

# BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN  
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Heft 6

München, Juni 1961

16. Jahrgang

ohne Salzsäure -

... trotzdem starke  
Säurewirkung

mit hoher kohept.  
u. pept. Aktivität



## Helo-acid

Dragées

Bei An- u. Subacidität jeder Genese,  
nach Magenresektion, bact. Gastro-  
enteritiden, verbunden mit Leber- u.  
Gallenwegserkrankungen.

### Helo-acid comp.

... bei gleichzeitiger Erkrankung des Bauch-  
speichelsystems und Zuständen von Dys-  
fermentie.

HELOPHARM KG · BERLIN

Steigender  
Marktanteil  
und  
ertrafte  
Rationalisierung  
geben  
die  
Möglichkeit  
einer  
weentlichen

# PREIS- SENKUNG

10 ccm	20 ccm	50 ccm	25 Drag.	50 Drag.
<del>3.40</del>	<del>3.95</del>	-	<del>3.85</del>	-
1.95	3.35	6.95	1.85	2.95

LINDOPHARM KG HILDEN/RHLD



## LANATACANTH<sup>®</sup>

leol. krist. Reinglykos. A+B+Caue Digit. lanata  
in Vollauezug aus Crataegue oxyacantha

Bei verbesserter Herzenergetik  
schonende Digitalisierung  
mit kleinen Glykosidmengen



### SONDERTARIFE FÜR ÄRZTE

Krankentagegeld auch für hohe Ansprüche  
Krankenhaustagegeld

Operationskosten bis DM 5 000.-

**VEREINIGTE**  
Krankenversicherung A. G.

München 22, Könlginstr. 19 - Tel. 227625

Vertragsgesellschaft van ärztlichen Organisationen

## PERSER-TEPPICHE

in großer Auswahl u. a.:

Täbris-Pushti	60×80 cm	DM 85.-
Belutschistan alt	140×95 cm	DM 224.-
Hamedan	150×99 cm	DM 260.-
Meschabad	202×133 cm	DM 346.-
Kaschan	200×133 cm	DM 790.-
Kirman	215×315 cm	DM 1640.-
Ferahan	550×170 cm	DM 2280.-
Mei-Mei alt	320×420 cm	DM 2250.-
Malayer	310×410 cm	DM 2380.-
Täbris alt	390×315 cm	DM 2400.-
Armenibaff	533×360 cm	DM 4570.-
Kaschan crem, sehr fein	390×280 cm	DM 4650.-



**ZOLGHADAR - TEHERAN**  
MÜNCHEN - Maximilianstraße33

## AESCORIN<sup>®</sup>

Venöse Stauungen



„Steigerwald“

DARMSTADT

Der  
**REISE-  
SCHLAGER  
1961**

**ZUR RIVIERA am  
SCHWARZEN MEER**

14tägige Flugreise  
inkl. Vollpension nach  
**BULGARIEN**

Abflug jeden Freitag  
ab München  
alles inkl. ab DM **488.-**

Auskünfte, Prospekte.

Anmeldung

**HOTEL PLAN** *Hotelpfan*  
Mü., Lenbachpl. 9  
Victoriapassage  
Telefon 55 54 35

**Privatnervenklinik Gauting**

Bergstraße 50

Heilschlaf, Elektroschock-  
Therapie, Stickstoff-Anoxie,  
Psychotherapie, etc.

Alle Kassen.

Chefarzt Dr. med.

C. P. Schmidt

Anmeldung: Tel. München  
**86 12 26 oder 53 20 02**

Briefmarkensammler:

Ostzone/DDR, spottbillig. Preisl.  
kostenlos. Sichert, Braunschweig,  
Postfach 626

**Gegen Enuresis nocturna**

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

**Kleinklaviere**

**Einzigartige Auswahl**  
Bis zu 40 Monatsraten

**Pianohaus Lang**

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

**Inhaltsverzeichnis**

	Seite
Sewering: „Der Arzt im Krankenhaus.“ Referat beim 64. Deutschen Ärztetag . . . . .	191
Dehler: „Der Arzt im Krankenhaus.“ Diskus- sionsbemerkung zu obigem Referat . . . . .	199
Koerting: Die Bevölkerungsentwicklung in der Welt als politisches, medizinisches und religiöses Problem (Bericht über eine Arbeitstagung) . . . . .	202
Graßl: Ausweitung der städtischen Erziehungs- beratungsstellen — eine Fehlentwicklung! . . . . .	208
AUS DEM STANDESLEBEN . . . . .	209
64. Deutscher Ärztetag in Wiesbaden — Sudeten- deutscher Ärztetag 1961 — Ambulatorien auch in München? — Resolution der Bayerischen Ge- sellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde zur Planung öffentlicher Beratungsstellen — Salzburger Krebskongreß 1961	
ZUR FORTBILDUNG: AUS DER KLINIK — FÜR DIE PRAXIS . . . . .	218
Zytodiagnostik — Chemotherapie mit Zyto- statika in der Dermatologie	
AUS DER BUNDESPOLITIK . . . . .	221
Bundesärzteordnung in der parlamentarischen Beratung	
AUS DER LANDESPOLITIK . . . . .	222
Für baldige Prüfung des peroralen Poliomyelitis- Impfstoffes — Bayerischer Innenminister für bessere Maßnahmen gegen Einschleppung von Pocken — Zur Besoldung der Hochschullehrer	
AMTLICHES . . . . .	223
Landesärzte nach dem Körperbehindertengesetz — Ruhen der Befugnis zur Ausübung des ärztlichen Berufs	
GESETZES- UND RECHTSFRAGEN . . . . .	223
Zur Anstaltsunterbringung Psychisch-Kranker — Aus der Berufungsgerichtsbarkeit: Ausstellung fal- scher Zeugnisse	
STEUERFRAGEN . . . . .	225
Zur Frage der Steuervergünstigung eines Arztes	
BUCHBESPRECHUNGEN . . . . .	225
Der Arzt vor dem Richter	
KONGRESSE UND FORTBILDUNG . . . . .	226
IV. Fortbildungskurs für Dermatologie in München	
KONGRESSKALENDER . . . . .	227

**„Stetophon“ Herztan-Apparat**

Gleichzeitig Kufonologe

Erfolg für jede Praxis

Prospekt und Lieferung: Sanitest., Frankfurt-Eckenheim 358

**Hellanzeigen deutscher Bäder, Kurorte und Sanatorien**

Abbach (bei Regensburg). Schwefelhaltige Quelle gegen  
Rheuma, Frauenleiden, Nervenentzündungen, Hautkrank-  
heiten.

Bischofswiesen/Obb. b. Berchtesgaden, Spezialklinik für  
Heilschlaf. Leitender Arzt: Dr. med. Karl Pfeil, Telefon:  
Berchtesgaden 72 65, Ganzjahresbetrieb.

Brückena-Stadt (310 m). Eisen- und schwefelhaltige Säuer-  
linge, Trinkkuren, Moorbäder, gegen Magen-, Darm- und  
Stoffwechselkrankheiten, Rheuma.

Bad Bürrbeim (700—800 m). 27%ige Solquelle, Atemwege —  
Rheuma — Kreislauf — chronisch entzündliche Augen-  
leiden.

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

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

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

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

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

**Cor-Vel**  
liquidum

# Zwei Wege in der Therapie der Dermatomykosen

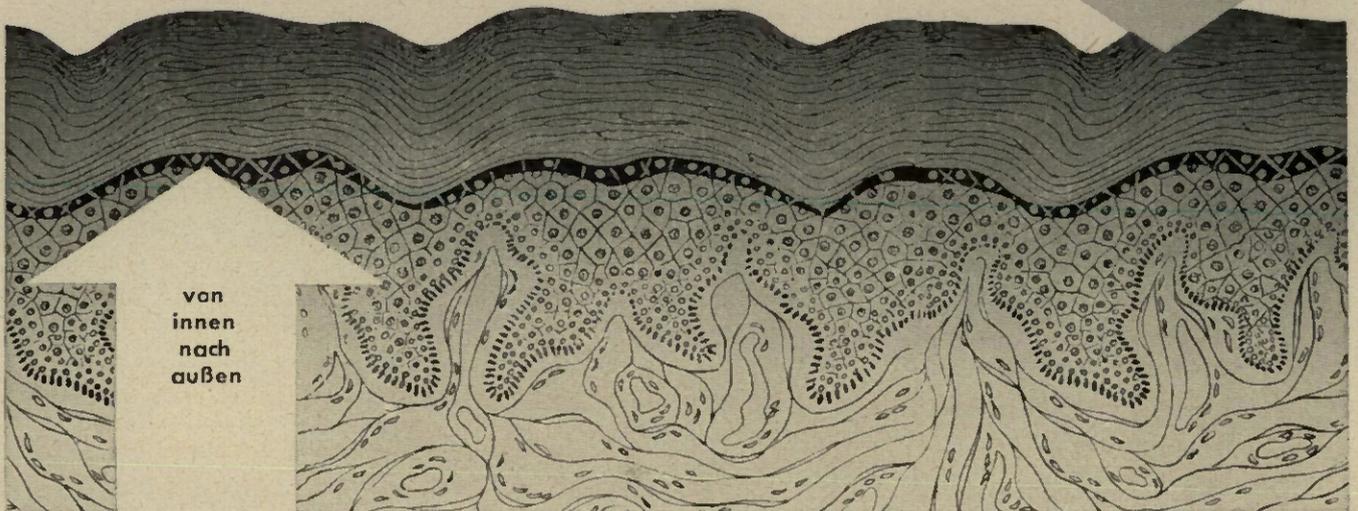
## JADIT®

Starke fungizide Wirkung auch im Eiweißmilieu des Gewebes · Gute Verträglichkeit

## JADIT »P«

Durch Prednisalanzusatz gleichzeitig starke antiplagistische und antipruriginöse Wirkung

von  
außen  
nach  
innen



## LIKUDEN®

Griseofulvin »HOECHST«

Oral wirksames Antimykoticum  
zur Behandlung von Fadenpilzkrankungen wie:  
Epidermophytie  
Trichophytie  
Fovus  
Micrasparie

Handelsformen u. Preise (lt. At. a. U.)

