B 1611 E 3/1961

BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Heft 3 München, März 1961 16. Jahrgang

PERU-LENICET® SALBE

Die Heilsalbe des Arztes!

mild und schmerzlindernd
granulationsfördernd
juckreizstillend
epithelisierend

Durch Vereinigung der Heilwirkung von
Peru-Balsam und Lenicet
von hervorragender Wirkung

½ Dose DM 1.15 lt. A. T. o. U.
1/1 Dose DM 1,70 lt. A. T. o. U.

DR. RUDOLF REISS CHEMISCHE WERKE
BERLIN WEST · HAMBURG · MÜNCHEN

VERLAPHARM
TUTZING/OBB.

VERLA

Bei vegetativen Störungen

entspannt beruhigt
betont sedativ

25 Dragées DM 1.90

Secale-Belladonna-Alkalaide Phenyläthylbarbitursäure

NEUROVEGETALIN

FEBENA
EM1
befreit!

Asthma bronchiale
(Pneumonokoniosen)
anginöse Beschwerden
cerebr. Durchblutungs-
störungen.

FEBENA-PHARM-PRÄPARATE 24

FEBENA · KÖLN

Bei einem Wirt zu Gast

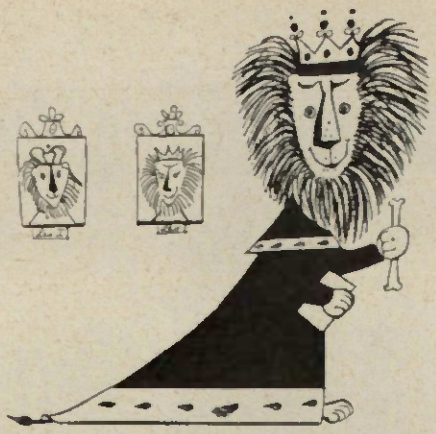
von Bernd Boehle

240 Seiten mit 70 dreifarbigen Aquarellen

Ballonleinen mit kunstvoll bedruckter Kassette, DM 16,80.

Kreuz und quer führt der Verfasser den Leser durch Deutschland — von Garmisch bis Hannover und Berlin. In seiner charmanten Art erzählt er von 70 Gasthäusern, Hotels und Pensionen, in denen noch eine behaglich gemütliche Atmosphäre herrscht und wo der Gast noch wirklich „Gast" ist. Diese köstlich frische Entdeckungsreise wird zum Führer für alle, die auf ihren Geschäfts- und Erholungsreisen noch kultivierte, persönliche Gastlichkeit zu schätzen wissen.

CARL GABLER GMBH Fachbuchhandlung
München 2, Kaufingerstraße 10



Was bestens ist,
das kann man nicht verbessern,
und Traditionen wachsen meist im stillen;
bewährt Bekanntes soll man nicht verwässern,
Beweis dafürs die Leo-Pillen.

Bei chronischer Obstipation immer aktuell: Leo-Pillen

rein pflanzliches Loxons, zuverlässig und schmerzlos, vollkommen unschädlich auch bei Dauergebrauch (keine Gewöhnungserscheinungen)

K. P. 30 Pillen DM 1.40 lt. AT. m. U. O. P. 60 Pillen DM 2.30 lt. AT. m. U.

Leo-Werke GmbH., Frankfurt/M

AESCORIN®

Venöse Stauungen

„Steigerwald"

DARMSTADT

Inhaltsverzeichnis

Seite

Die Zukunft von Praxis und Krankenhaus 69

Reichstein: Praxis und Krankenhaus im wechselseitigen Spannungsfeld

Hochrein: Gesunderhaltung und Wiedergesundung

Funke: Sollen wir Sportärzte werden?

AUS DEM STANDESLEBEN 78

14. Bayerischer Ärztetag — Gemeinsame Erklärung des Präsidenten des Landtages und des Präsidenten der Landesärztekammer zum Landtagsbeschluß über die Beibehaltung des Physikats für Anstaltsärzte — Stellungnahme der Bundesärztekammer zur Frage der gegenseitigen Anerkennung von Prüfungen und Diplomen in der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft — Weltgesundheitstag 1961

GESCHICHTE DER MEDIZIN 79

Kißkalt: Pettenkofer und die Hygiene

ZUR FORTBILDUNG — AUS DER KLINIK — FÜR DIE PRAXIS 84

Darf ich fliegen, Herr Doktor? — „Intravenöse Tracheotomie" — ein Schlagwort? — Die Verbrühung der Mundhöhle und der oberen Luft- und Speiseröhre

AUS DER BUNDESPOLITIK 85

Empfehlungen der Arbeitsministerkonferenz — Arzneimittelgesetz im Vermittlungsausschuß

AUS DER LANDESPOLITIK 86

Aussprache über die Regierungserklärung der Staatsregierung — Plan zur Abhilfe des dringenden Notstandes der Universitätskliniken in München — Lehr- und Forschungsinstitut für prophylaktische Paediatrie und Jugendmedizin — Überfüllung der medizinischen Ausbildungsstätten an der Universität München — Sinnvolle Streuung der Kassenärzte im Lande Bayern — Generalplan für die Altersheim-Unterbringung — Bau von Wohnungen für Tuberkulosekranke

FEUILLETON 90

Smollk: Tausend Wunder auf stillen Wegen

AMTLICHES 92

Zurücknahme der Untersagung ärztl. Berufsausübung — Untersagung ärztl. Berufsausübung — Stellenausschreibung für die staatl. Gesundheitsämter (Tuberkuloseärzte)

GESETZES- UND RECHTSFRAGEN 93

Poellinger: Ersatzansprüche des Hilfeleistenden gegen die Krankenkasse des Verletzten — Die ärztliche Behandlung und die Pflicht zur Aufklärung des Patienten in rechtlicher Beleuchtung

MITTEILUNGEN 95

Leistungsverbesserung der Bayerischen Ärzteversorgung — Verschreibung von Betäubungsmitteln insbesondere von Codein und ähnlichen Arzneistoffen — Verzeichnis von Arzneispezialitäten, die Codein, Aethylmorphin oder Dihydrocodien enthalten, ohne daß diese Arzneistoffe aus den Namen erkennbar sind

IN MEMORIAM 99

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Walter Stoeckel

LESERBRIEFE 101

Zum Thema: Therapie des Krebses

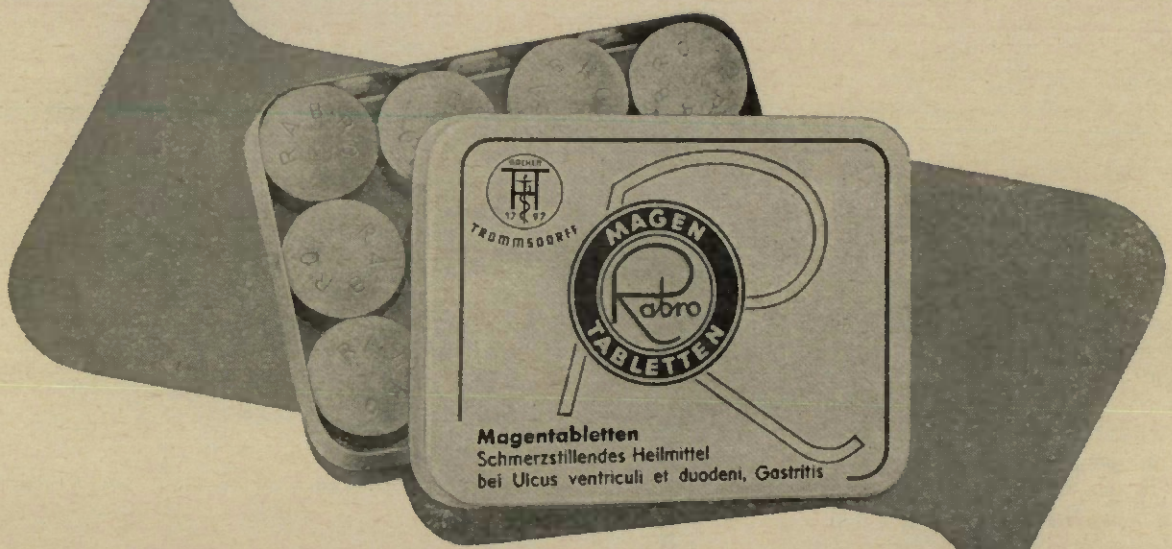
KONGRESSE UND FORTBILDUNG 102

11. Lindauer Psychotherapiewoche — Kongreßkalender

MAGEN

Rabro

TABLETTEN



Ulcus ventriculi · Ulcus duodeni · Gastritiden

AACHEN

17 97

TROMMSDORFF

BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Heft 3 | München, März 1961 | 16. Jahrgang

Die Zukunft von Praxis und Krankenhaus

Aus einer Tagung in der Evang. Akademie Bad Boll

Die Evangelische Akademie in Bad Boll hatte einen Kreis von Ärzten, Politikern, Verbandsvorsitzenden und weiteren Fachleuten zu einer Studientagung vom 10. bis 12. Februar 1961 nach Bad Boll eingeladen, bei der „Die Zukunft von Praxis und Krankenhaus" behandelt werden sollte. Die Tagung stand unter der Leitung des Pfarrers und Kollegen Dr. med. Krapp. Der Direktor der Akademie, Dr. Eberhard Miller, hatte die Teilnehmer in einem besinnlichen Vortrag über „Das Spiel vom Schwarzen Peter" gebeten, untereinander freimütig zu diskutieren. Prof. D. Dr. Neuffer, Stuttgart, hielt das Einführungsreferat „Der Platz des praktischen Arztes in der Massengesellschaft". Professor Martini, Bonn, berichtete über die Empfehlungen des Wissenschaftsrats zur „Reform der klinischen Ausbildungsstätten". Es fanden außerdem Podiumsdiskussionen statt, bei denen Vertreter der Ärzte, Arztfrauen, einzelner Verbände, der Schwestern, der Patienten u. a. über „Die Sorge um die Praxis" und „Das Krankenhaus in der Industriegesellschaft von morgen" miteinander sprachen. Dr. Reichstein, MdL, München, hielt das nachfolgende Referat

»Praxis und Krankenhaus im wechselseitigen Spannungsfeld«

Meine sehr geehrten Damen und Herren!

Es ist ein guter, wenn auch nicht immer geübter Brauch im politischen Leben der angelsächsischen Welt, vor einem Vortrag zu begründen, weshalb man sich zur Darlegung eines bestimmten Problems berechtigt sieht. Ich möchte diese Übung aufgreifen und sagen, daß ich die Berechtigung, zu den hier anstehenden Fragen zu sprechen, aus einer etwa 20jährigen ärztlichen Tätigkeit nehme, der sich noch eine jahrelange politische Tätigkeit beigesellte, die mich als Stadtrat, Kreistagsmitglied, stellvertr. Landrat, Abgeordneter des Deutschen Bundestags und — zur Zeit — Abgeordneter des Bayerischen Landtags aus anderer Sicht mit den hier zur Debatte stehenden Problemen konfrontierte.

Es wird auch mein Bemühen sein, Gedanken aus dem bisherigen Verlauf unserer Tagung bei meinen Darlegungen zu berücksichtigen.

Die apodiktische Formulierung des Themas enthebt mich der Verpflichtung zur Darlegung von Gedanken über den geistig-soziologischen Hintergrund, vor dem sich Praxis und Krankenhaus gegenüberstehen, von Gedanken über die Welt, in der wir leben, über die Unruhe, unter der die Menschen leiden, über die Störung der zwischenmenschlichen Beziehungen.

So setze ich denn an den Beginn die Diagnose des Zustandes: Spannungsfeld.

Spannungsfelder drängen zur Entladung. Sie müssen beseitigt werden, wenn man nicht die nachteiligen Folgen in Kauf nehmen will, die eine ungeregelte und zur Unzeit erfolgende Entladung zur Folge haben.

Eine zu lange Dauer eines solchen Spannungszustandes wird für den Berufsstand nur negative Folgen haben, und das Ansehen der Ärzte wird leiden, wenn diese zu lange in ihren eigenen Angelegenheiten und Schwierigkeiten gefangen bleiben. Schaden, den das Ansehen unseres Berufsstandes erleidet, wird aber immer auch nachteilige Auswirkungen auf die Berufsausübung haben. Es sind gestern schöne Worte über das Ansehen des Arztes gesprochen worden und über das Leitbild, nach welchem er sein Leben richten sollte. Vom Arzt war die Rede, der auch Philosoph sein müsse. Wenn mich meine Erinnerung nicht trügt, ist bei Hippokrates das Bild des Arztes in drei Worten ausgedrückt, deren Wucht erschrecken kann:

ιατρος φιλοσοφος ισοθεος

„Der Arzt, der Philosoph ist, ist Gott gleich".

Wir wissen in diesem Dreiklang die dem wahren Arzttum innewohnenden Bindungen ausgedrückt. Die lebensklugen Griechen haben uns, damit der Arzt nicht aus dem Bereich des Menschlichen hinausgehoben und unerfüllbaren Forderungen unterworfen wird, in ihre Mythologie, die uns Hesiod überliefert hat, gleichsam zur Beruhigung erzählt, daß Askiepios, der Stammvater des ärztlichen Berufsstandes, zwar der Sohn des Gottes Apoll gewesen sei, entsprungen aber dem Liebesverhältnis mit einem sehr, sehr irdischen Mädchen —

Spannungsfelder, so sage ich, müssen also beseitigt werden, weil sie dem Ansehen des Arztes schaden. Sie müssen aber auch beseitigt werden, weil sie ein Hindernis für die Erfüllung von Aufgaben darstellen, die nur ihm zugewiesen sind. Diese Aufgaben des Arztes sind vom Anbeginn ärztlicher Tätigkeit die gleichen

geblieben, heute aber sind noch neue hinzugetreten. Wenn wir hoffen, daß die Beziehungen der Menschen nicht durch den Krieg als einem Kampf gegen die Menschen gestört werden, dann müssen wir aber wissen, daß der Kampf um den Menschen in allen Bereichen des Lebens mit Erbitterung geführt werden wird. Dieser Kampf um den Menschen weist auch dem Arzt seinen Platz und seine Aufgaben zu, die er aber nicht gut erfüllen kann, wenn er mit sich selbst und seiner Umwelt in Spannung lebt.

Die Beseitigung von Spannungsfeldern ist auch erforderlich, damit nicht weiterhin verschiedene Institutionen versuchen können, in deren Schatten ihnen oder nur ihnen genehme Regelungen für die Beziehungen zwischen Ärzten, Kranken und Kassen zu treffen. Ich glaube, daß man z. B. nur im Schatten solcher Spannungsfelder den Versuch machen könnte, etwas als Krankenversicherungsreform anbieten zu wollen, was in Wirklichkeit eine ab ovo mißratene Schöpfung war aus Mißtrauen, Mißgunst und Unkenntnis, zusammengehalten durch den ideologischen Kleister sozialpolitischer Sektierer.

Ich möchte meine Darlegungen in Diagnostik und Therapie unterteilen und dabei die Zustandsbilder einzelner Gruppen darstellen. Die Wechselseitigkeit ergibt sich dann allein schon daraus, daß es sich um Angehörige des gleichen Berufes handelt, deren Zusammenarbeit zwingend ist.

Der praktische Arzt.

Der praktische Arzt lebt heute in seinem eigenen Spannungsfeld, das begrenzt ist durch das Bemühen um die Wahrung seines ärztlichen Leitbildes und der Gefahr der Resignation vor den immer größer werdenden Schwierigkeiten. Hinzu tritt, daß er in einen Konkurrenzkampf geraten ist, der seiner Tätigkeit abträglich ist. Dieser Konkurrenzkampf ist u. a. entstanden durch ein Überangebot an niedergelassenen Ärzten, durch die zunehmende Anwendung technischer Mittel in der Medizin, die noch gefördert wird durch eine unrichtige Bewertung der reinen ärztlichen Leistung gegenüber der Anwendung von Apparaten durch die Gebührenordnungen. Hinzu tritt das Bemühen um die Erlangung der notwendigen Kenntnis der Fortschritte in der Medizin und der Übersicht über die schon unerfaßbar gewordene Fachliteratur. Die zunehmend disharmonischer werdende Relation zwischen praktischen Ärzten und Fachärzten, vorwiegend in den Städten, ist die Ursache weiterer Schwierigkeiten. Von den seit März 1960, seit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts über die Unzulässigkeit von Zulassungsbeschränkungen also, sind von 5742 neuen Kassenzulassungen 3268 Fachärzte und 2474 praktische Ärzte gewesen.

Für die umfassende Tätigkeit in einer allgemeinen Praxis ist seine Ausbildung oft nicht zweckmäßig, und eine Unterbewertung gegenüber dem Facharzt ist vielfach — z. B. auch bei den Gebührenordnungen der Krankenversicherungen — festzustellen.

Der niedergelassene Facharzt.

Der niedergelassene Facharzt steht im allgemeinen vor gleichen Schwierigkeiten; es kommt hinzu, daß in sehr vielen Fällen seine Berufsausübung eine einzige Anklage ist gegen die Verhältnisse. Sehr viele hochqualifizierte Fachkräfte können ihre Fähigkeiten und Kenntnisse in ihrer eigenen Praxis oft nicht verwenden. So finden etwa nur zehn Prozent der Fachärzte für Chirurgie eine Arbeitsmöglichkeit, die ihrer Ausbildung und ihren Fähigkeiten entsprechen. Zweifel an der richtigen Wahl des Faches mögen dann die Freude an der Arbeit noch weiter trüben. Solche Zustände stellen aber in ökonomischer Beziehung völlig untragbare Fehlinvestitionen dar, die sich kein anderer Berufsstand leistet.

Der Arzt im Krankenhaus.

Der Ordinarius ist durch Forschung und Lehre, die Leitung seiner Klinik und Ausübung der eigenen Praxis oft bereits jenseits der Grenzen, die menschlichem Vermögen gezogen sind. Je nach Neigung wird dann die eine oder andere der genannten Tätigkeiten bevorzugt werden. Er ist in seiner Arbeit absolut angewiesen auf die bei ihm tätigen Ärzte, die sich auf Spezialgebieten besondere Kenntnisse erworben haben und auf diesem auch mehr Wissen in sich vereinen als der Leiter der Klinik. In welchem Maße das der Fall ist, kann man besonders gut beurteilen, wenn man als Arzt einmal Patient in einer großen Klinik war und aufmerksam die Verhältnisse betrachtet. Das immer wieder feststellbare Bemühen, am seitherigen hierarchischen Prinzip festzuhalten, mag menschlich verständlich sein, es verkennt aber die Tatsache, daß die moderne Medizin für die stationäre Behandlung der Kranken die ärztliche Gruppenarbeit verlangt, bei welcher der Chefarzt nicht eine Art Oberpriester, sondern der Primus inter pares ist. Mutatis mutandis gilt das auch für die Chefärzte der größeren Krankenhäuser.

Die Spezialisten in unseren Krankenhäusern und Kliniken sind besondere Geschöpfe unserer Zeit. Sie kommen in den Kliniken gut voran, werden dort unentbehrlich, kommen aber nicht weiter und können vor allen Dingen aus der Klinik und dem Krankenhaus nicht mehr heraus; denn ihre besonders vertieften Kenntnisse auf Spezialgebieten sind in gleichem Maße der Anlaß für ihre besondere Bedeutung in den Krankenhäusern, wie sie ein Hindernis darstellen können zur Ausübung der ärztlichen Tätigkeit als niedergelassener Arzt.

Für die Assistenzärzte ist das Krankenhaus heute im wesentlichen nur die Durchgangsstation zur eigenen Praxis. Sie gehen diesen Weg oft dem Zufall überlassen und ohne eine besondere Ordnung und durch die herrschenden arbeitsrechtlichen Verhältnisse in ihrer engeren Berufswahl erheblich beeinträchtigt. Etwa rund 40% der Oberärzte und rund 60% der planmäßigen Assistenzärzte haben keinen Dauervertrag — ein Zustand, in welchem sich die Verkennung der Situation deutlich zeigt, der unzumutbar ist und in vielen Fällen der Verweigerung der notwendigen sozialen Sicherheit gleichkommt.

Das Krankenhaus.

Das Krankenhaus, besonders das größere Haus, wird beeinflußt von der zunehmenden Beherrschung durch die Spezialisierung, durch komplizierte technische Apparaturen mit eigenen Fachkräften, durch immer subtilere Methoden für Diagnose und Therapie, durch die notwendige Arbeitsteilung als Zeiterscheinung, von

der Ärzte und Krankenhäuser nicht unberührt bleiben können. Der auch heute noch feststellbaren Konzentration von Assistenzärzten an Kliniken und größeren Krankenhäusern steht ein Mangel an Assistenzärzten an den anderen Krankenhäusern gegenüber. Arbeitsbedingungen, Arbeitszeitregelung, Fortbildungsmöglichkeiten und auch außerberufliche Verhältnisse in den größeren Orten mögen diesen Zustand mit hervorrufen. Es besteht jedenfalls ein Fehlbedarf von etwa 2000 Assistenzärzten in den deutschen Krankenanstalten; bei einer Steigerung der Bettenzahl, die für erforderlich gehalten wird, wird dieser Mangel sich noch vergrößern.

Nicht zuletzt wirkt sich die fehlende Ordnung bei der Errichtung und bei der Einrichtung von Krankenhäusern nachteilig aus.

Therapie.

Bei den Überlegungen, was getan werden kann, um die geschilderten Verhältnisse, die zu wechselseitigen Spannungen führen, zu bessern, wird man mit Sorgfalt der Gefahr entgehen müssen, nur Symptome zu kurieren. Typisch dafür scheint mir z. B. die Forderung zu sein, es müßten mehr Studenten Medizin studieren, da dadurch auch die Zahl der Assistenzärzte vermehrt würde. Ohne gleichzeitigen Strukturwandel der Krankenhäuser ist dieser Weg mit Sicherheit ein Irrweg. Man muß weiterhin davon überzeugt sein, daß notwendige Änderungen zum Wohle der Kranken und zum Wohle des ärztlichen Berufsstandes Platz greifen müssen, und man soll bei diesen Bemühungen das Gemeinsame voranstellen und wie bei einer guten Behandlung eines Kranken das Ganze sehen. Ich glaube, daß neue Formen der ärztlichen Berufsausübung gefunden werden müssen. Geht man an dieser Frage vorbei, dann wird die Entwicklung über uns hinweggehen. Hierbei wird auch auf manchen Gebieten ein Umdenken erforderlich sein und die Bereitschaft zur Erkenntnis, daß in unserem Berufsstand ohne allgemeinen Schaden die Verlegenheit des einen nicht zur Gelegenheit des anderen werden darf.

Der praktische Arzt — in gewissem Maße gilt das auch für den niedergelassenen Facharzt — soll durch Übernahme neuer Aufgaben oder durch besondere Pflege bereits heute vorhandener Aufgaben ausgleichen, was ihm bei der Krankenbehandlung durch die modernen Methoden in der Medizin und durch die Zunahme des Umfanges der stationären Behandlung (z. B. durch mangelnde Pflegemöglichkeiten in der Familie) entgleitet. Er muß die große Chance seiner Aufgabe bei allen Maßnahmen der Vorsorge erkennen; ich erwähne in diesem Zusammenhange die Aufgaben, die das Jugendarbeitsschutzgesetz gerade den niedergelassenen Ärzten zuweist. Der praktische Arzt soll allein bleiben. Er soll — und hier wiederbole ich mit Nachdruck, was oft gesagt wird — Hausarzt bleiben oder wieder werden. Er soll der Berater der Familie in allen Fragen der Gesundheit sein. Er soll in dem ihm zukommenden Maße **seine** Kranken behandeln. Er soll seinen Patienten der behutsame Betreuer am Lebensende bleiben.

Er muß
dann aber eine diesen Aufgaben gemäße Ausbildung erhalten als ein Arzt mit gutem Wissen auf vielen Gebieten.

Er muß
daher auch nach außen hinsichtlich seiner Ausbildung gleichwertig sein dem Facharzt als einem Arzt mit viel Wissen auf wenigen Gebieten.

Er muß
seine Aufgaben ohne Benachteiligung mit einer wohlausgewogenen Beschränkung seiner apparativen Praxisausstattung durchführen können. Die Gebührenordnungen müssen diesem Gesichtspunkt Rechnung tragen.

Eine solche Begrenzung wäre auch die Begrenzung zum Facharzt, mit dem er zusammenarbeiten, nicht aber — es sei denn um das Leben und die Gesundheit der Kranken — zusammen kämpfen soll. Für diese Aufgaben und unter diesen Gesichtspunkten sollte der Arzt, der in der umfassenden Tätigkeit des praktischen Arztes seine Lebensaufgabe sehen will, nach dem Examen durch eine gut geordnete Krankenhaustätigkeit und als Assistent von niedergelassenen Ärzten, in insgesamt fünf Jahren vorbereitet werden. Die Gleichstellung gegenüber dem Facharzt wäre damit auch hinsichtlich der Ausbildungsdauer hergestellt. Eine weitere, durchaus erwünschte Wirkung wäre eine Vermehrung der Zahl von Assistenzärzten in unseren Krankenhäusern.

Für den Facharzt ist eine größere apparative Ausstattung seiner Praxis zweifellos erforderlich. Es stellt sich aber heute die Frage, ob wirklich jeder Facharzt auf diesem Gebiete die gleichen hohen Investitionen machen soll, ohne daß eine genügende Ausnutzung gewährleistet ist. Das schließt die Frage ein, ob eine Rationalisierung möglich ist. Ich beantworte sie mit Ja. Sie ist möglich durch eine „Gerätegemeinschaft" oder eine „Praxisgemeinschaft." In einer solchen Gemeinschaft wäre im übrigen auch das notwendige kollegiale Gespräch über den Kranken viel leichter zu führen, und die oft sehr hohen Zeit- und Arbeitsverluste durch das lange Wartenmüssen bei der heutigen Überweisungspraxis könnten verringert werden. Nur oberflächliche Betrachtung könnte in solchen Gemeinschaftstätigkeiten vergleichbare Verhältnisse mit den Ambulatorien im anderen Teile unseres Vaterlandes erblicken. Eine Zusammenarbeit von Fachärzten in der skizzierten Weise ist und bleibt ja eine freie Gemeinschaft freier Ärzte, die in ihrer Arbeit nur an ihr Gewissen und die Gesetze gebunden bleiben und nicht gelenkt werden durch irgendeine Art von staatlichem Dirigismus. Überdies würde durch eine solche Entwicklung der praktische Arzt, dessen Tätigkeit man im kommunistischen Machtbereich als besonders störend empfindet und behindert, in seiner besonderen Aufgabe als Hausarzt der Familie nicht berührt.

Eine solche Facharztgemeinschaft sollte dann auch gemeinsam eine Belegarztgemeinschaft werden. Diese Ärzte würden also auf diesem Wege wieder in das Krankenhaus zurückkehren und auch zur Erleichterung der Lage der Krankenhäuser und deren Ärztemangel beitragen. Die vom Vorsitzenden des Chefarztverbandes nach Pressemeldungen über den Belegarzt geäußerten Worte, der Belegarzt sei kein Oberkellner, sind mir nicht nur völlig unverständlich, ich halte sie auch für völlig unpassend.

Für die einzelnen Fachabteilungen ist mit Sorgfalt die für das Wohl der Kranken und die Verantwortungsfähigkeit des leitenden Arztes optimale Größe festzustellen. Während man für den Bereich der Universitäts-

kliniken wegen deren besonderen Aufgaben für Forschung und Lehre die Größe der einzelnen Fachabteilungen vielleicht bei 200 Betten begrenzen sollte, sollten die Abteilungen in den anderen Krankenhäusern nicht mehr als etwa 100 Betten umfassen. Eine solche Zahl von Kranken wäre für den leitenden Arzt nicht nur überschaubar, sondern er wäre auch ohne Schwierigkeiten in der Lage, die ihm obliegende Verantwortung wirklich zu tragen. Bei einer derartigen Regelung könnte auch eine größere Zahl von Ärzten in leitende Stellungen aufrücken.

Die durch die Entwicklung der modernen Medizin hervorgerufene Notwendigkeit zur ärztlichen Gruppenarbeit wird ebenfalls zu Strukturveränderungen beitragen. Die notwendigen Spezialisten müssen so gestellt werden, daß sie in den Kliniken und Krankenhäusern auch bleiben können. Man wird für diese Kollegen also in vermehrtem Maße Dauerstellungen als Abteilungsvorsteher schaffen müssen. Ihre soziale, arbeitsrechtliche und gesellschaftliche Stellung muß dann auch ihrer Arbeit und Bedeutung entsprechen. Solche Dauerstellungen müßten in vermehrter Zahl aber auch für jene Kollegen geschaffen werden, die in einer Tätigkeit als Krankenhausarzt die Erfüllung ihrer Lebensarbeit sehen.

Auch durch diese Maßnahmen würde also die Zahl der Krankenhausärzte vergrößert werden. Die Heranziehung größerer Krankenhäuser zur medizinischen Ausbildung, die in der Zukunft sicher mehr als bisher erforderlich sein dürfte, könnte die Verwirklichung der vorgetragenen Gesichtspunkte fördern.

Die bereits in anderem Zusammenhang erwähnte Zunahme des Volumens der Krankenhausbehandlung hat auch zur Folge, daß Patienten, die nicht so schwer krank oder schon wieder auf dem Wege zur Gesundung sind, ohne Notwendigkeit Betten in hochmodernen und mit großen Kosten errichteten Krankenhäusern belegen. Man sollte also mehr als bisher nach Möglichkeiten suchen, für solche Kranke eigene Abteilungen einzurichten (Genesendenabteilung oder Abteilung für Leichtkranke), die nicht nur wesentlich billiger zu erstellen, sondern auch mit geringerem Aufwand an ärztlichem und pflegerischem Personal unterhalten werden könnten. Es sollte also ein Zustand erreicht werden, daß z. B. ein Patient mit einer fieberhaften, aber eben doch leichteren Bronchitis nicht ein Bett belegt, das 60 000 DM kostet, sondern in einer Abteilung Aufnahme finden kann, in welcher das Bett eben nur 20 000 DM kostet. Es wird weiterhin zwingend erforderlich sein, bei der Errichtung und Erweiterung von Krankenhäusern nach einer guten Ordnung vorzugehen und sogenannte Großkrankenhäuser mit allen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten, Schwerpunkt-Krankenhäuser für mehrere Kreise und Kreiskrankenhäuser zu unterscheiden. Im Bayerischen Landtag werden wir uns mit diesen Fragen auf Grund eines Antrages des Kollegen Dr. Dehler in der nächsten Zeit beschäftigen. Ich glaube, daß ohne Eingriffe in die Selbstverwaltung der Gemeinden durch die Handhabung bei der Gewährung der notwendigen Zuschüsse aus öffentlichen Mitteln die Mithilfe bei einer solchen Ordnung gut möglich sein wird. Zweifellos werden für unsere Krankenhäuser, aber auch für die in diesem Zusammenhang zu erwähnenden Pflegeheime und Altersheime große Mittel erforderlich sein. Wir sollten aber immer daran denken, daß darin nicht nur die Erfüllung von Pflichten liegt, die nun einmal den Gemeinden und dem Staat auferlegt sind. Denn nicht im Einfluß seiner Regierung im internationalen Leben, nicht in der Pracht seiner Bauwerke und nicht in der Stärke seiner militärischen Kraft zeigt sich die wahre sittliche Größe eines Volkes. Sie wird vielmehr in Wahrheit daran erkennbar, wie ein Volk sich seinen alten und seinen kranken Menschen gegenüber verhält. An diesem Maßstab müssen dann auch die finanziellen Aufwendungen gemessen werden.

Die Verwirklichung der vorgetragenen Gesichtspunkte würde also durch die Verlängerung der Ausbildungszeit zum praktischen Arzt, die Erhöhung der Zahl der Belegärzte, die Verkleinerung der Krankenhausabteilungen und die Einrichtung von Dauerstellungen für Krankenhausärzte ein wesentlicher Beitrag zur Verringerung des bedrohlichen Mangels an Assistenzärzten in den Krankenhäusern sein. Dadurch würde

die Stellung des praktischen Arztes wieder gestärkt,

dem niedergelassenen Facharzt eine befriedigende und rationellere Tätigkeit gesichert,

die Freiheit der ärztlichen Berufsausübung gewahrt,

den Ärzten in den Kliniken und Krankenhäusern bessere Arbeitsmöglichkeiten eröffnet.

Der Geist, der in unserer gastgebenden Stätte, der Evangelischen Akademie, weht, die Vorträge und Gespräche von gestern und heute, drängen mich noch zu einem Wort über die Aufgabe des Arztes in unserer sich wandelnden Welt.

Professor Dr. Bennhold hat in seinem Eröffnungsvortrag zum vorjährigen Internistenkongreß die veränderte Situation des Patienten geschildert, der sich der Arzt gegenübersieht. Der Halt im Religiösen ist vielfach verlorengegangen oder lockerer geworden. Seit Jahren befinden sich unsere Familien in einem Umbruch, durch den schon zu oft aus dieser engsten Liebes- und Lebensgemeinschaft nur noch eine Schlafgemeinschaft wurde. Die Maßlosigkeit auf vielen Lebensgebieten, voran im Verdienen- und Besitzen-wollen, führt zunehmend zu einer Ausschöpfung der Lebensmöglichkeiten von Menschen, die keine Zeit mehr haben und doch gleichzeitig unter Langeweile leiden. Unsere sich wandelnde Welt erhält ihre Wesenszüge durch große technische Umwälzungen, die den Menschen in einem bisher noch nicht gekannten Maße zum Beherrscher der materiellen Welt werden lassen. Mit dem Problem der Technik, die weitgehend wertfrei, nicht gut, nicht böse ist, muß der Mensch noch fertig werden. Die Technik muß abhängig werden, muß ihren Wert erhalten vom Geist der Menschen, jedoch nicht von einem technischen Geist, sondern von einem auch in der Verantwortung vor dem Leben gebundenen Geist.

