre nach der Ope- ration nachuntersucht werden. Von diesen 222 kontrollier- ten Fällen wurde etwa in der Hälfte ein sehr gutes Er- gebnis erzielt.

Im Geleitwort wünscht Hohmann dem Buch einen guten Start. Für jeden, der sich mit dem Plattfuß, besonders mit dessen operativer Behandlung beschäftigt, wird das Buch unentbehrlich sein. Priv. Doz. Dr. med. A. Führmaier

**Deutsches Handbuch für Fremdenverkehr.** Band II, „Bayern“. 17. Ausgabe, Verlag Jaeger, Darmstadt. 484 Seiten, ca. 2000 Abb., DM 15.—

Nicht nur für den Erholungssuchenden oder den Ge- schäftsmann ist das Handbuch zu einem unentbehrlichen Helfer geworden. Besonders erwähnt seien die etwa 2000 Bilder in Kupfertiefdruck, die neben den Landschafts- aufnahmen und Ortsansichten auch schöne deutsche Be- herbergungsbetriebe zeigen. Das übersichtliche Karten- material soll nicht unerwähnt bleiben.

Es wurden selbstverständlich alle Angaben überprüft und auf den neuesten Stand gebracht.

„UNTERM WEISS-BLAUEN HIMMEL“, so sind die im Vierfarbendruck ausgezeichnet illustrierten Artikel des einleitenden Teiles überschrieben. Sie berichten über land- schaftliche Schönheiten, kulturelle Errungenschaften, histo- rische Bauten und kulinarische Genüsse in Oberbayern, Schwaben-Allgäu, Ostbayern und Nordbayern.

Das Werk wird im Auftrag des Bundes Deutscher Ver- kehrsverbände e. V. und in enger Zusammenarbeit mit dem Deutschen Bäderverband e. V. vom Verlag Erwin Jaeger herausgegeben.

# Chinin - Veralgit - Perlen

Gegen Grippe und Erkältungsinfekte



KREWEL-WERKE (22c) EITOLF b. KÖLN

## KONGRESSE UND FORTBILDUNG

### 11. Wissenschaftliche Ärztetagung in Nürnberg

vom 25. bis 27. November 1960 im Messebaus der Stadt Nürnberg, am Stadtpark, veranstaltet von der Bayerischen Landesärztekammer München unter Leitung von Prof. Dr. F. Meythaler.

#### Thema:

„Korrelatives Krankheitsgeschehen und dessen Therapie“

Freitag, den 25. November 1960

9.00—9.30 Uhr: Eröffnung der Tagung

9.30—10.00 Uhr: Festvortrag Prof. Dr. G. Domagk, Farbenfabriken BAYER, Wuppertal-Eilberfeld:

„Über den neuesten Stand der Therapie von Infektionskrankheiten und Tumoren“

10.00—10.30 Uhr: Prof. Dr. W. Bickenbach, Direktor der I. Frauenklinik und Hebammenschule der Universität München:

Zytodiagnostik des Collum-Carcinoms mit Filmdemonstration (Uraufführung)

10.30—11.00 Uhr: PAUSE

11.00—11.40 Uhr: Prof. Dr. R. Schnbert, Medizinische Universitäts-Klinik und -Poliklinik Tübingen:

Asthma bronchiale und dessen Therapie als Modell korrelativen Krankheitsgeschehens

11.40—12.20 Uhr: G. R. Grabam M. D., Hospital for sick children London:

Das Cor pulmonale als korrelatives pathophysiologisches Problem

12.20—13.00 Uhr: Prof. Dr. K. Mechelke, Medizinische Universitätsklinik Heidelberg:

Korrelation von Herz und Kreislauf zur Psyche und Konstitution

13.00 Uhr: Diskussion

#### MITTAGSPAUSE

15.00—15.40 Uhr: Prof. Dr. A. Heymer, Direktor der Medizinischen Universitätsklinik Bonn:

Die Pneumonien mit extrapulmonalen Begleiterscheinungen und deren Behandlung

15.40—16.10 PAUSE

16.10—16.50 Uhr: Prof. Dr. R. Haas, Direktor des Hygiene-Institutes der Universität Freiburg:

Kombinationsimpfung und Lebendimpfung gegen Polomyelitis

16.50—17.00 Uhr: Zur Diskussion aufgefordert:

Prof. Dr. A. Windorfer, Direktor der Universitäts-Kinderklinik Erlangen

17.00 Uhr: Diskussion

#### Filmvorführung:

„Nachweis von Tumorzellen im strömenden Blut“  
(Farbenfabriken BAYER A.-G., Leverkusen)

Samstag, den 26. November 1960

9.30—10.10 Uhr: Prof. Dr. H. W. Bansi, Chefarzt der Inneren Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses St. Georg Hamburg:

Neue Wege gezielter Hormonbehandlung

10.10—10.50 Uhr: Prof. Dr. G. Mohnike, Leiter der Abteilung für Stoffwechselkrankheiten der I. Medizinischen Klinik der Charité Berlin:

Blutzuckerregulation und Gesamtstoffwechsel

10.50—11.10 Uhr: Zur Diskussion aufgefordert:

Doz. Dr. H. Maske, Bad Homburg v. d. H.:

Regulation der Insulinabgabe

11.10—11.40 Uhr: PAUSE

11.40—12.20 Uhr: Doz. Dr. W. Creutzfeldt, Medizinische Universitäts-Klinik Freiburg:

Wechselseitige Beziehungen zwischen Leber und Diabetes mellitus

# NEU von ASID NEUTRASID®



Das Symbol für  
Ergänzung  
und Ausgleich,  
Harmonie  
und Gleichgewicht.



Bei allen  
Erkrankungen  
der Atmungs-  
organe

# ANTIBEX

## SIMPLEX · FORTE · CUM EPHEDRINO

125 ccm enthalten  
50 mg Dihydrokodein

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

12.20—13.00 Uhr: Doz. Dr. R. Bercbold, Chirurgische Universitätsklinik München:

Über die Chirurgie der hepatoilenalen Erkrankungen

13.00 Uhr: Diskussion

### MITTAGSPAUSE

15.00—15.40 Uhr: Prof. Dr. H. Schwiegk, Direktor der I. Medizinischen Klinik der Universität München:

Über die Beziehungen zwischen Kreislauf und Wasser- und Mineralstoffwechselstörungen

15.40—16.10 PAUSE

16.10—16.50 Uhr: Prof. Dr. R. E. Mark, Direktor der I. Medizinischen Universitätsklinik Halle:

Lärm und Lebensnerven

16.50—17.30 Uhr: Prof. Dr. M. Mikorey, Universitäts-Nervenambulanz München:

Sucht und Psyche

17.30 Uhr: Diskussion

### Filmvorführung:

„Chronische Bronchitis“ (Pfizer G. m. b. H. Karlsruhe)

20.00 Uhr: Zusammenkunft der mittelfränkischen Sportärzte (mit Damen) im Café-Restaurant „Vier Jahreszeiten“, Nürnberg, Sulzbacher Straße 1.

Das Programm umfaßt:

1. Aufgaben der Sportmedizin in Bayern (Dr. GOSSNER, Haunstetten, Vizepräsident des DSÄB und Vorsitzender des BSÄB)
2. Bericht über die Sommerolympiade in Rom (Dr. Ingeborg BAUSENWEIN, Nürnberg, Vorsitzende des Frauenausschusses des DSÄB)

Alle Tagungsteilnehmer sind hierzu eingeladen

Sonntag, den 27. November 1960

9.30—10.10 Uhr: Prof. Dr. Dr. K. Lang, Direktor des Physiologisch-Chemischen Institutes der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz:

Nahrungsfette und Arteriosklerose

10.10—10.50 Uhr: Prof. Dr. A. Lemaire, Clinique thérapeutique médicale Hospital St. Antoine Paris:

Das humorale Bild der Arteriosklerose

10.50—11.20 Uhr: PAUSE

11.20—12.00 Uhr: Doz. Dr. A. Labhart, Medizinische Universitätsklinik Zürich:

Stoffwechselgrundlagen der Fettsucht

12.00—12.40 Uhr: Prof. Dr. Dr. E. G. Schenck, Starnberg:

Korrelationen zwischen Diabeteshäufigkeit, Volksernährung und Wirtschaftsleben

12.40—13.20 Uhr: Prof. Dr. J. Nöcker, Chefarzt der Medizinischen Klinik im Städtischen Krankenhaus Leverkusen: Das korrelative Geschehen zur Erzielung von Höchstleistungen