### Jadit :

Spray	Sprühdose	DM 5,30
Lösung	30 ml	DM 3,20
Puder	40 g	DM 3,30
Salbe	ca. 20 g	DM 1,90

### Jadit »P«:

Lösung	6 ml	DM 4,75
Salbe	ca. 5 g	DM 3,80
Anstaltspackung	mit 20 g	

### Likuden :

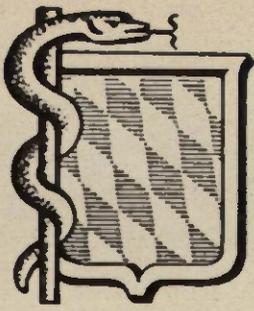
Tabletten zu 250 mg	
25 Tabletten	DM 20,60
Anstaltspackungen	mit 100 und 500 Tabletten



FARBWERKE

HOECHST AG

vormals Meister Lucius & Brüning FRANKFURT (M) · HOECHST



# BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN  
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Heft 6

München, Juni 1961

16. Jahrgang

## »Der Arzt im Krankenhaus«

Von Dr. med. Hans-Joachim Sewering, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Vizepräsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages\*)

Die Nöte und Sorgen der deutschen Krankenanstalten und ihre Schwierigkeiten, genügend Ärzte zu bekommen, waren in den letzten Jahren Gegenstand zahlreicher Tagungen und Konferenzen; sie gaben Anlaß zu parlamentarischen Anfragen und Debatten; Presse und Rundfunk nahmen sich ihrer an, und die Meinungen prallten oft sehr hart aufeinander. Kein Wunder: Nimmt doch das Krankenhaus in der Rangfolge der öffentlichen Interessen einen besonders bevorzugten Platz ein und sind Nachrichten wie die, in einer Großstadt seien Hunderte von Patienten aus Platzmangel nicht aufgenommen worden, oder „es mußten Krankenhausabteilungen aus Mangel an Personal geschlossen werden“, geeignet, große Unruhe in der Bevölkerung hervorzurufen.

Es ist deshalb an der Zeit, daß auch der 64. Deutsche Ärztetag zu den strittigen Fragen Stellung nimmt, wobei im Mittelpunkt unserer Beratungen die Situation des Arztes im Krankenhaus stehen wird.

Erinnern darf ich Sie daran, daß schon der 54. Deutsche Ärztetag in München über Krankenhausprobleme beraten und nach einem Referat des Herrn Kollegen Fromm folgende Leitsätze beschlossen hat:

1. Die Auswertung und Durchführung der Erkenntnisse moderner medizinischer Fortschritte zum Wohle des Patienten ist nur möglich, wenn das Krankenhaus verantwortlich vom Chefarzt geleitet wird. Der Repräsentant des Krankenhauses ist der leitende Arzt.
2. Das Krankenhaus ist eine karitative Einrichtung und soll nicht Gesichtspunkten der Rentabilität unterstellt werden. Bei aller Notwendigkeit sparsamer Wirtschaftsführung, die anerkannt werden muß, darf die Frage der Rentabilität nicht der ausschlaggebende Gesichtspunkt sein.  
Die Ärzteschaft fordert ausreichende Zuschüsse aus öffentlicher Hand für alle Krankenanstalten, um überall im Bundesgebiet den Anschluß an den Leistungsstand moderner Anstalten zu gewinnen und die Krankenbehandlung wirksamer und kürzer zu gestalten.
3. Die Aufgabe eines Krankenhauses ist in erster Linie die Behandlung und Versorgung der im Krankenhaus aufgenommenen Kranken. Es entspricht nicht dieser Aufgabe, wenn Einrichtungen des Krankenhauses etwa in Form von Ambulanzen zur Deckung von Fehlbeträgen betrieben werden.

4. Die Ärzteschaft fordert eine Verkleinerung großer Fachabteilungen, um die Krankenbehandlung individueller gestalten zu können.
5. Die Ärzteschaft unterstützt wärmstens die Bestrebungen der Krankenschwestern, die zu einer Erhöhung der Zahl und zur Verbesserung der Stellung und Unterbringung der Schwestern führen sollen.
6. Die Ärzteschaft fordert ein Krankenhausgesetz, das als Arbeitsmaß einen Bettenschlüssel enthalten muß und dadurch die ausreichende Versorgung des Kranken gewährleistet. Ferner soll es die Arbeitsverhältnisse und Verträge aller Beschäftigten regeln und einen klaren Organisationsplan enthalten.
7. Die Ärzteschaft fordert die Änderung des Art. 74 Ziff. 19 des Grundgesetzes, um die verfassungsmäßige Grundlage für eine ausreichende Gesundheitsgesetzgebung auf Bundesebene zu schaffen.

Manches, was in diesen Leitsätzen vor 10 Jahren angesprochen wurde, sehen wir heute in anderer Sicht oder haben die seinerzeitige Auffassung fortentwickelt. Einige Punkte der Entschliebung sind aber heute noch in vollem Umfange aktuell. Im ganzen beweisen die beschlossenen Leitsätze, daß der 54. Deutsche Ärztetag schon vor 10 Jahren eine klare Stellungnahme zu Krankenhausproblemen erarbeitet hat, die eine gute Grundlage für gemeinsame Beratungen mit den übrigen am Krankenhauswesen Beteiligten hätte sein können. Auf der Seite der Krankenhausträger bestand aber damals offenbar noch kein Bedürfnis und Interesse an der Erörterung der angesprochenen Probleme. Jetzt aber sind sie es, die immer neue Notschreie in die Öffentlichkeit schicken. Es geht um die Bettennot, die Finanzierung von Bauvorhaben, die Pflegesätze, den Mangel an Pflegepersonal. Besonders große Sorgen scheint aber der Mangel an Ärzten — allerdings nur an Assistenzärzten — zu bereiten.

### Planung, Finanzierung, Pflegepersonal

Die Pflicht zur Errichtung und Unterhaltung von Krankenhäusern liegt in unserer Bundesrepublik im wesentlichen bei den Gemeinden und Landkreisen. Für Universitätskliniken hat das Land zu sorgen, Heil- und Pflegeanstalten werden durch das Land oder einen Regierungsbezirk unterhalten, während die Trägerschaft

\*) Referat bei der Arbeitssitzung des Plenums des 64. Deutschen Ärztetages in Wiesbaden.

für Tbc-Hellstätten sehr unterschiedlich ist. Grundsätzlich müßte aber wohl auch hier das Land als verpflichtet angesehen werden. Der Bund hat keinerlei Verpflichtungen auf dem Gebiete des Krankenhauswesens, wenn man von den Lazaretten für die Bundeswehr absieht.

Nach dem Kriege, vor allem seit der Währungsreform, haben Städte und Landkreise teilweise geradezu Vorbildliches beim Krankenhausbau geleistet, so daß man, wenn man über die Lande fährt, an vielen Plätzen den schönsten Krankenhausbauten begegnet. Die Länder haben sich dabei mit Zuschüssen beteiligt, die allerdings den Bauträger nur zum Teil entlasteten, aber doch wesentlich für die Finanzierung waren. Es liegt in der Struktur unseres Staatsaufbaues begründet, daß man bei den Planungen zumeist nur vom Bedarf der einzelnen Stadt oder des Landkreises ausging und eine „überregionale“ Planung nur relativ selten zustande kam. Am ehesten ist eine solche noch im kleinen Rahmen zwischen Landkreisen und eingeschlossenen kreisfreien Städten gelungen, während Gemeinschaftspläne zwischen verschiedenen Landkreisen, wenn überhaupt, so doch sicher nur als seltenste Ausnahme bekannt wurden.

Durchweg fehlte bei den Bauplanungen eine genaue Erfassung der Einzugsgebiete sowie des zahlenmäßigen Bedarfs an Betten, und so kam es, daß einerseits Krankenhäuser gebaut wurden, die nicht ausgelastet werden können, während andererseits in Städten über erhebliche Bettennot geklagt wird mit dem Hinweis, daß 40 und mehr Prozent der Patienten „Auswärtige“ seien.

Kein Wunder, daß angesichts solcher Fehlentwicklungen der Ruf nach einer Landesplanung immer lauter wird und auch schon Versuche einer gesetzgeberischen Lenkung in dieser Richtung gemacht wurden.

### Krankenhausplanung

Ziemlich übereinstimmend wird für jedes Land gefordert:

Einige Krankenhäuser von überregionaler Bedeutung, auch Schwerpunktkrankenhäuser genannt, mit allen Fächern, höchster Spezialisierung und großem Einzugsgebiet (Groß- und Universitätsstädte), eine Reihe von größeren Krankenhäusern mit möglichst vielen Fachabteilungen (auch sie werden noch ein größeres Einzugsgebiet haben und meist in größeren wie mittleren Städten zu finden sein) und Krankenhäuser mittlerer Größe mit einigen Fachabteilungen.