Auf dem 61. Deutschen Ärztetag in Garmisch-Partenkirchen fragte der Alterspräsident, Herr Kollege Dr. Sondermann, was denn das Beängstigende in unserer Zeit sei. Das Atom? Die bedrohte Freiheit? Der gefährdete Friede? oder vielmehr die besorgte Frage: Was macht der Mensch mit dem Menschen?

Der Arzt sollte ungehindert durch äußere Verhältnisse und seinen Pflichten getreu diese Frage immer so beantworten können: Er habe durch sein Wirken mitgeholfen, daß die „Menschheit endlich wieder zurückfindet zur rettenden Ehrfurcht vor sich selbst".

Anschrift des Verfassers: München 13, Heßstr. 42

Aus der Medizinischen Klinik des Städtischen Krankenhauses Ludwigshafen am Rhein
Chefarzt Professor Dr. M. Hochrein

Gesunderhaltung und Wiedergesundung*)

Von M. Hochrein

Die Rolle des Menschen in der Welt verlangt Leistungen, deren wesentlichste Voraussetzung die Gesundheit darstellt. Die Gesundheit allein ist die Grundlage jeglichen Wohlbefindens, und daraus ergibt sich die Kardinalforderung: „Der Mensch muß gesund und leistungsfähig erhalten werden."

Gesundheit läßt Wissen und Können leichter gebrauchen und gibt die Kraft, körperliche und seelische Wunden, die im Daseinskampf unausbleiblich sind, leichter zu ertragen.

Die Zeiten sind vorbei, in denen Gesundheit und Wohlergehen der Bevölkerung einer Regierung gleichgültig sein konnten, gesunde Landeskinder als Kanonenfutter an fremde Potentaten verkauft wurden und das geistige und körperliche Potential des Flüchtlingsstromes als unbequeme soziale Aufgabe ins Ausland abgeschoben werden konnten. Gesundheit ist für jeden einzelnen höchster Besitz, ein gesundes Volk für jeden Staat kostbarstes Kapital.

Daneben müssen wir berücksichtigen, daß die statistische Lebenserwartung in ständigem Anstieg begriffen ist und allein in diesem Jahrhundert um praktisch 20 Jahre zugenommen hat; daraus erwächst der Gesundheitsmedizin eine nachhaltige Verpflichtung, denn mit dieser Tatsache hat die Einstellung zu Altern und Invalidität eine grundsätzliche Änderung erfahren. Es ist nicht nur menschlich, sondern auch ärztlich und soziologisch ein ganz erheblicher Unterschied, ob der Mensch mit Erreichung des 60. bis 65. Lebensjahres nur noch die Aussicht hat, sein Leben noch wenige Jahre dahinvegetierend zu Ende zu leben oder ob die berechtigte Annahme gegeben ist, daß er heute etwa ein Viertel seines Lebens in einer Phase verbringt, die man früher als „alt" bezeichnet hat. Welche menschliche Tragödie wäre es, wenn diese gewonnene Lebensspanne gleichbedeutend wäre mit Siechtum, Invalidität und Vereinsamung. Es ergibt sich somit als weitere Aufgabe an die Prophylaxe, die Zeit nach dem 65. Lebensjahr dem Menschen durch Erhaltung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit, durch Verhütung von Frühinvalidierung und vorzeitiger Alterung lebens- und erstrebenswert zu machen.

Bei diesen Bestrebungen zeigen sich eindeutig die Unterschiede zwischen der bisher an den Hochschulen gelehrten Behandlungsmedizin und den Tendenzen der Gesundheitsmedizin. Bei einer Krankheit sucht der Patient, vertrauend auf Wissen und Ausbildung, den Arzt auf, um Heilung zu finden, ohne die speziellen Maßnahmen verstehen zu wollen oder zu müssen.

Ganz anders liegen demgegenüber die Bemühungen der Gesundheitsmedizin. Hier müssen Menschen angesprochen werden, die noch gesund sind, die sich voll leistungsfähig fühlen, die den Arzt als beratenden Gesprächspartner wählen und von ihm in ihrer Sprache und ihrer Ideenwelt Verständnis in Gesundheitsfragen erhoffen. Es muß daher der Begriff „Gesundheitsmoral" mit einem geistigen Inhalt gefüllt werden, der an Hand der dargelegten Vorteile nicht nur erstrebens- und nachahmenswert, sondern als unabdingbare Verpflichtung erscheint.

Der ärztliche Idealist, der nur um Wohlbefinden und Lebensfreude seiner Mitmenschen besorgt ist, sieht in dem Anschub, den die Wirtschaft der Gesundheitsmedizin und den Rehabilitationsverfahren gibt, manche Gefahren, die in diesem Rahmen nicht zur Diskussion stehen. Aufgabe dieses Kongresses ist es, wissenschaftliche Erkenntnisse zu besprechen, welche die Gesunderhaltung und die Wiedergesundung nach überstandener Krankheit betreffen, um körperliches und seelisches Leid fernzuhalten oder zu verkürzen. Bei der Zielsetzung dieses Kongresses ließen wir uns von folgenden Gedanken leiten:

Die Gesundheitsgefährdungen des modernen Menschen sind bekannt. Nachdem die großen Seuchen, aber auch Tuberkulose, Syphilis, Kindbettfieber usw. an Bedeutung verloren haben, werden Mittel gesucht, um Virusinfektionen, die in den letzten Jahrzehnten häufiger mit verschiedener Virulenz auftraten und neben den Luftwegen auch Leber, Gehirn usw. stärker befallen, besser bekämpfen zu können. Die Masse aller internen Krankheiten ist heute auf die vegetative Dystonie zurückzuführen, die bei 68% der Musterungsjahrgänge nachgewiesen wird und von der ca. 40% der gesamten Bevölkerung in Deutschland betroffen sein soll. Wir sehen in diesem prämorbiden Stadium, das häufig zu zirkulatorisch bedingten Organinsuffizienzen führen kann, das Ergebnis eines zivilisatorisch bedingten Summationsschadens. Seine Ursachen aufzudecken, die Gesundheitsgefährdung frühzeitig zu erkennen und eine erfolgreiche Prophylaxe zu entwickeln, wird das Bemühen hervorragender Kenner der hier angeschnittenen Fachgebiete sein. Die einzelnen Abschnitte der inneren Medizin, die im Rahmen dieses Kongresses besprochen werden sollen, sind nach ihrer Häufigkeit und ihrer gesundheitsschädigenden Bedeutung ausgewählt worden. Einen Maßstab hierfür gibt die Zahl der in eine Medizinische Klinik eingelieferten Krankheitsfälle und die Todesursache bei über 40 Jahre alten Männern und Frauen. Bekanntlich stehen die Herzkrankheiten in der Gesamtzahl hinsichtlich Morbidität, Invalidität und Mortalität an der Spitze. Analysieren wir nach Altersgruppen, dann sind im höheren Lebensalter die Lungenerkrankungen mit ihren Folgen die häufigste Todesursache.

Ungeahnte therapeutische Fortschritte haben vielen Krankheiten die akute Todesgefahr genommen. Zurück bleibt in relativ hohem Prozentsatz nach überstandener Krankheit ein mehr oder minder großes Leiden, das die Wiedergesundung verhindert und die berufliche Wiedereingliederung erschwert. Bei dem Versuch einer Rehabilitation wird oft übersehen, daß bereits in der

*) Einführung zum 5. Saarländisch-Pfälzischen Internisten-Kongreß vom 24. bis 26. März 1961 in Bad Dürkheim.

Art der Behandlung, besonders bei langer Bettruhe, sich unabhängig von der vorliegenden Erkrankung ein Gesundheitsschaden entwickelt, den wir als zirkulatorisches Entlastungssyndrom bezeichnen. Die Bemühungen um die Rehabilitation sollen daher nicht erst in der Rekonvaleszenz beginnen, der Anfang muß bereits mit dem ersten therapeutischen Einsatz gemacht werden. Es gibt viele Methoden, welche die Rekonvaleszenz erleichtern und die Wiedergesundung beschleunigen können. Da die Genesung ein Vorgang ist, der sich auf körperlichem und seelischem Gebiet abspielt, wird man in schwierigen Fällen zahlreiche therapeutische Prinzipien mit konzentrischem Angriffspunkt gleichzeitig zum Einsatz bringen müssen. Hervorragende und führende Vertreter der verschiedensten Heilprinzipien werden Wege aufweisen, um nach Überstehen einer Krankheit wieder zurückzufinden zu Wohlbefinden und beruflicher Leistungsfähigkeit.

Sollen wir Sportärzte werden?

Von Dr. Wilhelm Funke, Facharzt für innere Krankheiten, Geschäftsführer des Bayer. Sportärztebundes e. V.

Prophylaxe — Diagnostik — Therapie! Vorbeugen — Erkennen — Heilen! Das ist der Dreiklang ärztlichen Wirkens, der Geist ärztlicher Berufung, das Dreigestirn, das den Pfad durch den Urwald beruflicher Hemmnisse weist. Sinkt ein Ton dieses Dreiklanges ab, so ergibt sich eine Dissonanz; in uns entsteht ein Gefühl der Unsicherheit, der fehlenden Übersicht und man löscht die eine Note ganz. — Weg des geringsten Widerstandes. — Die Dissonanz ist ausgelöscht, die Klangschönheit verflacht.

Es ist etwas anders geworden

Wir Ärzte haben uns bisher fast immer erfolgreich gegen eine Störung von außen bei Diagnostik und Therapie verteidigt, die Prophylaxe dagegen haben zumindest wir in der Praxis und in der Krankenanstalt Tätigen fast restlos aus der Hand gegeben. Es ist jetzt nicht an der Zeit zu untersuchen, wer daran die größte Schuld trägt, aber es wäre auch müßig, einfach die Verantwortung den Sozialversicherungs-Systemen aufzubürden, die der vorbeugenden Medizin keinen Raum bieten und sie dem Staat überlassen, also der Entscheidung von Laien, die sich bestenfalls von Ärzten beraten lassen und die reglementierte Exekutive beamteten Ärzten überantworten.

Nun haben aber die Probleme des Gesundheitswesens in unserem mechanisierten Zeitalter plötzlich immer dringlicher unsere Aufmerksamkeit auf Dinge gelenkt, die noch vor wenigen Jahrzehnten gar nicht den Eindruck erweckten, als sollten sie ein echtes Zeitproblem werden. Motorisierung und damit Bewegungs- und Geistesverarmung, monotoniebedingte Langeweile des Fabrikarbeiters am Automaten und Fernbedienungspult, überspannte Verantwortung des zur Trägheit verurteilten Geschäftsmanagers, freizeitlich vereinsamte Jugendliche mit Spielautomaten-Interessen und fernseh-auto-süchtigem und deshalb doppeltverdienendem Elternpaar, filmsexinfizierte Weiblichkeit im Fuseldunst des Night Clubs, kriminalerschmökernde Halbwüchsige, unbewegliche Landwirtssilhouetten am Traktor — das ist die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts — das ist die Zeit des modernen Bauens, der technischen Perfektion, des körperlichen Verfalls.

Schlagworte auch für uns

Die Zeit aufhalten? — Nein. Auch Ärzte können nicht gegen den Strom schwimmen. Seien wir modern! Prägen auch wir Schlagworte, die ziehen! „Auffangen" (die Schäden der Zeit). „Präventive Medizin", Schlagworte ja — und nein! Alles schon dagewesen. Früher hieß es Vorbeugung — Prophylaxe, immer aber bedeutete es einen, wenn auch im Zeitalter des Krankenscheines stark atrophierten Bestandteil des Arzttums.

Nun, diese „Präventivmedizin" ist stark „im Kommen". Sie lasen sicher von Bewegungstherapie, die zur Bewegungsprophylaxe werden soll, von Rehabilitation und Rehabilitationsanstalten — 20 Stück und mehr am Alpenrand, die meist von Landesversicherungsanstalten errichtet, zum Gesundbrunnen des coronaren Rentenanwärters unter 60 Jahren werden sollen. Halt! Das ist interessant! LVA's — das muß doch was wert sein, wenn die da Geld investieren! Natürlich!, bewegungstherapieren, aber gleichzeitig Bewegungsnotwendigkeit induzieren —; das ist ja ausgeübte Präventivmedizin!

Das Schlagwort „Ausgleichsport" bedeutet nicht nur, daß ein Fußballer zum Ausgleich schwimmen soll, das bedeutet, daß der Herr Betriebsleiter radfahren, der Automatenbewacher bergkraxeln, der Kanzleidirektor wandern, der Beamte faustballspielen, der Traktorenfahrer eisstockschießen, der Bankier jagen, der sitzende Tramschaffner kraftsporteln und die Holleritistin garteln sollen.

Schlagwort „Goldner Plan": das heißt Schaffung ausreichender Sportanlagen. Schlagwort „Zweiter Weg": es heißt Bewegungsmöglichkeit für alle, auch die, die kein Vereinsleben wünschen. „Therapie ohne Medikament" — nur Kongreßthema?, nur Therapie mittels Kost-, Klima-, Milieuveränderung, mittels Bewegung, Wasserplanscherei, Sport? Nein! Therapie ohne Medikament heißt auch nichtmedikamentöse Therapeutica sinnvoll vorbeugend anwenden.

Nun, lieber Kollege, Du weißt doch selbst, wie es kommt, daß Du, den 2. Stock erklommen, vor dem Klingeln verschnaufen mußt, damit der Patient nicht Dein Keuchen hört. Du weißt doch selbst, daß Du vor der Einstellung Deines Hausmeisters nie Lumbago hattest, als der Garten noch zu Deinem eifersüchtig verteidigten Betätigungsfeld gehörte. Du hast doch früher nie das beängstigende Herzklopfen gespürt, wenn das Telefon läutete — damals, als noch Schwammerlsuchen Deine Leidenschaft war, damals, als Du noch mit Pfarrer und Förster Schafkopf spieltest und sonntags mit ihnen die 5 km nach Dimpflhausen zum Pferderennen wandertest. Das war doch Deine unbewußte Präventivmedizin!

Jetzt kommt die Sportmedizin dran

„Die Präventivmedizin zerfällt in . . . und in . . . und in Sportmedizin", würde mein alter Lehrer gesagt haben und auf den hätte ich gehört, denn er war nicht

gegenwartsblind und er gehörte zu denen, die — ähnlich dem Tier — nicht gerade das tun, was ihnen schadet, was aber unsere Jetztzeitmenschen ganz gelassen und völlig bewußt tun — Sitzen, Rauchen, Schlafen, Essen, Trinken, sich geistig überfordern lassen.

Sportmedizin ist also Teil der Präventivmedizin? Sportmedizin heißt Prophylaxe? Natürlich! Es gibt keine Prophylaxe ohne aktive Bewegung, ohne Leibesübungen!

Geschichte der Sportmedizin

Zuerst war ein Verband sporttreibender Ärzte; die trieben Sport aus Passion und machten dabei Beobachtungen. Das führte sie zwecks Beobachtung zu Leistungssportlern, wo Unfälle passierten. Diese wurden beobachtet und kuriert, und man erfand „typische" Sportverletzungen, die „typisch" behandelt werden mußten. Dann beobachtete man, daß „typische" Sportverletzungen lange schon bekannt waren. Sie kamen doch überall und nicht nur beim Sport vor, doch bei manchen Sportarten gab es immer wieder die gleichen Verletzungen zu beobachten. Dann versuchte man durch Verbesserung an Geräten, Sportausrüstung und am Körper (durch entsprechendes Training) Sportunfälle zu vermeiden — man geriet in das Vorbeugen. Ein weiter Weg führte über die Beobachtung an Menschen, die überragende sportliche Leistungen vollbrachten, aber dabei ihre Gesundheit aufs Spiel setzten, zur Erkenntnis, welches Training, welche sportliche Leistung sinnvoll ist, die Gesundheit nicht nur nicht gefährdet, sondern sogar dem Corpus förderlich erscheint. Man beobachtete die abhärtende Wirkung des Sports, der Bewegung. Man beobachtete, wie Menschen, die sich schlecht hielten, vom Sport gerade gerichtet wurden, man beobachtete, wie der Sportler, der im Krieg ein Bein verlor, nachher mit Prothese wesentlich besser ging — weil geschickter, weil körperbeherrschter —, als der Nichtsportler.

Hier zweigt die „Versehrtenrehabilitation" ab, Zwillingsschwester des Versehrtensports. — Man beobachtete die eigenen, später alle Schulkinder und fand den Schulsport, das Turnen sehr nützlich, auch wenn Vater Jahn das schon sagte, obwohl er kein Sportarzt war! Man beobachtete und fand, daß Vitienkinder viel früher dekompensierten und starben, wenn sie turnunterrichtbefreit waren und beobachtete das Altwerden von bewegten, turnenden und sportelnden Vitien, ob kongenital oder erworben. Dabei sei allerdings nicht verschwiegen, daß manche natürlich nicht einmal der kleinsten körperlichen Belastung ausgesetzt werden dürfen — je nach Lage des Falles.

Man beobachtete weiter und fand auch ein stetiges Wachsen der Sporttreibendenzahl, ein Streben nach Höchstleistungen, nach Rekorden, eine Sucht, als Spitzensportler in der Zeitung zu stehen, eine Sucht der Trainer und Vereinsvorstände, zumindest einen Landesmeister, der die Zuschauerkarten reißend Absatz finden läßt, im Verein zu haben und beobachtete die Aufzucht von Rekordlern jeder Art. Man beobachtete die extatischen Massen im Stadion beim Flaschenzielwurf nach den vermeintlich falsch pfeifenden Schiedsrichtern, man beobachtete durch Unbeherrschtheit des Gegners hervorgerufene Verletzungen von Akteuren, Schäden durch vernachlässigtes Sportgerät, Schäden auf überspannt gefahrvollen Skiabfahrtsstrecken, Schäden durch überspannte Auto-PS ohne entsprechende Voraussetzungen an Rennstrecken und Autoreifen, Schäden durch überspannt schwierige Reitparcours. Schäden — Schäden — Schäden —! Man suchte die Schäden durch Beraten der Verantwortlichen zu mindern und hatte Erfolg.

Man beobachtete die Auswirkung beim plötzlichen Übergang vom Hochleistungssport zur sitzenden Lebensweise und fand wieder Schäden — über allem aber haushoch überwiegend, die großen gesundheitlichen Vorteile des bewegten trainierten Körpers.

Man beobachtete dann, was sich beim Training und beim Hochleistungssport am Kreislauf, am Herz, an der Atmung, am Stoffwechsel vollzieht und man schuf sportmedizinische Institute, so in Freiburg unter Prof. Reindell, in Köln unter Hollmann, in Münster unter Klaus, in Berlin unter Mellerowicz — alles internistisch ausgerichtete Anstalten. München steht in aussichtsreicher Vorbereitung eines Institutes, das vor allem orthopädisch-chirurgisch ausgerichtet wird, aber auch internistische, pädiatrische und gynäkologische Belange umfassen soll. Man schuf eine umfangreiche sportärztliche Bibliothek in Nürnberg unter Leitung von Frau Dr. Bausenwein-Plank, mehrfache Deutsche Speerwurfmeisterin und Sportärztin, deren Abhandlungen über den Frauensport in der Medizin weltbekannt sind, während Prof. Reindell in Freiburg heute in der Welt führend auf dem Gebiete der sportmedizinischen Herzkreislaufforschung ist.

Man schuf weiter! Es entstanden sportärztliche Landesverbände, die sich zum Deutschen Sportärztebund zusammenschlossen; 1960 übernahm Prof. Reindell das Präsidium. Man schuf sportärztliche Lehr- und Fortbildungskurse mit sportlicher Betätigungsmöglichkeit, die jetzt u. a. in Freudenstadt im Schwarzwald, auf der westfriesischen Insel Langeoog, in den Dolomiten in Selva Wolkenstein und Madonna di Campiglio, in der Sportschule München-Grünwald stattfinden. Man schuf sportärztliche Seminare bei den Fortbildungskursen des deutschen Senats für ärztliche Fortbildung in Davos und Grado — und man schuf das Unikum

„Sportarzt", der sein Diplom erhält und doch nicht Facharzt ist, der von den „entfernteren" Kollegen Sportnarr genannt, dem lieben nächsten Kollegen aber „verdächtig" ist, sich Krankenscheine am Sportplatz zu verschaffen oder aber verächtlich als einer gilt, der nichts Besseres zu tun hat! — er, der dann auch noch beim Sportverein aneckt, weil er dem übertrainierten Staffelschlußmann drei Monate Leistungssportverbot nach Angina draufbrummen mußte.

Nun, lieber Kollege! Du wirst meinen, es sei eine recht undankbare Geschichte, sportärztlich sich zu betätigen unter den eben genannten Aspekten. — Nein, das ist es nicht! Der Sportarzt hat sehr viel Freunde, nämlich solche, die einen Überblick über unser Zeitgeschehen haben, über unser heutiges Sportgeschehen, über die gesundheitliche Fehlentwicklung unserer Tage, über Zivilisationsschäden im allgemeinen und im besonderen.

Was will nun die Sportmedizin von Ihnen, den Lesern?

Wollten doch auch alle Kollegen versuchen, sich diesen Überblick über unsere Zeit zu verschaffen, wollten sie doch versuchen, den verlorenen Grundton des eingangs zitierten Dreiklangs in unserem ärztlichen Wirken wieder zum Klingen zu bringen und wollten doch alle wieder das „Vorbeugen" dem Inhalt ihrer Tätigkeit einverleiben zu ihrem und unseres Volkes Wohl!

Sportärzte wollen Ihnen keine Patienten entfremden — sie kennen Fairneß — und wollen keinen bevormundenden Beratungsdienst im Sportverein. Sie wollen mit Ihnen allen bei der Betreuung der Sportler mitarbeiten und ihre Sachkenntnisse Ihnen vermitteln, wohl wissend, daß eine Anzahl von Ihnen durch Permanenzdienst im Krankenhaus, durch besonders starke Überbeanspruchung, durch intensive Tätigkeit in anderen Verbänden, wissenschaftliche Arbeiten und auch aus gesundheitlichen Gründen uns wird im Stiche lassen müssen.

Was der Sportarzt und der sportbetreuende Arzt wissen muß, habe ich z. T. schon oben anklingen lassen. Steht denn das aber dafür? Wie viele Sportler gibt es denn eigentlich? In Westdeutschland gibt es 5¼ Millionen Mitglieder des Deutschen Sportbundes, d. i. um eine Million mehr als Finnland Einwohner zählt. Dazu kommen noch ungezählte Wanderer, Bergsteiger, Pferde- und Motorsportler, Flugsportler und Tennisspieler. Was gibt es da nicht alles zu helfen!

Wer soll sportärztlich überwacht werden, wem soll ein Wechsel auf eine andere Sportart geraten werden, wer muß mit Leistungssport Schluß machen, wer soll dem Sport zugeführt werden, wer muß nach welchen Krankheiten mit dem Sport wie lange pausieren, welcher Sport ist für die Frau ratsam, welchen Einfluß haben die Menses auf die Leistung, welcher Schüler darf nicht Leistungssport treiben, was geschieht mit Accelerierten, was mit Retardierten, was mit ehrgeizigen Psychopathen? — Wie soll untersucht werden, welche Kreislauftests sind akzeptabel, welche Skibindung ist zweckmäßig, welche Bandagierungsart beim Fußballer empfehlenswert?

Hand aufs Herz! Sind da nicht die Sportärzte zur klaren Entscheidung nötig? Sportler untersuchen kann natürlich jeder Kollege in Stadt und Land, aber klar obige Entscheidungen treffen unter Berücksichtigung aller Erkenntnisse der Sportmedizin — der Präventivmedizin?!

Ich traue mir als Internist schon noch eine gynäkologische Untersuchung zu mit nicht allzugroßen diagnostischen Irrtümern, aber die richtigen Entscheidungen zu treffen, ob z. B. operiert werden muß oder eine Hormonbehandlung vorgeschlagen werden soll, d. h. also heute 25 Jahre post studium bindende Entscheidungen zu treffen, das maße ich mir nicht an.

Drum, lieber Kollege und Nachbar von nebenan, vom Nachbarort, vom nächsten Marktflecken, vom Nachbarstädtchen! Bitte hilf mir doch untersuchen und ich helfe Dir gerne Entscheidungen geschilderter Art treffen. Spielen wir doch mal mit einem Trainer und einem Vereinsvorstand einen zünftigen Schafkopf und unterhalten wir uns doch dabei auch über die, die Du und ich so gerne gesund sehen mögen, über unsere Kinder, über alle Kinder — über unsere Jugend! Vielleicht gehen wir auch mal am Sonntag gemeinsam durch den Wald hinüber nach Dimpflhausen zum Pferderennen. Das täte uns und auch dem gestürzten Jockey vielleicht gut! Über Krankenscheinpatienten werden wir dabei gar nicht sprechen müssen, denn die bleiben Dir dann sicher treu, auch wenn sie glauben sollten, ich als „Sportarzt" könnte ihren verknacksten Knöchel drei Tage früher und noch rechtzeitig bis zum Wettkampf am Sonntag heilen. Die wissen ja dann genau, daß wir miteinander „gut stehen" und das bewahrt vor Untreue des Patienten, uns vor Unstimmigkeit und den Sportarzt vor „kollegialer" Ablehnung!

Das dicke Ende?

Ja was ist denn nun aber bei den Sportlern zu tun? Die zu Untersuchenden werden nach dem bei der Geschäftsstelle des Bayerischen Sportärztebundes in München, Brienner Str. 50, im „Haus des Sports" kostenlos erhältlichen Untersuchungsbogen (blaue für männl., rote für weibl. Sportler) untersucht, gemäß den an gleicher Stelle erhältlichen Untersuchungsrichtlinien von Frau Dr. Bausenwein, die zu einer Schutzgebühr von DM 1.— abgegeben werden. Auf diesen U-Bogen sind wir sehr stolz, denn er wurde von unserem bayerischen technischen Ausschuß nach langen mühevollen Beratungen geboren und sollte in Bälde bundeseinheitlich für alle Landesverbände des Deutschen Sportärztebundes eingeführt werden. Außer bei Lunge, Herz und Bauch kann am Bogen jeweils nur das Zutreffende abgezeichnet werden, so daß mit Hilfe einer Schreibkraft eine Person in 10 Minuten durchuntersucht sein kann. Nun ist dabei ja nicht nur die Schwierigkeit zu beurteilen, wer sportungeeignet ist, sondern ebenso, wer sicher als sport- bzw. leistungssportfähig bezeichnet werden kann. Vielleicht empfiehlt sich sogar in ländlichen Gebieten, z. B. auf Landkreisebene, ein Ärzte-Untersuchungs-Team unter Teilnahme von Sportärzten und ortsansässigen Kollegen, das in der Kreisstadt — falls Kleinstadt — je nach Bedarf etwa jeden 2. Monat einmal Untersuchungsabende oder -nachmittage abhält und in den dazwischenliegenden Monaten jeweils an anderen Orten im Landkreis Untersuchungen durchführt, vorschlagsweise in der Praxis eines jeweils ortsansässigen Kollegen, möglichst mit Röntgen und EKG. In größeren Städten sind natürlich andere Regelungen erforderlich. Hier empfehlen sich gut eingerichtete Untersuchungsstellen, wie sie allenthalben

schon existieren. Darüber hinaus mögen die Sportärzte und auch die helfende Kollegenschaft Sportbetrieb und Training der Vereine besuchen, um Ratschläge zu erteilen, wo es not tut.

Wer soll nun untersucht und überwacht werden?

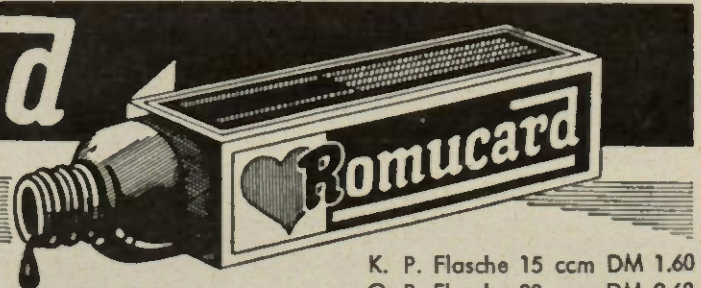
Die Sportfachgruppen haben bereits eine ganze Reihe Pflichtuntersuchungen seit Jahren festgelegt, so die Radfahrer im Leistungssport halbjährlich, die Boxer jährlich und dazu eine orientierende Untersuchung jedes Starters vor jedem Kampf auf seine augenblickliche Fitness durch den „Ringarzt". Dieser muß bei jedem Kampf am Boxring anwesend sein und hat heute das Recht, den Fight abzubrechen, wenn die gesundheitliche Gefährdung eines Faustkämpfers droht. Es bestehen Pflichtuntersuchungen, wenn ein jugendlicher Fußballer oder Ringkämpfer vor Erreichung des Seniorenalters den Wettkampfsport mit den Senioren bestreiten will oder soll. Pflichtuntersuchungen gibt es auch vor verschiedenen Großveranstaltungen, z. B. Olympiaden. Zu diesen erwähnten Untersuchungen, ausgenommen die Olympiaden, haben sich die Vereine und Fachgruppen Ärzte verpflichtet, die nur zum Teil Sportärzte waren und die ganz nach eigenem Gutdünken untersuchten.

Der Bayerische Sportärztebund hat in seinem technischen Ausschuß beschlossen, den Fachverbänden des Sports via technischem Ausschuß des Bayerischen Landessportverbandes vorzuschlagen, daß in allen Sportdisziplinen alle Schüler bei Erreichung der Jugendaltersgrenze und alle Jugendlichen bei Erreichung des Seniorenalters pflichtuntersucht werden sollten. Erleichtert wird dies in Zukunft wohl dadurch, daß das neue Jugendarbeitsschutzgesetz innerhalb anderthalb Jahren zwei ärztliche Untersuchungen vorsieht, die wahrscheinlich auch als Sporttauglichkeitsuntersuchungen angesehen werden können, wenn sie nach einem entsprechenden Untersuchungsbogen, wie zu erwarten, erfolgen. Die Schüler obliegen ja bis hinauf zur Universität schulärztlichen Untersuchungen, und eine weitere Entlastung bringen bei männlichen Sportlern die Musterungen fürs Militär. So kann ohne weiteres eine regelmäßige Untersuchung der Hochleistungssportler nicht nur den Fachverbänden im Sport vorgeschlagen, sondern auch von der Sportärzteschaft verkraftet werden. Hinzu kommen dann noch die freiwilligen, d. h. von den einzelnen Vereinen, von Trainern und von Sportlern selbst beim vereinsbetreuenden Arzt gewünschten Untersuchungen da nämlich, wo einer der Genannten eine ihm bedenkliche Auffälligkeit an einem Aktiven entdeckt, oder wo eine Vereinsleitung auf z. B. eine jährliche Untersuchung ihrer Wettkampfsportler anerkennenderweise besonderen Wert legt. Vergessen wir aber dabei nicht, daß diese freiwilligen Untersuchungsinteressen sehr rasch meist schwinden, wenn der Arzt bei einzelnen dauernde oder zeitliche Leistungssportbeschränkungen auferlegen muß!

Der schnöde Mammon

Abschließend noch ein Wort zum Finanziellen: die Tätigkeit des Sportarztes war bisher ehrenamtlich, was auch neuerlich am 30. Oktober 1960 bei der Delegiertenversammlung des Deutschen Sportärztebundes festgestellt wurde. Durch den uneinheitlichen Start der Sportuntersuchungen in Bayern ist hier eine unterschiedliche Unkostenerstattung erfolgt, je nachdem, wer die Untersuchungen veranlaßt hat. Diese Unkostenerstattung wurde z. T. durch die Stadtämter für Leibesübungen, durch Kommunalverwaltungen, durch Sportvereine usw. auf örtlicher Ebene finanziert und dürfte bei DM 2.— bis DM 2.50 je Untersuchtem liegen. Oft haben Sportärzte mit den Organen des Bayerischen Landessportverbandes und den Vereinsvertretern diese Unkostenerstattung bei den Kommunalverwaltungen erwirkt, oft war der Sport selbst der Initiator und endlich haben viele Kollegen sich auch ohne Unkostenerstattung dankenswerterweise jahrelang zur Verfügung gestellt. Wäre erst einmal für praktisch jeden Verein im Lande und in der Stadt die sportärztliche Betreuung gesichert und klargestellt, bei wem Pflichtuntersuchungen erfolgen müssen, wäre eine generelle, einheitliche Unkostenerstattung und Honorierung kein allzu großes Problem mehr. Es scheint uns, daß die Sportinstitutionen das meiste Interesse an einem geregelten Untersuchungsmodus bei allen ihnen Anvertrauten haben und daher die Mittel mobilisieren sollten. Weiter müßte ein besonderes Interesse bei den Organen der Sozialversicherung, insbesondere den Rentenversicherungsträgern (Landesversicherungsanstalten und der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte) zu erwarten sein, ferner beim Staat (Bund) selbst sowie bei Landesregierungen bis hinunter zur Gemeinde. Eine Mithilfe dieser Stellen an der Finanzierung darf daher erwartet werden.