13.20 Uhr: Diskussion

### Klinische Demonstrationen

finden in kleineren Gruppen während der Tagung in den Städtischen Krankenanstalten Nürnberg, Flurstraße 17, statt:

1. Klinische Visite auf einer internen Abteilung (Oberarzt Dr. Lahmann)  
Samstag, 10 Uhr, Bau 11 part.
2. Diagnostik angeborener Herzfehler mit Demonstration der speziellen Methoden (Dr. Pfannmüller, Dr. Haas)  
Freitag, 14 Uhr, Röntgeninstitut
3. Praktische Diagnostik der erworbenen Herzklappenfehler (Oberarzt Dr. Hofer)  
Freitag, 16 Uhr, Bau 39 I. Stock
4. Laparoskopie (Dr. Geschke)  
Samstag, 9 Uhr, Tiefbunker
5. Gastroskopie (Dr. Häupler)  
Samstag, 6 Uhr, Tiefbunker

# Salistoperm

Das percutane Heilanaestheticum

Unterbrechung des circulus vitiosus:

Schmerz - Muskelkontraktion - Gefäßspasmus - Ischämie - Hyperalgesie  
Rheuma, Lumbago, Myalgien, Ischialgien, Neuralgien, Neuritiden, stumpfe Traumen, Unfall- und Sportverletzungen u. a. Schmerzzustände, zur Segment-Therapie

# Inasthmon

Das percutane Expectorans

Umfassender spasmolytischer, analgetischer, antiphlogistischer und sekretolytischer Effekt

Katarhe der Luftwege, akute, chronische und spastische Bronchitiden, Asthma bronchiale, Staublunge, Prophylaxe postoperativer Lungenkomplikationen.

6. Beurteilung und Behandlung der diabetischen Stoffwechsellage (Dr. Scheuble)  
Samstag, 10 Uhr, Bau 32 I. Stock
  7. Therapie der Poliomyelitis mit Demonstration der Beatmungsgeräte (Oberarzt Dr. Hofer und Schwester Gerda Woilh)  
Samstag, 14 Uhr, Bau 39 I. Stock
  8. Behandlung inoperabler Malignome u. der Leukämien (Dr. Göß)  
Samstag, 9 Uhr, Bau 14 I. Stock
  9. Diagnose und Therapie der Hepatitis und ihrer Folgezustände (Dr. Geschke)  
Samstag, 11 Uhr, Bau 11 I. Stock
  10. Diagnose und Therapie der peripheren Durchblutungsstörungen (Dr. Wurzel)  
Freitag, 17 Uhr, Bau 32 part.
  11. Therapie der Thrombophlebitis mit Demonstration der Verbandstechnik (Dr. Haag)  
Freitag, 16 Uhr, Bau 11 part.
  12. Teilnahme an chirurgischen Operationen (Prof. Dr. Franke) und klinische Visiten auf der chirurgischen Klinik (Prof. Dr. Franke mit Oberärztin Dr. Birkner und Dr. Petermann)  
Samstag, 8 Uhr, Bau 4 part.
  13. Teilnahme an Operationen des HNO Fachgebietes (Prof. Dr. Becker und Oberarzt Dr. Raab)  
Samstag, 8 Uhr, Hochbunker IV. Stock
  14. Dermatologische Krankendemonstration (Medizinaldirektor Dr. Beck und Oberarzt Dr. Lemke)  
Freitag, 16 Uhr, Bau 19, Eingang 5, I. Stock
- Auskunft: Prof. Dr. Meythaler, Nürnberg, Flurstraße 17.

### KONGRESSKALENDER

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

#### Januar:

9. 1.—30. 3. in Hamburg: Kurs über Tropenmedizin und medizinische Parasitologie. Auskunft: Bernhard-Nocht-Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten, Hamburg 4, Bernhard-Nocht-Straße 74.
- 17.—21. 1. in Gießen: 2. Fortbildungskurs für Fachärzte der Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Auskunft: Prof. Dr. Dr. h. c. Georg Herzog, Pathologisches Institut der Universität Gießen, Klinikstraße 32 g.