Über die kleineren Krankenhäuser gehen die Meinungen auseinander. Die einen billigen ihnen noch eine Existenzberechtigung zu für leichte Fälle, Pflegefälle oder als Belegkrankenhäuser, andere wollen sie völlig verschwinden oder gegebenenfalls in Altersheime umgewandelt sehen. Dabei wird u. a. argumentiert, man könne auf diese kleineren, über das Land verstreuten Krankenhäuser verzichten, wenn man die größeren Zentren mit entsprechend großen Einzugsgebieten habe, denn die Entfernung zum Krankenhaus spiele in unserer Zeit keine Rolle mehr und es sei dadurch gewährleistet, daß jeder Kranke in ein hochmodernes, mit allen Raffinessen der Neuzeit ausgestattetes Krankenhaus komme. Nicht selten klingt auch noch durch „je größer das Krankenhaus, desto besser die Ärzte“. Es läßt sich heute bereits wieder eine gewisse Mäßi-

gung erkennen, und diejenigen, die alle kleinen Häuser am liebsten verschwinden lassen wollten, haben inzwischen eingesehen, daß man das Kind nicht mit dem Bade ausschütten darf.

Kein Zweifel, daß wir hochqualifizierte Zentren brauchen, die mit allem ausgestattet sind, was unsere Zeit an moderner Technik zu bieten vermag, in welchen Ärzte arbeiten, die sich auf Spezialgebieten besondere Erfahrung angeeignet haben; Häuser also, in welchen die Herzoperation ebenso zuhause ist wie die Behandlung ausgefallenster und seltenster internistischer Erkrankungen.

Wir sind sicher auch alle einer Meinung darüber, daß, wohl am besten in mittelgroßen Städten, Krankenhäuser vorhanden sein müssen mit möglichst vielen Fachabteilungen und großer Aufnahmefähigkeit. Sie sollten auch für Kranke aus benachbarten Landkreisen zur Verfügung stehen. Darüber hinaus brauchen wir aber all die kleineren und kleinen Häuser, die recht dicht über das Land gestreut sind, denn für die Masse der Kranken ist die Einweisung in eines der großen Krankenhäuser nicht nötig, weil ihre Behandlung auch mit den technischen Mitteln kleinerer Häuser möglich ist und die Weiterleitung in den wenigen Fällen, die spezielle technische Einrichtungen oder besondere Erfahrung erfordern, jederzeit erfolgen kann. Diese kleineren Häuser sollten aber in weitestem Umfang als Belegkrankenhäuser geführt werden und so dazu beitragen, daß Patient und Arzt des Vertrauens möglichst lange beisammen bleiben können, und zwar auch dann noch, wenn die Behandlung im Sprechzimmer oder im Hause des Kranken nicht mehr möglich ist. Über die organisatorischen Notwendigkeiten eines solchen Belegkrankenhauses werde ich später noch einiges zu sagen haben.

Ich möchte die Frage stellen, ob es unbedingt eines verbindlichen Planungsgesetzes bedarf, um zu einer wünschenswerten Gliederung unserer Krankenhäuser zu gelangen. Wichtiger erscheint mir überhaupt einmal, klare Vorstellungen darüber zu haben, was man als Ziel erreichen will. Es muß also ein Plan aufgestellt werden. Dies wäre Aufgabe eines Gremiums von Sachverständigen, das bei den für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerien gebildet werden sollte und in welchem die Ärztekammern auf jeden Fall vertreten sein müssen.

Wenn dieser Plan einmal erarbeitet ist, genügt es, zu seiner Durchsetzung vom Staat aus nur noch solche Bauvorhaben durch Zuschüsse zu fördern, welche ihm entsprechen. Wenn ein Landkreis dann trotzdem baut, so mag er es seinen Bürgern gegenüber verantworten. Dieses Opfer muß der Erhaltung der Selbstverwaltung nun einmal gebracht werden, und gerade wir Ärzte sollten uns gegen ihre Durchbrechung wehren, nachdem wir selbst so schwer um die Erhaltung unserer Selbstverwaltung kämpfen müssen. Sehr ernsthaft sollte auch erörtert werden, ob es den Trägern der überregionalen Krankenhäuser, in denen oft 40—50% auswärtige Patienten behandelt werden, weiterhin zugemutet werden kann, die Kosten für ihre Bauvorhaben allein zu tragen. Ich glaube, gerechterweise sollten die Gebietskörperschaften des Einzugsgebiets mit herangezogen werden. Das würde auch dazu beitragen, den Bettenbedarf in den Zentren schneller decken zu können, weil ihre Finanzierung erleichtert würde.

### Der Pflegesatz

Sehr erhebliche Meinungsverschiedenheiten bestehen zwischen Krankenhausträgern und Zahlungspflichtigen, in erster Linie also den Krankenkassen, in Hinsicht auf die notwendige Höhe der Pflegesätze.

Der Streit geht um den „kostendeckenden“ Pflegesatz. Es konnte bisher noch keine Einigung darüber erzielt werden, welche Kosten durch den Pflegesatz gedeckt werden sollten. Ich möchte mich denen anschließen, welche die Auffassung vertreten, daß Bau und Einrichtung von Krankenanstalten, also deren Bereitstellung für die Kranken, eine öffentliche Aufgabe sind, deren Kosten aus Steuermitteln von der gesamten Öffentlichkeit zu tragen sind. Alle übrigen Kosten müssen durch den Pflegesatz gedeckt werden. Dieser Grundsatz kann durch entsprechende Zuschußgestaltung auch für private und caritative Krankenanstalten Anwendung finden. Weitere Einzelheiten dieser Frage zu erörtern, kann nicht Aufgabe meines heutigen Referats sein.

### Mangel an Pflegepersonal

Berechtigte Sorge bereitet uns allen der fühlbare Mangel an Pflegepersonal für unsere Krankenanstalten. Ich möchte mich hier völlig dem Vorschlag des Krankenhausausschusses der Bundesärztekammer anschließen, den ich vorlesen darf:

Um den empfindlichen Mangel an geeigneten Nachwuchskräften zu beseitigen, müssen zwei Wege beschritten werden:

1. Die Arbeitsbedingungen des Krankenpflegepersonals sind wesentlich zu verbessern und nach den heute allgemein gültigen sozialen Forderungen einzurichten. Dazu gehört u. a. die Unterbringung in Einzelzimmern, eine ausreichende und abwechslungsreiche Verpflegung, eine angemessene Versorgung im Krankheitsfalle, bei Arbeitsunfähigkeit oder im Alter, die Entlastung von berufsfremder Tätigkeit (Reinemachen, Laufwege, Schreibarbeiten) sowie eine solche Rationalisierung der Arbeit, daß die Schwester ihrem eigentlichen Beruf — der Pflege der Kranken — wieder ausschließlich zur Verfügung steht.
2. Die 2—3jährige Lücke zwischen der Schulentlassung und dem Eintritt in eine Schwesternschule muß geschlossen werden. Dazu ist der von Hannemann und Cornils vorgeschlagene und seit etwa 10 Jahren mit gutem Erfolg beschrittene Weg hervorragend geeignet:

Mit vollendetem 16. Lebensjahr treten die Mädchen für 1 Jahr in die Schwestern-Nachwuchsschule oder früher in eine Schwestern-Vorschule ein. In dieser Zeit werden das gesamte Gebiet der Anatomie und Physiologie sowie die Grundbegriffe von Physik und Chemie vermittelt. Sofern die erfolgreiche Abschlußprüfung mit vollendetem 17. Lebensjahr zugleich den Nachweis der gelstigen und körperlichen Reife der Mädchen erbringt, können diese die Ausnahmebestimmung des § 8 Abs. 3 des Krankenpflegegesetzes für sich in Anspruch nehmen und schon mit vollendetem 17. Lebensjahr in eine Schwesternschule eintreten.

Mit vollendetem 19. Lebensjahr kann bei diesem Ausbildungsweg schon die Schwesternprüfung abgelegt und nach Abschluß des einjährigen Pflege-

praktikums mit vollendetem 20. Lebensjahr das Schwesterndiplom ausgehändigt werden.

Da der Staat das größte Interesse daran hat, genügend und gut ausgebildetes Pflegepersonal zu erhalten, sollte er die Schwestern-Nachwuchs- und Vorschulen durch finanzielle Belhilfen fördern.

Damit, meine Damen und Herren, möchte ich mich dem für uns wesentlichsten Thema zuwenden, der

### Situation des Arztes im Krankenhaus

Die Aktualität gerade dieses Themas und die Notwendigkeit seiner Beratung bedürfen wohl keiner besonderen Begründung angesichts der teilweise heftigen Diskussionen und Auseinandersetzungen innerhalb der Ärzteschaft und der manchmal geradezu feindseligen Angriffe, denen wir als Berufsvertretung in der Öffentlichkeit ausgesetzt sind. Das innerärztliche Ringen steht unter der Überschrift: „Krankenhausneuordnung ist notwendig“, wobei die einen dahinter ein Rufzeichen, die anderen ein Fragezeichen setzen. In der Öffentlichkeit stehen sich anscheinend unvereinbar gegenüber der Hilferuf: „Die Krankenhäuser sind in Gefahr, Abteilungen müssen geschlossen werden, wir brauchen dringend Assistenzärzte“ und der stetige Mahnruf unserer Ständevertretung an die jungen Abiturienten: „Wir warnen Euch vor dem Medizinstudium, denn es gibt zu viele Ärzte in Deutschland.“

Wir haben die Pflicht, dafür eine Begründung zu geben, unseren Kollegen und der Öffentlichkeit gegenüber einen klaren Standpunkt zu beziehen und Rechenschaft darüber abzulegen, wie wir uns eine Ordnung der Dinge in dieser verfahrenen Lage vorstellen.