Lassen Sie mich Ihnen zum Schluß dieser reichlich unakademischen und auch in ungewohntem Stil vor-

Romucard
Das vorzügliche Herztonicum mit spasmolytischer Wirkung


Indikation:
Altersherz
Zirkulationsstörungen
Hypertonie
nervöse und
krampfartige
Herzbeschwerden
Romi
K. P. Flasche 15 ccm DM 1.60
O. P. Flasche 30 ccm DM 2.60
Zusammensetzung:
Papaverin 0,3%, Nitroglyc. 2,5 mg%, Tinct. Adonid. 7%, Tinct. Bellad. 4%, Tinct. Valerian., Extr. Castan. Vesc. fluid., Vit. B1 u. C
ROMU · ROMAN UNGLERT · PHARMAZEUT. FABRIK · ESTING b/MÜNCHEN

getragenen Ausführungen für das entgegengebrachte Interesse danken und Sie höflich daran erinnern, daß im „Bayerischen Ärzteblatt" Heft 5 vom Mai 1958 unser bayerischer Landesvorsitzender Dr. Gossner die „Aufgaben der Sportmedizin" weitaus akademischer behandelt hat, während in den „Ärztlichen Mitteilungen" Nr. 3 vom 21. 1. 56 Herr Prof. Schretzenmayr, Vorsitzender des Senats für ärztliche Fortbildung, gewichtige grundsätzliche Ausführungen über Präventiv- und Sportmedizin machte.

Ich habe versucht, einige Schlaglichter auf die technisch-praktischen Belange und das Wesen der Sportmedizin zu werfen, um so wieder von einer anderen Seite Ihr geschätztes Interesse zu wecken. Sollte das nur einigermaßen gelungen sein, darf ich der Hoffnung Ausdruck verleihen, daß recht viele von Ihnen nicht nur die sportärztlichen Aufgaben und die sportärztliche Tätigkeit zu ihrem eigenen Anliegen machen, sondern auch ohne Mißtrauen ihr Mitwirken in irgendeiner Form zusagen mögen — im Interesse des Vorbeugens — im Interesse der Gesunderhaltung unseres Volkes!

Anschrift des Verfassers: Erding/Obb., Haager Str. 3 oder: Geschäftsstelle des Bayerischen Sportärztebundes, München, Brienner Str. 50.

AUS DEM STANDESLEBEN

14. Bayerischer Ärztetag
5. bis 7. Mai 1961 in Regensburg

Freitag, 5. Mai 1961, 19.30 Uhr, im Reichssaal des Alten Rathauses: Feierliche Eröffnung.

Samstag, 6. Mai 1961, 9.30 bis 13 Uhr und 14.30 bis 18 Uhr, Kepler-Bau, großer Saal, nächst dem Hauptbahnhof: Arbeitstagung der Delegierten.

Sonntag, 7. Mai 1961, 9.30 bis 13 Uhr, Kepler-Bau, großer Saal: Fortsetzung der Arbeitstagung.

Gesellschaftliche Veranstaltung: Am Samstag, dem 6. Mai 1961, 20 Uhr, findet im Parkhotel „Maximilian" ein Geselischaftsabend mit künstlerischen Darbietungen statt.

Damenprogramm: Omnibus-Ausflug in die Umgebung von Regensburg; Stadtführungen.

Während der Dauer des 14. Bayerischen Ärztetages wird in der Bayerischen Staatsbibliothek, Kreisbibliothek Regensburg, Gesandtenstraße 13, eine Ausstellung über medizinische Literatur vom 16. bis 18. Jahrhundert gezeigt werden.

•

Der Präsident des Bayer. Landtags und der Präsident der Bayer. Landesärztekammer hatten am 1. 2. 1961 eine Unterredung, bei der die in der Jahresschlußbetrachtung des Bayer. Ärzteblattes geübte Kritik an einem Beschluß des Landtags über die Beibehaltung des Physikates für die Ärzte an den bayerischen Heil- und Pflegeanstalten erörtert wurde.

Der Landtagspräsident, der einige Formulierungen der genannten Kritik als zu scharf und sachlich nicht gerechtfertigt empfunden hatte, erklärte, daß die Landtagsmehrheit sich bei der Ablehnung des Antrages auf Abschaffung des Physikats für die Anstaltsärzte auf die Sachverständigengutachten für Heil- und Pflegeanstalten gestützt habe. Die Mehrheit des Landtags sei bei ihren sehr gründlichen Beratungen davon ausgegangen, daß die Amtsarztprüfung keinen Ersatz für die Facharztausbildung darstellen soll und daß fast alle Anstaltsärzte diese besitzen. Die Mehrheit des Landtags sei vielmehr der Auffassung gewesen, daß das Physikat eine im Hinblick auf den öffentlichrechtlichen Charakter der Bezirksanstalten notwendige zusätzliche Ausbildung darstelle. Die Landtagsmehrheit sei insofern dem Antrag Dr. Dehlers nachgekommen, als in Zukunft die Physikatsprüfung n u r für beamtete Ärzte und Ärzte in leitender Stellung gefordert werde.

Die Präsidenten der Landesärztekammer waren bei ihrer Kritik an dem genannten Landtagsbeschluß unter Berücksichtigung des tatsächlichen Zustandes davon ausgegangen, daß das Physikat auch weiterhin an die Stelle der im Interesse der Kranken unbedingt notwendigen Facharztausbildung treten soli. Herr Dr. Sewering brachte in der Unterredung noch zum Ausdruck, daß der Landesärztekammer das Ansehen des Landtags und die Achtung vor der Volksvertretung genauso am Herzen liege wie die Erfüllung der ihr zukommenden Verpflichtungen bei der Wahrnebmung gesundheitspolitischer Anliegen.

Die Landesärztekammer vertritt nach wie vor die Auffassung, daß das Physikat keine ausreichende Voraussetzung für die beste Behandlung der Kranken ist, und hält daher an ihrer Forderung fest, auch in den bayerischen Heil- und Pflegeanstalten eine fachärztliche Behandlung sicherzustellen.

Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Schreiben des Bundesministers für Wirtschaft vom 2. November 1960 an den Präsidenten der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft

Bezüglich der vertraglichen Gleichstellung (Anerkennungen) von Diplomen, Prüfungszeugnissen und anderen Befähigungsnachweisen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und den übrigen Mitgliedstaaten der EWG erklärt die Bundesärztekammer folgendes:

Die Bundesärztekammer hat zusammen mit den Ärzteschaften der übrigen EWG-Länder in den letzten 2 Jahren die sich aus den Bestimmungen des Vertrages zur Gründung der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft (EWG), insbesondere des Artikels 57 dieser Bestimmungen ergebenden Probleme sehr eingehend geprüft und beraten. Sie steht mit den übrigen betroffenen Ärzteschaften auf dem Standpunkt, daß die im Vertrag gewünschte gegenseitige Anerkennung der Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsnachweise sowie die Koordinierung der Bedingungen für die Berufsausübung zwar eine Harmonisierung, nicht aber eine völlige Gleichartigkeit der Ausbildungsgänge erfordert.

Unter Berücksichtigung dieser Tatsache ist die Bundesärztekammer der Meinung, daß dem in den einzelnen Ländern zwar etwas unterschiedlichen Studiengang in der Ausbildung zum Arzt die gleiche Wertigkeit beizumessen ist.

Das wird auch durch das von der Bundesärztekammer veranlaßte Abkommen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Republik Italien zur Rege-

ORALE BREITSPEKTRUM-THERAPIE

Pneumonie · Mastitis
Tonsillarabszeß
Adnexitis · Cholecystitis
Otitis media
Cystopyelitis · Abszesse

®HOSTACYCLIN P

TETRACYCLIN-PHOSPHATKOMPLEX

2x2 Kapseln täglich
einfach anzuwenden
hochwirksam
gut verträglich

Kapseln zu 50 und 250 mg
Sirup mit 25 mg pro ml
Tropfen mit 100 mg pro ml

FARBWERKE HOECHST AG vormals Meister Lucius & Brüning FRANKFURT (M)-HOECHST

lung der Berufsausübung von Ärzten des anderen Landes im Gebiet des eigenen Landes vom 20. 4. 1954 (Bundesanzeiger Nr. 108/55 vom 8. 6. 1955) bestätigt. Bei der Durchführung dieses Abkommens ist es niemals zu irgendwelchen Schwierigkeiten gekommen.

Die Bundesärztekammer ist der Auffassung, daß bereits im gegenwärtigen Zeitraum innerhalb der EWG-Länder die Diplome, Prüfungszeugnisse und Befähigungsnachweise als gleichwertig zu betrachten sind und deshalb gegenseitig anerkannt werden können:

a) beim Abschluß des Universitätsstudiums (Staatsexamen),

b) bei der Erlaubnis zur Berufsausübung Approbation),

c) bei der Erteilung der Doktorwürde (Promotion).

Für die Ausübung des Arztberufes in den EWG-Ländern ist weiterhin die gegenseitige Anerkennung der Facharztelgenschaften von großer Bedeutung. Die bisher in den EWG-Ländern geübten Verfahren weisen noch erhebliche Unterschiede auf, die vor allem die zur Erteilung der Facharztanerkennung zuständigen Institutionen, die Weiterbildungszeit und den Katalog der anerkannten Fachgebiete betreffen.

Die Ärzteschaften der EWG-Länder beraten zur Zeit über eine Koordinierung auf dem Gebiet des Facharztwesens.

Für eine gegenseitige Anerkennung der Facharztbezeichnungen innerhalb der EWG-Länder kann sich die Bundesärztekammer deshalb im gegenwärtigen Zeitpunkt nicht aussprechen.

Die von der Bundesregierung gemachte Anregung, vermittels einer „Umschreibung" den Inhabern der als gleichwertig anerkannten Grade der übrigen EWG-Staaten die Erlaubnis zu erteilen, diesen Grad in der Form des eigenen Landes zu führen, wird von der Bundesärztekammer nachdrücklich unterstützt. Um eine Verwirrung der Öffentlichkeit zu vermeiden, sollte man diese „Umschreibung" nicht nur fakultativ, sondern grundsätzlich durchführen.

*

Für den am 7. April 1961 stattfindenden Weltgesundheitstag wurde das Thema gewählt: „Unfälle sind keine Zufälle". Die Behörden und die gesamte Bevölkerung sollen dadurch auf die erschreckende Zunahme von Unfällen aufmerksam gemacht und mit den Vorbeugungsmaßnahmen vertraut gemacht werden.

Geschichte der Medizin

Pettenkofer und die Hygiene

Von Geheimrat Prof. Dr. Karl Kißkalt, München

München kann sich rühmen, die Geburtsstätte der wissenschaftlichen Hygiene zu sein, und der diese große Tat vollbracht hat, ist Pettenkofer.

Nicht als ob es vorher keine Hygiene gegeben hätte. Je weiter wir zurückforschen können, desto mehr zeigt sich, wie sehr die Menschheit auf Anlage hygienischer Einrichtungen bedacht war. Eine steinzeitliche Wasserleitung in Europa ist bereits entdeckt, und die Assyrer besaßen sehr gute Kanalisationsanlagen. Die Wasserversorgung der Städte des römischen Weltreiches, namentlich seiner Hauptstadt, lieferte Wasser in einer Menge, die heutzutage nur von einzelnen amerikanischen Städten erreicht wird, und die Ärzte der Antike gaben Regeln für die Gesunderhaltung. Auch in das Mittelalter hinein pflanzten diese sich fort und wurden, allerdings in oft seltsamer Form und ohne wissenschaftliche Grundlagen, festgehalten. Vereinzelt wurden wieder zentrale Wasserversorgungsanlagen errichtet, und von Fall zu Fall kamen Erlasse heraus, die auch Fragen der Gesundheitspflege betrafen, wie über Fleischbeschau, Alkoholismus, Straßenreinigung, Seuchenbekämpfung. Es war eine große Tat, als diese Ende des 18. Jahrhunderts von Joh. Peter Frank gesammelt und verglichen wurden, denn jetzt hatte man eine systematische Gesundheitspflege unter dem Namen „Medizinische Polizei".

Das war aber noch nicht das, was das 19. Jahrhundert verlangte Woher wußte man denn, daß die Maßnahmen richtig waren? Seuchen hören auch ohne diese auf, wenn sie erst Hunderte und Tausende von Menschen dahingerafft haben; Nahrungsmittel, die schlecht scheinen, brauchen nicht immer krank zu machen; ob eine feuchte Wohnung einen Rheumatismus machen wird, läßt sich nicht restlos aus der Erfahrung sagen.

Das kann man erst durch wissenschaftliche Behandlung der Fragen, und Pettenkofer gebührt das unvergeßliche Verdienst, die Hygiene zur Wissenschaft gemacht zu haben.

Nicht als ob dafür alle Ansätze gefehlt hätten. Tastende Versuche, auch im Laboratorium, waren schon gemacht worden über Gewerbekrankheiten, mephitische Gase, Konservierungsmethoden u. ä. Sie werden dem großen Gebäude, das Pettenkofer errichtete, als Bausteine eingefügt; aber der Bauplan mit der Absicht, die ganze Umgebung des Menschen auf ihre Bedeutung für die Gesundheit zu durchforschen, ist ganz dem

Antiphlogistine* MEDIZINISCHE UMSCHLAG PASTE
* eingetr. Wz.
IN LIZENZ DER FIRMA
THE DENVER CHEMICAL MFG. CO. NEW YORK LYSSIA-WERKE WIESBADEN
Wärmepackung - Wärmeumschlag
bei: Gelenkentzündung
Nervenentzündung
Rippenfellentzündung
Hals- und Brustschmerzen
Rheumatismus

Kopfe Pettenkofers entsprungen; und die Zahl der Steine, die er und seine Schüler herbeigeschafft haben, ist unendlich viel größer als alles, was andere vor ihm und gleichzeitig zu dem Baue lieferten.

Max Pettenkofer ist geboren in Lichtenau*) am 3. Dezember 1818. Sein Vater war Landwirt, drei von dessen Brüdern haben studiert, er selbst übernahm das Anwesen. Ein kinderloser Onkel, der seit 1823 kgl. Hof- und Leibapotheker war, nahm sich des kleinen Max an, der ein ausgezeichneter Schüler war und zunächst zum Apotheker bestimmt wurde. Nach mehreren ziemlich allgemein bekannten kleinen Abenteuern**) ging er zum Studium der Medizin über. Aber auch noch nach bestandenem Examen blieb er seinen chemischen Neigungen treu, und deren Erfolge wurden zur Grundlage seiner ersten Anstellung. König Ludwig I., dem Gärtner ein Stück „antikes Porporino" aus Italien mitgebracht hatte, wünschte dringend eine Herstellung dieses wundervollen Glasflusses, und Pettenkofer hatte sich seine Gunst erworben, als ihm diese gelang. Auch die Erfindung eines Verfahrens zur Regeneration alter Gemälde ist ein außerordentliches Verdienst von ihm, denn seit dieser Zeit hat man nicht mehr nötig, unscheinbar gewordene Stellen zu übermalen.

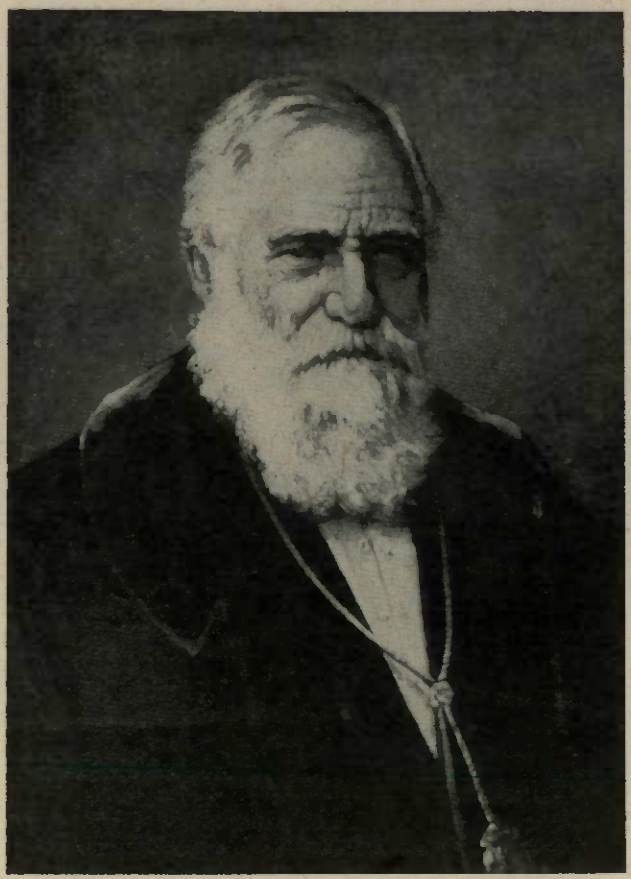
Vor allem aber gab sein chemisches Wissen eine feste Grundlage ab für die Gesundheitspflege. Die Medizin ist stets von anderen Hilfsfächern abhängig, und sie entwickelt sich am besten, wenn neuere Fortschritte anderer Gebiete für sie verwendet werden. In damaliger Zeit hatte nun die Chemie, namentlich durch Liebig, eine Fülle von Fortschritten erzielt, und die Kenntnis dieser und die Erfahrung beim praktischen Arbeiten kamen Pettenkofer bei seinen Plänen, die sich daran weiterentwickelten, zugute. Schon beim Studium des kranken Menschen wurden seine Forschungen verwendet, wie die Gallenprobe. Noch mehr aber konnte er sie verwenden, als Aufgaben an ihn herantraten, die für sein Schaffen noch bedeutungsvoller wurden. Denn dadurch wurde für die Hygiene eine wissenschaftliche Grundlage geschaffen, und zwar zunächst eine chemische, physikalische und physiologische, wozu dann später eine mikrobiologische, eine nationalökonomische, eine erbbiologische kamen.

Die Aufgabe, durch die Pettenkofer zur Hygiene eigentlich kam, war von König Max II. gestellt. Die nach modernen Grundsätzen in der Residenz eingerich-

*) Richtiger in der „Einöde" Lustenheim. Diese liegt etwa 14 Kilometer von Neuburg a. d. Donau, an der Straße Pfaffenhofen — Lichtenau — Neuburg, dort wo die Straße Reichertshofen — Neuburg einmündet.

**) Vgl. die Biographie von Neustätter, Wien 1925.

HORM HEPARHORM®
Leberextrakt + Vit. B12 + Kobalt
Anämie – Leberschutztherapie
Erhöhter B12-Gehalt!
1 ccm = 10 bzw. 35 γ
HORMON-CHEMIE MÜNCHEN



tete Zentralheizung gefiel nicht, und es wurde die Frage vorgelegt, ob sie nicht infolge der Trockenheit die Gesundheit schädige. Das führte bei der Sorgfalt, mit der Pettenkofer zu arbeiten pflegte, zu Fragen über die Aufnahme von Feuchtigkeit aus den Mauern, über den Luftwechsel bei geschlossenen Fenstern und Türen, über die gesundheitsschädliche Wärmeabgabe durch Ausstrahlung in feuchten Wohnungen. Aber auf eine breite wissenschaftliche Grundlage wurde dieser Teil der Hygiene doch erst gestellt, als durch die Freigebigkeit des Königs ein Apparat gebaut und in Betrieb genommen werden konnte, groß genug, um einen Menschen aufzunehmen, und so ausgestattet, daß dessen gesamte Ausscheidungen an Kohlensäure und Wasser gemessen werden konnten. Nun waren die Grundlagen für eine hygienische Beurteilung der Luft geschaffen; es zeigte sich, wann eine Luft verunreinigt sei und wann ein Raum als überfüllt zu gelten habe, Grundlagen, die auch heute noch für die Wohnungshygiene höchst bedeutungsvoll sind. — Nach der Wohnung wurde der noch nähere Schutz untersucht, der den Menschen selbst umgibt, die Kleidung, und festgestellt, daß im Gegensatz zu der herrschenden Meinung diese nicht dazu da sei, die Luft vom Körper abzuhalten, sondern sie ihm in geeigneter Weise zuzuführen. — Für die Hygiene der Nahrung handelte es sich mehr um praktische Fragen. Wann das Fleisch gesundheitsschädlich sei, wußte man im ganzen schon; aber wie verhindern, daß es in den Handel kommt? Die alten Fleischbänke hatten ziemlich versagt; die Schlachtungen waren über die ganze Stadt verteilt, was namentlich im Sommer zu großem Gestank Anlaß gab — man denke: keine Kanalisation! — und mit unbankmäßigem Fleische wurde viel Unterschleif getrieben. 800 solche Schlachtstätten waren im Jahre 1878 über die Stadt verstreut! Da half nur rücksichtsloses Durchgreifen; der Schtachthofzwang wurde eingeführt und damit alle diese Mißstände beseitigt.

Auch für die Gewerbehygiene wurden verheißungsvolle Anfänge gemacht, zunächst durch die Untersuchung des Einflusses giftiger Gase.

Die größte Gefahr der damaligen Zeit aber waren die Seuchen, namentlich die Cholera, die schon 1837 München heimgesucht hatte. Bei ihrem neuen Auftreten im Jahre 1854 stand Pettenkofer, der damals selbst in leichter Form erkrankte, an der Spitze der Bekämpfung. Es ist auch heute noch ein Genuß, seine Darstellung der Epidemie zu lesen und die Genauigkeit der Beobachtungen zu bestaunen, zu sehen, wie Pettenkofer den Ansteckungen nachging und die Verbreitung verfolgte, um auf Grund unserer heutigen Kenntnisse neue Schlüsse daraus zu ziehen. Erst durch seine Forschungen wurde endgültig der Beweis erbracht, daß die Verschleppung durch den Menschen erfolgt. Allerdings nahm Pettenkofer an, was wir heute nicht mehr tun, daß dem Boden als solchem eine Rolle bei der Verbreitung zukäme. Diese Ansicht hat bei dem berühmten englischen Arzt Sydenham Anfang des 18. Jahrhunderts ihren eigentlichen Ursprung, zu einer Zeit, als man die Ansicht vom Einfluß der Gestirne noch ernsthaft bekämpfen mußte. Der Münchener Professor Buhl brachte dann Seuchen und Grundwasserstand zusammen, und Pettenkofer suchte sie durch reichliches Material zu stützen. Wenn auch diese Ansicht als widerlegt gelten darf, so hat sie doch in ihren Auswirkungen viel Gutes geschaffen: Sie hat ein großes Propagandamaterial für die Durchführung der Kanalisation geliefert und somit auf andere Weise die Seuchenbekämpfung gefördert. Wohin aber mit den Abwässern? Die Schule Robert Kochs, die um 1880 ebenfalls einen großen Einfluß auf die Ausgestaltung der Hygiene erhielt, und oft mit Recht, trat einer Einleitung in die Flüsse entgegen, indem sie die Gefahren ausmalte, die durch die Verbreitung der Bakterien entstünden. Pettenkofer vertrat die Ansicht, daß dies ungefährlich sei. Jahrzehntelange Erfahrungen in München und anderen Städten haben tatsächlich ergeben, daß eine Seuchengefahr nur vorhanden ist, wenn unterhalb Wasser als Trinkwasser entnommen wird.

Seit der Zeit Pettenkofers sind scheinbar zwei neue Teile der Hygiene zugefügt worden: die soziale und die Rassenhygiene. Nur scheinbar: denn sozialhygienische Arbeiten wurden, schon von ihm beeinflußt, mehrere gemacht, wie ja wissenschaftliche Versuche dieser Art bis ins 18. Jahrhundert zurückgehen. Und zur Rassenhygiene finden sich in seinen Schriften bedeutungsvolle Sätze wie dieser: da sich ein Teil der Gesundheit, ebenso wie ein Teil der Krankheit, auf die Kinder vererbt, so erhellt der Wert eines nach den Regeln der Hygiene geordneten Lebens nicht nur für das Individuum, sondern auch für seine Nachkommen und ganze Generationen und dadurch für die allmähliche Verbesserung der Rasse. — Sicher hätte Pettenkofer sich also auch eingehend mit diesen Fragen befaßt, wenn die Forderungen des Tages nicht damals andere Aufgaben gewesen wären und vor allem, wenn die wissenschaftlichen, aus der Botanik stammenden, durch Mendel gelegten Grundlagen noch andere gewesen wären, so daß man mit dem Recht, das wir heute haben, For-

Schritt um Schritt
Stufe für Stufe

BAYER

Resochin®

Chloroquindiphosphat 0,25 g (entsprechend 0,15 g Chloroquin)

Bei chron. Gelenkrheumatismus

Konsequente Langzeittherapie
mit Resochin
bringt Dauererfolge
bei Polyarthritis rheumatica
Resochin wirkt direkt auf
die Grundsubstanz ein
und hemmt die proliferativen
Vorgänge im Bindegewebe.
1 Tablette täglich
regelmäßig - monatelang

CVT-R-100

derungen hätte aufstellen und Maßnahmen durchführen dürfen.

Pettenkofer hatte für seine Arbeiten in den ersten Jahren keine anderen Räume als drei Zimmer im physiologischen Institut zur Verfügung. Aber sie waren bald zu klein. — Man hört manchmal die Phrase, daß große Arbeiten auch aus den kleinsten Räumen hervorgehen könnten. Das ist für den Anfang einer Wissenschaft richtig; aber bald nicht mehr. Der Kopf hat wohl Platz darin, aber der Arm will sich ausbreiten. So war es denn ein großes Glück für die Wissenschaft, daß ihm im Jahre 1879 ein eigenes Institut errichtet wurde, wie die Abbildung auf dieser Seite zeigt. Wer sie ansieht, wird allerdings erkennen, daß der Bau in den 54 Jahren seines Bestehens der gleiche geblieben ist, trotz der ungeheuren Fortschritte, die die Wissenschaft seither gemacht hat.

Pettenkofer hatte das Glück, daß nicht nur für die Wissenschaft, sondern auch für die praktische Durchführung seiner Ideen, zunächst in München, ihm Männer zur Seite standen, unter denen vor allem Bürgermeister v. Erhardt, Stadtbaurat Zenetti und Polizeidirektor Pfeufer zu nennen sind. Die Hemmungen waren groß; von 1856 bis 1864 dauerte es, bis nur die Widerstände der Gegner der Kanalisation überwunden waren, zu denen auch Moritz von Schwind gehörte (sie sind sehr hübsch in der Festschrift für die Münchener Naturforscherversammlung 1899 geschildert), und dann vergingen noch Jahrzehnte mit der vollständigen Durchführung. Aber allmählich ging es vorwärts: 1877 waren 1687 Meter Kanäle vorhanden, 1898: 174 649; 1932: 474 400 Meter. Denn Pettenkofer hatte ein Talent, das nicht vielen Gelehrten gegeben ist: er verstand es, seine Mitbürger mitzureißen und ihnen zu zeigen, daß gefälliges Nachgeben gegen jeden auch noch so wenig berechtigten Widerstand jede Verbesserung unmöglich macht. Sein Name war es, an dem das große Werk der Gesundung der deutschen Städte hing. Bis dahin besaßen die Stadtverwaltungen für die Hygiene weder Zuneigung noch Abneigung; sie war ihnen überhaupt kein Begriff, die Gesundheit der Einwohner nicht das Objekt systematischer Pflege, sondern etwas, was man von Zeit zu Zeit bei den Maßnahmen in Betracht ziehen müßte. Als aber dieser Schemen sich an die Persönlichkeit Pettenkofers heftete, bekam er Fleisch und Blut, er bekam Gestalt, und nun stand etwas greifbar vor Augen, woran Verwaltung, Presse und Bewohner nicht mehr vorbeigehen konnten. Das galt für München, für Bayern, für die deutschen Städte, für die ganze Welt, in der Pettenkofers Name nun gerade wieder wegen seiner wissenschaftlichen Begründung der Hygiene gefeiert wurde. Wenn am Anfang auch Klagen darüber laut wurden, daß die Gesundheit etwas kostet, so konnte Pettenkofer berechnen, wie sich dieses Geld verzinst. 1873 gab er an, eine wie viel geringere Sterblichkeit London hätte als München. Die Verluste, die München durch Krankheit, Ausgaben dafür, Arbeitsverlust erleide, entsprächen den Zinsen eines Kapitals von 43 Millionen Mark. Würde durch Aufwendung dieses Betrags die Sterblichkeit auf die des damaligen London herabgesetzt, so sei das Geld gut angelegt. Tatsächlich wurde schon durch eine viel geringere Summe das Ziel erreicht. Setzen wir nun diese Berechnung fort, so sehen wir auf den graphischen Darstellungen*), wie sich das Geld weiterverzinst hat. Der Wert des Menschenlebens berechnet nach dem, was der Mensch gekostet hat, bis er produktiv wurde, und der Betrag, zu dem es sich verzinsen muß — entsprechend dem Wehrgeld im altdeutschem Recht — wird auf 31 000 RM im Durchschnitt der männlichen produktiven Bevölkerung berechnet. Die linke Zeichnung gibt an (ausgezogene Linie), wie viele Personen (bei entsprechendem Wachstum der Stadt) an Typhus sterben würden, wenn die Gesundheitsverhältnisse noch so ungünstig wären wie in der Mitte des 19. Jahrhunderts; die gestrichelte Linie zeigt, wie viele tatsächlich starben. Die rechte Skizze zeigt, wieviel erspart wird durch die hygienischen Maßnahmen, indem gegenübergestellt sind die Ersparnisse an Menschenleben, in Geld umgerechnet, und die Ausgaben für Wasserversorgung und Kanalisation.

*) Siehe nächste Seite.

München wurde zum Ausgangspunkt des „Großreinemachens", das nun in den deutschen Städten durchgeführt wurde. Die führenden Männer der Stadtverwaltungen, an ihrer Spitze Rudolf Virchow, setzten sich mit Begeisterung für den Gedanken ein, rissen ihre Stadtverwaltungen mit und erreichten in wenigen Jahrzehnten das gleiche an gründlicher Gesundung. — Allerdings darf uns das, was wir in den meisten Großstädten zu sehen gewohnt sind, nicht verleiten, zu glauben, daß nun alles an Hygiene erreicht sei, was wir wünschen können; wer die Verhältnisse in kleinen Städten kennt, weiß, wie sehr hier noch alles im argen ist; und sogar in Großstädten zeigen Epidemien gelegentlich Mißstände an, die man dort nicht erwarten sollte.

Seine großen Erfolge verdankte Pettenkofer nicht zum geringsten seiner Persönlichkeit. Wer auch nur sein Bild mit dem ernsten Mund und den schelmischen Augen betrachtet, muß verstehen, daß sich niemand ihrem Zauber entziehen konnte, und der persönliche Mut, wegen dessen schon der Bauernbub bekannt war, zeigte sich im Greisenalter, als zur Untersuchung, ob Cholerabazillen allein und immer Cholera hervorriefen, er den berühmten Versuch an sich selbst vornahm. Eine tiefe Schwermut liegt über seinen Gedichten, von denen nur ein Stück aus einem wiedergegeben werden soll:

Ich fühl's ich bin nicht für die Welt geboren,
Ich könnte sonst sie nehmen, wie sie liegt,
Hätt' nie an Traumgestalten mich geschmiegt,
An die mein Herz unrettbar nun verloren ...
O glücklich, wer ein kleines niedres Haus
In eines Tales Schlucht sich könnt' errichten,
Nichts hört' als Vogelsang und Waldgebraus.
Entfesselt schnöden Zwangs und harter Pflichten,
Zög er des Lebens schwere Rüstung aus
Und schlummerte — im Schatten hoher Fichten.

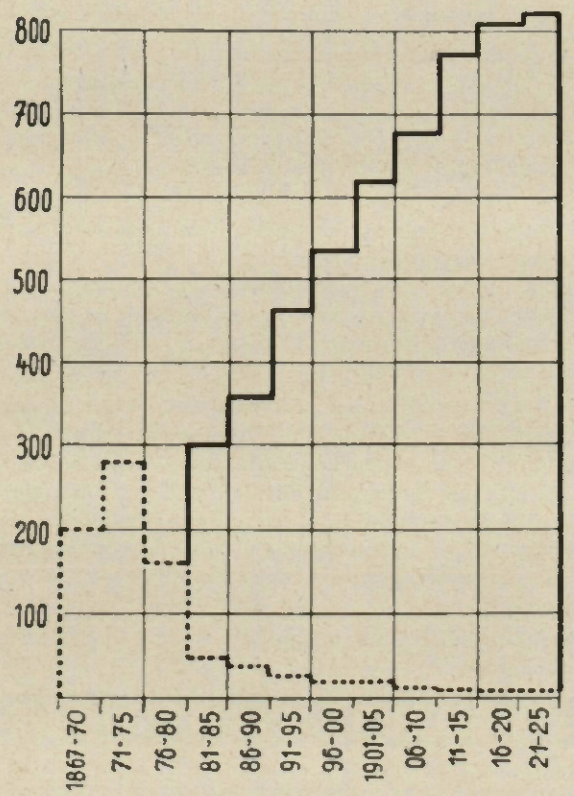
Pettenkofers Größe wächst mit dem zeitlichen Abstand, in dem wir uns von ihm befinden. Wie er jetzt noch im Auslande geschätzt wird, zeigt eine kürzlich erschienene amerikanische Biographie von Hume. Das Hygienische Institut hat durch eine Schenkung vor einigen Jahren seinen Briefwechsel und zahlreiche andere Erinnerungsstücke erhalten und weiter gesammelt. An alle, die Briefe von ihm besitzen, ergeht die dringende Bitte, sie mindestens in Abschrift dem Institut zur Verfügung zu stellen, damit ein Pettenkofer-Archiv entstehen und eine Biographie geschrieben werden kann, so eingehend, wie sie des großen Mannes würdig ist.