#### Februar:

27. 2.—4. 3. in Gießen: 3. Werkärztlicher Fortbildungskurs „Diagnostische Methoden in der Arbeitsmedizin“. Auskunft: Prof. Dr. Dr. h. c. Georg Herzog, Pathologisches Institut der Universität Gießen, Klinikstraße 32 g.

#### März:

- 1.—3. 3. in München: 8. Symposium der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie. Auskunft: Prof. Dr. H. Nowakowski, II. Medizinische Universitäts-Klinik und Poliklinik, Hamburg-Eppendorf, Martinistr. 52.
- 6.—29. 3. in Gießen: 3. Fortbildungskurs in Bäder- und Klimahelkunde und physikalischer Medizin. Auskunft: Prof. Dr. Dr. h. c. Georg Herzog, Pathologisches Institut der Universität Gießen, Klinikstraße 32 g.

#### April:

- 5.—6. 4. in Bad Nauheim: 11. Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Medizinischen Arbeitsgemeinschaft für Herdforschung und Herdbekämpfung (DAH) e. V. Auskunft: Prof. Dr. Hatlemer, Gau Algesheim/Rhh., Ingelheimer Straße 75.
- 20.—22. 4. in Bad Lippspringe: 4. Wissenschaftlicher Aerosolkongress unter Mitwirkung der Fraunhofer-Gesellschaft zur Förderung der angewandten Forschung. Auskunft: Dr. H. Nüchel, Bad Lippspringe/Westf., Arminiuspark 3a, Kongressbüro.

# NEU VON ASID NEUTRASID®

- rasche anti-acide und antigastritische Wirkung
- Glykokoll verhindert reaktiven Säureüberschuß
- bewußter Verzicht auf eine spasmolytische Komponente

NEUTRASID reduziert den Säureüberschuß auf normale Werte und hält den pH-Wert des Magensekretes für lange Zeit auf optimalem Niveau. Dabei wirkt das Zwitter-Ion Glykokoll durch einen Doppeleffekt sowohl nach der sauren als auch nach der alkalischen Seite hin ausgleichend.

Indikationen: Sodbrennen, hyperacide Gastritis, vermehrte Salzsäurebildung und Magensaftsekretion bei Ulcus ventriculi et duodeni, Reizmagen nach Kaffee- und Alkoholgenuß.

Antacidum  
mit Glykokoll  
Zwitter-Ion

ASID

AS-8106

Asid-Institut GmbH · München 13

27.—30. 4. in Berlin-Dahlem: Kongreß für Laboratoriumsmedizin. Auskunft: Dr. W. Massmann, Berlin-Friedenau, Rubensstraße 125.

#### Mai:

1.—6. 5. in Lindau: 11. Lindauer Psychotherapiewoche. Auskunft: Sekretariat der Lindauer Psychotherapiewoche, München 2, Dienerstraße 17.

17.—18. 5. in Bonn: 21. Kongreß der Deutschen Vereinigung zur Förderung der Körperbehindertenfürsorge e. V. Auskunft: Deutsche Vereinigung zur Förderung der Körperbehindertenfürsorge e. V., Orthopädische Anstalt der Universität Heidelberg, Wielandheim.

#### Juni:

1.—3. 6. in Bayreuth: 10. Tagung der Süddeutschen Tuberkulose-Gesellschaft. Auskunft: Medizinalrat Dr. H. Hofmann, Kutzenberg über Lichtenfels/Ofr.

#### August:

27. 8.—2. 9. in Karlsruhe: 13. Deutsche Therapiewoche. Auskunft: Dr. med. P. Hoffmann, Karlsruhe, Kaiserallee 30 (Wissenschaftl. Kongreßbüro).

#### September:

29. 9.—1. 10. in Mannheim: Kongreß des Deutschen Sportärztebundes. Auskunft: Dr. H. W. Weber, Geschäftsführer des Deutschen Sportärztebundes e. V., Frankfurt a. M., Liebigstraße 53.

### AUSLAND

#### Januar:

14.—23. 1. in Madonna di Campiglio: 19. Lehrgang des Deutschen Sportärztebundes im Wintersport. Auskunft: DER, Frankfurt a. M., Mainzer Landstraße 42.