Zuerst werden wir uns fragen, wie es dazu kommen konnte, daß die Krankenhäuser — jahrzehntelang ohne Personalsorgen, ja durchweg mit langen Vormerklisten stellensuchender Ärzte in der Schublade — plötzlich über katastrophalen Mangel klagen, obwohl sich am System, das so lange funktionierte, bis jetzt nichts geändert hat. Ein Blick zurück zeigt uns, daß es offenbar von der sogen. „guten alten Zeit“ vor dem 1. Weltkrieg bis zum Beginn des 2. Weltkrieges, zumindest auf der Seite der Krankenhausträger, keine großen Probleme gab. Die kleinen Krankenhäuser wurden durchweg von den ortsansässigen Ärzten versorgt und benötigten darüber hinaus kaum Assistenzärzte. In geringem Umfange hatten freipraktizierende Fachärzte Gelegenheit, als Belegärzte, vor allem in privaten und caritativen Krankenhäusern tätig zu sein. Die größeren und großen Häuser hatten ihren Chefarzt, der lebenslänglich am Krankenhaus blieb, einen Oberarzt mit längeren Dienstjahren, der hoffte, später selbst einmal Chefarzt zu werden, und dazu Assistenzärzte, die sich darüber klar waren oder jedenfalls klar zu sein hatten, daß ihre Arbeit lediglich als Vorbereitung auf die spätere Praxis gewertet wurde. Diese Assistenzärzte erhielten deshalb auch limitierte Dienstverträge und verließen, ob sie wollten oder nicht, nach einigen Jahren das Krankenhaus und gingen in die freie Praxis. Junger Nachwuchs nahm ihre Plätze ein, und es galt vielfach noch der Grundsatz: „Ledige Bewerber bevorzugt“.

Die Krankenhäuser hatten also, wie schon gesagt, keine Sorgen im Hinblick auf die ärztlichen Arbeitskräfte und die Ärzte hielten dieses System offenbar für normal, um so mehr, als das Unterkommen in der

freien Praxis trotz der durch die RVO bedingten Schwierigkeiten im großen und ganzen immer noch möglich und ein ausreichendes Arbeitsfeld gesichert war. Es war also sowohl die ärztliche Versorgung im Krankenhaus als auch in der freien Praxis sichergestellt; über Mangel oder Überfluß wurde weder auf der einen noch auf der anderen Seite geklagt. Das ärztliche Arbeitsvolumen muß demnach früher im Krankenhaus wesentlich geringer gewesen sein als in der freien Praxis, denn einer durchschnittlichen Arbeitszeit im Krankenhaus von 3½ bis 5 Jahren stand eine solche in der freien Praxis von 35 bis 40 Jahren gegenüber. Diese Ausgeglichenheit ist verständlich, wenn wir uns Stand und Entwicklung der Medizin vor allem in den ersten drei Jahrzehnten dieses Jahrhunderts vergegenwärtigen und bedenken, daß z. B.

1882 auf 1000 Einwohner	1,7
1923 auf 1000 Einwohner erst	5,4

Krankenhausbetten entfielen.

Das Zahlenverhältnis der freipraktizierenden Ärzte zu denen im Krankenhaus wird für die Zeit vor 30 bis 40 Jahren mit 10 : 1 angegeben. Ein Faktor, welcher für den geringeren Umfang der Krankenhausbehandlung ebenfalls sehr wesentlich war, soll noch erwähnt werden:

Die bedeutend größere Bereitschaft zur Krankenpflege in der Familie, welche es ermöglichte, viele Kranke, die heute ins Krankenhaus gebracht werden, zu Hause zu behandeln, wobei der kleinere Anteil an alten Menschen bedacht werden muß. Die Zeit des 2. Weltkrieges kann bei unserer Betrachtung unberücksichtigt bleiben, denn während dieser Jahre waren Notlösungen sowohl am Krankenhaus als auch in der freien Praxis der einzige Ausweg aus der großen Misere. Entscheidende Wandlungen erlebten wir aber nach dem Zusammenbruch. Die Morbidität stieg sprunghaft an; die Kranken konnten nur noch schwer zu Hause behandelt werden, denn es fehlten die Wohnungen, und so sie im Laufe der Jahre vorhanden waren, da mangelte es an der Bereitschaft zur Krankenpflege oder es stand nicht einmal ein Familienmitglied zur Verfügung, das dem Kranken eine Tasse Tee hätte bereiten können. Die Ärzte waren deshalb immer öfter gezwungen, ihre Patienten in ein Krankenhaus einzuweisen. Die Medizin, vor allem die Chirurgie, machte schnelle Fortschritte; Diagnostik und Therapie wurden umfangreicher und komplizierter. Der Bedarf an ärztlichen Arbeitskräften in den Krankenhäusern mußte dadurch sprunghaft ansteigen. Alle diese Umwälzungen, die ich nur stichwortartig andeuten wollte, ließen aber eines völlig unberührt: Die geistige und materielle Einstellung der Krankenhausträger zum Arzt und seiner Bedeutung für das Krankenhaus. Krampfhaft versuchte man, die frühere Auffassung aufrechtzuerhalten, wonach der Assistenzarzt so gut wie nur zu seiner Ausbildung am Krankenhaus tätig sei und für die Versorgung der Kranken nur vereinzelt benötigt werde. Soweit man Assistenzärzte gegen Bezahlung anstellte, gab man ihnen fast ausschließlich limitierte Verträge und sorgte so dafür, daß sie nach einigen Jahren das Haus verlassen und jüngeren Platz machten. Diese Einstellung ließ sich jahrelang ohne sichtbaren Schaden aufrechterhalten.

Die große Zahl der aus dem Felde zurückkehrenden Ärzte, dazu die vielen Flüchtlingsärzte, waren ein willkommenes Reservoir, aus welchem die Krankenhausträger leitende Ärzte und Assistenten nach Belieben aussuchen konnten.

Noch Ende 1952 arbeiteten an den deutschen Krankenanstalten

8593 planmäßige Assistenten,
3326 weit unterbezahlte Hilfsärzte und Volontäre,
2370 hospitierende und sonstige unbezahlte Ärzte und
2278 Pflichtassistenten.

Den 8593 bezahlten Assistenzärzten standen also (ohne die 2278 Pflichtassistenten!) 5696 unter- oder unbezahlte Ärzte gegenüber, ohne welche die ärztliche Versorgung der Patienten im Krankenhaus gar nicht möglich gewesen wäre, für die man aber hartnäckig an der Version festhielt, sie würden nur aus Gefälligkeit beschäftigt, um sich ausbilden zu können oder um ihren Beruf nicht zu verlernen. Berge von Akten aus jener Zeit sprechen eine beredete Sprache! So erklärte ein Landrat 1953, bei dem geringen Umfang des Krankenhauses — es hatte 90 Betten — trage es keine volle Assistentenstelle und im übrigen könne schließlich auch ein Schlosserlehrling, der einmal ein Maschinenteil auswechseln dürfe, noch keinen Meisterlohn verlangen. Der offensichtlich eingeschüchterte Chefarzt erklärte im gleichen Falle gegenüber dem Arbeitsgericht, der Kläger sei keineswegs zur Versorgung der Patienten nötig gewesen, denn er — der Chefarzt — hätte das Haus auch allein versorgen können.

In einem anderen Akt steht zu lesen: Bemerkte wird noch, daß die Einstellung des Klägers als Volontärarzt ausschließlich zwecks Förderung des ärztlichen Nachwuchses erfolgte. Die Kreisräte erklärten, daß sie der Berufsnot des ärztlichen Nachwuchses abhelfen und einem jungen Manne Gelegenheit geben wollen, sich auszubilden.

In einem anderen Falle hieß es: Der Krankenhausverband ist der Meinung, daß die Stellung eines Assistenz- oder Volontärarztes in öffentlichen Krankenhäusern überhaupt keine arbeitsrechtlich zu beurteilende Stellung ist, zumal der Hauptzweck der Beschäftigung auf seiten des Arztes die Erlangung der für die Praxiseröffnung vorgeschriebenen Praktikantenjahre darstellt. Es handelt sich deshalb nach unserer Ansicht um ein Lehrverhältnis.

Wenn die Leitung eines öffentlichen Krankenhauses nicht darum besorgt ist, daß die Assistenten in entsprechenden Abständen wechseln, könne dies zu einer Gefahr im Hinblick auf die Ausbildungsmöglichkeit junger Ärzte und damit zu einem öffentlichen Notstand führen, weshalb ein rechtzeitiger Austausch der Assistenzärzte auch im öffentlichen Interesse gelegen ist.

Die Auswirkungen dieser Einstellung der Krankenhausträger sind uns allen nur zu gut bekannt: Rund 12 000 junge Ärzte haben sich im Laufe der Jahre als Nichtkassenärzte niedergelassen und als solche harte Jahre durchstehen müssen. Einige Tausende gingen zur pharmazeutischen Industrie, wo sie seither als Arztbesucher tätig sind.

Ich rufe diese Tatsachen — auch wenn sie heute nicht mehr gerne gehört werden — nicht deshalb in Ihre Erinnerung zurück, um alte Klüfte aufzureißen. Das würde niemandem dienen. Man kann aber die heutige Situation nur dann richtig verstehen, wenn man diese Sünden der Vergangenheit zu ihrer Beurteilung mit heranzieht. Dabei muß man das Wort Vergangenheit sogar mit großer Zurückhaltung gebrauchen,

denn es wird berichtet, daß noch am 1. 1. 1959 41% der Oberärzte und 62% der Assistenzärzte mit limitierten Dienstverträgen angestellt waren, obwohl zu dieser Zeit der Assistentenmangel bereits deutlich fühlbar war. Heute aber hört man von den Krankenhäusern allgemeines Wehklagen über 2000 oder mehr fehlende Ärzte. Es wird doch niemand im Ernst bestreiten wollen, daß sich unter den 12 000, welche die Krankenhäuser verlassen mußten, weit mehr als diese fehlenden 2000 befanden, welche gern bereit gewesen wären, im Krankenhaus zu bleiben, wenn ihnen wenigstens ein Gehalt nach der Tarifordnung geboten worden wäre? Man hat sie gehen lassen, man hat ihre Verträge nicht verlängert, weil man offenbar glaubte, die Quelle, welche so reichlich jungen Nachwuchs spendete, würde weiterhin gleich ergiebig sein. Hier hat man sich aber geirrt, und so mußte es zur jetzigen Lage kommen.