Bayerischer Ärztetag 1961

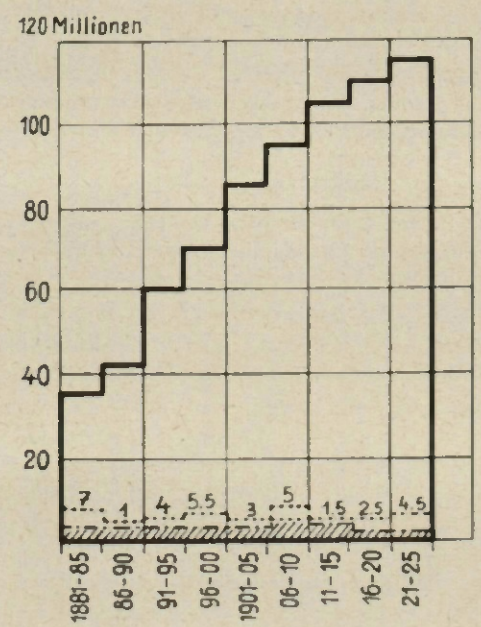
vom 5. bis 7. Mai in Regensburg

Erfolge der Typhusbekämpfung (nach v. Angerer)

..... Wirkliche Todesfälle
——— Todesfälle, die nach Maßgabe des Wachstums der Stadt zu erwarten gewesen wären, wenn die Typhushäufigkeit nicht abgenommen hätte.



-·-·-·- Ausgaben für die Kanalisation
····· Ausgaben für die Wasserleitung
——— Ersparnisse durch Erhaltung v. Menschenleben und Arbeitskraft, berechnet nach dem mittleren Verdienst der Arbeitenden, ohne Einrechnung von Arzt und Verpflegungskosten.



Aus der Denkschrift zur Hundert-Jahr-Feier des Münchner ärztlichen Vereins (28. Okt. 1933).

Zur Fortbildung · AUS DER KLINIK – FÜR DIE PRAXIS

Darf ich fliegen, Herr Doktor?

Eine häufige Frage besorgter Patienten und deren Angehörigen lautet: „Darf ich fliegen, Herr Doktor?" Rund drei Prozent der Fluggäste befinden sich in ständiger ambulanter ärztlicher Behandlung. Allein bei den rund 768 226 Fluggästen der Deutschen Lufthansa im Jahre 1959 waren es also 23 599 Passagiere, die in ärztlicher Behandlung standen.

Die Medizinische Abteilung des amerikanischen Luftwaffenhospitals in Lackland/Texas hat eine direkte oder indirekte Beeinflussung Kranker im Flugzeug festgestellt durch:

1. Luftkrankheit;
2. Druckunterschiede infolge der Flughöhe;
3. geringeren Sauerstoffgehalt der Luft in großen Höhen;
4. die Angst, sowohl primär als auch als Folge schon eingetretener Beschwerden.

Die Luftkrankheit: Druckkabinen können die Beschwerden weitgehend vermindern. Die heute üblichen Druckkabinen halten den Luftdruck des Ausgangsflughafens bis zur Flughöhe von 7000 m, von da ab halten sie bis zur meist üblichen Reiseflughöhe von 13 000 m den Barometerstand von 2500 m.

Der durch die Flughöhe zunehmende Sauerstoffmangel wird durch Hyperventilation und vermehrte Herzleistung kompensiert. Bei Krankheiten des Herzens und Kreislaufs sind insbesondere die Zunahme der Herzarbeit und die mögliche Hypoxie des Herzmuskels zu berücksichtigen.

Patienten mit dekompensierten Vitien sollen nicht fliegen. Patienten mit kompensierten Vitien sollen Flugzeuge mit Druckkabinen benutzen oder nicht über 2500 m steigen. Wenn solche Patienten ohne Druckkabine fliegen müssen, soll ihnen vom Start an eine Sauerstoffmaske gegeben werden.

Patienten mit akuten Coronarthrombosen dürfen nicht fliegen. Bei ausgeheilter Coronarthrombose soll erst sechs Wochen nach völliger Wiederherstellung und nicht früher als drei Monate seit Beginn des akuten Stadiums eine Flugreise unternommen werden.

Patienten mit Angina pectoris sollten wegen der Gefahr einer Coronarthrombose nicht fliegen.

Hypertoniker mit Werten über RR 200/100 sollten längere Luftreisen ebenfalls nicht unternehmen.

Beim Asthma bronchiale muß die Entscheldung nach der Schwere des Krankheitsbildes gefällt werden.

Patienten mit aktiver oder cavernöser Tuberkulose, mit Pneumothorax, Lungen-Ca. oder Lungenabszeß dürfen nicht fliegen. Kranke mit einer Pneumonie sollen nur in den allerdringendsten Fällen ein Flugzeug benutzen. Sie sollen dann unter dauernder Sauerstoffbeatmung gehalten werden.

Bei Blutkrankheiten wird folgendes empfohlen: Kranke mit weniger als 3 Mill. Erythrozyten oder einem Hämoglobinwert unter 60 Prozent dürfen nicht fliegen. Das gleiche gilt für die Leukämie wegen der erhöhten Gefahr der Anoxie. Wenn solche Kranke einmal dringend ein Flugzeug benutzen müssen, dann muß ab 1500 m Höhe die Sauerstoffbeatmung einsetzen.

Bei Diabetikern bestehen im allgemeinen keine Bedenken. Sie sollen aber Zucker bei sich führen, da durch eine etwaige Übelkeit (Luftkrankheit) sehr schnell ein hypoglykämischer Zustand eintreten kann.

Nach großen operativen Eingriffen besteht ein Flugverbot für mindestens sechs Wochen.

Eine besondere Warnung ist angezeigt bei Kranken mit nicht reponierten Hernien wegen der Gefahr schwerer Komplikationen durch Expansion der Darmgase.

Patienten mit schweren Psychosen und Epileptiker sollen nicht fliegen.

Hinsichtlich der Schwangerschaft bestehen in den einzelnen Ländern verschiedene Auffassungen und Regelungen. Bei der Deutschen Lufthansa ist für die Benutzung eines Flugzeugs im 6. und 7. Monat ein ärztliches Attest erforderlich. Ab 8. Monat der Schwangerschaft erfolgt keine Beförderung.

Kinder können im allgemeinen bereits von der zweiten Lebenswoche an mit dem Flugzeug befördert werden. Bei Anflug eines Flughafens soll ihnen ein Fläschchen gegeben werden, da sie dadurch Schwierigkeiten des Druckausgleichs zwischen Nasopharynx und Mittelohr selbst beheben.

W. Rudolf: Darf ich fliegen, Herr Doktor? Medizinische Klinik Nr. 5, vom 3. 2. 61, S. 199.

„Intravenöse Tracheotomie" — ein Schlagwort?

Luftblockierende, allergische und toxische Prozesse am Kehlkopf, wie Quinckesche Ödeme, Insektenstiche, Arzneiallergien, lassen sich nach den Feststellungen des Verfassers sicher durch intravenöse Verabreichung von Cortisonderivaten (verwendet wurde Urbasan solubile) beherrschen.

Auch bei Allergie und infektiösen Mischformen (z. B. grippöse Laryngitiden, Pseudokroup, Röntgenödemen) reicht diese konservative Methode — hier kombiniert mit antibiotischen Mitteln — in den meisten Fällen aus. Tracheotomien werden heute fast nur noch bei Kehlkopftumoren durchgeführt.

Der ungewöhnliche und auffallende Ausdruck „intravenöse Tracheotomie" beschreibt also tatsächlich und zutreffend die therapeutische Situation. Verfasser weist darauf hin, daß selten ein Medikament mit einer derartigen Selbstverständlichkeit und Sicherheit seinen therapeutischen Verpflichtungen als antiexsudatives und antiallergisches Agens nachkommt.

Aber nicht nur bei reinen oder vorwiegend allergischen Zuständen im Kehlkopfbereich sind durch intra-

WARUM EMPFIEHLT DER ARZT DAS MOORBAD AIBLING/OBB.?
Weil außergewöhnliche Heilerfolge bei Rheuma, Frauenleiden, Arthrosen, Ischias erzielt werden. Auskunft durch Kurverwaltung.

venöse Verabreichung von Cortisonen Tracheotomien zu umgehen, sondern auch bei entzündlichen Kollateralödemen. Verfasser erwähnt in diesem Zusammenhang u. a. auch die peritonsillären Abszesse, die besonders bei kurzhalsigen, beleibten, älteren Patienten zu Kollateralödemen des Kehldeckels und des Kehlkopfausgangs führen können. Dieses bedrohliche Krankheitsbild kann die Durchführung der notwendigen chirurgischen Maßnahmen sehr erschweren; nach einer Abszeßspaltung kann sich das Kollateralödem für kurze Zeit sogar noch verstärken und einen totalen Glottisblock herbeiführen. Verfasser empfiehlt daher, unter gleichzeitiger Verabreichung von Antibiotica Cortison zu spritzen, wenn bei einem peritonsillären Abszeß der Hals Spuren einer teigigen Verdickung zeigt, die Uvula ödematös anschwillt, die Sprache heiser wird, die Atmung nicht ganz frei erscheint und Schluckbeschwerden und starke, schleimige Salivation bestehen.

Dr. med. H. Keller, HNO-Abt. des Wenckebach-Krankenhauses, Berlin-Tempelhof: „Intravenöse Tracheotomie" — ein Schlagwort? Ärztliche Praxis Nr. 6, vom 11. 2. 61, S. 328.

Die Verbrühung der Mundhöhle und der oberen Luft- und Speiseröhre

Im Krankengut der Kölner Universitäts-Kinderklinik waren im Zeitraum von 10 Jahren (1950—1959) unter 270 Kindern mit Verbrennungen 29 Kinder, die wegen Verbrennung der Mundhöhle und der oberen Luft- und Speisewege stationär behandelt wurden.

Vorwiegend handelt es sich um Kleinkinder im Alter von 2—3 Jahren. Erfahrungsgemäß wird von diesen in einem unbewachten Augenblick besonders gern aus dem Schnabel einer Kanne getrunken. Kommt dabei heiße Flüssigkeit in den Mund, wird sie unter Schreien und Husten ausgespuckt oder erbrochen. Dem schmerzvollen Aufschrei geht oft eine tiefe Inspiration voraus. Oft läßt sich das Kind danach wieder beruhigen, und die Eltern werden auf die tatsächlich eingetretenen Verbrühungsschäden erst nach 2—4 Stunden, manchmal auch erst nach 6 Stunden aufmerksam. Die sich dann rasch einstellenden Symptome und deren Auftreten nach einem mehr oder weniger unauffälligen Intervall sind typisch für diese Form der Verbrühung: Unruhig, mühsame und beschleunigte, oft röchelnde oder schnarchende Atmung bei geöffnetem Mund, die Stimme ist heiser, das Schlucken erschwert, die Nahrungsaufnahme wird verweigert. Häufig besteht Speichelfluß und Erbrechen von Schleim unter Würgen. Gesicht bläulich, gedunsen, Munddreieck blaß, ängstlicher Gesichtsausdruck. Die Kinder werden schläfrig, manchmal auch benommen. In schweren Fällen zunehmende Atembehinderung mit Einziehungen am Jugulum, Sternum und seitlichen Thoraxpartien. Häufig wird der Arzt erst bei diesem lebensbedrohlichen Zustand gerufen, der sofortige Krankenhauseinweisung erforderlich macht.

Lokalbefund: Häufig keine Beteiligung der Lippen bzw. Mundumgebung. Harter und weicher Gaumen ist häufig, die Rachenschleimhaut fast immer befallen, in schweren Fällen mit Blasenbildung und diphtheroiden, fibrinösen Belägen. Tiefe Pharynx- und Larynxanteile zeigen mehr oder minder starke Beteiligung des Kehlkopfeingangs oder des Kehlkopfes. Bemerkenswert ist das Fehlen stärkerer Grade von Verbrühungen der Speiseröhre, da die Flüssigkeit weniger geschluckt als vielmehr aspiriert wird. Es findet sich ein wechselnd starkes Ödem der Schleimhaut, insbesondere im Bereich des Kehlkopfeingangs und des Kehlkopfes. Ein Ödem des Kehlkopfes mit inspiratorischem Stridor und Atemnot kann bereits nach oberflächlicher Verbrühung eintreten. Infektionen und Komplikationen können bei Ausbreitung des Ödems über Kehlkopf und Trachea hinaus in die Bronchien eintreten. Eine Verbrühung des Ösophagus wird durch sofort einsetzenden Krampf am Ösophagusmund meistens verhindert.

Die Behandlung ist im allgemeinen abhängig von der Schwere des Zustandsbildes. In leichten Fällen genügen Analgetica, Sedativa und Kalzium intramuskulär. Zur lokalen Schmerzstillung läßt man anästhesierende Bonbons lutschen. Bei stärkerer Verengung der oberen Luftröhre gibt man Kalzium i. v., gegebenenfalls kombiniert mit einem Antihistaminicum, in schweren Fällen Nebennierenrindenpräparate unter Antibioticaschutz. Der Allgemeinzustand kann weitere therapeutische Maßnahmen (Infusionen, perorale oder rektale Flüssigkeitszufuhr, Herz- und Kreislaufmittel) erforderlich machen. Unter dieser Behandlung bessern sich die akuten Erscheinungen bald. Schluckbeschwerden oder kloßige Sprache schwinden meist nach 2—3 Tagen. Die Entlassung aus stationärer Behandlung ist meist nach 10—12 Tagen möglich.

Dr. med. H.-M. Heinisch, Univ.-Kinderklinik, Köln-Lindenthal. „Ein typischer Unfall im Kleinkindesalter: Die Verbrühung der Mundhöhle und der oberen Luft- und Speiseröhre." Münchner Medizinische Wochenschrift, Heft 8, vom 24. 2. 1961, S. 403.

AUS DER BUNDESPOLITIK

Empfehlungen der Arbeitsministerkonferenz

Die Konferenz der Arbeitsminister der Länder, die in Bad Wiessee unter Leitung des Bayer. Staatsministers für Arbeit und soziale Fürsorge am 20. und 21. 2. 1961 stattgefunden hatte, befaßte sich u. a. mit Fragen der Rehabilitation, der Arbeits- und Sozialgerichte und der Bemessung der Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung, sowie mit dem § 38 des Jugendarbeitsschutzgesetzes.

Diese Arbeitsministerkonferenz, die kein Beschlußgremium darstellt, soll sich in erster Linie mit der Koordinierung der Arbeitsministerien der Länder beschäftigen und trat für zweckmäßigere Regelungen der **Rehabilitationsmaßnahmen** durch die Träger der Sozialversicherung ein. Es soll erreicht werden, daß bestimmte Rehabilitationsmaßnahmen bei bestimmten Krankheiten von den Versicherungsträgern gemeinsam an geeigneten Orten durchgeführt werden.

Zur Frage, ob **„Rechtsprechungsministerien"** errichtet werden sollten, zu denen dann auch die Arbeits- und Sozialgerichte gehören würden, erklärten die Arbeitsminister, daß sie darin keine Verwaltungsvereinfachung erblicken könnten. Die Besonderheiten der Rechtsprechung der Arbeits- und Sozialgerichte ließen vielmehr die Beibehaltung der derzeitigen Regelung, durch die diese Gerichte dem Geschäftsbereich der Arbeitsministerien zugeordnet sind, als zweckmäßiger erscheinen. Die Arbeitsminister sprachen sich auch gegen eine Verringerung der Laienrichter an diesen Gerichten aus, da sie der Auffassung waren, daß gerade bei die-

sen Gerichten die besondere Lebenserfahrung von Laienrichtern für die Rechtsfindung notwendig ist.

Akkordarbeit für Jugendliche?

Im Zusammenhang mit dem Jugendarbeitsschutzgesetz beschäftigten sich die Arbeitsminister eingehend mit der Frage der Akkord- und Fließarbeit von Kindern und Jugendlichen, die nach § 38 dieses Gesetzes zwar generell verboten ist, jedoch von der Aufsichtsbehörde ausnahmsweise genehmigt werden kann, wenn eine Beeinträchtigung der Gesundheit oder der körperlichen oder geistigen Entwicklung der Jugendlichen nicht zu befürchten ist. Die zu dieser Frage gefaßte Entschließung hat folgenden Wortlaut:

„Die Arbeitsministerkonferenz hat sich erneut mit dem Problem des § 38, Abs. 2 des Jugendarbeitschutzgesetzes beschäftigt und ist in Ergänzung ihres Hamburger Beschlusses zu folgender Auffassung gekommen:

1. Die für die Aufsicht über das Jugendarbeitsschutzgesetz zuständige Behörde kann Ausnahmebewilligungen nur auf Grund des § 38, Abs. 2, bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen nach pflichtgemäßen, am Sinn und Zweck des genannten Verbotes von Akkord- und Fließarbeit in Verbindung mit den übrigen Bestimmungen des Gesetzes orientierten Ermessen erteilen. Es ist ein strenger Maßstab anzulegen. In den Genehmigungen sind die Jugendlichen namentlich aufzuführen.
2. Das generelle Verbot von Akkord- und Fließarbeit durch § 38, Abs. 1, in Verbindung mit dem auch für Ausnahmebewilligungen gemäß § 38, Abs. 2, uneingeschränkt geltenden Gebot ihrer Befristung fußt auf der Erkenntnis, daß jede Dauerbeschäftigung Jugendlicher mit Akkordarbeit oder mit Fließarbeit, auch leichter Art, die Befürchtung gesundheitlicher oder entwicklungsmäßiger Beeinträchtigungen im Sinne des § 38, Abs. 2, in sich birgt.
3. Ausnahmebewilligungen nach § 38, Abs. 2, können also niemals mit dem generellen, auf die Dauer angelegten Bedürfnis eines Betriebes, sein Betriebsergebnis durch den Einsatz auch der Jugendlichen über 16 Jahre bei Akkordarbeiten oder am Fließband zu steigern, begründet werden. Sie kommen vielmehr bei Unbedenklichkeit für Gesundheit und Entwicklung der Jugendlichen nur in Betracht bei Vorliegen spezieller, zeitlich eng befristeter Betriebsbedürfnisse, z. B. bei plötzlichem Ausfall von Erwachsenen durch Krankheit oder Ausscheiden aus dem Betrieb, oder auch zu — vorübergehenden — Ausbildungszwecken."

Die Pressestelle der bayerischen Ärzteschaft hat in einer Erklärung zwar begrüßt, daß die Arbeitsminister eine strenge Auslegung der erwähnten, von der Ärzteschaft als unrichtig bezeichneten Gesetzesbestimmung für erforderlich halten, ist aber überzeugt, daß die jeweilige Aufsichtsbehörde sowohl bei der Erteilung der Ausnahmegenehmigung zu Akkord- und Fließarbeit für Jugendliche als auch bei deren Kontrolle überfordert ist. Die Pressestelle hat die von der Ärzteschaft wiederholt vorgetragene Auffassung in Erinnerung gebracht, daß jede Art von Akkord- und Fließarbeit bei Jugendlichen die Gefahr gesundheitlicher Schäden in sich birgt.

Bei der Frage der **Beitragsbemessung der Krankenkassen** beschloß die Konferenz, die Bundesregierung zu bitten, möglichst noch in dieser Legislaturperiode eine Änderung der einschlägigen Paragraphen (§§ 385 bis 391) der RVO herbeizuführen. Durch die gewünschte Änderung sollen die Kassen ermächtigt werden, ihre Beiträge über die derzeit zulässige Höhe von 9% des Grundlohnes erhöhen zu können, ohne die freiwilligen Mehrleistungen verringern zu müssen. Die Konferenz vertrat weiterhin die Auffassung, daß die Krankenkassen von ihr wesensfremden Aufgaben (z. B. Mutterschaftshilfe) befreit werden müssen, wenn ihr durch Gesetz neue Pflichtaufgaben zugewiesen werden.

Arzneimittelgesetz im Vermittlungsausschuß

Der Bundesrat hat in seiner Sitzung am 3. März 1961 wegen des vom Bundestag verabschiedeten Arzneimittelgesetzes den Vermittlungsausschuß angerufen. Der Bundesrat wünscht u. a. durch eine Ergänzung des § 1 zu erreichen, daß kosmetische Erzeugnisse, die verschreibungspflichtige Stoffe enthalten, auch unter das Gesetz fallen. In § 6 soll durch die Auswechslung eines Wortes erreicht werden, daß auch solche Gegenstände unter das Verbot fallen, die erfahrungsgemäß zur Abtreibung benutzt werden. Weiterhin soll durch Änderung des § 9 bestimmt werden, daß die im Gesetz vorgesehenen Angaben bei Arzneispezialitäten auch auf der äußeren Umhüllung der Arzneifertigwaren enthalten sein müssen.

Ein sehr wichtiger Änderungswunsch betrifft den Nachweis der erforderlichen Sachkenntnis. Hier wünscht der Bundesrat, daß Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte, Diplomchemiker oder Biologen nicht durch ein Zeugnis über eine nach abgeschlossenem Hochschulstudium abgelegte Prüfung den Nachweis der erforderlichen Sachkenntnis erbringen, sondern daß diese durch eine Bestallung als Arzt usw. erbracht werden muß. Im übrigen hält es der Bundesrat wegen der erheblichen gesundheitlichen Gefahren, die von einer unsachgemäßen Herstellung von Arzneimitteln ausgehen können, nicht für vertretbar, eine Ausbildung als Chemotechniker oder eine dieser gleichwertigen Ausbildung als ausreichenden Sachkundenachweis anzusehen. Der Änderungswunsch des Bundesrates, die vorgeschriebene Registrierung der Arzneispezialitäten statt beim Bundesgesundheitsamt bei der zuständigen Behörde, also bei den Ländern, durchzuführen, dürfte beim Bundestag und der Bundesregierung auf wenig Gegenliebe stoßen. Der Vermittlungsausschuß wird bereits am 10. März zur Beratung zusammentreten, danach wird das Gesetz mit den Empfehlungen dieses Ausschusses schon am 17. März wieder dem Bundestag zugeleitet werden und am 29. März erneut dem Bundesrat vorliegen.

AUS DER LANDESPOLITIK

Aussprache über die Regierungserklärung der Staatsregierung

Im Bayerischen Landtag fand am 7. und 8. Februar die Aussprache über die Regierungserklärung der Staatsregierung statt. Dabei nahmen u. a. auch die Kollegen Dr. med. Oeckler und Dr. med. Soenning das Wort. Aus der Rede von Kollegen Dr. Oeckler entnehmen wir die folgenden Ausführungen:

Umfangreiche Meinungsforschungen haben in den letzten Jahren ergeben, daß die Bevölkerung ein ganz bestimmtes Interesse an die erste Stelle stellt. Es ist nicht die Verwaltungsvereinfachung, es ist auch nicht die Spielbankfrage, es ist nicht die Tbc-Ausmerzung bei Rinderbeständen — immerhin Angelegenheiten, die das Parlament immer wieder beschäftigen werden —, es ist auch nicht die Bekämpfung der Maul- und Klauenseuche, meine Damen und Herren, sondern es ist das Interesse an der eigenen Gesundheit.

Auf den ersten Blick erscheint nun die **Erhaltung** der eigenen **Gesundheit** als eine individuelle Aufgabe. Das gestrige Dr. Hoegnersche Rezept für Fastenkuren und Wanderungen in frischer Waldluft ist zweifellos gerade im Zeichen des Wirtschaftswunders, das sich

häufig in einer Erweiterung der Bund- und Kragenweite zeigt, wärmsten zu empfehlen. Aber es genügt allein nicht; es muß nicht nur der einzelne um seine Gesundheit besorgt sein, sondern das ist weitgehend auch eine Aufgabe des Staates, der Einrichtungen zur Verfügung stellen muß, in denen nicht nur die außerordentlich notwendige vorsorgliche Gesundheitspflege betrieben werden kann, sondern in denen auch eine bereits geschädigte Gesundheit wiederhergestellt werden kann.

Daß diese Notwendigkeit besteht, zeigt bereits die Einführung der Sozialversicherung im letzten Jahrhundert, die in ihren Grundzügen mehr oder minder auch heute noch gilt und deren Reform — dringende Reform, möchte ich sagen — in Bonn immer noch auf sich warten läßt. Wenn wir die Gesundheitspolitik der bayerischen Regierung mit der Lupe besehen, meine Damen und Herren — und wir müssen die Lupe zu Hilfe nehmen; denn die Gesundheitspolitik wird bei uns wie auch in Bonn ganz klein geschrieben —, dann gibt es, wie es in der Regierungserklärung heißt, wahrlich keinen „Grund zum Ausrasten". Die auf dem Sektor der Gesundheitspolitik aufgezeigten Punkte gehen beinahe alle auf parlamentarische Initiative zurück, und die wichtigsten davon stammen aus der SPD-Fraktion. Wir sind eben der Meinung, daß das Wohlbefinden des Staates vom Wohl des einzelnen abhängt, und der wichtigste Faktor des Wohlbefindens ist nun einmal die Gesundheit. Die Gesundheitsvorsorge, also die Vorbeugung gegen Krankheit und die Wiederherstellung der Gesundheit, ist eben an Einrichtungen gebunden, für die die Gemeinschaft sorgen muß und für deren richtiges Funktionieren die Hilfe des Staates unbedingt erforderlich ist.

Seit Jahren bemüht sich das Parlament um eine **Sanierung des bayerischen Krankenhauswesens.** Es hat sich gezeigt, daß die Landkreise und die Stadtgemeinden nicht in der Lage waren, das Defizit von 5000 bis 6000 Betten, die in Bayern eben fehlen, zu füllen. Die den Gemeinden zur Verfügung stehenden Mittel müssen auch noch für andere lebenswichtige Einrichtungen, wie Kanalisation, Straßenbau, Schulhausbau und Wasserleitungsbau, ausreichen. Da heute 5000 bis 6000 Betten in Bayern fehlen, da infolge Mangels einer gesamtbayerischen Planung, die rechtzeitig hätte kommen müssen, mindestens noch ebenso viele Betten am falschen Platze stehen, da zirka 300 Patienten täglich von Münchner Krankenhäusern wegen Überfüllung abgewiesen werden müssen, ist es höchste Zeit, eine **energische Planung** vorzunehmen und eine nicht minder energische staatliche Hilfe bereitzustellen. Die im Programm der Regierung als Förderungsmittel genannten Millionenbeträge wirken zunächst außerordentlich bestechend. Aber leider handelt es sich dabei hauptsächlich um Darlehen, die von den Krankenhausträgern wieder zurückgezahlt werden müssen. Wenn sie auch zinsverbilligt sind, sind sie doch nicht geeignet, das Defizit an Krankenbetten zu lösen. Die Krankenhausträger brauchen Zins- und Tilgungszuschüsse. Ohne diese Art der staatlichen Hilfe, die übrigens auch auf anderen Notstandsgebieten — ich nehme nur Bezug auf den Schulhausbau oder den sozialen Wohnungsbau — üblich ist, bedeutet der angekündigte Plan der Staatsregierung — wir warten alle gespannt darauf —, in den kommenden drei Jahren 5000 bis 6000 Krankenbetten neu zu schaffen, eine Utopie. Die Vergabe der staatlichen Zuschüsse muß selbstverständlich an gewisse Bedingungen geknüpft sein, die den Standort, die Größe und die Art des zu bezuschussenden Krankenhausneu- bzw. Erweiterungsbaues betreffen. Ohne eine solche Planung sind auch bereitgestellte Millionenbeträge eine Steuerverschwendung. Es sollte nicht so verfahren werden, daß die Vergabe von staatlichen Mitteln in erster Linie von der Hartnäckigkeit oder den jeweiligen guten Beziehungen des Gesuchstellers abhängt. Eine bayerische Gesamtplanung ist die einzig vernünftige Voraussetzung hierfür.

Ein weiterer Schwerpunkt in der bayerischen Gesundheitspolitik ist die Erstellung der **Münchner Stadtrandkilnik.** Bis dahin werden wohl 8 bis 10 Jahre ins Land gehen. Diese lange Zeitspanne verlangt die weitere Sanierung der bestehenden Kliniken im Stadtinnern, die nach Ansicht der Medizinischen Fakultät in München weiterhin bestehen bleiben sollten und erhalten werden müssen. Der Landesgesundheitsrat mußte leider bei der Besichtigung dieser Kliniken erhebliche Mängel feststellen. Es zeigte sich auch hier wieder, daß eine straffe Planung zur Behebung ausgesprochener Notstände gefehlt hat. Das Finanzministerium scheint noch nicht einmal zu wissen, ob die I. und II. Medizinische Klinik im Stadtinnern verbleiben sollen. Es ist höchste Zeit, meine Damen und Herren, daß sich die Regierung darüber schlüssig wird.

Es zeigt sich immer mehr, daß sich die Kompetenzen verschiedenster Ministerien, was die Gesundheitspolitik anlangt, so überkreuzen, daß eine wirksame Politik auf diesem Gebiet in Bayern nicht möglich ist. Eine sinnvolle Neuordnung und Zusammenfassung des Gesundheitswesens mit entsprechender Kabinettsvertretung ist in unserer Zeit zunehmender Zivilisationsschäden eine wichtige Aufgabe für eine verantwortungsbewußte Regierung, die sich zur Erhaltung der Volksgesundheit — um mit den Worten des Herrn Ministerpräsidenten zu reden — die Verbesserung des öffentlichen Gesundheitswesens angelegen sein läßt.

Auch Kollege Dr. Soenning äußerte sich zu den Fragen der Gesundheitspolitik und sagte u. a.:

Ich möchte meiner Freude darüber Ausdruck geben, daß die Förderung des Gesundheitswesens von der jetztigen Staatsregierung 1958 zum Schwerpunktprogramm erhoben worden ist.

Darüber fühle ich große Genugtuung. Ich glaube, ich darf feststellen, daß dieses Schwerpunktprogramm schon ganz erhebliche Erfolge gebracht hat, besonders in der Förderung des **Krankenhauswesens.** Während, meine sehr verehrten Damen und Herren, bis zum Jahr 1958 für die Förderung des Krankenhauswesens lediglich Mittel aus dem Finanzausgleich zur Verfügung standen, zur Abdeckung des Nachholbedarfs zuletzt nur eine halbe Million DM eingesetzt war und die freigemeinnützigen und die privaten Krankenhäuser überhaupt nicht berücksichtigt worden sind, muß festgestellt werden, daß seit 1958 jährlich 8 Millionen DM Darlehen für die kommunalen Krankenhäuser und 4 Millionen DM für die freigemeinnützigen und privaten Krankenhäuser zusätzlich eingesetzt worden sind. Das ist eine beachtliche Steigerung der Summe um immerhin 12 Millionen.

Seit Sommer dieses Jahres hat sich nun die jetzige Bayerische Staatsregierung zum Ziel gesetzt, mit der **Krankenhausbetten-Not** ein Ende zu machen und den Beitrag zu leisten, zu dem sie in der Lage ist. Sie haben alle schon aus der Regierungserklärung gehört, meine sehr verehrten Anwesenden, daß die fehlenden 5000 bis 6000 Krankenbetten bis 1963 erstellt werden sollen und der Staat hierzu in dieser Zeit Förderungsmittel von zirka 88 Millionen DM für die kommunalen und 16 Millionen DM für die freigemeinnützigen Krankenhäuser gibt.

Bei dieser Gelegenheit darf ich daran erinnern, daß auch die jetzige Staatsregierung — ich glaube, das ist einmalig im Bundesgebiet — eine bedeutende Initiative ergriffen hat, indem sie nicht nur Lippenbekenntnisse abgegeben, sondern zur **Überwindung der Schwesternnot** wirklich etwas getan hat. Die Ausbildung der Schwestern wird tatsächlich dadurch erleichtert, daß der bayerische Staat jedes Jahr 500 DM für jede in Ausbildung befindliche Krankenschwester gibt. Das ist eine Tat, die sich immerhin sehen lassen kann, auf die wir in Bayern auch stolz sein können.

Aber selbstverständlich müssen die zur Verfügung stehenden Förderungsmittel für die Krankenhäuser — da gebe ich Herrn Kollegen Dr. Oeckler recht — sinnvoll verwendet werden. Es ist unsere Absicht, den heutigen Notstand mit diesen Mitteln zu überwinden und Schwerpunktprogramme durchzuführen. Wir wissen also durchaus, wie wir die Mittel verwenden. Deshalb meine ich, daß wir einen **Plan** aufstellen müssen. Wir wollen nicht einen Plan, der auf einem Gesetz basiert, sondern einen Plan, den wir glauben dadurch durchführen zu können, daß durch die Höhe der Förderungsmittel diejenigen, die sich mit Krankenhausneubauten und Umbauten befassen, auf die Planung Rücksicht nehmen. Im übrigen glaube ich, daß ein gesetzlicher Plan einen derart starken Eingriff in die Selbstverwaltung der Krankenhäuser bedeutet, daß das sogar — ich darf das ganz offen sagen — zu einer Sozialisierung auf diesem Gebiet führen könnte. Ich glaube, meine sehr verehrten Damen und Herren, das wäre das Undankbarste, was wir tun könnten. Bevor der Staat geholfen hat, haben die Kommunen viele Opfer gebracht, das Krankenhauswesen in Schuß gehalten. Die Kommunen haben, wenn ich das nun über den Daumen peilen kann, von 1938 bis jetzt immerhin ca. 30 000 Krankenhausbetten geschaffen; wir haben heute immerhin 30 000 Krankenhausbetten mehr als 1938. Das ist eine außerordentlich beachtliche Leistung, die hier auch einmal anerkannt werden sollte.

Einen Satz möchte ich auch zu den **Universitäts-Kliniken** sagen. Die Frage hat auch mein Kollege Dr. Oeckler angesprochen. Wir wissen, daß die Stadtrandklinik, das Klinikum, gebaut wird, und wir haben in der letzten Zeit erfahren, daß es noch 8 bis 10 Jahre dauern wird, bis es in Betrieb genommen werden kann. Man kann, ich sage das ganz vorsichtig, vielleicht Verständnis dafür aufbringen, daß gesagt wird: „Wenn wir schon 250 Millionen Mark für die neuen Kliniken ausgeben, soll man für die alten Kliniken gerade nur das tun, was unbedingt erforderlich ist." Die Besichtigung des Landesgesundheitsrats hat Tatbestände ergeben, die es nötig machen, hier noch erhebliche Mittel einzusetzen, auf jeden Fall so viel, daß die alten Kliniken arbeitsfähig sind, bis wir die neuen Kliniken haben. Da dies noch 8 bis 10 Jahre dauern wird, sollte man sich gar keine Gedanken darüber machen, was dann später aus diesen Häusern wird; sondern es müßte allein der Tatbestand, daß dort noch 8 bis 10 Jahre gearbeitet werden muß, genügen, um entsprechende Mittel einzusetzen.