#### Februar:

25. 2.—11. 3. in Karersee (Dojornen): 20. Jahrgang des Deutschen Sportärztebundes im Wintersport. Auskunft: Dr. Fr. Friedrich, München 23, Wilhelmstraße 15.

#### März:

12.—25. 3. in Bad Gastein: 6. Internationaler Lehrgang für praktische Medizin der Bundesärztekammer. Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.

13.—25. 3. in Davos: 9. Internationaler Lehrgang für praktische Medizin der Bundesärztekammer. Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.

#### April:

25.—29. 4. in Salzburg: Gemeinschaftstagung des Deutschen Zentralausschusses für Krebsbekämpfung und Krebsforschung mit der Schweizerischen Nationalliga für Krebsbekämpfung und Krebsforschung und der Österreichischen Krebsgesellschaft. Auskunft: Prof. Dr. W. Niko lowski, Tübingen.

#### Juli:

10.—14. 7. in Genf: 4. Kongreß der Internationalen Diabetes-Vereinigung. Präsidium: Prof. Dr. J. P. Hoet, Löwen. Auskunft: Dr. B. Rilliet, 4, Boulevard des Tranchées, Genf.

#### August:

14.—19. 8. in Wien: 2. Internationaler Kongreß über psychische Entwicklungsstörungen im Kinde. Auskunft: 2. Internationaler Kongreß für psychische Entwicklungsstörungen, Universitäts-Kinderklinik, Wien IX, Lazarettstraße 14.

#### September:

7.—10. 9. in Saizburg: Kongreß der Gesellschaft für praktisch angewandte Medizin. Auskunft: Dr. Braun, Brunn an der Wild, Nd.-Österr.

14.—17. 9. in Neapel: 2. Internationales Symposium für Chemotherapie. Auskunft: Prof. Dr. P. Preziosi, Case postale 266, Neapel.

### Richtigstellung zum Artikel BÄBl. Nr. 10/60

#### „Die Frau im Alter“

Von Dr. Maria Ries

Durch ein technisches Versehen ist auf S. 334, Abs. 4 der letzte Satz verstümmelt worden. Er heißt richtig:

„Vor allem läßt die Tatsache aufhorchen, daß in den USA die Sterbeziffern für Herzkrankheiten in den letzten 20 Jahren bei den Männern um 30% anstiegen, bei den Frauen dagegen um 30% fielen.“

#### Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegen Prospekte folgender Firmen bei:

Klinge, München 23  
Klinge, München 23  
Asche & Co., Hamburg  
Temmer-Werke, Marburg/Lahn  
Aktiengesellschaft für med. Produkte, Berlin N 65  
Dr. Reiss, Berlin NW 67  
Atmos Fritzsching & Co., Viernheim  
Dr. G. Henning, Berlin-Tempelhof  
Erste Kulmbacher Actien-Exportbier-Brauerei, Kulmbach/Bayern  
Paulaner-Salvator-Thomasbräu AG., München 9  
Merckle GmbH, Blaubeuren  
Schweizerische Unfallversicherungs-Gesellschaft Winterthur, München 23  
Hermann A. Hüffer KG., München 55, Großhaderner Straße 21—23

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayer, Landesärztekammer, München 23, Königinstraße 35/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. Postcheckkonto 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. Scharfing, München. Druck: Richard Pfaff 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.

# DOLORSAN®

# DOLORSAN®

SCHMERZSTILLUNG DURCH  
HEILHYPERKAEMIE

— bewährt  
— zuverlässig  
— nicht fälschend

DONA-DOLORSAN bei Durchblutungsstörungen und zur Segmenttherapie

JOHANN G. W. OPFERMANN & SOHN

ARZNEIMITTELFABRIK SEIT 1907 · BERGISCH GLADBACH

# Zod-Vel

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

NEOS DONNER KG., BERLIN SO 36

## „Stetophon“ Herzton-Apparat

Gleichzeitig Kufanlage  
Erfolg für jede Praxis

Prospekt und Lieferung: Sanftest., Frankfurt-Eckenheim 358

### Mikroskope

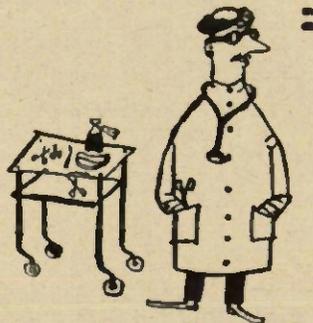
Dr. Schulze und Lebert, für Kassa, Biologie, Chemie, Wissenschaftler und Studierende. Garantie für Präzisions-Optik und perfektionistische Funktion. Zubehör und Reparaturen aller Fabrikate. Teilzahlung möglich. Ausführlicher Prospekt M/M 19 kostenlos vom Opt. Institut G.K.E. Schulze, Hamburg 34, Donnerstraße 22