Wer aber geglaubt hätte, diese nunmehr für jeden offenbare Fehlentwicklung hätte Augen und Ohren der Verantwortlichen geöffnet, wird bitter enttäuscht, denn das Wehklagen über die fehlenden Ärzte steht nach wie vor unter der Überschrift „Mangel an Assistenzärzten“, und die einzige Therapie für die Heilung dieser Krankheit sehen Krankenhausträger und leider auch Kreise von Chefärzten in einer Propagierung des Medizinstudiums! Es müsse sich herumsprechen, daß das Medizinstudium wieder attraktiv geworden sei, erklärt man unter Hinweis auf die freien Assistentenstellen. Aber man findet in solchen Verlautbarungen nicht ein einziges Wort darüber, daß der ahnungslose Abiturient nach seinem Staatsexamen nur für einige Jahre als Assistenzarzt gewünscht wird, dann aber, wenn sein limitierter Vertrag abgelaufen ist, sehen muß, wie er durchs Leben kommt, denn in der freien Praxis kann wahrhaftig keine Rede davon sein, daß man auf vermehrten Nachwuchs warten würde. Im Gegenteil! Uns muß bange sein angesichts der Studentenlawine, die auf uns zukommt und eines Tages die Ärzte in der freien Praxis zu überrollen droht.

#### Warnung vor dem Medizinstudium

Man wird es uns also nicht verübeln dürfen, wenn wir angesichts solcher Erfahrungen, trotz aller Anfeindungen, die jungen Abiturienten vor dem Medizinstudium warnen, sie auf die großen Belastungen, die sie erwarten, hinweisen, wenn sie den Beruf des Arztes ergreifen, und wir werden es weiterhin tun, solange wir nicht die Gewißheit haben, daß tatsächlich neue ärztliche Aufgaben und damit echte neue Existenzmöglichkeiten für mehr Ärzte vorhanden sind. Hier mag die Gegenseite einhaken und erklären, jetzt sei es offenbar: Die Ärzte warnen vor dem Medizinstudium nur deshalb, weil sie Existenzsorgen befürchten. Dazu können wir nur erklären: Existenzsorgen haben wir Ärzte in den letzten 15 Jahren so gut wie immer gehabt, und auch in den vorhergehenden Jahrzehnten blieben sie uns zeitweise nicht erspart. Wenn wir aber durch eine propagierte Nachwuchslawine völlig erdrückt werden und unter diesem Druck nicht mehr frei und unbeschwert unserer Berufsaufgabe nachgehen können, dann ist es an unserem Volke, sich darüber Sorgen zu machen, denn in erster Linie bei ihm würde sich der Niedergang eines durch Überfüllung notleidend gewordenen Berufsstandes der Ärzte auswirken. Der Staat und die Öffentlichkeit müssen aber ein Interesse daran haben, eine Fehlleitung junger Menschen in einen Be-

ruf, der nur sehr beschränkt aufnahmefähig ist, zu vermeiden. Sie dürften es nicht dulden, daß für das Studium der Medizin geworben wird, nur deshalb, weil die Krankenhäuser am liebsten wieder ein Reservoir junger Ärzte haben möchten, aus dem sie nach Belieben Assistenzärzte schöpfen können wie vor 10 bis 15 Jahren.

Meine Damen und Herren, ich habe gerade deshalb diese Frage: „Besteht ein erhöhter Bedarf an Ärzten, muß also das Medizinstudium propagiert werden?“ zuerst behandelt, weil ich mehr und mehr den Eindruck gewinne, daß man bereits jetzt den Versuch macht, uns in der Öffentlichkeit mit dem Hinweis ungläubhaft zu machen, wir würden nur an unsere Futtertröge denken. Ich glaube aber gezelgt zu haben, daß das Problem auch von dieser Seite gesehen werden kann und muß, und zwar im Interesse unserer Mitmenschen, also der gesamten Öffentlichkeit.

#### Strukturänderung der Krankenhäuser erforderlich

Aber auch wenn es keinen Mangel an Assistenzärzten gäbe, müßte die Frage, ob das bisherige System der ärztlichen Besetzung der Krankenhäuser aufrechterhalten werden kann, nachdrücklich gestellt werden. Es kann also keineswegs damit getan sein, die „Durststrecke“ zu überstehen und darauf zu hoffen, daß die schon einmal angesprochene „Studentenlawine“ davon entheben würde, sich Gedanken über neue Formen zu machen.

Nehmen Sie doch einmal als Beispiel die Verhältnisse in einer großen Inneren Klinik. Wir erwarten von ihr, daß sie sich mit allen möglichen Spezialfragen beschäftigt, und wir schicken ihr die Fälle, welche Spezialerfahrung und -einrichtung erforderlich machen. Aber all diesen Anforderungen kann diese Klinik doch nur gerecht werden, wenn sie neben dem Chefarzt über genügend Ärzte verfügt, welche sich im Laufe der Jahre über das allgemein-internistische Wissen hinaus auf solchen Gebieten ganz besondere Erfahrungen und Kenntnisse erarbeitet haben. Das hohe Niveau, ihre Befähigung, auch in denjenigen Krankheitsfällen noch voranzukommen, bei welchen die allgemein zur Verfügung stehenden internistischen Möglichkeiten unzureichend wären, verdankt diese Klinik also einer Gruppe von Ärzten, von denen sich jeder auf einem anderen Sondergebiet, wie etwa Cardiologie, Gastro-Enterologie, Endokrinologie oder Stoffwechsel — um nur einige wichtige zu nennen — spezialisiert hat.

Das gleiche gilt für die Chirurgie mit Spezialgebieten wie Herz-Lunge, Plastische- und Wiederherstellungs-Chirurgie, Neurochirurgie und schließlich die so wichtige Anaesthesie. Wenn wir aber schon zugeben müssen, daß klinische Abteilungen, an welche höchste Anforderungen gestellt werden sollen, nur noch durch eine Gruppe von Spezialisten auf ihrem Niveau gehalten werden können, dann muß man sich fragen, warum die Krankenhäuser, von vereinzelt Ausnahmen abgesehen, keine Anstrengungen machen, um solche Spezialisten zu halten, warum man für sie keine Steilungen schafft, die es wert erscheinen lassen, ein Leben lang in ihnen zu verbleiben. Man wendet dagegen ein, diese Leute wollten ja gar nicht bleiben, sie wollten viel Geld verdienen und warteten nur auf den Absprung. Das letztere ist richtig! Sie warten tatsächlich auf den Absprung, weil sie es auf die Dauer nicht er-

tragen und ihrer Familie gegenüber auch nicht verantworten können, in einer ungesicherten und materiell ungenügend ausgestalteten Stellung so lange zu bleiben, bis entweder ihr Vertrag ausläuft oder sie aus Altersgründen den Anschluß verpaßt haben. Man hat mir auch erklärt, jeder einzelne dieser Kollegen könne jederzeit ohne Schaden für die Klinik gehen, denn es wachse immer wieder einer nach. Das mag sein. Aber ich frage mich, ob es sinnvoll ist, wenn alle paar Jahre „wieder einer nachwächst“, d. h. in einiger Zeit das Niveau seines Vorgängers vielleicht erreicht, oder ob es nicht sinnvoller und nützlicher ist, wenn der gleiche Mann in lebenslanger Arbeit die Möglichkeit hat, immer neue Erkenntnisse und Erfahrungen auf den vorhandenen aufzubauen und sie seiner Klinik und den Patienten dienstbar zu machen.

#### Krankenhausarzt als Lebensstellung

Das Argument, diese Kollegen würden solche Stellungen nicht annehmen, kann man so lange nicht gelten lassen, als nicht der Versuch gemacht wurde, sie anzubieten. Freilich müssen einige Voraussetzungen erfüllt sein: Materiell müssen Lebensstellungen mit entsprechender finanzieller Ausstattung und Altersversorgung gefordert werden. Ob dabei dem Beamtenverhältnis der Vorzug zu geben ist oder dem Dienstvertrag, möchte ich offen lassen. Beobachtungen aus der letzten Zeit sprechen gegen die Verbeamtung. Es müssen sich aber auch die Chefarzte darüber klar werden, daß solche Mitarbeiter keine Untergebenen im bisherigen Sinn sein können, sondern daß sie mit Ihnen zusammen ein Team bilden, in dem einer auf den anderen angewiesen ist und der Erfolg auf die Dauer nur auf der Basis echter Gleichberechtigung erreicht werden kann. Dessen sollten unsere Chefarztkollegen auch eingedenk sein, wenn es sich um die Regelung finanzieller Fragen handelt. Wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind, dann bin ich überzeugt, daß zahlreiche Kollegen ihre Lebensaufgabe in der Tätigkeit eines solchen Krankenhausarztes sehen werden, weil ihnen so — materiell sichergestellt — eine voll befriedigende Berufstätigkeit unter den optimalen Bedingungen einer großen Klinik gewährleistet ist. Die Klinik aber verfügt dann über einen Stamm von erfahrenen Ärzten, die mit Unterstützung der darüber hinaus noch benötigten Assistenzärzte die beste Versorgung der Kranken gewährleisten.