Zum Schluß möchte ich Herrn Kollegen Dr. Oeckler darin recht geben, daß die Bedeutung des Gesundheitswesens — besonders in Bayern — besser beachtet werden muß. Gerade in bezug darauf wurde heute davon gesprochen, daß man in diesem Haus Angst hat, man müßte noch mehr Rechte an den Bund abgeben. Nun ist das **Gesundheitswesen** einmal eine **Länderaufgabe,** und ich glaube, wir sollten gerade als gute Föderalisten aufrichtig daran interessiert sein, uns diese Länderaufgabe zu erhalten. Ich möchte meinen, daß es auf die Dauer sicherlich nicht geht, daß die Angelegenheiten des Gesundheitswesens immer nur als fünftes Rad an irgendeinem Ministerium mitlaufen, sondern daß wir hier etwas tun müssen. Ich halte das auch für notwendig, weil ernsthafte Bestrebungen von seiten des Bundes dahin gehen, ein Bundesgesundheitsministerium zu schaffen. Auf Grund gewisser Erfahrungen — ich möchte ganz vorsichtig sein —, die wir auf diesem Gebiet mit dem Bund gemacht haben, möchte ich meinen, daß man, wenn man hier schon etwas tut, auf der Länderebene beginnt, weil sich hier Experimente, wenn sie nicht gut ausgehen, nicht so verhängnisvoll auswirken wie oben im Bund, wo nun einmal die Dinge des Gesundheitswesens und die sozialen Angelegenheiten die Gemüter ganz anders erregen als bei uns in Bayern. Deshalb meine ich, daß wir uns alle bemühen sollten, diese Länderaufgabe aus sachlichen und föderalistischen Gründen zu erhalten.

Ich möchte am Schluß nicht versäumen — das ist eine Anstandspflicht —, allen ärztlichen Kollegen hier im Landtag zu danken, die in allen Fragen des Gesundheitswesens, sei es hier im Hause oder im Landesgesundheitsamt, sehr gut, sehr loyal über die Parteien hinweg zusammengearbeitet haben.

*

Der Sozialpolitische Ausschuß des Bayer. Landtags behandelte in seiner Sitzung am 23. 2. 1961 in einer eingehenden Aussprache die Verhältnisse an den Münchner Universitätskliniken und stimmte einem Antrag, der u. a. von den ärztlichen Abgeordneten Dr. Soenning (CSU), Dr. Oeckler (SPD), Dr. Reichstein (GB),

Dr. Brentano (BP) und Dr. Dehler (FDP) eingebracht worden war, mit folgendem Wortlaut zu:

„Der Landtag wolle beschließen: Aufgrund einer Entschließung des Bayer. Landesgesundheitsrates wird die Staatsregierung gebeten, im Benehmen mit der Medizinischen Fakultät in München baldigst einen Plan vorzulegen über alle Maßnahmen, die zur Abhilfe des dringenden Notstandes zur Weiterführung der Universitätskliniken in München erforderlich sind und sich gutachtlich zu äußern über die weitere Verwendungsmöglichkeit der alten Kliniken.

Die bestehenden baulichen Mängel sind umgehend im Rahmen des Bauunterhalts zu beseitigen."

*

Die ärztlichen Abgeordneten des Bayerischen Landtags, Drs. Brentano-Hommeyer, Dehler, Oeckler, Reichstein und Soenning, haben in einem gemeinsamen Antrag die Staatsregierung ersucht, an der Universität München ein Lehr- und Forschungsinstitut für prophylaktische Paediatrie und Jugendmedizin zu errichten.

Einem Antrag des BP-Abgeordneten Dr. med. Brentano-Hommeyer, der zur Beseitigung der derzeitigen Überfüllung der medizinischen Ausbildungsstätten an der Universität München eine Anpassung der Studierenden-Zahlen an die tatsächlichen Ausbildungsmöglichkeiten anstrebt, und ferner fordert, daß bei der Zulassung zur Einschreibung auf die Heimatzugehörigkeit Rücksicht genommen werden soll, stimmte der kulturpolitische Landtagsausschuß in der vom Berichterstatter vorgeschlagenen geänderten Fassung zu.

Danach soll die Staatsregierung Maßnahmen ergreifen, um die Überfüllung der medizinischen Ausbildungsstätten an der Universität München zu verhindern und Vorsorge zu treffen, um die Zahl der tatsächlich vorhandenen Ausbildungsplätze an den vorklinischen Instituten und die tatsächlichen Ausbildungsmöglichkeiten an den Kliniken der Zahl der Medizinstudierenden anzugleichen. Dadurch soll eine wirklich sorgfältige theoretische und praktische Ausbildung der angehenden Ärzte — auch am Krankenbett — gewährleistet werden.

*

Eine schriftliche Anfrage des Landtagsabgeordneten Dr. med. Soenning an die Bayerische Staatsregierung, welche Möglichkeiten sie sieht, in Zukunft eine sinnvolle Streuung der Ärzte im Lande Bayern durchzuführen und ob sie bereit ist, sich beim Bund für den baldigen Erlaß einer neuen Zulassungsordnung für Kassenärzte einzusetzen, die Gewähr bietet, daß Ärzte dort zugelassen werden, wo sie zur ärztlichen Behandlung notwendig sind, hat das Bayer. Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge am 17. Februar 1961 wie folgt beantwortet:

Auf die Anfrage des Herrn Abgeordneten Dr. Soenning vom 7. Februar 1961, betr. eine **sinnvolle Streuung der Kassenärzte** im Lande **Bayern** durchzuführen, teilt die Bayerische Staatsregierung folgendes mit:

In den Zulassungsordnungen für Ärzte bzw. Zahnärzte sind jeweils Bestimmungen enthalten, die eine planmäßige Verteilung der Kassenarztsitze in Bayern zur Sicherstellung einer ausreichenden kassenärztlichen Versorgung der Sozialversicherten in allen Landesteilen vorsehen. Das Bundesverfassungsgericht hat diese Zulassungsbeschränkungen mit Urteil vom 23. März 1960 für unzulässig erklärt, da es nach dem Ergebnis eingehender Untersuchungen der öffentlichen Ordnungsgewalt nicht den Vorrang vor dem Grundrecht der Berufsfreiheit einräumen konnte. Mit dieser Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes ist die Regelung der Angelegenheit dem Gesetzgeber weitgehend entzogen und Gegenstand der gemeinsamen Selbstverwaltung der kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen geworden, die zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Versicherten und ihrer Angehörigen gesetzlich verpflichtet sind.

Ungeachtet dieser Rechtslage hat die Staatsregierung bereits vor längerer Zeit beim Bund eine Prüfung angeregt, inwieweit es noch möglich ist, das Problem im Gesetzgebungswege anzugehen, ohne die verfassungsmäßig garantierte Berufsfreiheit der Ärzte bzw. Zahnärzte einzuschränken. Die Prüfung der schwierigen Materie konnte bis jetzt jedoch noch nicht abgeschlossen werden.

*

Das Bayerische Staatsministerium des Innern hat die Arbeitsgemeinschaft der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege in Bayern gebeten, ihm mitzuteilen,

wie viele alte Leute auf längere Sicht in Heimen untergebracht werden müssen,

welche Möglichkeiten für die Unterbringung bestehen,

wo Heime neu errichtet und welche bestehenden Heime verbessert werden müssen.

Aufgrund dieser umfangreichen Erhebung, die vor allem auch die Schwerpunkte der Unterbringung alter Leute in Heimen erkennen lassen soll, wird im Laufe dieses Jahres ein Generalplan für die Altersheim-Unterbringung aufgestellt werden. Vom Haushaltsjahr 1962 an sollen die Darlehen und Zuschüsse der Fürsorgeabteilung des Staatsministeriums des Innern für den Bau von Altersheimen wesentlich erhöht werden.

Bisher schon wurde die Schaffung von Heim-Wohnraum für alte Menschen aus dem Haushalt der Fürsorgeabteilung und mit Mitteln des sozialen Wohnungsbaus kräftig gefördert. Allein in den Jahren 1959 und 1960 wurden 1,2 Millionen DM aus den Fürsorgemitteln für Zuschüsse und Darlehen zur Spitzenfinanzierung des Baus von 28 Altersheimen mit 1770 Heimplätzen aufgewendet. Mit Mitteln des sozialen Wohnungsbaus wurde seit Kriegsende der Bau von 120 Altersheimen mit 10 660 Plätzen gefördert.

*

Das Bayerische Staatsministerium des Innern hat sich seit längerem bemüht, den Bau von Wohnungen für Familien, in denen Tuberkulose-Kranke leben, mit Mitteln des sozialen Wohnungsbaues bevorzugt zu unterstützen. In den letzten drei Jahren wurde der Bau von 1298 Wohnungen mit mehr als 12,5 Mill. DM für diesen Personenkreis gefördert.

Neben Mitteln aus dem sozialen Wohnungsbau können Tuberkulose-Kranke neuerdings auch nach dem Tuberkulosehilfegesetz Zuschüsse und Darlehen für die Beschaffung von Wohnraum erhalten. Die Bewilligungsstellen, welche die Mittel des sozialen Wohnungsbaus verteilen, sind vom Staatsministerium des Innern angewiesen worden, Anträge von Tuberkulose-Kranken vordringlich zu fördern.

FEUILLETON

Tausend Wunder auf stillen Wegen*)

Von Hans W. Smolik

Bereits in der ersten Aprilwoche wurden die drei Dachswichte geboren. Tief in dem alten und schon von unzähligen Dachsgenerationen bewohnten Bau unter der starken Silberbuche liegen sie gleich silberhaarigen Teddybären auf ihrem warmen und weichen Lager aus Gräsern, Blättern, Wurzelfasern und Moos. Blind und fingerlang nur waren sie am Tage der Geburt. Die rosige Haut schimmerte noch hell durch ihr kurzes und schneeweißes Haarkleid. Aber jetzt sind sie schon recht munter. Die Fähe muß das Lager regelrecht verbauen, wenn sie wurzeln geht. Jetzt haben die Flanken schon einen rötlichen Schimmer, werden die Füße schwarzbraun, dunkelt die Schwarte allmählich ein und zeigt die für den Dachs charakteristische Grundfärbung: der Rücken ist heller als der Bauch! Die Haare bekommen gelbliche Wurzeln, eine schwarze Mitte und grauweiße Spitzen. Mit der Mutter dürfen sie an schönen Tagen auch schon vor die Burg und hier im Schutz der Brennnesseln, die fast jeden Dachsbau umwuchern, spielen und tollen. Doch erst im Mai wird der erste Familienausflug gewagt. Ihren Herrn Vater lernen sie nicht kennen. Der trollt schon längst wieder als ausgesprochener Einzelgänger durch den nächtlichen Forst und verpennt die Tage in seinem Junggesellenheim, das er gemeinsam mit einem ebenso vereinsamten Fuchsrüden bewohnt.

Die Fuchsfähe dagegen hat diesmal ihre Hecke in dem Bau am Steinbruch geborgen, der dicht mit Brombeeren, Himbeeren, Heckenrosen und Schlehen überwachsen ist. Mit den Bauchhaaren, die sie sich selbst ausrupfte, um das Gesäuge freizulegen, polsterte sie ihre Wochenstube, und eben in diesen Tagen hat sie gewölft. Vier wollige, mollige, mausgraue und noch sehr unbeholfene Jungfüchse mit verklebten Augen und umgelegten Ohren, einer weißen Schwanzspitze und einem kleinen weißen Fleck auf der Brust drängen ungestüm nach den mütterlichen Milchquellen. Die Fähe verläßt sie die ersten Tage überhaupt nicht. Erst der grimmigste Hunger treibt sie auf abendliche Pirschgänge, von denen sie auch bald etwas Nahrhaftes mitbringt. Zuerst noch lebende Käfer, junge Vögel und Frösche, die sich leicht fangen lassen, bald aber schon Mäuse, die nur der ergattert, der schon einige Gewandtheit zeigt.

Merkt die Fähe, daß ihre Wochenstube entdeckt wurde, schleppt sie die Jungen sofort in ein anderes Versteck. Der Mai und der Juni werden für sie noch saure Wochen bringen. Denn vier heißhungrige Jungfüchse nur mit Fröschen und Mäusen zu ernähren, ist keine Kleinigkeit. Die Füchsin selbst wird darüber klapperdürr. Tag und Nacht ist sie dann unterwegs, wird immer frecher und dreister und wagt sich dicht an die Gehöfte und Weiler heran, um dort vielleicht eine Henne am Haus, eine Ente auf dem Teich oder eine Gans auf dem Felde schnappen zu können. Ein Festtagsbraten für sie und die hungrige Schar sind Frischlinge, Rehkitze, Jungdachse und Junghasen. Dem Förster räubert sie die ganze Fasanerie aus. Der Rüde aber bummelt vergnüglich durch Wald und Feld. Er springt nur dann ein, wenn das Gewölf durch den Tod der Fähe verwaist und er das klägliche Bellen der fastenden Jungfüchse hört.

Niemals wird sich freilich die Fuchsfähe an die Frischlinge wagen, wenn das führende Mutterschwein, die Bache, in der Nähe ist. Denn mit dieser grauborstigen Tiermutter ist jetzt nicht zu spaßen. Blindlings greift sie an, wenn sie ihre Frischlinge bedroht glaubt, und ist dann gefährlicher als ein zornwütiger Keiler. Sie wirft den Gegner, den sie mit Blasen und Fauchen annimmt, nicht nur um, sondern trampelt auf ihm herum und beißt ihm große Stücke aus dem Leib.

Die Bache hat ihre sechs rosaroten, schwarzgestreiften Jungen im Schutze eines gewaltigen Windwurftellers mitten in der dichtesten Fichtendickung gesetzt. Sie wühlte eine tiefe Mulde und polsterte sie so dick mit Moos, Nadeln und Laub, daß die kleinen Kerle gänzlich darin verschwinden. Getreulich hält sie Wache. Nie entfernt sie sich weiter, als Windfang, Lichter und Teller in ihrem Wahrnehmungsvermögen reichen, damit sie sofort wieder zur Stelle sein kann, wenn Gefahr droht. Mindestens vierzehn Tage lang hält sie die Frischlinge im Lager versteckt. Dann aber sind die quicklebendigen Kerlchen nicht mehr zu halten. Sie begleiten die Bache auf ihren nächtlichen Wurzelgängen und kobolzen quiekend und grunzend um sie herum. Der Keiler kümmert sich nicht um sie. Vielleicht sehen sie ihn einmal wie einen dunklen Waldgeist durchs Gestrüpp schieben, vielleicht auch erst im Winter, während der Rauschzeit, wenn diese heimlichen Herren wieder zur Rotte treten.

Der Heimweg führt uns am alten Gehöft des Einödbauern vorüber, das in der moorigen Senke zwischen den ausgedehnten Fichtenforsten liegt und von etlichen kleinen Weihern eingerahmt wird. Ob ihm auch in diesem Jahre das Storchenpaar treu blieb? Über einen Meter hoch ist der Horst auf dem Scheunendach. Aber wir können weder Adebar selbst noch seine Frau entdecken. Da müssen wir also mal fragen. Der Hofhund meldet uns. Der Bauer aber steht auf der letzten Sprosse einer hohen Leiter und angelt gerade ein Sperlingsnest aus dem Spalierbaum an der Giebelwand. Die Vogeleltern sitzen auf dem Apfelbaum im Garten und zetern, was der Hals hergibt.

Mit ein wenig gemischten Gefühlen schauen wir in die kunstlos geflochtene, dick mit weichen Federchen ausgelegte Nestmulde. Fünf braunbläuliche und graugepunktete Eier liegen darin. Sie sind schon das zweite Gelege, das die Spätzin in diesem Jahre versammelte. Drei, vier und sogar fünf Bruten sind beim Haussperling keine Seltenheit. Deshalb ist der ebenso dreiste wie vorsichtige Schilp Dreckspatz ja auch nicht auszurotten. Trotz aller berechtigten und unberechtigten Verfolgungen bleibt er einer der treuesten Begleiter des Menschen. Er bewohnt die Großstadt wie das Dorf, er hüpft durch das Zeltlager der Tartaren, er begleitet den amerikanischen Farmer durch den dich-

*) Entnommen mit freundlicher Genehmigung des Union-Verlages Stuttgart dem Abschnitt „Der April" aus dem Buch von H. W. Smolik „Tausend Wunder auf stillen Wegen".

testen Urwald, er folgt dem arabischen Eseltreiber wie dem australischen Schafhirten, er ist in Indien und China genauso zu Hause wie in Europa, kurz, er ist ein echter Weltbürger. Das Heim des Menschen ist sein Heim und wird es bleiben, solange es Menschen und Sperlinge gibt. Kein anderer Vogel dieser Erde hat sich uns Menschen so angeschlossen wie er. Vorsichtig und mißtrauisch ist er geworden, weil er uns zu gut kennt. Dreist ist er, weil er genau weiß, wie weit er gehen darf. Seine Menschenfeinde aber vergessen immer wieder, daß die Sperlingskücken zuerst einmal Insektenbrei bekommen und frühestens im Alter von vierzehn Tagen Körner und Sämereien vertragen. Das heißt also, daß der Spatz rund zwanzig Kinder alljährlich mit Insekten großfüttert und gerade im Garten recht nützlich werden kann. Außerdem wagt er sich, genauso wie der Feldsperling und das Rebhuhn, die Wachtel und der Fasan, an den gefürchteten und übelschmekkenden Kartoffelkäfer, verfolgt Maikäfer wie Kohlweißlinge und fliegt oft scharenweise in den Wald, wenn dort Überfluß an Raupen herrscht.

Dem Einödbauer, einem einsichtigen Mann, ist das nichts Neues. Er vernichtet darum regelmäßig nur eine Sperlingsbrut im Jahr und gönnt den Schilpern sonst, was ohne sie auch nur verderben würde. Denn die Sperlinge lassen nichts umkommen, sind nicht wählerisch und gehören im Grunde zu den kleinen Straßenkehrern und Aufräumern der Natur.

Mehr Glück als der Spatz hat das Hausrotschwänzchen, dieser kleine Genosse der Schornsteinfeger, der den Winter in den schroffen Gebirgen der Mittelmeerländer verbringt, bei den Menschen. In seinem schlichten, rauchgrauen und rußschwarzen Federkleid sitzt er auf dem Dachfirst, reckt die Brust heraus und würgt und quetscht an seinem heiseren Liedchen. Danach verbeugt er sich viele Male mit tiefen Knixen und läßt kokett seinen roten Schwanz wippen. Fast sieht es so aus, als ob er sich über das Unglück der Sperlinge freut, denn mit ihnen liegt er oft in grimmiger Fehde, weil er sie in jedem Frühjahr in seinen Nestern findet. Von uns Menschen hält er sich sehr zurück. Für ihn sind die ragenden Häuser, die spitzen Giebel und die Schornsteine nichts anderes als Bergkuppen und Felsennadeln. Den Menschen nimmt er dabei wohl oder übel in Kauf, traut ihm aber nicht über den Weg und vermeidet jede nähere Berührung. Als meisterhafter Flieger, der sich die Fliegen, Mücken, Motten, Käfer und Schmetterlinge aus der Luft schnappt, kommt er nur wenig auf die Erde herab und muß nur selten nach Brosamen gehen.

Wir wollen den Bauer gerade nach den Störchen fragen, da kreisen die beiden großen Vögel schon über dem Gehöft. In wundervollen Spiralen schrauben sie sich tiefer. Die langen roten Schnäbel und die noch längeren Beine leuchten auf. Das etwas größere Männchen wirft die Ständer vor und landet zuerst. Es ordnet bedächtig sein Gefieder, wirft den Kopf auf den Rücken und klappert laut. Das Weibchen findet sich nun ebenfalls zum Dach, fußt auf, stochert ein wenig im Nest herum und läßt sich auf ihm nieder. Der Einödbauer meint, daß es bereits seine Gelege versammelt.

Mitte März sind die beiden Störche angekommen. In 25 Tagen sind sie von Südafrika bis nach Deutschland geflogen. Jeden Tag legen sie an die 400 bis 500 Kilometer zurück. Sie fliegen von Transvaal über Belgisch-Kongo, rasten am Tsadsee, überqueren die endlosen Sandwüsten Nordafrikas, erreichen an der Straße von Gibraltar das Mittelmeer, schwenken an der Rhonemündung ein und kommen so nach Süddeutschland. Auf der Heimreise beeilen sie sich sehr. Im Herbst brauchen sie für die gleiche Strecke fast die doppelte Zeit. Alle westdeutschen Störche halten diese Reiseroute ein. Die ostdeutschen Störche dagegen, die östlich der Weser brüten, halten sich ungefähr an den Lauf der Donau und steuern Konstantinopel an. Dort fliegen sie über den Bosporus und kommen über Kleinasien zum Suezkanal und zum Nil. Dann ziehen sie durch den ganzen ägyptischen Sudan und ebenfalls bis in die Südafrikanische Union hinunter.

Gleich nach der Ankunft, so erzählt uns der Bauer, gab es einen heftigen Kampf mit einem am nächsten Tage eingetroffenen Storchenmännchen, das dem Paar den Horst streitig machen wollte und um das Weibchen buhlte. Erbittert stachen die beiden Männchen aufeinander los. Zuletzt griff auch das Weibchen ein und half tapfer, den Eindringling zu vertreiben. Der Bauer hat in seiner Stube einen ausgestopften Storch stehen, der vor etlichen Jahren während eines solchen Kampfes erstochen wurde.

Der stattliche Horst wird alljährlich ausgebessert, mit frischen Reisern versehen, und wächst auf diese Weise unaufhaltsam. Die Störchin schleppt Rohrhalme herbei und polstert die Mulde mit dürrem Gras, Stroh, Lumpen, Maulwurfsfellen und Federn. In zwei bis drei Tagen ist die Kinderwiege wieder in Ordnung. In acht Tagen baut das Storchenpaar einen neuen Horst. Die Nestmulde ist flach und enthält ein Sammelsurium seltsamster Fundgegenstände. Unser Bauer hat da schon Handschuhe, Kinderlätzchen, Tellerscherben, alte Hüte und Pferderippen gefunden.

Ende April sind dann die drei bis vier Eier versammelt. Sie haben die Größe von Gänseeiern. Das Weibchen wechselt sich mit dem Männchen im Brüten ab oder wird wenigstens von ihm vertreten, solange es auf Nahrungssuche ist. Nach dreißig Tagen schlüpfen die weißbedunten und schwarzschnäbligen Jungstörche aus und werden in den ersten Tagen mit Würmern, Käfern und Heuschrecken ernährt. Das Futter würgen die Alten vor ihnen aus und muß von den Jungen selbst aufgenommen werden. Später gibt es Mäuse und Frösche, Maulwürfe und junge Vögel. Immer bleibt dann das Männchen oder das Weibchen als Wache am Horst zurück. Nicht eine Stunde sind die Jungen ohne Aufsicht. Vierzehn Tage alt, können sie schon stehen, miauen und laut nach Nahrung winseln. Nach zwei Monaten sind sie flügge, stellen sich auf den Nestrand, turnen flügelschlagend über den Dachfirst, versuchen sich im Klappern und fliegen bald mit den Alten auf die benachbarten Wiesen.

Der sonst wortkarge Einödbauer ist gesprächig und warm geworden. Er erzählt uns nun auch, wie sehr er in diesem Jahr auf seine Rauch- oder Stallschwalben gewartet hat. Das Spatzenvolk fütterte schon seine erste Brut, ehe sie sich einstellten. Fest glaubt er daran, daß es die Schwalben genau wissen, wenn sich der Frühling bei uns recht unfreundlich zeigt, und dann lieber noch ein wenig in ihren Winterquartieren am Weißen und Blauen Nil verweilen. Erst Mitte April trafen sie ein und begannen dann aber auch unver-

züglich, die alten Nester auszubessern, zu säubern und neue Nester zu mauern.

Als Baustoff verwendet die Rauchswalbe schlammige und fette Erde. Sie klaubt kleine Klümpchen mit dem Schnabel auf, überzieht sie mit ihrem Speichel und pappt sie an die inneren Stallwände. Außer dem Speichel verwendet sie auch Strohhalme als Bindemittel. Das Nest gleicht etwa dem Viertel einer Hohlkugel und wird dicht unter die Decke der Ställe, Hausflure und Dachböden geklebt. Es ist offen und hat meist einen waagerechten Rand. Der Hohlraum wird mit Haaren, feinen Hälmchen und Federn ausgepolstert.

Heute sind die Vögel noch eifrig am Bauen. Gewandt und zielsicher schießen sie durch die kleinen Stallfenster. Deutlich erkennen wir den kurzen, dreieckigen, bis an die Augen gespaltenen Schwalbenschnabel, die kleinen schwächlichen Füße, die langen spitzen Flügel und den in zwei lange Spitzen ausgezogenen Gabelschwanz. Als besondere Kennzeichen merken wir uns die kastanienbraune Stirn und die braune Kehle. Das Bäuchlein ist fein lichtrostgelb.

Wer sich diese Kennzeichen einmal richtig eingeprägt hat, kann die Rauchschwalbe fernerhin nicht mehr mit der Mehischwalbe verwechseln. Denn ganz abgesehen davon, daß die Mehlschwalbe fast niemals innerhalb der Gebäude brütet und wesentlich andere Neste mauert, fehlen ihr die braune Stirn, die braune Kehle, ist ihr Bauch mehlweiß und ihr Schwanz weniger tief gegabelt. Unverkennbar aber verrät sie sich durch ihren weißen Bürzel.

Das Nest mauert die Mehlschwalbe unter die Dächer, Dachrinnen und Fenstersimse. Sie verschließt es oben bis auf einen schmalen Spalt oder ein kleines Schlupfloch und baut bedeutend sauberer als die Stallschwalbe. Mit den Strohhalmen als Bindestoff geht sie viel sparsamer um.

Die Mehlschwalbe trifft regelmäßig später als die Rauchschwalbe ein, ist überhaupt etwas behäbiger, um nicht zu sagen mehliger. Da sie nicht an Ställe gebunden ist, siedelt sie sich häufig auch in kleineren Städten und in den Vororten der Großstädte an. Voraussetzung ist nur, daß sie genügend fette Erde zum Nestbau findet.

Beide Schwalben brüten erst im Mai. Vierzehn Tage lang sitzen die Weibchen auf den Eiern und werden von ihren Männchen ein wenig gefüttert.

Mit Dank und Gruß verabschieden wir uns vom Einödbauer. Der Abend sinkt über das Land. Auf der höchsten Spitze einer Pappel schluchzt die Schwarzamsel. Die beiden Störche rudern noch einmal zu den moorigen Wiesen hinaus, um sich am zappelnden Froschpudding zu erquicken. In diesen Nächten werden nun auch die Einzelwanderer unter den Singvögeln, das Schwarzplättchen und die Gartengrasmücke, der Waldlaubsänger und die Nachtigall, ganz leise und heimlich zurückkehren.

AMTLICHES

Zurücknahme der Untersagung ärztlicher Berufsausübung

Die mit Bescheid der Regierung von Oberbayern vom 2. 8. 1956 Nr. II/11 — 5003 cc 161 verfügte Untersagung der Ausübung des ärztlichen Berufes durch den Arzt Dr. med. Karl Marschall, geb. am 3. 7. 1912 in Mannheim, wurde mit Bescheid der gleichen Regierung vom 23. 1. 1961 Nr. II/11 — 5003 M 2 zurückgenommen.

Untersagung ärztlicher Berufsausübung

Die Regierung von Unterfranken hat mit Bescheid vom 24. 1. 1961 der prakt. Ärztin Dr. med. Hildegard Mißlbeck, ansässig in Würzburg, Sterngasse 6, die Ausübung des ärztlichen Berufes untersagt. Die sofortige Vollziehung des Bescheides wurde angeordnet.

Stellenausschreibung für die staatlichen Gesundheitsämter (Tuberkulosefürsorgeärzte)

Beim Staatl. Gesundheitsamt Kitzingen ist die Stelle des Tuberkulosefürsorgearztes neu zu besetzen. Um diese Stelle könnte sich in der Regel nur ein Lungenfacharzt bewerben, der die Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst abgelegt hat und in der Anwärterliste für den öffentlichen Gesundheitsdienst geführt wird. Ausnahmsweise stellt das Bayer. Staatsministerium des Innern zur Zeit aber auch einen ungeprüften Bewerber ein, wenn er an der Laufbahn des Tuberkulosefürsorgearztes ernsthaft interessiert ist und sich verpflichtet, die Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst nachzuholen. Bewerbungsgesuche sind bis zum 1. April 1961 unmittelbar beim Bayer. Staatsministerium des Innern in München einzureichen.

Der Bewerber wird zunächst als Angestellter beschäftigt und in die Vergütungsgruppe III TO A eingestuft. Nach einer Probezeit, die in der Regel vier Monate nicht übersteigt, wird er in die Vergütungsgruppe II TO A höhergestuft. Sobald er die Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst abgelegt hat, frühestens aber nach der Probezeit, kann er zum Beamten (Regierungsmedizinalrat, Besoldungsgruppe A 13) ernannt werden. Als Beamter kann er später in die Besoldungsgruppe A 13 a (Obermedizinalrat) und A 14 (Oberregierungsmedizinalrat) aufsteigen.

I. A. gez. Dr. Riedl, Ministerialdirektor

SICHERHEIT im Alter
SICHERHEIT für die Familie
durch die BAYERISCHE ÄRZTEVERSORGUNG
Weitere Leistungsverbesserungen!
Erläuterungen siehe Seite 95

Stechende Schmerzen...

HÄDENSA

hilft prompt bei

HÄMORRHOIDEN

SALBE DM 1,50 o. U.

SUPPOSITORIEN DM 1,25 o. U.

HÄDENSA-GESELLSCHAFT · BERLIN-FRIEDENAU

GESETZES- UND RECHTSFRAGEN

Ersatzansprüche des Hilfeleistenden gegen die Krankenkasse des Verletzten

Der Bundesgerichtshof hatte sich in einem Urteil vom 7. 11. 60 (AZ. VII ZR 82/59) mit der Frage zu befassen, ob einer Person, die einem verletzten Krankenversicherten Hilfe leisten will und dabei selbst Schaden erleidet, Ersatzansprüche gegen die Krankenkasse des Verletzten zustehen. Der Bundesgerichtshof hat seine Auffassung niedergelegt in folgendem

Leitsatz:

Wer tätig wird, um einen verletzten Krankenversicherten der notwendigen ärztlichen Behandlung zuzuführen und dabei selbst Gesundheitsschäden erleidet, kann als Geschäftsführer ohne Auftrag von der Krankenkasse des Verletzten Ersatz des ihm entstandenen Schadens verlangen.

Dieser Anspruch des Geschäftsführers wird durch etwa zugleich entstehende Ansprüche aus § 537 Ziff. 5a RVO nicht ausgeschlossen, wohl aber in seinem Betrage beeinflußt.

Der Anspruch ist im ordentlichen Rechtsweg einzuklagen.

Sachverhalt:

Auf die Hilferufe einer Frau lief X. auf ein Ruinengrundstück, fand die verletzte Frau B., wurde aber von dem verborgenen Täter Y. selbst noch zusammengeschlagen. Trotzdem konnte er noch Passanten zu Hilfe rufen, die die verletzte Frau B. ins Krankenhaus brachten.

Der Ehemann der Frau B. ist Mitglied einer Betriebskrankenkasse, die im Rahmen der Familienhilfe die Behandlungskosten für Frau B. zahlte. X. verlangte von dieser Betriebskrankenkasse aus dem Gesichtspunkt der Geschäftsführung ohne Auftrag Ersatz seines Verdienstausfalls, der ihm durch seine bei der Hilfeleistung erlittene Schädelverletzung entstanden war. Da die Kasse die Zahlung verweigerte, erhob X. Klage gegen die Betriebskrankenkasse.

Das Landgericht hatte der Klage im wesentlichen stattgegeben, das Oberlandesgericht hat sie abgewiesen. Die Revision führte zur Aufhebung des Berufungsurteils und zur Rückverweisung an das Oberlandesgericht.

Aus den Gründen:

I. Der ordentliche Rechtsweg ist zulässig. Es handelt sich nicht etwa um eine öffentlich-rechtliche Streitigkeit in Angelegenheiten der Sozialversicherung, die nach § 51 Abs. I SGG durch die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit zu entscheiden wäre.

1. Der Kläger begehrt aus dem Gesichtspunkt der Geschäftsführung ohne Auftrag Ersatz von Aufwendungen, die er nach seiner Darstellung gemacht hat, um eine der Beklagten obliegende Verpflichtung zu erfüllen. Er macht damit einen bürgerlich-rechtlichen Anspruch geltend. (Wird ausgeführt.)

. . .