### Praxisschilder

In modernen Farben  
6 farbig. Werbeschrift anfordern  
**SCHILDER-WIEDERHOLD**  
München-Solln, Willbrechtstr. 32

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



### Dr. Heil weiß es

... und er schätzt es: Um die Schreiberei braucht er sich nicht zu kümmern. Das macht Schwester Grete ausgezeichnet, und sie strahlt, wenn sie an ihrer weißen Olympia-Maschine sitzt.



für besseres Schreiben  
Prospekte durch den Fachhandel  
**OLYMPIA WERKE AG.**  
WILHELMSHAVEN

## Pianos - Flügel

Kleinklaviere - Cembali

Bis zu 40 Monatsraten

## Pianohaus Lang

München · Kaufingerstraße 28/1

Augsburg · Bahnhofstraße 15/1

Regensburg · Kassiansplatz 3

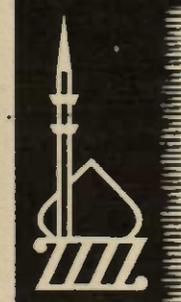
## Preiselbeeren

aus schwedischen vollreifen Beeren	13.30
Schwarze Johannisbeeren-Kanfitüre	12.50
Heidel (Blau) beeren	12.50
10 Pfd. Eimer	
Erdbeer-Kanfitüre	10.80
4,5 kg nette	
Aprikosen-Kanfitüre	10.50
nur mit reinem	
Himbeer-Sirup	12.00
Kristallzucker	
Pfeifen-Mus	8.85
eingekocht	

### Garantiert neue Ernte 1960

Fabrikfrische, tafelfertige, feinste und ungefärbte Qualitätsware. (Nachnahme)  
Bei Nichtgefall: Kaufpreis 100%ig zurück.  
H. Lucas A. 64 Honnef/Rh. Postf. 66

# PERSER-TEPPICHE



in großer Auswahl u. a.:

Karadja-Varleger	90x60 cm	DM 45,-
Belutschistan-Brücke	130x90 cm	DM 135,-
Lilian-Brücke	155x105 cm	DM 225,-
Bachtjari-Brücke	200x140 cm	DM 385,-
Seiden-Sistan	190x115 cm	DM 590,-
Luristan	312x170 cm	DM 755,-
Lambaran-Läufer	506x110 cm	DM 760,-
Dehadj-Teppich	315x215 cm	DM 950,-
Heris-Teppich	354x255 cm	DM 1280,-
Mahal-Teppich	370x330 cm	DM 1370,-
Keshan-Teppich	433x300 cm	DM 3980,-
Kabutarani-Teppich	530x352 cm	DM 4740,-

**ZOLGHADAR - TEHERAN**  
MÜNCHEN - Maximilianstraße 33

## Heilanzeigen deutscher Väder, Kurorte und Sanatorien

Abbach (bei Regensburg). Schwefelhaltige Quelle gegen Rheuma, Frauenleiden, Nervenentzündungen, Hautkrankheiten.

Bischofswiesen/Obb. b. Berchtesgaden, Spezialklinik für Heilschlaf. Leitender Arzt: Dr. med. Karl Pfeil, Telefon: Berchtesgaden 73 65, Ganzjahresbetrieb.

Brückenau-Bad (300 m). Säuerlinge, Moorbäder, Trinkkuren, gegen Erkrankungen des Nierenbeckens, der Blasen- u. Harnwege, Kreislaufstörungen, Rheuma, Frauenleiden.

Brückenau-Stadt (310 m). Eisen- und schwefelhaltige Säuerlinge, Trinkkuren, Moorbäder, gegen Magen-, Darm- und Stoffwechselkrankheiten, Rheuma.