Mit Einwänden muß ich mich hier auch auseinandersetzen, die, wenn auch nicht in offiziellen Verlautbarungen, aber um so lieber in Einzelgesprächen, immer wieder gegen die Schaffung solcher Lebensstellungen vorgebracht werden. Man sagt, es würden sich nur die weniger leistungsfähigen Ärzte — solche, welche die Konkurrenz fürchten — um diese Stellungen bemühen und, wenn sie dann einen Lebensvertrag haben, würden sie bequem werden — vielleicht sogar faul — und ihre Dienstpflichten nicht mehr richtig erfüllen. Hier habe ich nur die Gegenfrage zu stellen: Mit welchem Recht wagt man es, Ärzte als minderwertiger, als weniger zuverlässig zu bezeichnen als die Angehörigen anderer Berufe? Unsere Beamenschaft würde empört aufschreien, wenn man ihr ähnliches nachsagen wollte! Mit welchem Recht, so muß ich weiter fragen, will man einem solchen Arzt nicht zubilligen, daß er die klinisch-wissenschaftliche Arbeit höher wertet als die Möglichkeit, wenigstens theoretisch unbegrenzten Geldverdienens? Bei einem Besuch in der Mayo-Klinik waren

meine Kollegen und ich sehr beeindruckt zu erfahren, daß hier 250 hochqualifizierte Ärzte in Lebensstellung bei festem Gehalt arbeiten, und in Einzelgesprächen wurde uns versichert, daß diese Kollegen die ihnen gebotene ideale Arbeits- und Forschungsmöglichkeit der freien Praxis vorziehen. Warum sollte das bei uns nicht möglich sein, um so mehr, als man diese Kollegen auch finanziell sicherstellen kann, so daß sie niemand zu beneiden brauchen. Wobei ich noch hinzufügen möchte: Worum eigentlich beneiden? Es sollte sich doch langsam herumgesprochen haben, daß dem Arzt in der freien Praxis die gebratenen Tauben keineswegs in den Mund fliegen, die Pläne, die man für uns bereit hält, gar nicht mit eingerechnet.

#### Das große Krankenhaus und die Bettenzahl seiner Abteilungen

Meine Damen und Herren, wenn ich bisher davon gesprochen habe, daß die auf höchstem Niveau stehenden Kliniken und Krankenhäuser bestrebt sein müssen, die notwendigen Ärzte für Spezialgebiete und Sonderfunktionen zu erhalten und für sie entsprechende Lebensstellungen zu schaffen, so blieb offen, ob nun diese Kollegen im bisherigen Rahmen zusammen mit dem Chefarzt eine Gruppe bilden, die Größenordnungen der Abteilungen also unverändert bleiben sollen, oder ob man zunächst an eine Aufteilung der großen Abteilungen herangehen soll.

Das Ziel, dem Krankenhaus einen möglichst großen Stamm von Ärzten in Lebensstellung zu sichern und damit eine, allen medizinischen Anforderungen gerecht werdende Krankenbehandlung zu gewährleisten, ließe sich bei sehr gutem Willen aller auch ohne Teilung der großen Abteilungen erreichen. Wir nehmen dabei aber die Nachteile in Kauf, die nun einmal alle großen ungliederten Organisationen kennzeichnen: das weitgehend Unpersönliche im Verhältnis der Beteiligten untereinander; in unserem Falle also die Gefahr sowohl eines ungenügenden Kontaktes von Arzt zu Arzt als auch zwischen Ärzten und Patienten.

Es erscheint deshalb doch vorteilhafter, zunächst an eine Aufteilung der großen Abteilungen heranzugehen, wobei die neuen Einheiten in einer Größenordnung bis 150 Betten liegen sollten, und dann für jede dieser Abteilungen einen Chefarzt und zwei oder mehr Mitarbeiter in Lebensstellung zu berufen. Eine solche Ordnung entspricht sicherlich unseren Verhältnissen besser als die zuerst aufgezeigte Möglichkeit, die großen Abteilungen ungeteilt zu lassen. Drei oder vier Stammärzte werden sehr bald zu einem echten Team zusammenwachsen und sich ihrer gemeinsamen Aufgabe mit Freude und Hingabe widmen. Der Grundsatz der Gleichstellung ist leichter zu verwirklichen als in einer allzu großen Gruppe. Die verkleinerten Abteilungen werden allerdings untereinander einen sehr engen Kontakt pflegen müssen, denn ihre gemeinsame Verantwortung für das Fach, welches sie vertreten, kann ihnen von niemand abgenommen werden. Nur wenn das gewährleistet ist, können wir frei sein von einer Sorge, die uns angesichts der zunehmenden Spezialisierung der Medizin bewegt: der Sorge um die Erhaltung der Einheit der großen Fächer Innere Medizin und Chirurgie und damit auch um die Heranbildung des Nachwuchses an Internisten und Chirurgen! Denn bei aller Notwendigkeit höchster Spezialisierung in den großen überregionalen Krankenhäusern, wie sie

für die Fortentwicklung der Medizin und für die Behandlung ausgefallener, seltener Krankheitsfälle oder in der Chirurgie für gewisse Gebiete, wie z. B. die Herz-Lungen-Chirurgie, nicht mehr entbehrt werden kann, müssen wir uns doch immer wieder darüber klar sein, daß wir für die weitaus größere Zahl unserer Krankenhäuser Chirurgen und Internisten brauchen, die so breit wie möglich in ihren Fächern ausgebildet und damit in der Lage sind, vollwertige Arbeit in ihrem Fache zu leisten.

Die Ärztekammern, denen es obliegt, die Richtlinien für die Heranbildung von Fachärzten aufzustellen, und die damit auch eine hohe Verantwortung tragen, werden in engster Zusammenarbeit mit den klinischen Abteilungen dafür zu sorgen haben, daß die Assistenten, soweit sie sich zu Fachärzten weiterbilden wollen, in einem entsprechenden Turnus innerhalb der einzelnen Abteilungen des gemeinsamen Faches ausgetauscht werden. Wenn das beachtet wird, haben wir die Gefahren der Spezialisierung überwunden. Es werden für unsere Krankenhäuser und für die freie Praxis stets genügend gut ausgebildete Fachärzte zur Verfügung stehen. Darüber hinaus ist dann auch sichergestellt, daß diejenigen Ärzte, welche später den Wunsch weiterer Spezialisierung haben, zunächst eine breite Weiterbildung in ihrem Fache erhalten. Das ist auch deshalb besonders wichtig, weil den überregionalen Krankenanstalten zum guten Teil die Ausbildung unserer Studenten obliegt, denen keinesfalls Spezialwissen, um so gründlicher aber das Allgemeinwissen der Fächer vermittelt werden soll.

#### Das mittlere und das kleine Krankenhaus

Ich darf mich nun den mittleren und kleineren Krankenhäusern zuwenden. Die größeren unter ihnen verfügen meist über mehrere Fachabteilungen und im allgemeinen arbeiten dort Belegärzte, z. B. für HNO, Augen oder ein anderes sog. „kleines“ Fach. Bei den kleineren, vor allem auf dem Lande, gibt es vielfach nur einen Chirurgen als Chefarzt, der dann für die Behandlung aller Kranken, also auch für Interne und gynäkologische Fälle zuständig ist. Hat dieser Chefarzt Glück, dann steht ihm noch ein Oberarzt mit Facharztanerkennung zur Seite. Ärzte zu bekommen, die nach abgeschlossener Facharztweiterbildung bereit sind, als Oberärzte für einige Jahre in ein kleineres Stadt- oder Landkrankenhaus zu gehen, wird aber immer schwieriger, weil es sich schließlich herumgesprochen hat, daß der Absprung in eine leitende Stellung von hier aus, wenn überhaupt, so doch ungleich schwerer möglich ist als von einer großen Klinik. Diese kleineren Häuser sind es aber, die in erster Linie über den Mangel an Assistenzärzten klagen, während die „großen“ bisher noch nicht so viel davon gemerkt haben. Sie haben nicht den Vorteil, so „attraktiv“ zu sein wie eine große Klinik, sie liegen in kleineren Städten oder auf dem Lande, wo man auf manches verzichten muß, was die Großstadt bietet. Die geringere Zahl an Assistenten bringt zusätzliche Belastungen wie vermehrten Nacht- und Sonntagsdienst. Die das Gewissen und die Verantwortung entlastende Möglichkeit, schwierige Fälle mit anderen Kollegen besprechen zu können, ist wesentlich geringer. Die reinen Landkrankenhäuser hätten also, ohne damit etwas grundlegend Neues zu tun, schon längst bessere Bedingungen bieten müssen, um

junge Kollegen zu bekommen, die es heute vorziehen, in der Stadt zu bleiben, aber sicherlich vielfach auch bereit wären, aufs Land zu gehen, wenn die Nachteile, die sie in Kauf nehmen, wenigstens materiell ausgeglichen würden. Bis jetzt habe ich eine Bereitschaft dazu, einen solchen Ausgleich z. B. durch entsprechend höhere Bezahlung zu bieten — vielleicht von einigen Ausnahmen abgesehen —, noch nicht bemerkt. Damit allein wäre aber sicherlich das Problem der ärztlichen Versorgung dieser Krankenhäuser noch nicht gelöst. Es soll ja auf die Dauer nicht nur die genügende Zahl von Ärzten, sondern auch ein möglichst hohes Niveau gewährleistet sein. Um keinen falschen Eindruck in der Öffentlichkeit aufkommen zu lassen: Bis heute hat der Patient von den Schwierigkeiten noch nichts bemerkt, weil die vorhandenen Ärzte alles eingesetzt haben, um das zu vermeiden. Auf die Dauer ist das aber nicht möglich.