III. 1. Es trifft nicht zu, daß die Aufgabe einer Krankenkasse nur darin besteht, die Kosten ärztlicher Behandlung zu tragen und dem Kranken ein finanzielles Risiko abzunehmen. Die ihr obliegende Krankenhilfe (§§ 179 Abs. 1, 182 Abs. 1 RVO) umfaßt in erster Linie „Krankenpflege"; zu dieser wieder gehört vor allem die ärztliche Behandlung (§ 182 Abs. 1 Ziff. 1 RVO). Diese Krankenpflege, insbesondere die ärztliche Behandlung, hat die Kasse grundsätzlich als Sachleistung, also in Natur, zu gewähren (Peters, Handbuch der Krankenversicherung, Teil 2, Anm. 3 zu § 182 RVO). Zur Krankenpflege gehören ferner alle Leistungen, die notwendig sind, um die ärztliche Behandlung zu ermöglichen; ebenso gehören, wenn Krankenhauspflege (§ 184 Abs. 1 Satz 1 RVO) gewährt wird, zu dieser die sie erst ermöglichenden Leistungen (RVA in EuM Bd. 36 S. 52 und AN 1930, 5). In den angeführten Entscheidungen des Reichsversicherungsamtes ist aus diesem Gesichtspunkt die Verpflichtung der Kasse bejaht worden, die Kosten des Transports zum Krankenhaus zu tragen. Aber auch insoweit hat die Krankenkasse nicht nur eine finanzielle Verpflichtung. Vielmehr gehört der (notwendige) Transport zum Arzt zur Krankenpflege als der nach § 182 Abs. 1 Ziff. 1 RVO zu gewährenden Sachleistung (OVG Münster, DOK 52, 546; LSG Mainz, Breithaupt Bd. 48, S. 388). Die Krankenkasse ist verpflichtet zum Krankentransport, nicht nur zu seiner Bezahlung, und es ist ihre Sache, ob sie den Transport mit eigenen Fahrzeugen durchführt oder mit fremden vornehmen läßt (vgl. die angeführten Entscheidungen des OVG Münster und des LSG Mainz). In der gleichen Weise gehören alle anderen Leistungen, die die ärztliche Hilfe erst ermöglichen, zur Krankenpflege, so das Herbeiholen eines Arztes. Das alles gilt auch für die im vorliegenden Fall in Betracht kommende Familienhilfe (§ 205 RVO).

2. Naturgemäß wird die Krankenkasse meistens nicht von sich aus einen Arzt herbeirufen oder einen Krankentransport vornehmen können. In der Regel wird und kann sie erst tätig werden, wenn der Kranke sich an sie wendet. Das geschieht meistens durch Lösen eines Krankenscheins (§ 187b, Abs. 1, Satz 1 RVO); in dringenden Fällen, insbesondere bei Unfällen, kann aber der Krankenschein nachher gelöst werden (§ 187c RVO). Wenn die Krankenkasse wie im vorliegenden Falle von der Notwendigkeit ihrer Hilfe nichts weiß und deshalb zunächst nicht tätig wird, kann ihr zwar eine Verletzung ihrer Pflichten nicht vorgeworfen werden. Das ändert aber nichts daran, daß die Krankenpflege mit allem, was dazu gehört und was sie ermöglicht, auch in einem solchen Falle, in dem der hilflose Kranke sich nicht an die Kasse wenden kann, zum Aufgabenbereich der Kasse gehört.

3. Nach der Feststellung des Berufungsgerichts hat der Kläger gehandelt, um Frau B. Hilfe zu bringen und ihre sofortige ärztliche Behandlung zu veranlassen. Damit hat er, wie sich aus den vorstehenden Ausführungen ergibt, entgegen der Meinung des Berufungsgerichts nicht nur ein Geschäft der Verletzten oder ihres Ehemannes, sondern auch ein solches der beklagten Krankenkasse geführt. Zu dieser Geschäftsführung rechnet auch schon das Aufsuchen der Verletzten auf dem Grundstück, weil es dazu diente, sie, wenn nötig, in ärztliche Behandlung zu bringen.

Allerdings bedarf es noch der Prüfung, ob überhaupt Versicherungsschutz für Frau B. bestanden hat. Das hängt davon ab, ob sie gegenüber ihrem Ehemann unterhaltsberechtigt war (§ 205 Abs. 1 Satz 1 RVO).

(Der Bundesgerichtshof unterstellt im folgenden, daß die Unterhaltsberechtigung der Frau B. gegenüber ihren Ehemann und damit Versicherungsschutz für Frau B. durch die beklagte Betriebskrankenkasse bestand, womit objektiv die Besor-

Röntgen- und elektromedizin. Apparate **KURT PFEIFFER** Ärzte- und Krankenhausbedarf
NÜRNBERG, Gleißbühlstraße 17
FRANKFURT a. M., Elbestr. 50
Generalvertretung der Firmen: Röntgenwerk F. Hafmann GmbH., Erlangen
Elektrafrequenz F. Schwarzer GmbH., München, und Albert Dargatz, Hamburg
Projektierung und Ausführung kompletter Ärzte- und Krankenhauseinrichtungen
Besuchen Sie bitte unsere Ausstellungsräume!

gung eines Geschäftes durch den Kläger für die Beklagte gegeben wäre. Das Vorliegen der weiteren Voraussetzungen einer Geschäftsführung ohne Auftrag für die Betriebskrankenkasse begründet der Bundesgerichtshof wie folgt:)

IV. . . .

1. Die Übernahme der Geschäftsführung entsprach dann dem Interesse der Beklagten. Das ergibt sich schon daraus, daß das Handeln des Klägers den Zweck hatte, die sofortige ärztliche Behandlung der Verletzten zu ermöglichen, und daß es Sache der Beklagten war, diese ärztliche Behandlung zu gewähren. Ob das Handeln des Klägers auch finanzielle Vorteile gebracht hat, ist nicht entscheidend. Das „Interesse" i. S. des § 683 BGB muß nicht notwendig ein vermögensrechtliches sein (RGRK, § 683 Anm. 2). Deshalb kommt es nicht darauf an, ob das Handeln des Klägers Komplikationen im Heilungsverlauf vermieden, eine schnellere Heilung der Verletzten bewirkt und dadurch der Beklagten Kosten erspart hat, wie der Kläger geltend gemacht hatte. Ebenso ist der erstaunliche Einwand der Beklagten in der Klageerwiderung unerheblich, ohne das Eingreifen des Klägers wäre Frau B. getötet worden, und im Falle der Tötung wären für die Krankenkasse weit geringere Aufwendungen entstanden.

2. Es kann auch angenommen werden, daß die Übernahme der Geschäftsführung dem mutmaßlichen Willen der Beklagten entsprochen hat, und zwar ebenfalls deshalb, weil die Geschäftsführung dazu diente, die Verletzte ärztlicher Behandlung zuzuführen. Ein anderer Wille der Beklagten wäre aber auch nicht zu beachten, weil ohne das Handeln des Klägers die Pflicht der Beklagten zur Gewährung ärztlicher Behandlung, deren Erfüllung im öffentlichen Interesse liegt, nicht rechtzeitig erfüllt worden wäre (§ 679 BGB).

3. Es bestehen auch keine Bedenken, den Verdienstausfall des Klägers als zu ersetzende „Aufwendungen" i. S. der §§ 683, 670 BGB anzusehen. Bei einem Tätigwerden, das wie hier dazu dient, einem in Gefahr befindlichen Mitmenschen zu helfen, und das für den Geschäftsführer selbst mit Gefahr verbunden ist, gehören zu den Aufwendungen im Sinne der genannten Bestimmungen auch die Opfer an der Gesundheit, die der Geschäftsführer auf sich nimmt (vgl. RGZ 167, 85, 89; RG, DR 44, 287).

Der Verdienstausfall des Klägers fällt als Folge des erlittenen Gesundheitsschadens ebenfalls unter die zu ersetzenden Aufwendungen.

V. 1. Die Beklagte hat geltend gemacht, der Kläger könne sich wegen des ihm entstandenen Schadens im Hinblick auf die Vorschriften der §§ 537 Ziff. 5a, 267 RVO nur an das Land halten. Das Berufungsgericht läßt dahingestellt, ob der Kläger sich auf die „angeblichen Ansprüche" nach dieser Bestimmung verweisen lassen muß.

Nach § 537 Ziff. 5a RVO sind gegen Arbeitsunfall versichert Personen, die ohne besondere rechtliche Verpflichtung einen anderen aus gegenwärtiger Lebensgefahr retten oder zu retten unternehmen oder bei sonstigen Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr oder Not Hilfe leisten. Träger der Versicherung ist insoweit nach § 627 Abs. 1 Satz 1 das Land, gegebenenfalls an seiner Stelle eine Gemeinde (§ 627 Abs. 2) oder ein Gemeindeversicherungsverband (§ 627 Abs. 3).

Soweit ersichtlich, sind die Voraussetzungen für die Anwendung dieser Vorschrift hier gegeben. Doch kann die Prüfung dieser Frage dem Berufungsgericht überlassen werden.

2. Hinzuweisen ist nur darauf, daß das Bestehen eines Anspruchs aus § 537 Ziff. 5a RVO die hier eingeklagten Ansprüche aus Geschäftsführung ohne Auftrag nicht ausschließt.

Für das Verhältnis von Ansprüchen aus § 537 Ziff. 5a RVO zu solchen aus Geschäftsführung ohne Auftrag, die sich gegen die gerettete Person oder deren Ehegatten richten, hat das Reichsgericht dies schon in der oben angeführten Entscheidung RGZ 167, 85, 91 ausgesprochen.

Für den hier eingeklagten Anspruch, der ebenfalls ein rein bürgerlich-rechtlicher Anspruch aus Geschäftsführung ohne Auftrag ist, kann nichts anderes gelten.

Daß die Vorschrift, die ursprünglich nicht in der RVO enthalten war und erst nachträglich — zunächst als § 553a durch das 3. Gesetz über Änderung in der Unfallversicherung vom 20. 12. 1928 (RGBl. I 405), geändert durch das 5. Gesetz über Änderung in der Unfallversicherung vom 17. 2. 1939 (RGBl. I 267) — eingefügt worden ist, irgendwelche bürgerlich-rechtlichen Ansprüche beseitigen sollte, kann nicht angenommen werden. Sie ist eingeführt worden, um denjenigen, welcher zur Rettung eines in Gefahr befindlichen Menschen eingreift, wenigstens vor den gröbsten Nachteilen zu schützen. Das war notwendig, weil in bürgerlich-rechtlichen Ansprüchen aus Geschäftsführung ohne Auftrag kein genügender Schutz zu finden war; vielfach wurde damals das Bestehen solcher Ansprüche infolge einer engen Auslegung des Begriffes der Aufwendungen als zweifelhaft angesehen; oft können auch solche Ansprüche, namentlich wenn sie sich nur gegen den Geretteten richten, nicht verwirklicht werden (vgl. die Begründung zum Entwurf des 3. Gesetzes über Änderung in der Unfallversicherung in Verhandlungen des Reichstages, IV. Wahlperiode, Band 430, Drucks. Nr. 234, S. 9). Mit dem Zweck, den Retter besser zu stellen, wäre aber die Auffassung schlecht zu vereinbaren, daß ihm dann, wenn durchsetzbare bürgerlich-rechtliche Ansprüche bestehen, diese durch § 537 Ziff. 5a RVO genommen werden sollten.

Diese Vorschrift schließt deshalb den hier vom Kläger geltend gemachten Anspruch nicht aus. Wohl kann sie die Höhe des Anspruchs beeinflussen; denn der Kläger kann seinen Schaden nur einmal ersetzt verlangen und, soweit der Anspruch gegen die Beklagte aus Geschäftsführung ohne Auftrag und gegen den Träger der Unfallversicherung aus § 537 Ziff. 5a RVO sich decken, nicht beide in Anspruch nehmen; vielmehr gehen seine Ansprüche gegen die Beklagte, soweit er Leistungen aus der Unfallversicherung beanspruchen kann, auf deren Träger nach § 1542 RVO über (RGZ 167, 85, 91 f.).

RA Poellinger, München

*

„Die ärztliche Behandlung und die Pflicht zur Aufklärung des Patienten in rechtlicher Beleuchtung" war Gegenstand eines interessanten Vortrages des Strafrechtslehrers Prof. Dr. Karl Engisch von der Universität München in der „Bayerischen Akademie der Wissenschaften". Das Thema war im Hinblick auf die mehrfachen Entscheidungen des Bundesgerichtshofes über die Aufklärungspflicht des Arztes gegenüber den Patienten besonders aktuell, da der Bundesgerichtshof diese Aufklärungspflicht bezüglich der Diagnose (z. B. bei Krebs), der möglichen, oft nicht voraussehbaren Folgen und Komplikationen bei operativer und Strahlenbehandlung u. a. sehr weitgestellt hatte. Prof. Engisch bezeugte in vielen Beispielen sein Verständnis für das ärztliche Verhalten und kam so zum Teil zu anderen Ergebnissen als die bisherige Rechtsprechung.

MITTEILUNGEN

Leistungsverbesserungen der Bayerischen Ärzteversorgung

Die Anhebung der Renten in der Sozialversicherung und die Entwicklung des Lohn- und Preisgefüges waren in letzter Zeit mehrfach Anlaß zu Erörterungen über die Frage, ob und inwieweit etwa bei der Bayer. Ärzteversorgung die Möglichkeit weiterer Leistungsverbesserungen und einer gewissen Anpassung an die veränderten Preisverhältnisse gegeben ist. So haben die Zahnärzte Roeder, Finkelde und Meissner in einem Rundschreiben an die bayerische Zahnärzteschaft auf die im gegenwärtigen Zeitpunkt nach ihrer Meinung bestehende Möglichkeit weiterer Leistungsverbesserungen der Bayer. Ärzteversorgung hingewiesen. Die Bayer. Versicherungskammer sieht sich daher zu folgenden Feststellungen veranlaßt:

Die Bayer. Ärzteversorgung hat die Aufgabe, ihren Mitgliedern und deren Hinterbliebenen Versorgung nach Maßgabe ihrer Satzung zu gewähren. Auf die vorgesehenen Versorgungsleistungen haben die Versorgungsberechtigten einen Rechtsanspruch.

Zur Erfüllung dieser Aufgabe stehen der Anstalt nur die Beiträge der Mitglieder, die Erträgnisse des Vermögens und das Vermögen selbst zur Verfügung.

Der Finanzierungsplan der Bayer. Ärzteversorgung muß daher so aufgebaut sein, daß die Versorgungsleistungen auf die Dauer aus den Beiträgen der Mitglieder, den Erträgnissen der Vermögenswerte und dem Vermögen selbst gewährt werden können (Dekkungsplanverfahren).

Die Bayer. Ärzteversorgung berücksichtigt hierbei nicht nur die Versorgungsansprüche des vorhandenen Rentnerbestandes und die Versorgungsanwartschaften des vorhandenen, noch berufstätigen Mitgliederbestandes, sondern auch die Versorgungsanwartschaften der Berechtigten des künftigen Neuzugangs an aktiven Mitgliedern. Andererseits werden auch die künftigen Beitragsleistungen dieses Neuzugangs in Ansatz gebracht. Dieses Finanzierungsverfahren, unter der Bezeichnung „Offenes Deckungsplanverfahren" bekannt, gewährleistet, daß jedem Mitglied und dessen Hinterbliebenen einschließlich des eingerechneten Neuzugangs im Versorgungsfall die nach der Satzung zustehenden Versorgungsleistungen gewährt werden können.

Der Übergang zu einem anderen Finanzierungsverfahren (Abschnittdeckungsverfahren, Umlageverfahren), der des öfteren vorgeschlagen worden ist, würde dazu führen, daß bei gleichen Beitragsleistungen der Mitglieder zwar den derzeit vorhandenen Versorgungsempfängern mehr gegeben werden könnte. Diese Mehrausgaben gingen aber zu Lasten der jungen neu zugehenden Mitglieder, die später diese Lasten entweder durch erhöhte, nicht zuschlagsfähige Beiträge oder durch Leistungskürzungen zu tragen hätten. Es bestehen also schon mit Rücksicht auf den Neuzugang der jungen Mitglieder entscheidende Bedenken gegen einen Übergang auf ein anderes Finanzierungsverfahren. Umlageverfahren und Abschnittdeckungsverfahren führen zwar zu einer wesentlich geringeren Vermögensbildung, damit aber auch zu wesentlich geringeren Vermögenserträgnissen, die dann anderweitig aufgebracht werden müssen.

In dem Rundschreiben der genannten drei Zahnärzte wird u. a. behauptet, daß die gewährten Ruhe- und Witwengelder durch eine schleichende Abwertung der DM von Tag zu Tag unzureichender würden. Demgegenüber ist festzustellen, daß die Versorgungsleistungen der Bayer. Ärzteversorgung in den vergangenen Jahren mehrfach verbessert werden konnten und sich dadurch auch eine weitgehende Angleichung an die Steigerung der Lebenshaltungskosten ergeben hat. So erhält z. B. ein Arzt, der 1950 aus der Bayer. Ärzteversorgung ein monatliches Ruhegeld von 500 DM bezog,

seit dem 1. 10. 1952
ein monatliches Ruhegeld von 588,30 DM,
seit dem 1. 1. 1956
ein monatliches Ruhegeld von 669,70 DM,
seit dem 23. 2. 1957
ein monatliches Ruhegeld von 681,10 DM,
seit dem 1. 1. 1958
ein monatliches Ruhegeld von 715,30 DM
und seit dem 1. 1. 1960
ein monatliches Ruhegeld von 783,70 DM.

Das bedeutet eine Erhöhung des Ruhegeldes in der Zeit von 1950 bis 1960 um 56,74%. 17,66% hiervon entfallen auf die Beseitigung des Währungsschadens, 39,08% auf eine echte Leistungsverbesserung.

Der Zuschlag zum Ruhegeldgrundbetrag betrug bekanntlich am 1. 10. 1952 1/7 der über den Mindestbeiträgen liegenden Beitragsleistungen und beträgt ab 1. 1. 1960 20%. Der Zuschlag zum Ruhegeldgrundbetrag ist sonach um 40% angehoben worden.

Weiterhin wird in dem genannten Rundschreiben behauptet, daß ohne Gefährdung der Bayer. Ärzteversorgung eine Anhebung des Steigerungssatzes von 20 auf 25% möglich sei. Dabei stützt man sich auf Durchschnittsberechnungen, die jedoch keine geeignete Grundlage für eine sachgemäße Beurteilung der Finanzlage der Anstalt sind.

Die derzeit zugehenden Versorgungsempfänger haben den größten Teil ihrer Mitgliedschaft in der Zeit vor der Währungsreform zurückgelegt. Die durchschnittliche Beitragsleistung der Mitglieder betrug in dieser Zeit kaum 550 RM im Jahr. Diese geringe Beitragsleistung beeinflußt und mindert daher (zu rund 2/3) auch den gegenwärtigen durchschnittlichen Betrag der zugehenden Renten, obwohl die in RM geleisteten Beiträge im Verhältnis 1 RM = 1 DM angerechnet werden.

Erfreulicherweise ist die durchschnittliche Beitragsleistung der Mitglieder nach der Währungsreform ständig gestiegen. Sie betrug z. B. im Rechnungsjahr 1958 1386 DM, im Rechnungsjahr 1959 1640 DM. Diese Steigerung ist nicht unwesentlich beeinflußt durch die Beiträge der angestellten Mitglieder, die bekanntlich 14% ihres Diensteinkommens als Beitrag schon in jungen Jahren entrichten.

Will man die künftig von der Bayer. Ärzteversorgung zu erbringenden Versorgungsleistungen abschätzen, so muß man von den derzeitigen Beitragsleistungen der Mitglieder ausgehen. Man muß zusätzlich berücksichtigen, daß die Mitglieder — infolge der frühzeitigen Erfassung als Medizinalassistenten und Angestellte — der Anstalt länger angehören und daher auch länger Beiträge entrichten werden. Dementspre-

Ulcrurisan®
Die Wund- und Heilsalbe auf Ferment-Basis 45 g DM 1.75 lt. A.T.
BAVARIA
CHEMISCHE FABRIK „BAVARIA"
MÜNCHEN-GRAFELFING

Anti-Hypertonicum
Anti-Psychoticum
Neuro Regulans

Helfoserpin-c®

Reserpin-Ascorbinat

Volle Reserpinwirkung bei Hypertonikern ohne Beeinflussung der psychischen und physischen Leistungsfähigkeit.
Keine muskuläre Asthenie.
In hoher Dosierung bei Psychoneurosen keine extrapyramidalen Nebenwirkungen.
Besonders geeignet zur ambulanten Dauerbehandlung.
50 Dragées à 0,25 mg 50 Dragées à 1 mg
10 Ampullen zu 2 ccm mit 1 mg
Anstaltspackungen

Chemische Fabrik
Helfenberg A. G.
vorm. Eugen Dieterich
Wevelinghoven/Rhld.

HORNUNG
GEGR. 1919

Tragbare Sauerstaff-Inhalatiansgeräte

zur Verwendung
- in Arztpraxen
- in Rettungsdiensten
- im Katastropheneinsatz
- bei Betriebsunfällen
- bei Verkehrsunfällen
- in Badeanstalten etc.

Mod. TR 2

ohne und mit CO_2- (Kohlensäure-) Zusatzeinrichtung, im stabilen, dauerhaften Stahlblechkoffer. Erstklassige Funktion, genaue Dosierung.
Anschluß an die Stahlflasche ohne Schlüssel mittels pat. Handverschraubung!

Autogen-Apparate- und Maschinenfabrik
FERDINAND HORNUNG
Frankfurt am Main - Höchst, Königsteiner Straße 48, Telefon 31 30 39

Soeben erschien Heft 5 der Schriftenreihe
Aus Theorie und Praxis der Krankengymnastik

OTTO GILLERT

HYDROTHERAPIE UND BALNEOTHERAPIE IN THEORIE UND PRAXIS

200 Seiten · 75 Abbildungen · Auf Kunstdruckpapier
Kartoniert und glanzkaschiert **DM 13.80**

RICHARD PFLAUM VERLAG MUNCHEN

Krewel

KREWEL-WERKE
Eitorf b. Köln

MIGRÄNE-KRANIT

Cerebral-Antispasmodicum

chend stehen ihnen dann auch höhere Versorgungsansprüche zu, wie aus der folgenden Übersicht zu entnehmen ist:

Jährliche Beitragsleistung	Ruhegeldanwartschaft (jährlich) nach einer Beitragszahlungsdauer von 30 Jahren	35 Jahren	40 Jahren
DM	DM	DM	DM
1000	5 280	5 960	6 840
1200	6 480	7 360	8 240
1400	7 680	8 760	9 840
1600	8 880	10 160	11 440
1800	10 080	11 560	13 040

Die entsprechenden Witwengeldanwartschaften betragen 60% der vorstehenden Beträge.

Nach dem heutigen Stand der durchschnittlichen Beitragsleistung ist damit zu rechnen, daß die Ruhegeldansprüche der Rentenzugänge mit der Zeit einen Betrag von durchschnittlich 12 000 DM und die Witwengeldansprüche der Rentenzugänge einen Betrag von durchschnittlich 7200 DM erreichen werden.

Wenn schließlich in dem Rundschreiben gesagt wird, daß es nicht Ziel der Bayer. Ärzteversorgung sein könne, bei Eintritt des Beharrungszustandes die gesamten anfallenden Bezüge und sonstigen Ausgaben allein aus den Zinsen zu decken, so muß dazu festgestellt werden, daß dies nie Ziel der Bayer. Ärzteversorgung war. Auf Grund des angewandten Finanzierungssystems, des offenen Deckungsplanverfahrens, wird nur so viel an Vermögen angesammelt, daß nach Eintritt des Beharrungszustandes von den Zinserträgnissen zusammen mit den eingehenden Beiträgen die anfallenden Versorgungsleistungen und sonstigen Ausgaben gedeckt werden können.

Wegen der in dem Rundschreiben erwähnten Gründung einer Zahnärzteversorgung auf Bundesebene sind wiederholt Besprechungen in den verschiedensten Gremien geführt worden. Nach dem derzeitigen Stand der Verhandlungen können Versorgungswerke der freien Berufe mit einem Bundeszuschuß oder einer Bundesgarantie nicht rechnen. Sie müssen in ihrem Leistungsplan ausgeglichen sein. Einen Rechtsanspruch auf absolut währungssichere Versorgungsleistungen werden daher auch solche Versorgungswerke nicht einräumen können.

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß die Bayer. Ärzteversorgung in den letzten Jahren auf Grund eingehender fachmännischer Überprüfungen ihrer versicherungstechnischen Lage Leistungsverbesserungen durchführen konnte, die den Kaufkraftverlust weitgehend ausgeglichen haben. Es kam ihr dabei im besonderen Maße zustatten, daß sie an allen Möglichkeiten, die der Bayer. Versicherungskammer zur Erzielung hoher Kapitalerträge zur Verfügung stehen, teilhaben konnte. Es wird ihr Ziel weiterhin sein, nur so viel an Vermögen anzusammeln, als erforderlich ist, um ihre Verpflichtungen sämtlichen Mitgliedern, und zwar auch dem letzten gegenüber, erfüllen zu können. Die Anstalt war vor allem durch die Maßnahmen nach der Währungsreform bestrebt, die Versorgungsleistungen so günstig wie möglich zu gestalten. Es kann jedem Mitglied nur empfohlen werden, durch rechtzeitige und ausreichende Beitragsleistungen für die bestmögliche Versorgung seiner Person und seiner Hinterbliebenen entsprechend vorzusorgen.

Zu den Leistungsverbesserungen, die am 1. Januar 1961 in Kraft getreten sind, gehört u. a. auch die Möglichkeit einer Erhöhung des Sterbegeldes für alle Mitglieder, die das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Wir empfehlen dringend allen Kollegen, von dieser Möglichkeit im Interesse ihrer Angehörigen Gebrauch zu machen.

Unter Hinweis auf die bereits in Heft 1/1961, S. 58, veröffentlichten Satzungsänderungen werden nachstehend die Bestimmungen über die Erhöhung des Sterbegeldes erläutert.

Die Satzung der Bayer. Ärzteversorgung bietet nunmehr entsprechend den aus Kreisen der Mitglieder herangetragenen Wünschen die Möglichkeit, das Sterbegeld zu erhöhen. Zu dem erhöhten Ruhegeld bei Frühinvalidität tritt nun noch die Möglichkeit, durch verhältnismäßig niedrige Mehrzahlungen den Hinterbliebenen für den Fall des Todes nach nur kurzer Mitgliedschaft (Frühtod) oder auch ohne zeitliche Begrenzung ein zusätzliches Sterbegeld in Höhe von 5000 DM, bei Tod infolge Unfalls in Höhe von 10 000 DM, zu sichern. Diese Beträge können durch weitere Mehrzahlungen verdoppelt werden. Über die Einzelheiten geben die folgenden Hinweise Aufschluß.

I.

Jedes Mitglied der Bayer. Ärzteversorgung ist berechtigt, über den Pflichtbeitrag hinaus jährlich bis zu 3000 DM einzuzahlen (§ 17 Abs. VI der Satzung). Bisher konnten diese Mehrzahlungen nur zur Erhöhung des Ruhegeldes verwendet werden.

Wer hat die Möglichkeit zur Erhöhung des Sterbegeldes und welche Erklärung ist abzugeben?

Alle Mitglieder, die das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und nicht berufsunfähig sind, haben die Möglichkeit, durch schriftliche Erklärung gegenüber der Anstaltsverwaltung zu bestimmen, daß freiwillige Mehrzahlungen für die Erhöhung des Sterbegeldes zu verwenden sind. Die Erklärung wird drei Monate nach Eingang wirksam. (Für Mitglieder, die das 45. Lebensjahr überschritten, aber das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, siehe Abschnitt II.)

Wie hoch ist das zusätzliche Sterbegeld?

Das zusätzliche Sterbegeld beträgt . . . . 5 000 DM,
bei Tod infolge Unfalls . . . . . 10 000 DM.

Diese Beträge können auf Grund entsprechender Mehrzahlungen verdoppelt werden . . . . . (10 000 DM,
bei Unfalltod . . . . . 20 000 DM)

Wer hat Anspruch auf das zusätzliche Sterbegeld?

Das Mitglied kann durch schriftliche Erklärung gegenüber der Anstaltsverwaltung bestimmen, welcher natürlichen Person das zusätzliche Sterbegeld auszuzahlen ist. Ist eine empfangsberechtigte Person nicht benannt, kommt es den in § 25 Abs. I und II der Satzung genannten Personen zu.

Welche Möglichkeiten der Erhöhung des Sterbegeldes sind gegeben?

Jedes Mitglied kann zwischen folgenden zwei Möglichkeiten wählen oder sich für beide nebeneinander entscheiden:

A. Zusätzliches Sterbegeld für den Fall des Todes innerhalb von 10 Jahren.

Wählt das Mitglied diese Möglichkeit, dann sichert es den Hinterbliebenen das zusätzliche Sterbegeld von 5000 DM, bei Unfalltod 10 000 DM, durch verhältnismäßig geringe Mehrzahlungen für längstens 10 Jahre, wenn der Tod innerhalb dieses Zeitraums eintritt. Die Höhe der erforderlichen Mehrzahlungen ergibt sich aus der beigefügten Tabelle 1. Zur Verdoppelung des zusätzlichen Sterbegeldes sind auch die Mehrzahlungen nach Tabelle 1 in doppelter Höhe zu leisten.

RECORSAN®
RECORSAN-LIQUID
zur Crataegus – Kombinationstherapie des Altersherzens
30 ccm lt. AT. DM 1,95 o.U.
RECORSAN-GMBH. APOTHEKER REINHARD & SOHN · MÜNCHEN-GRÄFELFING

Der Anspruch auf das zusätzliche Sterbegeld entfällt, wenn

a) das Mitglied nicht innerhalb des zehnjährigen Zeitraums stirbt,

b) die Mitgliedschaft bei der Bayer. Ärzteversorgung endet,

c) das Mitglied seine Bereitschaft zu weiteren Mehrzahlungen widerruft

oder

d) das Mitglied in Zahlungsverzug geraten ist und nach Mahnung durch die Anstaltsverwaltung seine Zahlungspflicht nicht innerhalb einer Nachfrist erfüllt.

Die geleisteten Mehrzahlungen verfallen in diesen Fällen als Ausgleich für das von der Anstalt getragene Risiko. Sie sind weder zuschlagsfähig bei der Berechnung des Ruhegeldes noch findet eine Rückgewähr statt. Nur unter diesen Voraussetzungen konnten die Mehrzahlungen nach Tabelle 1 so niedrig bemessen werden.

Diese auf einen zehnjährigen Zeitraum begrenzte Möglichkeit zur Erhöhung des Sterbegeldes empfiehlt sich vor allem für junge Mitglieder, deren Hinterbliebene bei frühzeitigem Tod des Mitglieds nur niedrige Versorgungsbezüge zu erwarten haben.

Beispiel: Durch freiwillige Mehrzahlungen von 9 DM im Vierteljahr sichert ein 32jähriges Mitglied für den Fall seines Todes innerhalb des Zeitraums von 10 Jahren den Hinterbliebenen ein zusätzliches Sterbegeld von 5000 DM, bei Unfalltod von 10 000 DM.

B. Zusätzliches Sterbegeld ohne zeitliche Begrenzung.

Wählt das Mitglied diese Möglichkeit, dann sichert es den Hinterbliebenen das zusätzliche Sterbegeld ohne eine Beschränkung hinsichtlich des Todeszeitpunktes. Dementsprechend sind die zu leistenden Mehrzahlungen höher als bei der Möglichkeit nach Abschnitt A und bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres zu entrichten. Die Höhe der erforderlichen Mehrzahlungen ergibt sich aus der beigefügten Tabelle 2. Zur Verdoppelung des zusätzlichen Sterbegeldes sind auch die Mehrzahlungen nach Tabelle 2 in doppelter Höhe zu leisten.

Die Mehrzahlungen sind auch in diesem Falle bei der Berechnung des Ruhegeldes nicht zuschlagsfähig.

Die Gründe für den Wegfall des Anspruchs auf das zusätzliche Sterbegeld sind die gleichen wie die in Abschnitt A unter Buchstaben b, c und d genannten. Jedoch besteht in diesen Fällen Anspruch auf Rückgewähr nach § 19 Abs. V in Verbindung mit Abs. I und II der Satzung.

Beispiel: Für ein 42jähriges Mitglied betragen die vierteljährlich zu leistenden Mehrzahlungen 42 DM, und zwar längstens bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres. Es hat somit höchstens 3864 DM aufzuwenden, um den Hinterbliebenen das erhöhte Sterbegeld von 5000 DM, bei Unfalltod von 10 000 DM, zu sichern.

Wie sind die freiwilligen Mehrzahlungen gestaffelt und was gilt bei Eintritt der Berufsunfähigkeit?

Die Höhe der aus den beigefügten Tabellen ersichtlichen Mehrzahlungen richtet sich für die gesamte Dauer der Mehrzahlungen nach dem Lebensalter des Mitglieds bei Abgabe der Erklärung.

Erhält das Mitglied — vorübergehend oder dauernd — Ruhegeld, so entfallen für die Dauer des Ruhegeldbezuges die Mehrzahlungen, nicht aber der Anspruch auf Erhöhung des Sterbegeldes. Nach etwaigem Wegfall des Ruhegeldes findet eine Nachforderung der Mehrzahlungen nicht statt.

II.

Welche Möglichkeiten haben Mitglieder, die das 45. Lebensjahr bereits vollendet haben?

Bis zum 30. Juni 1961 können Mitglieder, die das 45. Lebensjahr überschritten haben und nicht berufsunfähig sind, solange sie das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, erklären, Mehrzahlungen zur Erhöhung des Sterbegeldes nach der in Abschnitt I genannten Möglichkeit B (zusätzliches Sterbegeld ohne zeitliche Begrenzung) zu leisten. Die Höhe der erforderlichen freiwilligen Mehrzahlungen ergibt sich aus der beigefügten Tabelle 3. Zur Verdoppelung des zusätzlichen Sterbegeldes sind auch die Mehrzahlungen nach Tabelle 3 in doppelter Höhe zu leisten.