Bad Dürheim (700-800 m). 27/ige Solquelle, Atemwege - Rheuma - Kreislauf - chronisch entzündliche Augenleiden.

Bad Mergentheim (210 m). Sanatorium Dr. Hoerster, klinisch fachärztlich geleitet, zur Behandlung von Leber-, Gallen-, Magen-, Darm- und Stoffwechselkrankheiten. Klin. Laboratorium, med. Bäderabteilungen, Röntgenabteilung, elektrophysikal. Therapie, Diätküche. Ganzjährig geöffnet. Telefon: 357, 30 Betten.

Neustadt/Saale Heilbad (240 m). Erdsulfatische Kochsalzsäuerlinge für Trink-, Bade- und Inhalationskuren. Moorbäder. Heilanzeigen: Magen, Darm, Galle, Leber, Kreislauf, Gicht, Zucker und Rheuma.

Nürtinger Heinrichsquelle, Nürtingen (Württ.), zu Haus-trinkkuren bei Leber-, Galle-, Magen-, Darm- und Stoffwechsellleiden.

Bad Orb im Spessart (170-540 m. ü. M.), Herz, Kreislauf, Rheuma, Kohlensäure-, Sole-, Moorbäder; Fangopackungen; Inhalationen; Gradierwerk, Mittelgebirgshellklima, ganzjähriger Kurbetrieb.

Oy (937 m). Thor-radiumhaltige Quelle gegen Ischias, Rheuma, deformierende Gelenkleiden. Auskunft: Kurverwaltung. Kniefppkuren.

Bad Soden-Taunus (140-220 m ü. M.) 250 Jahre Heilbad für Katarrhe, Asthma, Herzleiden (Kreislaufstörungen).

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

Solbad Windsheim/Mfr. Rheumatismus der Gelenke und Muskeln, Neuralgien und Neuritiden (Ischias, Lumbago) Stoffwechsellkrankungen, Frauenleiden.

### Privatnervenklinik Gauting

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

### Kinderarzt Dr. Schede's Kindersanatorium

Klaus-Andreas-Helm (17 b) Ohlingen. Breitwiesenhof, südl. Hochschwarzw., 650-950 m. 35 Hekt. 0-13 J., Unterricht, Ständ. kindertärztliche Betreuung im Haus, Hallenschwimmb.

Anzeigenschluß  
jeweils am 5. des Monats

## BEATIN

cum Codein sine Codein

Gegen chronische Affektionen der Atmungsorgane, Bronchialkatarrh, hartnäckigen Husten etc.

## BEATIN-GESELLSCHAFT M. B. H.

Ludwigshafen/Rhein, Erzbergerstraße 22, Fernruf 6 28 44

# Jede Stufe



**wird genommen**

Individuelle Therapie des jeweiligen Krankheitsbildes durch Wahl der geeigneten Applikationsform

## RHEUMASAN

...hält Schritt mit der Forschung!



„flüssig“  
DM 2.20  
It. A.T. o.U.



„Salbe“  
DM 1.20  
It. A.T. o.U.



„Drogées“  
DM 1.85  
It. A.T. o.U.

**Alle Formen des Gelenk-, Muskel- und Nervenrheumatismus**



Von alters her ist es der Brauch  
Zu hebern mit dem Magenschlauch,  
Dach wirklich macht es kein Vergnügen  
Für solche, welche ihn dann kriegen.



Stets wandte sich der Gast mit Grausen  
Auch bei dem starken Magensaufen.  
Wer es erlebt, der spricht nicht drüber,  
Geht on der Klinik gern vorüber.



Dach dieser edle gute Monn,  
Der wußte, was man machen kann.  
Es herrscht bei ihm der beste Wille –  
Statt Schlauch verabreicht er die Pille.



„Du nimmst die Pille Desmoid  
Und bläulich der Urin erglüht.  
O glaube mir, dein Magensaft  
Hat nach die echte alte Kraft.“

**DESMOIDPILLEN „POHL“** zur Magenfunktionsprüfung ohne Ausheberung  
Packungen zu 2, 4, 15 und 100 Pillen – Proben stehen zur Verfügung

**G. Pohl-Boskamp · Hohenlockstedt/Holstein**

Dr. Erdt Arnulf  
Baindikirch  
1611