#### Welche Maßnahmen kommen in Frage?

Soweit es sich um Größenordnungen handelt, welche die Aufrechterhaltung hauptamtlich zu besetzender, vor allem innerer und chirurgischer Abteilungen, rechtfertigen, ist es unumgänglich nötig, sie mit 2—3 Fachärzten in Lebensstellung zu besetzen. Für eine gleichmäßige Versorgung der Kranken muß diese Besetzung unbedingt vorhanden sein, wenn einer überhaupt noch mit gutem Gewissen den Fuß vor die Türe setzen will! Man kann den Krankenhausträgern deshalb nur dringend raten, sich lieber heute als morgen zur Schaffung weiterer Lebensstellungen zu entschließen, weil sie sonst einen geordneten Krankenhausbetrieb auf längere Sicht nicht mehr aufrechterhalten können.

Der Weg zur Teamarbeit muß also auch hier gegangen werden, und ich bin überzeugt, wenn er von den Beteiligten ehrlich und guten Willens gegangen wird, bringt er den Ärzten volle Befriedigung in der Ausübung ihres Berufes und sichert unseren Patienten in den Krankenhäusern eine optimale ärztliche Versorgung. Das gilt ohne Unterschied für die großen Krankenhäuser wie für die kleineren. Die mittleren und kleineren Krankenhäuser mit hauptamtlich besetzten inneren und chirurgischen Abteilungen müssen sich darüber hinaus die Mitarbeit möglichst vieler Fachärzte der verschiedensten Fächer, wie Gynäkologie, HNO, Augen, Urologie, Orthopädie, sichern. Diese Fachärzte können im allgemeinen stets als Belegärzte tätig werden, wobei ich für die Gynäkologie die Einschränkung machen möchte, daß hier die notwendige Größe der Abteilung in manchen Fällen eine hauptamtliche Besetzung rechtfertigen wird.

Alle Krankenhäuser, über die ich bisher sprach, benötigen zusätzlich zu den in Lebensstellung beschäftigten Ärzten natürlich noch Assistenten, die nur befristet im Krankenhaus tätig sein werden. Wenn die Anzahl der Ärzte in Lebensstellung genügend groß ist, dann wird sich das Nachwuchsproblem befriedigend lösen. Die Zahl der befristet tätigen Assistenzärzte, deren Arbeitsdauer im Krankenhaus vom Staatsexamen ab gerechnet schon heute etwas mehr als etwa 5 Jahre beträgt, sollte dem echten Nachwuchsbedarf für die freie Praxis und andere ärztliche Aufgaben entsprechen. Der darüber hinausgehende Bedarf der Krankenhäuser entspricht dann der Zahl der Ärzte in Lebensstellungen. Beide zusammengenommen ergeben den Gesamtbedarf an ärztlichem Nachwuchs für eine gute

ärztliche Versorgung der Bevölkerung, ohne daß die Gefahr von Fehlleitungen junger Menschen oder eines Über- und Unterangebots an Ärzten entstehen könnte.

Eine solche Lenkung unserer Jugend schon bei der Berufswahl ist dann, wenn alle Beteiligten die gleiche Auffassung vertreten, möglich, obwohl die Berufswahl nach wie vor freigestellt und durch gesetzliche Maßnahmen nicht beeinflußt werden kann.

#### Das Kleinkrankenhaus — Belegkrankenhaus

Lassen Sie mich noch ein Wort zu den Kleinkrankenhäusern sagen. Ich habe schon bei der Besprechung der verschiedenen Krankenhausarten darauf hingewiesen, daß gerade diese Kleinkrankenhäuser recht zahlreich sind und zur Behandlung vieler Krankheitsfälle völlig ausreichen. Diese kleinen Häuser sollten aber in weitestem Umfange — auch das habe ich schon ausgeführt — als Belegkrankenhäuser geführt werden. In diese Häuser gehören die ortsansässigen Ärzte — Fachärzte und an dieser Tätigkeit interessierte praktische Ärzte! Sie benötigen eine apparative Ausstattung, die eine gute Diagnostik und Therapie gestattet, aber sie brauchen keine ausgefallenen technischen Raffinessen, denn Fälle, die solche erfordern, sollen ja in ein Zentralkrankenhaus mit entsprechender Spezialisierung eingewiesen werden. Wie zahlreiche Beispiele beweisen, kann in solchen Belegkrankenhäusern ungemein segensreiche Arbeit geleistet werden und sie stehen bei der Bevölkerung in hohem Ansehen.

An dieser Stelle muß ich noch auf eine Gruppe von Kollegen zu sprechen kommen, deren Sorgen mich seit langem besonders beschäftigen: Die Fachärzte in den größeren und großen Städten, die ihren Dienst in vielen Fällen überhaupt nur richtig ausüben können, wenn ihnen auch Betten zur Verfügung stehen. Ein Teil von ihnen hat das Glück, solche in Privatkliniken oder meist caritativen Krankenhäusern zu erhalten. Die Zahl ist aber zu gering, die Bedingungen teilweise kaum zumutbar. Die Städte würden sich und der Bevölkerung einen Gefallen tun, wenn sie bei ihren Planungen auch an Belegkrankenhäuser oder Abteilungen dächten. Darüber hinaus sollten wir aber auch in unserer Landesorganisation nach Wegen suchen, um weitere Belegmöglichkeiten zu schaffen. Es handelt sich hier um ein Problem von größter Dringlichkeit.

Eines aber sollten wir uns vor Augen halten: Wenn wir dem Belegarzt neuen Boden in den Krankenhäusern verschaffen wollen, dann müssen unsere Kollegen, die eine solche Tätigkeit anstreben, sich darüber im klaren sein, daß damit nicht nur neue Möglichkeiten, sondern auch ganz erhebliche, manchmal vielleicht sogar etwas drückende Verpflichtungen verbunden sind. So ist es für ein Belegkrankenhaus völlig untragbar, wenn die Belegärzte nur immer gerade dann kommen, wenn es ihre sonstige Praxisarbeit gestattet und der Zufall ihnen einmal am Morgen, einmal am Abend, eine Stunde Zeit läßt. Wer Belegarzt sein will, muß das in seinen Tagesplan fest einbauen und darf die Erfüllung der übernommenen Pflichten nur dann verschieben, wenn es keinen anderen Ausweg gibt. Wer das nicht auf sich nehmen will, darf nicht Belegarzt werden.

Die Belegärzte eines Krankenhauses müssen eine feste Gemeinschaft bilden; sie müssen zusammenarbeiten und einen lückenlosen Nacht- und Sonntagsdienst

organisieren. Zur Regelung organisatorischer Fragen sollen sie aus ihrer Mitte einen Belegarzt wählen, der auch die Zusammenarbeit mit der Verwaltung gewährleistet. Wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind, wird das Belegkrankenhaus allen Anforderungen die man stellen kann, gerecht werden und um seine Zukunft braucht uns nicht bange zu sein.

Damit glaube ich, einen Überblick darüber gegeben zu haben, wie eine Fortentwicklung unseres Krankenhauswesens möglich wäre und wie man die ärztliche Betreuung unserer Patienten, welche der Krankenhausbehandlung bedürfen, gestalten könnte, um sowohl eine genügende Zahl von Ärzten als auch eine möglichst gute Behandlung zu gewährleisten.

#### Zusammenfassung

Es bleiben noch zahlreiche Fragen zu klären. Wir sollten aber erst über die Grundsätze Klarheit schaffen, bevor wir uns den technischen Einzelheiten zuwenden. Diese Grundsätze darf ich noch einmal zusammenfassen:

1. Nachdem die Bundesrepublik bereits mit einem dichten Netz von Krankenhäusern verschiedenster Größe und Ausstattung überzogen ist, muß in jedem Land ein Plan ausgearbeitet werden, der festlegt, wo weiterer Bettenbedarf besteht, der nur durch Neubauten zu befriedigen ist, und wo der Ausbau bestehender Krankenhäuser sinnvoll und notwendig erscheint.

Zur Durchführung dieser Aufgabe soll bei den für das Gesundheitswesen der Länder zuständigen Ministerien ein Ausschuß von Sachverständigen gebildet werden.

2. Die Länder sollen nur noch Bauvorhaben finanziell unterstützen, welche einer solchen Planung entsprechen. Darüber hinausgehende Eingriffe in die Selbstverwaltung der Gemeinden und Landkreise, etwa in Form eines verbindlichen Planungsgesetzes, sind dann überflüssig.

3. Errichtung und Bereithaltung von Krankenhäusern sind eine öffentliche Aufgabe. Die dadurch entstehenden Kosten sollen von der Gesamtheit der Bürger, also aus Steuermitteln getragen werden.

4. Die Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals sollen in jeder Weise verbessert, der Nachwuchs gefördert werden.

5. Um den Krankenhäusern genügend Ärzte zu sichern und eine optimale Behandlung zu gewährleisten, ist es notwendig, Lebensstellungen in größerer Zahl zu schaffen. Den Ärzten, die solche Stellungen einnehmen, muß neben materieller Sicherheit auch weitgehende Selbständigkeit gewährleistet sein. Sie sollen zusammen mit dem Leiter der Abteilung in echter Gleichberechtigung eine Arbeitsgruppe bilden.

6. Krankenhausabteilungen sollen nicht mehr als 150 Betten haben.

7. Freipraktizierende Ärzte sollen soviel wie möglich Gelegenheit haben, als Belegärzte tätig zu werden. Vor allem die Kleinkrankenhäuser sollen weitgehend durch Belegärzte betreut werden.