Tabelle 1

(zu §§ 17 Abs. VII und 26 Abs. II Buchstabe a der Satzung)

Abgabe der Erklärung im	Höhe der vierteljährlichen Mehrzahlung
21. mit 33. Lebensjahr	9,— DM
34. und 35. „	9,50 DM
36. „	10,— DM
37. „	10,50 DM
38. „	11,— DM
39. „	11,50 DM
40. „	12,— DM
41. „	13,— DM
42. „	13,50 DM
43. „	14,50 DM
44. „	15,50 DM
45. „	17,— DM

Tabelle 2

(zu §§ 17 Abs. VII und 26 Abs. II Buchstabe b der Satzung)

Abgabe der Erklärung im	Höhe der vierteljährlichen Mehrzahlung
21. Lebensjahr	17,50 DM
22. „	18,— DM
23. „	18,50 DM
24. „	19,— DM
25. „	19,50 DM
26. „	20,— DM
27. „	20,50 DM
28. „	21,— DM
29. „	22,— DM
30. „	23,— DM
31. „	24,— DM
32. „	25,— DM
33. „	26,— DM
34. „	27,— DM
35. „	28,— DM
36. „	29,— DM
37. „	30,50 DM
38. „	32,— DM
39. „	33,50 DM
40. „	35,50 DM
41. „	37,50 DM
42. „	39,50 DM
43. „	42,— DM
44. „	44,50 DM
45. „	47,— DM

Tabelle 3

(zu §§ 28 Abs. II Buchstabe b und 48 der Satzung)

Abgabe der Erklärung im	Höhe der vierteljährlichen Mehrzahlung
46. Lebensjahr	50,— DM
47. „	53,50 DM
48. „	57,50 DM
49. „	61,50 DM
50. „	66,— DM
51. „	71,50 DM
52. „	77,50 DM
53. „	84,50 DM
54. „	93,— DM
55. „	102,50 DM

Pepsaldra®

Pepsaldra-Pepsin-Salzsäure-Dragees
gegen Subacidität, Achylie und Dyspepsie
Original-Packungen zu 45 Stück und 125 Stück

Pepsaldra compositum
Pankreatinhaltiges Enzym-Präparat gegen Störungen des Pankreas-Galle-Dünndarm-Systems
Original-Packungen zu 40 Stück und 100 Stück

Fabrik pharmazeutischer Präparate Karl Engelhard Frankfurt a. M.

Verschreibung von Betäubungsmitteln, insbesondere von Codein und ähnlichen Arzneistoffen

Seit dem 1. Oktober 1960 sind fünf neue Verordnungen in Kraft, welche das Verschreiben und die Abgabe von Betäubungsmitteln betreffen. Zuwiderhandlungen durch Arzt oder Apotheker sind strafbar. Für die tägliche Praxis ist wichtig, daß nunmehr auch die Präparate, welche Codein, Aethylmorphin oder Dihydrocodein (z. B. Paracodin ®) enthalten, hierunter fallen. Ein ordnungsgemäß ausgestelltes Betäubungsmittelrezept muß neben dem Namen bzw. den Bestandteilen der Arznei und ihren Mengen noch enthalten:

1. Name des Arztes, Zahnarztes oder Tierarztes, seine Berufsbezeichnung und seine Anschrift.
2. Tag des Ausstellens (Vor- und Rückdatierung ist verboten!).
3. Gebrauchsanweisung, aus der die Einzelgabe und die Häufigkeit ihrer Anwendung ersichtlich sein muß; bei Verschreibungen Cocain und Elastonon enthaltender Arzneien für einen Kranken zur Anwendung am Auge außerdem die Angabe dieses Verwendungszweckes.
4. Name und Wohnung des Kranken bzw. Art des Tieres mit Name und Wohnung des Tierhalters.
5. Bei Verschreibungen, die Cocain betreffen oder in denen die Höchstmenge für Opium, Opiumzubereitungen oder Morphin überschritten wird, den Vermerk „Eingetragene Verordnung".
6. Eigenhändige, ungekürzte Namensunterschrift des Arztes, Zahnarztes oder Tierarztes.

Auf Verschreibungen, welche über Ticarda lauten oder über Arzneien, die Codein, Aethylmorphin oder Dihydrocodein enthalten, können die Angaben nach Ziffer 4 fehlen.

Rezepte auf Ticarda ® oder auf Arzneien, welche Codein oder Aethylmorphin als einzigen wirksamen Bestandteil enthalten, können vom Apotheker nur dann mehrmals beliefert werden, wenn der Arzt eine befristete Repetitionserlaubnis angebracht hat, aus der die Anzahl der Wiederholungen ersichtlich ist, z. B. „Darf fünfmal wiederholt werden bis 30. 6. 1961" oder ähnlich.

Verschreibungen, die über Codein oder Aethylmorphin in Mischung mit anderen arzneilich wirksamen Bestandteilen oder über Dihydrocodein (z. B. Paracodin ®) lauten, können vom Apotheker wiederholt beliefert werden, wenn der Arzt nicht durch Vermerke wie „Darf fünfmal wiederholt werden bis 30. 6. 1961" oder „Ne repetatur" eine Begrenzung bzw. ein Verbot der Repetition zum Ausdruck gebracht hat.

Der Apotheker ist gesetzlich verpflichtet, die ärztlichen Verschreibungen auf ihre formelle Richtigkeit zu prüfen. In den letzten Monaten mußten dabei öfters Unrichtigkeiten festgestellt werden, welche eine zeitraubende und umständliche Rückgabe der Verschreibungen an den Arzt notwendig machten; insbesondere fehlt häufig die ausdrückliche Gebrauchsanweisung. Wir bitten im Interesse einer reibungslosen Versorgung der Patienten um genaue Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften.

Verzeichnis von Arzneispezialitäten, die Codein, Aetbylmorphin oder Dihydrocodein enthalten, ohne daß diese Arzneistoffe aus dem Namen erkennbar sind

Arzneispezialitäten, die Codein enthalten:

A-E-4 Tropfen
Analgetica Tabl. (Dr. Klie)
Analgeticum Compr.
Analgeticum H 48 Dragées
Anapydon Suppos. f. Erw., f. Kinder
Andralgin Tabl., Supp. f. Erw., f. Kinder, f. Säugl.
Aneucod Tabl.
Anti-forte Tabl.
Antineuralgicum comp. Erb Tabl. (Scheurich)
Antineuralgie-„Makara" Tabl.
Antineuralgie-Nr. 51 Tabl.
Antineuralgie-Trochetta
Antineuroopt Tabl.
Antus Sirup
Asbron Tabl., Suppos. f. Erw., f. Kinder, f. Säugl.
Bedol Tabl.
Bersicaran Tabl.
Capsulae Heinen (rot) Kapseln
Cervipect forte Hustensaft
Codepetrin Tabl.
Codyl Sirup
Contraneural Tabl., Suppos. f. Erw., f. Kinder, f. Säugl.
Costopalm Sirup
Dolviran Tabl., Suppos. f. Erw., f. Kinder, f. Säugl.
D-Merzetten
Ephepect liqu. Tropfen
Epitropal Tabl.
Eubrochal verstärkt Sirup
Exneural Tabl.
Expectal Sirup, Tropfen
Expectorans comp. Compr.
Expectorans com. Tabl. (Dr. Klie, Scheurich)
Exschebon Tropfen
Fanaletten Tabl.
Fensun Suppos. f. Kinder
Gelonida antineuralgica Tabl., Suppos f. Erwachsene, für Kinder, für Säuglinge
Germaton E Hustensaft
Germaton forte Hustentropfen
Gopa-Hustensaft, Hustentropfen
Gynaicol Dragées
Hetaman forte Tabl.
Hicoseen Sirup
Ipesandrin Dragées, Sirup, Tropfen
Ircodenyl Suppos.
Kobram Tabl.

Mirfulan

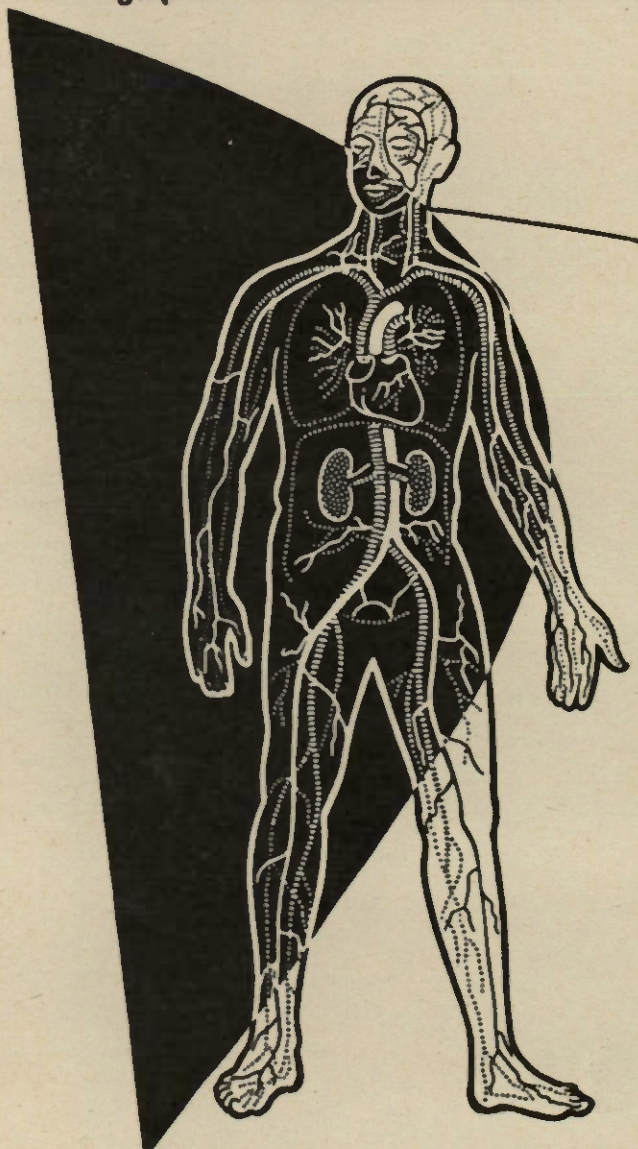
DIE VITAMINREICHE WUND- UND HEILSALBE
auch zur Säuglingspflege

L. MERCKLE & CO. G. m. b. H. CHEM.-PHARM.-FABRIK BLAUBEUREN

COMPLAMIN®

3-(Methyloxyäthylamino)-2-oxypropyltheophyllin-nikotinot

vermindert den peripheren Strämungswiderstand, steigert die Herzkraft und verbessert die Stoffwechselsituation in den ischämischen Gefäßbezirken.



Complamin leistet daher mehr als ein einfacher Vasodilatator bei allen peripheren und cerebralen Durchblutungsstörungen, Thrombosen, Embolien, Apoplexien und Apoplexiefolgen, Ulcera cruris und anderen trophischen Störungen.

Originalpackung mit 30 Tabletten,
Originalpackung mit 10 Ampullen,
Klinikpackungen

60 Jahre im Dienste des Arztes

JOHANN A. WÜLFING · DÜSSELDORF

Lonarid Tabl., Supp. f. Erw., f. Kinder, f. Säugl.
Magen-Tabl. (Scheurich)
Makathorin F Hustensaft
Maltocodin-Zeitchen
Martugen Tabl.
Miophen Tabl.
Necophen Tabl.
Neo-Codion Dragées, Tropfen
Neuramag Tabl.
Neuralgie-Negat Kapseln
Pertussin-Konzentrat
Phenacodin Tabl.
Phenalgetin Tabl.
Polyneural Tabi.
Ponopasin Tabl., Kapseln, Supp. f. Erw.
Ponopasin pro infantibus Supp.
Praecimed Tabl., Suppos. f. Erw., f. Kinder, f. Säugl.
Pyraforte Rectiolen
Pyrangur Kinder-Zäpfchen
Remaxeen Kaps., Suppos.
Remedin Tabl.
Rukebon-C Tabl.
Rulephan-Antineuralgietabl.
Sibroform Hustensaft
Sibroform Hustentropfen
Sirubrom Sirup
Sirup Heinen
Solucampher Sirup
Somnacetin Suppos., Tabl., Tropfen
Somnacetin solubile Pulver
Spasmo-Cibalgin comp. Drag., Supp.
Spasmoforte Rectiolen
Suppositorien f. Kinder (Fahr)
Stigmasan Kapseln
Stomachicum comp. Tabl. (Dr. Klie)
Toximer Tabl.
Treupel Suppos. f. Erw., f. Kinder, f. Säugl.
Treupel'sche Tabl.
Tricodein Dragées f. Erw., f. Kinder
Urozéro Tabl.

Arzneispezialitäten, die Aethylmorphin enthalten:
Dionin Amp., Tabl.
Ephetonin-Hustensaft m. Dionin
Morphedrin Amp., Tabl., Zäpfchen
Morphedrin-Scopolamin Amp.
Nedolon Tabl.
Neo-Codion Dragées, Tropfen
Sinopin Injektion, Tinktur
Solucampher Sirup
Tussedat Pastillen
Tussedat forte Tropfen

Arzneispezialitäten, die Dihydrocodein enthalten:
Antibex forte Sirup
Codeo-Standartin Sirup
Makatussin forte Tropfen
Paracodin Sirup, Tabl., Tropfen
Priatan-Hustentropfen
Saopect-forte Hustentropfen
Silerin forte Tropfen
Tiamon-Tabl.

IN MEMORIAM

Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Walter Stoeckel †

Am 12. Februar 1961, vier Wochen vor Erreichung des 90. Lebensjahres, starb Geh. Rat Prof. Dr. Stoeckel, eine als Arzt und Mensch gleichermaßen achtung- und ehrfurchtgebietende Persönlichkeit.

Stoeckel, am 14. 3. 1871 in Stobingen bei Insterburg (Ostpreußen) geboren, war vorerst nach erlangter Approbation (1895) und Promotion als Schiffsarzt beim Bremer Lloyd tätig, anschließend 1898 im Pathologischen Institut in Marburg unter Marchand, an der Urologischen Klinik in Breslau (bei Viertel), 1898 bis 1903 an der Univ.-Frauenklinik in Bonn unter Fritsch, von 1903 bis 1904 an der Univ.-Frauenklinik in Erlangen (bei Veit). In Erlangen habilitierte sich Stoeckel 1903, wurde im gleichen Jahre Professor und leitete hier als kommissarischer Direktor die Klinik. Von 1904 bis 1907 wirkte er als Professor und Oberarzt an der Univ.-Frauenklinik Berlin, deren Direktor Bumm war. Für die große Anerkennung, die bereits in diesen Jahren sein Wirken allseits gefunden hatte, ist es bezeichnend, daß er nacheinander den damals bedeutendsten Gynäkologen nachfolgte. 1907 wurde er als Ordinarius und Direktor der Univ.-Frauenklinik in Marburg (nach Ahlfeld) berufen. Er war dann von 1910 bis 1922 als Direktor der Univ.-Frauenklinik in Kiel (nach Franz) tätig und kam 1922 als Direktor der Univ.-Frauenklinik nach Leipzig (nach Zweifel). Von 1928 bis zu seiner Emeritierung im Jahre 1950, damals 79 Jahre alt, war Stoeckel Direktor der Univ.-Frauenklinik in Berlin (als Nachfolger von Bumm). Es bedarf nicht besonderer Erwähnung, daß er allen Stätten seines Wirkens durch sein großes Wissen die Eigenart seiner bedeutenden Persönlichkeit aufprägte.

Generationen von Ärzten waren seine Lehrbücher — das für Geburtshilfe erreichte zur Zeit die 12. Auflage, jenes für Gynäkologie die 14. Auflage — in der Studienzeit und später in der Praxis wertvolle, stets auf den jeweiligen Stand der Wissenschaft gebrachte Hand- und Nachschlagebücher.

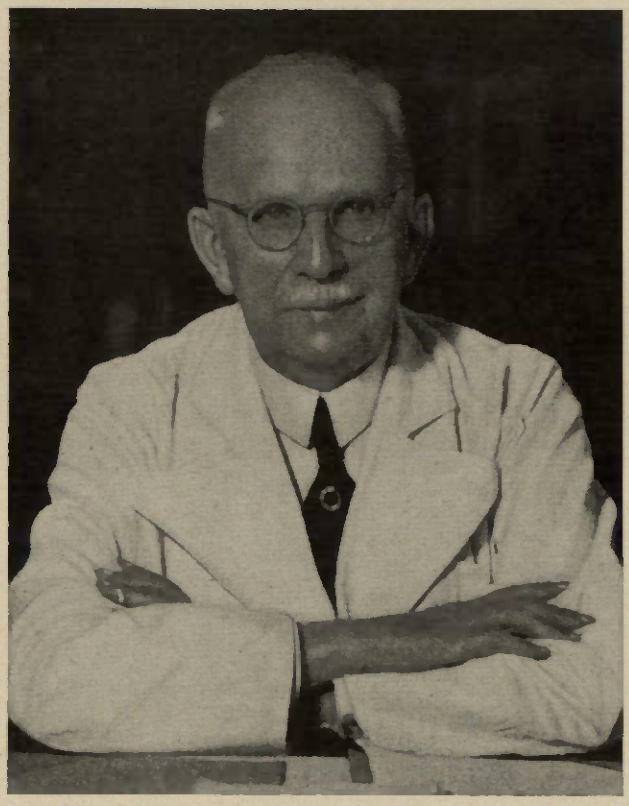
Stoeckel befaßte sich ganz besonders mit dem Gebiet der gynäkologischen Urologie. Seine erste Veröffentlichung (1900) galt den Ureterfisteln und Ureterverletzungen, ein weiteres Buch „Die Cystoskopie des Gynäkologen" folgte 1904, das „Lehrbuch der Cystoskopie" 1909 und der „Zystoskopische Atlas" 1910. In der „Therapeutischen Technik in der ärztlichen Praxis" (1921 und 1923) behandelte er die „Weiblichen Geschlechtsorgane", im „Handbuch der praktischen Chirurgie", „Die Chirurgie der weiblichen Harnorgane", in v. Winkels Handbuch der Geburtshilfe „Die Geburtsstörungen infolge Anomalien der Eihäute und der Nabelschnur", in Veits Handbuch der Gynäkologie „Die Erkrankungen der weiblichen Harnorgane", in Albert Döderleins Handbuch der Geburtshilfe „Die Harnorgane während der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbetts". In dem 14bändigen Handbuch

ferrum kopfer ...

ein Vitamin-Eisen-Kobonaus, das schmeckt!

Rp. 1000 mg Ferro-,
30 mg Cobalt-,
30 mg Mangan-Glukonat,
20 mg Vitamin B1,
5 mg Vitamin B2,
80 mg Nikotinamid,
1,6 mg Vitamin B6,
16 mg Na.-pantothen.,
6 mg Folsäure,
100 Gamma Vitamin B12,
3 g Leberextrakt und einen Extrakt aus Hefe und Citrusfrüchten ad 100 g.

PROTINA GMBH. MÜNCHEN 54



der Gynäkologie sind von ihm drei Bände der gynäkologischen Urologie gewidmet.

In den allgemein-medizinischen Zeitschriften, den gynäkologischen und chirurgischen Fachblättern fanden zahlreiche, immer neue Anregungen bietende Veröffentlichungen aus seiner Feder Aufnahme. Gerade der Tätigkeit des praktischen Arztes schenkte Stoeckel besondere Aufmerksamkeit. Es sei nur hingewiesen auf seine Arbeiten „Was muß der Landarzt von der Placenta praevia wissen?" (1937). Die sozialprophylaktische Arbeit des Frauenklinikers" (1937), „Sul compito sociale profiiactico dell Ginecologo" (1936), „Lehren und Lernen in der Gynäkologie und die gynäkologisch-geburtshilflichen Aufgaben des praktischen Arztes" (eine Gastvorlesung in Jena 1946). Bezeichnend für Stoeckel war es, daß er sich bis ins hohe Alter keinem Fortschritt in der Medizin verschloß.

Ein besonderes Anliegen war ihm der medizinische Unterricht. 1920 veröffentlichte er eine Schrift „Zur Reform des geburtshilflich-gynäkologischen Unterrichts". Seine Eröffnungsansprache auf dem Gynäkologenkongreß 1947 in Berlin behandelte „Die geburtshilflich-gynäkologische Erziehung der Studierenden und die fachärztliche Weiter- und Durchbildung der Gynäkologen".

Stoeckel war Herausgeber des „Zentralblatts für Gynäkologie", der „Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie" und der „Zwanglosen Abhandlungen auf dem Gebiete der Frauenheilkunde und Geburtshilfe".

Es muß noch seiner hohen Auffassung des ärztlichen Berufes in hippokratischer Überlieferung gedacht werden, der er als Lehrer und Forscher immer treu blieb. Konzessionen grundsätzlicher oder individueller Art waren ihm fremd, wie Kraatz bei der Feier des 80. Geburtstages von Stoeckel besonders betonte.

Daß eine so bedeutende, das Geistesleben nicht nur seines eigenen Faches formende Persönlichkeit besondere Ehrungen erhielt, ist selbstverständlich. Stoeckel war Ehrendoktor der Medizin und Dr. jur h. c., Ehrenmitglied vieler medizinischer Gesellschaften. (K-g)

*

Das Präsidium des Deutschen Ärztetages verlieh ihm am 16. September 1960 in Berlin die Paracelsus-Medaille der Deutschen Ärzteschaft mit nachfolgender Verleihungsurkunde:

Das Präsidium des Deutschen Ärztetages
verleiht kraft dieser Urkunde dem um die deutsche medizinische Wissenschaft hochverdienten Arzt

Walter Stoeckel
aus Berlin

Dr. med., Dr. med. h. c., Dr. jur. h. c., Professor für Geburtshilfe und Gynäkologie und Urologie,

emeritierter Direktor der Universitäts-Frauenklinik Berlin, Geheimer Medizinalrat

die

PARACELSUS-MEDAILLE
der deutschen Ärzteschaft.

Die deutsche Ärzteschaft ehrt in ihm ihren Nestor in der Geburtshilfe und Gynäkologie, der Generationen von Studenten und Ärzten durch seine überzeugende Persönlichkeit als Wissenschaftler und Arzt und durch seine hervorragende Darstellungsgabe in Wort und Schrift ein unvergeßlicher Lehrer und Erzieher war und der durch seine vollendete Operationskunst vielen tausend Kranken Heilung oder Hilfe brachte.

Selbst als das Schicksal von ihm noch im hohen Alter höchste Bewährung forderte, nach der Zerstörung seiner Wirkungsstätte und in der Not des Zusammenbruchs nach dem Kriege, widmete er sein Leben pflichterfüllt und getreu den Grundsätzen wahren Arzttums dem Wohle seiner Kranken.

63. Deutscher Ärztetag in Berlin am 16. Sept. 1960.

Präsidium
des Deutschen Ärztetages.

Krewel
KREWEL-WERKE
Eitorf b. Köln
EUSEDON
Neurosedativum

LESERBRIEFE

Zum Thema: Therapie des Krebses

Zu obenzitiertem Bericht von H. Dr. J. Hoeflmayr in Heft 1/1961, S. 15, wird von H. Dr. med. habil. F. Hausbrandt, Facharzt für innere Krankheiten und für Strahlenheilkunde, Vizepräsident (Ausland) der Internationalen Medizinischen Gesellschaft für Blut- und Geschwulstkrankheiten e. V., Sitz München, nachfolgende Stellungnahme übersandt, die wir ausnahmsweise im vollen Wortlaut veröffentlichen.

Obenerwähnter Bericht gibt in mehr journalistischer als in einer Fach- und Standespresse entsprechender Darstellung eine in mehreren wesentlichen Punkten falsche Wiedergabe der Ausführungen des Herrn Dr. G. de Szilvay, wie ich zur Steuerung der Wahrheit als Teilnehmer am Colloquium und anhand des vom Vortragenden benützten Manuskripts, also jederzeit nachweisbar, feststellen muß. Ohne mich mit den Ausführungen des Vortragenden in allem zu identifizieren, sei nur die sachliche Unrichtigkeit des „Berichtes", in folgenden fundamentalen Punkten aufgezeigt: 1. Laut Bericht ist die Verschiebung des pH-Wertes des Blutes letztlich die Ursache der Krebsentstehung und wird keinerlei Erwähnung getan von der einleitend (und später) vorgetragenen Auffassung des Vortragenden, daß „verschiedene kanzerogene Noxen, unter denen den Viren große Bedeutung beigemessen wird, einen irreversiblen Prozeß . . . im intermediären Stoffwechsel" und damit „die Tumorentwicklung" in Gang bringen, was auch durch Prof. Oberling (Paris) bestätigt wurde. 2. Laut Bericht „vergaß" de Sz. zu erwähnen, auf welche Weise er den pH-Wert normalisiere. Das ist unrichtig: Der Vortragende besprach ausführlich die auf Normalisierung des pH-Wertes abzielenden Maßnahmen (Diät, Medikamente u. a.).

Es muß ferner die fachliche Kompetenz des Herrn Dr. H. in Frage gestellt werden, der offenbar ignoriert, daß der klassische Teerpinselungsversuch am Kaninchenohr auch dann gelingt, wenn man eine beliebige Hautfläche unterschwellig mit Teer behandelt und dann an einer anderen Hautstelle eine unspezifische Schädigung, z. B. Verbrennung setzt: Der Krebs tritt jetzt an der nicht geteerten Hautstelle auf! (Fischer-Wasels). Zugleich (neben vielen anderen) ein wissenschaftlich belegter Beitrag, daß eine primäre allgemeine Ursache offenkundig bei der Krebsentstehung eine Rolle spielen kann."

*

Zu vorstehendem Bericht von H. Dr. J. Hoeflmayr in Heft 1/1961, S. 15, wird von H. Dr. Dr. E. F. Sehe l l e r, Facharzt für innere Krankheiten, Leiter der Colloquien und geschäftsführender Vizepräsident der Internationalen Medizinischen Gesellschaft für Blut- und Geschwulstkrankheiten e. V., Sitz München, nachfolgende Gegendarstellung übersandt.

„Bei H. G. de Szilvay handelt es sich um H. Dr. med. G. de Szilvay, derzeit Inhaber des Semmelweißinstituts in Bremen, vormals Professor für Endokrinologie an der Staatl. Universität von Budapest. Als Vortragender hatte er, wie jeder andere, das Recht auf freie Meinungsäußerung auf Grund freier Forschung, für die er allein die Verantwortung trägt. In der Aussprache wurden verschiedene Schiefheiten seiner Darstellung kritisiert, die der Vortragende mit mangelnder Beherrschung der deutschen Sprache entschuldigte. Zum Verständnis seines Vortrags gehörten seine vorhergehenden Vorträge im Colloquium, die H. Dr. H. nicht gehört hat. Objektive Berichte über die Colloquien erscheinen laufend in der ‚Heilkunst', München.

Meine angebliche Behauptung, ‚das Karzinom sei primär eine Allgemeinerkrankung und nicht eine lokale', kann nur mißverständlich so interpretiert sein. Gegenüber der Anschauung vom Krebs als rein lokaler Erkrankung standen die Referate unter dem Gesichtspunkt, daß Krebs auch als Allgemeinerkrankung aufzufassen ist. Die einseitige Ausschließlichkeit ist auch ausdrücklich widerlegt in dem 1959 von unserer Gesellschaft herausgegebenen Merkblatt, wo es heißt: ‚Krebs = allgemeine Krebskrankheit + örtliche Krebsgeschwulst, mit den 3 Behandlungsmöglichkeiten: I. Operation, II. Bestrahlung, III. Interne Tumortherapie.'

Im Gegensatz zu Warburg mit seiner Lehre von der Dysoxybiose als einziger Krebsursache haben wir in einer von der Mitgliederversammlung am gleichen Tag einstimmig beschlossenen Resolution an die Welt-Gesundheits-Organisation in Genf zum Ausdruck gebracht, ‚daß Krebs nicht nur als lokale, sondern in den meisten Fällen auch als allgemeine Erkrankung des Organismus zu betrachten und zu behandeln ist'. Wir heben also sogar hervor, daß Krebs immer als lokale, aber nicht immer als Allgemeinerkrankung aufzufassen ist. Es ist widersinnig und niemals gesagt, daß man in unserem Kreis ‚die malignen Geschwülste als primäre Allgemeinerkrankung auffasse', zudem eine contradictio in adiecto. Unsere nachfolgende Resolution wurde von der WHO in Genf, Palais des Nations, unter dem 3. 1. 1961 bestätigt und registriert."

Die Internationale Medizinische Gesellschaft für Blut- und Geschwulstkrankheiten e. V., Sitz München, stellt fest, daß nach Ausführungen bekannter Krebsforscher, wie u. a. Nobel-Preisträger Prof. Domagk, Operation und Strahlenbehandlung nur lokale Maßnahmen sind. Prof. Domagk folgerte: „Wir können heute die bedrückenden Mißerfolge der Krebsbehandlung nicht mehr durch technische Verbesserung der Operation und Bestrahlung, sondern nur durch neue zusätzliche Behandlungsmethoden bessern." (Krebsarzt Wien 1960, 251.) Der Chirurg Prof. Maurer, München, hat sich auf dem Münchner Chirurgenkongreß 1960 in gleichem Sinne geäußert. Dies deckt sich mit der Auffassung unserer Gesellschaft, daß Krebs nicht nur als lokale, sondern in den meisten Fällen auch als allgemeine Erkrankung des Organismus zu betrachten und zu behandeln ist. Der Prophylaxe der Krebserkrankung müßte außerdem weit mehr als bisher Beachtung geschenkt werden.

Im übrigen wird auf die bereits 1956 verfaßte anliegende Resolution der Gesellschaft verwiesen (Med. Monatsschrift 1956, 563).

gez. Prof. Dr. med. B. Kihn, Erlangen, Präsident; gez. Prof. Dr. E. Schliphake, Gießen, Vizepräsident für das Inland; gez. Prof. Dr. F. Hausbrandt, Bozen, Vizepräsident für das Ausland.

Strophoperm Salistoperm

Durchschnittsdosis:
3 Tr. = 0,4 mg Strophanthin

Das linguale Strophanthin-Präparat
Volle cardiale Wirkung! Niedrige Dosierung!
Ohne Verluste und Verzögerung durch die Magen-Darm- und Leberpassage
Herz- und Coronarinsuffizienz, Altersherz, stenocardische Beschwerden, Angina pect., Operations-Vor- und Nachbehandlung, Myocard-Schutz bei Infektionen

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

PERMICUTAN-KG · DR. EULER · MÜNCHEN 13

KONGRESSE UND FORTBILDUNG

Die 11. Lindauer Psychotherapiewoche wird unter der Leitung von Dr. Helmuth Stolze vom 1.—6. Mai 1961 in Lindau (B) stattfinden. Das Hauptleitthema ist: „Die Psychotherapie des Jugendlichen". Ferner finden an je einem Tag Vorträge zu den Themen „Grundlagen und Bedeutung der Psychotherapie" und „Hypnose in der ärztlichen Praxis" statt. Nachmittägliche Kurse und Colloquien in kleinen Gruppen über praktisch wichtige Fragen der Psychotherapie ergänzen das Vortragsprogramm. Es wird wieder eine Übungswoche (vom 8.—13. Mai 1961) angeschlossen mit Übungen von J. H. Schultz (Autogenes Training), Stokvis (Hypnose), Wiesenhütter (Traumbearbeitung), Heller (Konzentrative Bewegungstherapie) und Fuchs (Atemtherapie). Die Tagungssprache ist Deutsch.

Einladungen mit dem genauen Programm sind beim Sekretariat der Lindauer Psychotherapiewoche, München 2, Dienerstraße 17, anzufordern.

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.

April:

5.— 6. 4. in **Bad Nauheim:** 11. Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Medizinischen Arbeitsgemeinschaft für Herdforschung und Herdbekämpfung (DAH) e. V. Auskunft: Prof. Dr. Hattemer, Gau Algesheim/Rhh., Ingelheimer Straße 75.

5.— 7. 4. in **Mainz:** Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Ernährung. Auskunft: Wissenschaftl. Sekretariat der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, Frankfurt am Main, Feldbergstraße 28.

5.— 8. 4. in **München:** 78. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Auskunft: Prof. Dr. H. Junghanns, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, Chefarzt des Evangel. Krankenhauses, Oldenburg i./O., Lasiusstraße 37.

10.—13. 4. in **Wiesbaden:** 67. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. Auskunft: Prof. Dr. B. Schlegel, Schriftf. der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, Wiesbaden, Städt. Krankenanstalten.

16.—19. 4. in **Hamburg:** 42. Tagung der Deutschen Röntgengesellschaft. Auskunft: Prof. Dr. H. Lossen, Univ.-Röntgen- und Strahleninstitut, Mainz, Langenbeckstraße 1.

April/Mai

28. 4.—1. 5. in **Baden-Baden:** 10. Tagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden. Auskunft: Dr. med. Schindler, Facharzt für Orthopädie, Salzburg, Auerspergstraße 15.

28. 4.—1. 5. in **München:** Einführungslehrgang in die Manuelle WS-Therapie (Diagnostik-Kurs der Ärztl. Forschungs- und Arbeitsgemeinschaft für Chiropraktik e. V. (FAC). Auskunft: Kurs-Sekretariat der FAC, München 22, Widenmayerstraße 29.

Mai:

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

5.—7. 5. in **Regensburg:** 14. Bayerischer Ärztetag. Auskunft: Bayer. Landesärztekammer, München 23, Königinstraße 65.

6.—13. 5. in **Freudenstadt:** Ärztekurs für Homöopathie. Auskunft: Dr. med. Günter Maring, Hamburg-Billstedt/Steinfurth.

10.—13. 5. in **Freudenstadt:** 113. Jahreshauptversammlung des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte. Thema: „Die Homöopathie als Methode der Individualtherapie". Auskunft: Dr. med. Günther Maring, Hamburg-Billstedt/Steinfurth.

11.—12. 5. in **Konstanz:** 6. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für die Ästhetische Medizin und ihre Grenzgebiete, gemeinsam mit der Gesellschaft Deutscher Kosmetik-Chemiker e. V. Auskunft: Dozent Dr. H. C. Friederich, Schriftführer, Tübingen.

13.—14. 5. in **München:** Frühjahrstagung der Bayerischen Röntgenvereinigung. Auskunft: Dozent Dr. Ekert, Schriftführer, Chefarzt, München 8, Ismaninger Straße 22.

14.—18. 5. in **Freiburg:** Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohrenärzte. Auskunft: Prof. Meyer zum Gottesberge, Düsseldorf, Moorenstraße 5.

15.—17. 5. in **Garmisch-Partenkirchen:** 25. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs-, Versorgungs- und Verkehrsmedizin e. V. Auskunft: Prof. Dr. med. R. Hergst, Essen, Huyssens-Stiftung, Henricistr. 92.

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.

23.—27. 5. in **Münster:** 45. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Pathologie. Auskunft: Prof. Dr. A. Werthemann, Pathologisches Institut der Universität Basel, Hebelstraße 24.

24.—28. 5. in **Berlin:** 10. Deutscher Kongreß für ärztliche Fortbildung e. V., Berlin-Steglitz, Klingsorstraße 21.

27.—28. 5. in **Baden-Baden:** Wanderversammlung der Südwestdeutschen Neurologen und Psychiater. Thema: Die Gesellschaft, die Krankheit und der Kranke. Auskunft: Professor Dr. P. Christian, Institut für Allgemeine klinische Medizin, Heidelberg, Bergheimer Straße 58.

Bei allen Erkrankungen der Atmungsorgane

ANTIBEX

SIMPLEX · FORTE · CUM EPHEDRINO

125 ccm enthalten
50 mg Dihydrokodein

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

Mai/Juni:

29. 5.— 3. 6. in **Wiesbaden:** 64. Deutscher Ärztetag. Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.

Juni:

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

3.— 4. 6. in **Erlangen:** Tagung der Süddeutschen Kinderärzte. Auskunft: Prof. Dr. A. Windorfer, Direktor der Universitäts-Kinderklinik Erlangen.

7.—10. 6. in **Berlin:** II. Wissenschaftlicher Kongreß des Bundes der Deutschen Medizinalbeamten. Auskunft: Med.Dir. Dr. Kläß, MPH, Fürth i. B., Blumenstraße 22.

11.—24. 6. in **Freudenstadt:** 10. Deutscher Sportärztelehrgang. Auskunft: Städt. Kurverwaltung, Freudenstadt.

Juni/Juli:

26. 6.—3. 7. in **Westerland/Sylt:** 14. Ärztliches Seminar für Meeresheilkunde. Leitung: Prof. Dr. med. H. Pfleiderer. Auskunft: Universitätsinstitut für Bioklimatologie und Meeresheilkunde in Westerland/Sylt.

Juli:

21.—22. 7. in **München:** Bayerischer Chirurgenkongreß im Hörsaal der Chirurgischen Universitätsklinik, Leitung: Prof. Dr. Zenker. Auskunft: OMR. Chefarzt Dr. Ernst Oettle, Krumbach/Schw., Kreiskrankenhaus.

Juli/August:

31. 7.—5. 8. in **München:** 4. Fortbildungskurs für Dermatologie. Leitung: Prof. Dr. A. Marchionini. Auskunft: Oberarzt Priv.Doz. Dr. S. Borelli, München 15, Dermatologische Klinik der Universität, München, Frauenlobstraße 9.

AUSLAND

März/April:

25. 3.—1. 4. in **Bad Hofgastein:** Fortbildungskurs für Geriatrie, veranstaltet von der Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie unter Mitarbeit der Deutschen Gesellschaft für Alternsforschung und der Schweizerischen Gesellschaft für Gerontologie. Auskunft: Prim. Dr. Walter Doberauer, Wien 14, Hütteldorfer-Straße 188.

April:

26.—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. Nikolowski, Tübingen.

Mai:

22.—27. 5. in **Paris:** 3. Weltkongreß zur Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten. Auskunft: Institut National de Sécurité Sécretariat du IIe Congrès mondial, Paris 8e, 9, Avenue Montaigne.

22.—27. 5. in **Wien:** 5. Kongreß der Internationalen Akademie für Gerichtliche und Soziale Medizin. Auskunft: Sekretariat des 5. Kongresses der Internationalen Akademie für Gerichtliche und Soziale Medizin, Wien IX, Sensengasse 2.

Juni:

5.—9. 6. in **Venedig:** 12. Internationaler Krankenhauskongreß. Auskunft: International Hospital Federation, 34 King St. London E. C. 2.

Juni:

5.—17. 6. in **Grado:** 9. Internationaler Lehrgang für praktische Medizin der Bundesärztekammer. Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.

6. 6. in **Turin:** Weltsymposion über Geburtshilfe und Gynäkologie. Auskunft: Minerva Medica, Corso Bramante n. 83—85, Turin.

10.—11. 6. in **Paris:** Kongreß der Internationalen Forschungsgesellschaft für Zellulartherapie. Auskunft: Dr. R. Thomae, Internationale Forschungsgesellschaft für Zellulartherapie, Frankfurt/Main, Savignystr. 30.

15.—19. 6. in **Rom:** Internationales Symposium für Radiologie und medizinische Elektronik. Auskunft: Deutsches Sekretariat in Königstein/Taunus, Wiesbadener Straße 40a.

19.—25. 6. in **Grado:** Internationales Symposion für Sozialmedizin. Auskunft: Dr. E. Berghoff, Wien VIII, Piaristengasse 41.

25.—29. 6. in **Perugia:** Internationales Symposion über die morphologischen Anzeichen des Krebses. Auskunft: Prof. Lucio Severi, P. P. Box 167, Perugia/Italien.

Juli:

2.—9. 7. in **Tours:** 1. Internationaler Kongreß für Präventiv- und ländliche Medizin. Auskunft: Prof. Vacer, c/o. Ecole de Médecine, Tours, Frankreich.

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.

23.—29. 7. in **Paris:** 7. Internationaler Kongreß für Oto-Rhino-Laryngologie. Auskunft: Dr. H. Guillon, Generalsekretär, 6 Avenue Mac Mahon, Paris XVII.

Beilagenhinweis

Dieser Ausgabe liegen Prospekte folgender Firmen bei:
Klinge, München 23
Klinge, München 23
Dr. Schwab GmbH., München
Dr. R. Reiss, Berlin-NW 87
Dr. Henning GmbH., Berlin-Tempelhof
Heel GmbH., Baden-Baden
Atmos Fritzsching & Co., GmbH., Viernheim/Hessen
Ehrl & Co., Arzneimittel K.G., München 9
Deutsche Arzneimittel Ges., Berlin-West
Mercicle GmbH., Blaubeuren
Concordia Lebensvers. A.G., Köln
Kettelhack, Borken
Vial & Uhlmann, Frankfurt/Main
Dr. med. Ellendorff & Co., Wuppertal-Barmen

„Bayerisches Ärzteblatt". Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, München 23, Königinstraße 85/III. Schriftleiter: Dr. med. Willy Reichstein, München 13, Heßstraße 42. Die Zeitschrift erscheint monatlich.
Bezugspreis für Nichtmitglieder der Bayerischen Landesärztekammer DM 2.40 vierteljährlich, zuzügl. Zustellgebühr. Postscheckkonto Nr. 52 52 Amt München, Bayer. Landesärztekammer (Abt. Bayer. Ärzteblatt). Anzeigenverwaltung: Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler, München 15, Sonnenstraße 29, Telefon-Sammel-Nr. 55 80 61, Fernschreiber 05 23662. Telegrammadresse: Gablerpreß. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharschinger, München. Druck: Richard Pflaum Verlag, München. Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrokopie sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten.
Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlags. Rücksendung nichtverlangter Manuskripte erfolgt nur, wenn vorbereiteter Umschlag mit Rückporto beiliegt. Bei Einsendungen an die Schriftleitung wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, wenn gegenteilige Wünsche nicht besonders zum Ausdruck gebracht werden.
Alleiniger Inhaber der Verlagsrechte ist die Bayer. Landesärztekammer, München, Königinstraße 85.

neu
Zur Herztherapie
Von besonderer Bedeutung für digitalis- und strophanthinrefraktäre Patienten und zur Nachbehandlung von Myocardinfarkt
Cardiagutt® TROPFEN
Zusammensetzung: Adonis vernalis, Convallaria majalis, Crataegus oxyacantha, Humulus lupulus, Rutin, Alcohol., Corrigentia
FABRIK PHARMAZEUTISCHER PRÄPARATE KARL ENGELHARD · FRANKFURT AM MAIN

neu

ANTIRHEUMATICUM

DOLORSAN P

Dragees

4-Solicylomidophenozon 0,3 g
Prednison 0,75 mg
Zur cousolen Theropie chronisch-entzündlicher Schmerzzustände.

ANALGETICUM

DOLORSAN

Dragees

4-Solicylomidophenozon 0,15 g
N-Acetyl-p-ominophenol 0,15 g
Coffein. notr. benzoicum 0,025 g
Zur Schmerzbekämpfung mit besonders breitem Wirkungsspektrum.

neu

SCHMERZTHERAPIE OHNE SCHATTENSEITE

Johann G. W. Opfermann & Sohn · Bergisch Gladbach

HEILSTÄTTEN · BÄDER · KURORTE

Heilanzeigen deutscher Bäder, 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 72 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 Bürrheim (700—800 m). 27%ige Solquelle, Atemwege — Rheuma — Kreislauf — chronisch entzündliche Augenleiden.

Bad Mergentheim (210 m).
Sanatorium Br. Hoerstke, klinisch fachärztlich geleitet, zur Behandlung von Leber-, Gallen-, Magen-, Darm- und Stoffwechselkrankheiten. Klin. Laboratorium, med. Bäderabteilungen, Röntgeneinrichtung, elektrophysikalische Therapie, Diätküche. Ganzjährig geöffnet. Telefon 357, 30 Betten.

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

Nürtinger Heinrichsquelle, Nürtingen (Württ.), zu Haustrinkkuren bei Leber-, Galle-, Magen-, Darm- und Stoffwechselleiden.

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

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

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

Solbad Windsheim/Mfr. Rheumatismus der Gelenke und Muskeln, Neuralgien und Neuritiden (Ischias, Lumbago), Frauenleiden, Affektionen der Gallenwege und des Darmes (Obstipation, gastrokardialer Symptomenkomplex), Fettsucht, Nieren- und Harnleitersteine.

MAGEN·DARM
LEBER·GALLE
STOFFWECHSEL
HERZ·RHEUMA
RAKOCZY
BAD KISSINGEN
BRUNNENSCHRIFT: BÄDERVERWALTUNG
Rakoczy
PROSPEKT: KURVEREIN

WILDBAD Schwarzwald
Rheuma · Arthrosen · Lähmung · Alterung
Thermen 33-37 °C · Bergbahn 430-750 m
Zu jeder Jahreszeit kur- und badbereit!

ER IST DA!

Der Sommerprospekt
mit Angeboten wie noch nie!
Schreiben Sie bitte sofort um kostenlosen Reiseführer, der Ihnen auf 78 Seiten Angebote für ganz Europa bringt mit
Auto-Plan, Flugreisen, Krenzfahrten usw.
HOTEL PLAN Hotelplan
Mü., Lenbachpl. 9
Victoriapassage
Telefon 55 54 35

Des Arztes guter Rat:
bei Katarrhen, Asthma, Herz- u. Kreislaufkrankheiten (Managerkrankheit)
BAD EMS
Mildes Schonklima
Neue Kurtarifvorteile · Natürliche Kohlensäure-Thermen · Tägl. Konzerte
Prospekte durch Kurdirektion

Kinderarzt Dr. Schede's Kindersanatorium

Klaus-Andreas-Heim (171) Ohlingen.
Breitwiesenhof, südl. Hochschwarzw. 650-950 m. 35 Kd. 0—13 J., Unterricht. Ständ. kinderfachärztliche Betreuung im Haus. Hallenschwimmb.

Privatnervenklinik Gouting
Bergstraße 50
Heilschlaf, Elektroschock-Therapie, Stickstoff-Anoxie, Psychotherapie, etc.
Alle Kassen.
Chefarzt Br. med.
C. Pb. Schmidt
Anmeldung: Tel. München
86 12 26 oder 33 20 02

Anzeigenschluß
jeweils am 5. des Monats

EILIGE ANZEIGEN erreichen das „Bayerische Ärzteblatt" durch
FERNSCHREIBER MÜNCHEN 05 23662
Verlag- und Anzeigenverwaltung CARL GABLER

„SONNENHOF" TEGERNSEE
Privatklinik und Sanatorium, staatl. konzess.
Absolut ruhig und doch zentral in parkartigem Garten gelegen. Mildes Reizklima (780 m). Gepflegte Familienatmosphäre. Erschwingliche Preise. Ganzjährig geöffnet.
Indikationen: Erkrankungen des Herzens, des Kreislaufs und der Gefäße. Rheumatische und geriatrische Erkrankungen. Rekonvaleszenz. Diätkuren, mediz. Bäder, modernes Labor.
Leitender Arzt: Br. med. Gerhard Schulenburg
Tel. Tegernsee 44 78

Jod-Vel
(UNGT. LUGOL.) 3% c. Campher 10%
NEOS DONNER KG., BERLIN SO 36

Stellenangebote

Sprechstundenhilfe

(Arzthelferin) zum 1. April 1961 nach Traunstein/Oberbayern gesucht. Perfekt in Schreibmaschine. Bewerbung mit Angabe der Gehaltswünsche erbeten unter 215 an die Ann.-Exped. Zander, Traunstein, Bachmayerstraße 1.

Deutscher medizinischer Sprachendienst

Mitarbeiter oder Mitarbeiterin

halbtags oder nach zeitlicher Vereinbarung gegen sehr gutes Honorar gesucht.

Voraussetzung: Mediziner oder medizinische Ausbildung, völlige Beherrschung der englischen Sprache und ihrer medizinischen Fachterminologie, möglichst auch gute Kenntnisse der französischen Sprache.

Aufgabengebiet: Überprüfung und Korrektur von medizinischen Übersetzungen usw.

DEUTSCHER MEDIZINISCHER SPRACHENDIENST
München 15, Pettenkoferstraße 8, Telefon 55 55 01

Die Stelle

für den angehenden praktischen Arzt

Assistenzarzt

(Medizin. Assistent) zum 1. 3. 1961 gesucht. Erwünscht: Vorbildung in Innerer Medizin. Anrechnungsfähig: 10 Monate Chirurgie. Geboten: Weiterbildung in: Innerer Medizin, gesamt. Geburtshilfe, mittlere und Unfallchirurgie, Röntgendiagnostik. Vergütung: TO A III und Nebeneinnahmen. Wohnung und Verpflegung im Krankenhaus. Bewerbung an

Krankenhaus Fridolfing
Kreis Laufen

Sprechstundenhilfe

zum 1. 4. 1961 nach Traunstein von prakt. Arzt gesucht. Zuschr. unter M. R. 78173 über CARL GABLER WERBEGES. MBH, München 2, Karlsplatz 13

Anzeigenschluß

jeweils am 5. des Monats

Kleinklaviere

Einzigartige Auswahl
Bis zu 40 Monatsraten

Pianohaus Lang

München · Kaufingerstraße 28/1
Augsburg · Bahnhofstraße 1S/I
Regensburg · Kassiansplatz 3

Verschiedenes

Für Arzttochter, hübsch, kath., 23/170, dunkler Typ, tüchtig, Abitur, sportlich, natürliches Wesen, wird von den Angehörigen das Kennenlernen von zulassungsber., charakterv., tüchtigem

ARZT

gewünscht. Schöne Praxis und Haus vorhanden. Zuschriften unter MN 77993 über CARL GABLER WERBEGESELLSCH. MBH., München 2, Karlsplatz 13.

Große Kassenpraxis

in Großstadt Mittelfrankens, altershalber unter günstigen Bedingungen baldmöglichst abzugeben. Offerten erbeten unter NL 21969 befördert

CARL GADLER
WERBEGESELLSCHAFT
MBH, Nürnberg, Königstr. 23

Suche für meine Tochter, 17 J., Mittlere Reife, für 9 Monate Stellung als

Praktikantin

in einem Arzthaushalt.

Br. S. Gutjahr
Neumünster, Carlstraße 38

Vertreter gesucht

für die Zeit vom 24. 7. — 12. 8. 1961 in Landpraxis westl. Augsburg. Ang. erb. unter M. K. 19774 über CARL GABLER WERBEGESELLSCH. MBH, München 2, Karlsplatz 13

Rö-Gerät Koch & Sterzl

Vlaskop mit Diax E 85, kompl., fast neuwertig, zu verkaufen.

Br. v. Mengershausen
Bayrischzell, Telefon Nr. 609

Höhensonne

Hanauer S 500, neuwertig, preiswert zu verkaufen.

Schüler, München, Tel. 8 06 49

Ältere Dame mit Erfahrung als Arzthilfe u. Schreibmasch.-Kenntnissen würde entspr. Stellung als

Arzthilfe

eventuell auch Vertretungen annehmen. (Im Raum Traunstein, Rosenheim, München.) Angebote erbeten unter 331/192 über

CARL GABLER
WERBEGESELLSCHAFT MBH
München 2, Karlsplatz 13

Ärztin sucht ab April

Stelle an Krankenhaus

oder Klinik nach TO A. Angebote erbeten unter 331/191 über

CARL GABLER
WERBEGESELLSCHAFT MBH
München 2, Karlsplatz 13

Arztpraxis

wegen plötzlichen Todesfalles in Kleinstadt Niederbayerns abzugeben. Zuschriften erbeten unter 331/182 über CABL GARLER WERBEGESELLSCHAFT MBH., München 2, Karlsplatz 13.

PERSER-TEPPICHE

in großer Auswahl u. a.:

Homedan-Pashti	95×60 cm	DM	50.—
Beludschistan-Brücke	140×90 cm	DM	140.—
Malayer	155×100 cm	DM	220.—
Meshkobad	200×135 cm	DM	280.—
Sarab-Läufer alt	330×85 cm	DM	370.—
Luristan	250×160 cm	DM	690.—
Täbris	290×200 cm	DM	1185.—
Heriz	340×250 cm	DM	1365.—
Heriz	386×293 cm	DM	1460.—
Baktiari	373×274 cm	DM	1940.—
Täbris	400×300 cm	DM	2460.—
Koshon, besonders fein	530×430 cm	DM	4660.—

ZOLGHADAR - TEHERAN
MÜNCHEN - Maximilianstraße 33

Spanischer Arzt mit guten Deutschkenntn., der aus formellen Gründen in der Bundesrepublik nur als

Med.-Assistent

beschäftigt werden kann, sucht für 1. August 1961 in Krankenhaus (Interne Abteilung) geeignete Stelle (München oder Oberbayern). Zuschr. unt. M. S. 78002 über CARL GADLER WERBEGESELLSCHAFT MBH., München 2, Karlsplatz 13.

Gutgehende

Allgemein-Praxen

in nordbayer. Großstadt an Kollegenehepaar oder auch einzeln, aus gesundheitl. Gründen abzugeben. Jahreseinkommen ca. 100 000.—, Kap.-Nachweis erbeten. Offerten unt. NX 22011 befördert CARL GABLER WERBEGES. MBH., Nürnberg, Königstraße 23

Große

ALLGEMEINPRAXIS

Nähe Ingolstadt, in zu vermietendem Einf.-Haus zu besetzen. Zuschriften erbeten unter 331/169 über CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH., München 2, Karlsplatz 13.

In oberbayer. Kreisstadt — in Nähe Münchens und der Berge — besteht die Möglichkeit der Niederlassung für einen

Augenarzt

im Einvernehmen mit dem jetzigen Praxisinhaber. Kurze Angaben, Lebenslauf, Berufs- und Fachausbildung erbeten unter 331/198 über CARL GABLER WERREGESELLSCHAFT MBH, München 2, Karlsplatz 13

KURHOTEL

mit Heilquelle und Bädern (Württ.) als Sanatorium oder Heim sehr geeignet, See und ca. 3 ha Umschwung, beziehbar m. Inventar i. A. zu verkaufen.

Wirtschafts- u. Industriebüro
Überlingen/See
Ulrichstraße 47, Ruf 615

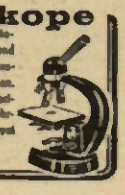
Facharztpraxis

für Internisten wegen plötzlichen Todesfalles sofort abzugeben in Kleinstadt. Einziger Internist eines großen Kreises. Zuschriften erbeten unter 331/190 über

CARL GABLER
WERBEGESELLSCHAFT MBH
München 2, Karlsplatz 13

Mikroskope

für Schulen und Lehrer, für Ärzte, Biologen, Chemiker, Wissenschaftler und Studierende. Garantie für Präzisions-Optik und perfekte technische Funktion. Zubehör und Reparaturen aller Fabrikate. Teilzahlung möglich. Ausführlicher Prospekt M/M 15 kostenlos von Opt. Institut G. E. E. Schröder Hamburg 36, Dammtorstraße 27



Preiselbeeren

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

Garantiert neue Ernte 1960

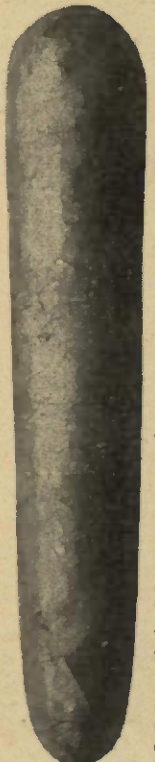
Fabrikfrische, tafelfertige, feinste und ungefärbte Qualitätsware. (Nachnahme) Bei Nichtgefall: Kaufpreis 100%ig zurück.

H. L... 64 Hemsbach/Bergstr. Postf. 66

Gegen **Enuresis nocturna**

hat sich HICOTON als Spezifikum seit Jahrzehnten bestens bewährt! In allen Apotheken erhältlich. Prospekt und Muster kostenlos durch den Alleinhersteller. „MEDIKA" Phorm. Präparate, (13b) München 42

ZIGARREN direkt ab Fabrik 30 % billiger



Seit 40 Jahren rauchen Zehntausende die beliebten Breining-Zigarren.

Ihr Vorteil

Hochw. Zigarren zu erheblich niedrigerem Preis.

Meisterwerk

Elegantes Formot, leicht, mild, würzig, weißer Brand.

50 Stck. nur 11 DM
(siehe Abb. in Original-Größe)

Alte Kunst

Fehlf. einer 40-Pf-Zigorre Ia Sumatro-Decker, eine Meisterleistung, so fein und doch preiswert haben Sie noch nie geraucht.

50 Stck. nur 13,50 DM

Verlangen Sie ausführliche, bebilderte Preisliste!

Garantie: Sämtliche Zigorren sind ohne chemische Mittel bearbeitet. Rückgaberecht innerhalb acht Togen. Erste Lieferung porto- und verpackungsfrei. Auf Wunsch keine Nachnahme.

Nutzen Sie dieses einmalige Angebot! Bestellen Sie noch heute.

VERSANDHAUS BREINING
BRUCHSAL 180, Postfach 127

Dr. Erde Arnulf
1611 Bad Nauheim

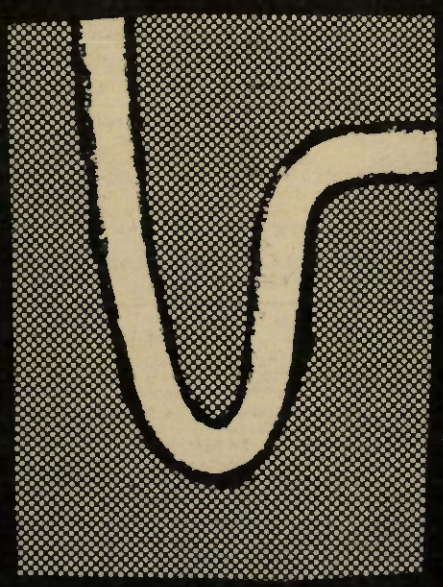
Van alters her ist es der Brauch
Zu hebern mit dem Magenschlauch,
Doch wirklich macht es kein Vergnügen
Für solche, welche ihn dann kriegen.

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

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

„Du nahmst die Pille Desmaid
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 – Praben stehen zur Verfügung
G. Pohl-Boskamp · Hohenlockstedt/Holstein



Thrombose · Thrombophlebitis
varicöser Symptomenkomplex

Tropfen

Ossidal®

APOTHEKER MÜLLER ARZNEIMITTELFABRIK BIELEFELD

14. Bayerischer Ärztetag
5.-7. Mai 1961 Regensburg

Bayerisches Ärzteblatt

B 1611 E · Heft 4 · München, April 1961 · 16. Jahrgang

preisgünstige Hydrocortison-Salben „EHRL"

neu

½% Corti-Ehrl-fett Salbe

(+ 0,5% Neomycin + 0,05% Gramicidin)
bokterizid
fett

Tube zu 10 g = DM 3,60
50 g = DM 13,20

Dermotosen on behaorten Körperportien
Alopecia-seborrhoica
zur Rezeptur

Corti-Ehrl Tinktur

0,5% olkoholisch-wössrige Hydrocortison-compositum Tinktur

Fl. zu 70 ccm = DM 13,20

Corti-Ehrl Tinktur — zur Rezeptur

1% alkoholisch-wössrige Hydrocortison-Tinktur

Fl. zu 70 ccm = DM 18,90

1% Hydrocortison-Salbe „EHRL"

bokterizid
nicht fettend

Tube zu 5 g = DM 2,80
Tube zu 20 g = DM 7,95

¼% Hydrocortison-Salbe „EHRL"

bokterizid
nicht fettend

Tube zu 5 g = DM 1,95
Tube zu 20 g = DM 4,60

Bitucortin-Salbe

0,25% Hydrocortisonacetot + 3% Bitumenschieferöl

holbfett
zur kombinierten Teer-Hydrocortison-Therapie
bei chronischen Dermatosen.

Tube zu 10 g = DM 2,80
50 g = DM 12,60

EHRL & CO. ARZNEIMITTEL-KG, MÜNCHEN 9 Soyerhofstraße 16 b-c

Kennen Sie schon den Bildband, der dem Gebirge gewidmet. ist, zu dem Deutschlands höchster Berg, die Zugspitze, gehört?

Wetterstein

Krone und Juwel der bayerischen Berge

Die 64 wunderbaren Aufnohmen stammen von dem bekannten Landschaftsphotographen Rudolf Henneberger, den 2B Seiten umfassenden Text schrieb Carl Ritter von Lama.

Leinen mit farbigem Schutzumschlag DM 19.80.

Und so urteilt die Presse:

„Selten ergänzen sich Bild und Wort gleich vollendet wie hier." (Altbayerische Heimatpost, Trostberg)

„Dem Kenner des Wettersteins und dem, der es werden will, kann der Band viel Freude bereiten."
(ATLANTIS, Zürich)

„Kurz, Geist und Auge gleichzeitig befriedigend liegt hier in Wort und Bild ein wunderschönes Werk var über dos Kronland der bayerischen Bergwelt."
(Bayernspiegel, München)

„...wer noch Sinn hat für einen großartigen paradiesischen Bergwinkel unserer Heimat und den Mut, das zu tun, was ihm wirklich Freude macht, der hole sich diesen Bildband vom „Wetterstein" und lasse sich von ihm onregen, einmal Ferien jenseits des Massenbetriebes und auf eigene Faust zu machen!"
(Gastwirt und Hotelier, München)

„Kurzum, dieser Bildband wird alle in ihren Erinnerungen bestätigen, die den Wetterstein aus eigener Anschauung kennen, und manchen dazu anregen, ihn kennenzulernen." (Stuttgarter Zeitung, Stuttgart)

„So entstand eine Dokumentation über einen herrlichen Erdenwinkel, wie sie vollkommener kaum gedacht werden kann." (Neuer Bücherdienst, Wien)

RICHARD PFLAUM VERLAG MÜNCHEN

Inhaltsverzeichnis

Seite

14. BAYERISCHER ÄRZTETAG
Programm der Vollversammlung
Rahmen-Programm und Organisationshinweise
Begrüßung der Teilnehmer am 14. Bayer. Ärztetag durch Präsident Dr. Sewering
Die Oberpfälzer Ärzte grüßen den 14. Bayer. Ärztetag, Dr. von Velasco
Grußwort des Regierungspräsidenten der Oberpfalz, Dr. Georg Zizler
Herzlich willkommen in Regensburg, Oberbürgermeister Schlichtinger

Färber: Regensburg — 2000jährige Donaustadt 111

Weißbauer: Berufsvertretung, Berufsaufsicht und Berufsgerichtsbarkeit 114

Reichstein: Atomgesetz und 1. Strahlenschutzverordnung, ihre Bedeutung für die ärztliche Tätigkeit 119

AUS DEM STANDESLEBEN 126
Vorstandssitzung der Bayer. Landesärztekammer — Ordentliche Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns — Die 78. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie — Verleihung der Vesalius-Medaille — Seminar für Fragen des Jugendarbeitsschutzes

GLOSSE 132
Der verspottete Hippokrates

GESCHICHTE DER MEDIZIN 133
Albertus Magnus in Regensburg
Das Collegium medicum von 1687

WÜRDIGUNGEN 138
Professor Dr. Kielleuthner 85 Jahre alt — Zum 75. Geburtstag von Dr. von Velasco — Auszeichnung verdienter Ärzte — Dr. Euler — Dr. Herzog

ZUR FORTBILDUNG — AUS DER KLINIK — FÜR DIE PRAXIS 140
Nikotinsucht und ihre Behandlung — Ein Beitrag zum Vitamin-C-Haushalt der Raucher — Injektionsschäden des Nervus ischiadicus

AUS DER BUNDESPOLITIK 141
Höhere Freibeträge für Altersversicherung? — Gegen den Arbeitsunfall

AUS DER LANDESPOLITIK 142
Gesamtkrankenhausplanung in Bayern — Hochbaumaßnahmen der Universitäten

FEUILLETON 143
„Als wir jüngst in Regensburg waren . . ."

FAKULTÄT UND PERSONALIA 145
Forell — Merté — Stoeber — Ungerecht — Zöllner — Braun — Hug — Schwarz

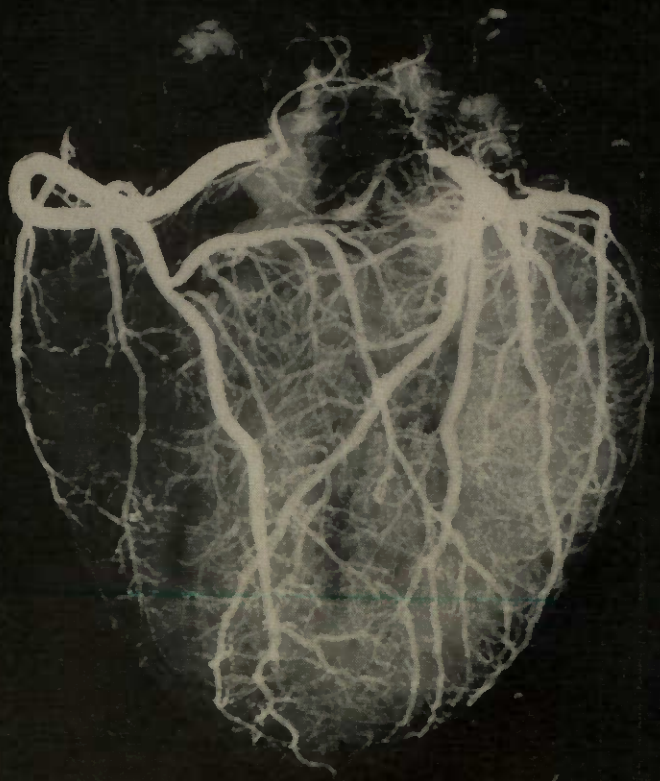
GESETZES- UND RECHTSFRAGEN 146
Berufsgerichtsurteil

STEUERFRAGEN 146
Zur steuerlichen Berücksichtigung der Aussteuer

MITTEILUNGEN 147
Betäubungsmittelbestimmungen in der Praxis — Formulargutachten für Versicherungen — Kundgebung zum Weltgesundheitstag — Die Leistungen der Kriegsopferversorgung — Der „Kennedy-Health-Plan" — Was kostet die Arztpraxis — Ärzte und Pharmazeuten im Kongo

KONGRESSE UND FORTBILDUNG 149
26. Fortbildungskurs für Ärzte in Regensburg — Der Sudetendeutsche Ärztetag 1961 — Vorträge der Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns e. V. — Strahlenschutzkurse — Klinische Fortbildung 1961 in Bayern — Kongreßkalender

Ein neues Prinzip der Koronartherapie



Koronar-
erweiterung

Sympathikolyse

Sedierung

Ph 904 e

Das spezielle Kreislaufmittel für das Herz

SEGONTIN®

Angina pectoris

Koronarsklerose

alle Durchblutungs-
störungen
des Herzmuskels

Handelsformen und Preise o. U. lt. At.:

SEGONTIN

N-[3'-Phenyl-propyl-(2')]-1,1-diphenyl-propyl-(3)-amin als Laktat

30 Dragees zu 15 mg DM 3,35
10 Suppositorien zu 50 mg DM 3,90

SEGONTIN »S«

N-[3'-Phenyl-propyl-(2')]-1,1-diphenyl-propyl-(3)-amin als Laktat + Phenylaethyl-barbitursäure

30 Dragees zu 15 mg Segontin + 15 mg Phenylaethyl-barbitursäure DM 3,70
10 Suppositorien zu 50 mg Segontin + 25 mg Phenylaethyl-barbitursäure DM 4,30

Anstaltspackungen

FARBWERKE HOECHST AG vormals Meister Lucius & Brüning FRANKFURT (M)-HOECHST