Anschrift des Verfassers:

München 23, Königinstraße 85

## »Der Arzt im Krankenhaus«

Von Dr. med. Klaus Dehler MdL<sup>\*)</sup>

Es ist wohl zweifellos ein Verdienst besonders der jüngeren Ärzteschaft, die Diskussion über das Thema »Der Arzt im Krankenhaus« in Gang gebracht und durch ihre aus eigener Erfahrung erwachsenen Vorschläge eine konkrete Diskussion erzwungen zu haben. Daß der vorliegende Ausschußvorschlag der Bundesärztekammer zur Weiterentwicklung des deutschen Krankenhauswesens sehr viele unserer Vorstellungen berücksichtigt, diene als Beweis dafür, daß unsere Wünsche und Forderungen den Boden des Realen nicht verlassen haben.

Noch heute fehlt es aber nicht an Stimmen, die die Notwendigkeit einer Reform überhaupt in Abrede stellen. Meist sind sie von einer überstarken Betonung des Traditionellen, auch von romantischer Überschätzung früherer Verhältnisse und bestimmten Gruppeninteressen bestimmt. Die Vermutung, daß die Forderung nach Reformen allzusehr aus der Sicht einer einzelnen Gruppe der Krankenhausärzte erwachsen sei, kann die jüngeren Ärzte am wenigsten treffen: Ihre Existenzbindung an das Krankenhaus ist — zumindest heute noch — die schwächste, ihre wirtschaftlichen Interessen sind dank eigener Kraft und Anstrengung einigermaßen befriedigt, und ihr Berufsbild ist doch im weit überwiegenden Maße von der späteren freien ärztlichen Tätigkeit bestimmt. Wenn sie ihre Stimme laut und vernehmlich für eine Reform erheben, dann aus der in unmittelbarem Erleben geprägten Erkenntnis, daß hier für den gesamten ärztlichen Berufsstand eine Schlacht gewonnen — oder auch verloren werden kann.

Auch nicht die »aktuellen Tagesprobleme« bestimmen unsere Wünsche: Eine Reform wird und muß kommen, zu viele strukturelle Fragen harren der Lösung: Die öffentliche Aufgabe, genügend Krankenhausbetten am richtigen Platz zur Verfügung zu stellen, diese mit einer ausreichenden Zahl gut vorgebildeter Ärzte zu betreuen, die zunehmend steigende Kostenlast richtig aufzuteilen und die Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und niedergelassenen Kollegen reibungslos zu gestalten, verlangt eine Stellungnahme und gestaltende Aussage. Die soziale Umwelt, der Mensch unserer Zeit und seine Bedürfnisse, nicht zuletzt aber die moderne Medizin haben sich verändert. Mit der Beschwörung eines glücklicheren Gestern bewältigt man nicht die Aufgabenstellungen von heute, noch weniger die von morgen!

Wir behaupten gar nicht, daß für das deutsche Krankenhauswesen von heute die Diagnose »Notstand« richtig ist, vielleicht wäre der Begriff der »gerade noch kompensierten Insuffizienz« treffender. Wir meinen aber, daß man keinesfalls sagen kann, daß das Krankenhauswesen sich »in einer elastischen Evolution befände und damit jedem Reformwunsch angepaßt hätte«. Das mag für einzelne Häuser und Abteilungen mit besonders günstigen Verhältnissen zutreffen, bestimmt aber nicht für das Gesamtkrankenhauswesen. Nicht umsonst hat erst in diesen Tagen der Landtag des flächenmäßig größten deutschen Bundeslandes Bay-

ern einstimmig eine Gesamtkrankenhausplanung beschlossen, nicht umsonst wird über teilweise strukturelle Stellenbesetzungsschwierigkeiten für nachgeordnete Krankenhausärzte bei erschreckend großen Bewerbungszahlen um jede, und die kleinste Chefarztstelle geklagt, nicht umsonst hören wir bewegte Klagen über Betten- und Finanznot der Krankenhäuser und wissen wir, daß nur der geringste Teil der z. B. chirurgisch weitergebildeten jüngeren Ärzte in ihrem Fach eine Lebensstellung finden kann.

### Reform in wessen Interesse?

Ich möchte die Punkte ausklammern, in denen hinsichtlich der Reformnotwendigkeiten bereits Einverständnis erzielt wurde, und mich denen zuwenden, bei deren Bewertung zwischen den Meinungen erhebliche Lücken klaffen. Vorweg aber noch eine Bemerkung: Jede ärztliche Gruppe besitzt spezifische Interessen und ist legitimiert, sie zu vertreten. Man sollte sich aber hüten, eine Reform nur um der Besserung der eigenen Situation wegen anzustrengen, noch mehr aber, sie wegen vermeintlicher Gefährdung eigener Vorrechte abzulehnen. Wenn die Frage gestellt wird »Reform — In wessen Interesse?« müssen wir sie ebenso schlicht und deutlich beantworten: In erster Linie im Interesse der uns allen anvertrauten Kranken, in zweiter der ökonomischen Bewältigung der allen Krankenhausärzten gemeinsam gestellten, immer umfangreicheren und bedeutsameren Aufgaben wegen, in dritter Linie aber um die reibungslose Einfügung des »Krankenhauswesens« in den Auftrag des ärztlichen Gesamtstandes zu gewährleisten und dabei die dem freien Arzt zunehmend drohenden Gefahren abzuwenden. Alle anderen Motive haben dahinter weiter zurückzutreten.

### Optimale Größe der Abteilungen

Wenn ich mich zunächst der Frage der optimalen Größe der Abteilungen zuwende, dann deshalb, weil sie am leidenschaftlichsten diskutiert wurde. Mit Genugtuung erkennen wir, daß die Zahl auch unmittelbar betroffener Chefärzte wächst, die mit uns feststellen, daß Fachabteilungen in einer Größenordnung von mehreren hundert Betten — ich kenne interne und chirurgische Kliniken mit über 500 Betten — nicht vertretbar sind. Ein kräftiger Impuls geht in dieser Frage auch von der Empfehlung des Wissenschaftsrates aus, der selbst für die Universitätskliniken mit ihren ganz besonderen Bedürfnissen nur 200 interne und chirurgische Stammbetten inklusive Privatbetten als optimal betrachtet. Um ein Dutzend Betten hin oder her sollte man nicht streiten, auf keinen Fall sollte aber bei Neubauten die Zahl von 120 Betten überschritten werden. Altabteilungen mit mehr als 200 Betten sollten aufgeteilt werden oder durch Ausgliederung von Spezialabteilungen mit selbständiger Leitung verkleinert werden. Einzelheiten mögen sich an den örtlichen Gegebenheiten orientieren. Der Grundsatz aber sollte postuliert werden. Feststellungen, daß »es von der Persönlichkeit des Chefarztes abhängt, welche Abteilungsgröße zweckmäßig

<sup>\*)</sup> Diskussionsbeitrag als Vertreter der Krankenhausärzte bei der Arbeitssitzung des Plenums des 64. Deutschen Ärztetages.

sei“, klingen sehr danach, daß aus der Ausnahme die Regel gemacht werden soll. Sie sind schon deshalb verfehlt, weil bauliche Institutionen gewöhnlich länger währen als die Amtsperiode eines Chefarztes.

Warum die Aufteilung der großen Abteilungen? Unbestreitbar wird damit einer größeren Zahl von Ärzten, die ihre Lebensaufgabe am Krankenhaus sehen, die Chance einer selbständigen leitenden Funktion gegeben, hiergegen gibt es wohl keinen Einwand. Zum anderen wird, und das ist wohl auch nicht widerlegbar, die Kontaktmöglichkeit zwischen dem leitenden Arzt und seinen Patienten verbessert. Bei gleichem Zeitaufwand und gleicher Arbeitsintensität wird sie sich für den einzelnen Patienten verdoppeln oder verdreifachen, wenn der Chefarzt statt der bisher 300 Betten nur mehr 150 oder 100 zu betreuen hat. Wir haben niemals gefordert, daß der Chefarzt jeden Patienten „selbst behandelt“, aber die viel zitierte Leitungsfunktion schließt eben nach unserer Vorstellung zumindest die Grundkenntnis und die Grundsatzdirektive für jeden stationären Fall ein, das steht dem Patienten ja auch zu. Immer noch wird die Behauptung erhoben, für kleinere Abteilungen würden relativ noch mehr nachgeordnete Ärzte benötigt als für die großen. Man läßt dabei aber stets außer acht, daß die aktive Mitwirkung des Chefarztes auch das Arbeitspensum der nachgeordneten Ärzte erheblich beeinflußt. Nicht zu unterschätzen ist die Chance der Wiedergewinnung eines intimen Klimas, das eben nur aus der täglichen und tätigen Zusammenarbeit von Chef und nachgeordnetem Arzt erwachsen kann und das dann einfach nicht mehr gegeben ist, wenn die Zahl der nachgeordneten Ärzte das Dutzend übersteigt.

Der Mammutbetrieb ist nur in Ausnahmefällen ein ökonomisches Unternehmen, im allgemeinen gilt der Grundsatz, daß kleine und überschaubare Bereiche rationeller zu führen und zu beherrschen sind. Die Frage nach der Größe der Abteilung ist aber nicht, wie behauptet wird, ein reines Organisationsmoment, sie ist auch eine Grundsatzfrage, zu der sich zu äußern dem Berufsstand nicht abgenommen werden kann.

#### Die Beschäftigungssituation der nachgeordneten Ärzte

Die Geister scheiden sich auch in der Frage der Beschäftigungssituation der nachgeordneten Ärzte. Wir haben immer wieder nachzuweisen versucht und wohl auch nachgewiesen, daß es den behaupteten Assistentenmangel nicht wirklich gibt. Gewisse Schwierigkeiten sind allein die logische Konsequenz einer Personalfehlwirtschaft im vergangenen Jahrzehnt und das Ergebnis einer strukturell bedingten Fehleinstellung zu den Fragen der Stellung des nachgeordneten Arztes und seiner Arbeitsleistung im Krankenhaus. Es steht unwiderlegbar fest, daß zahlreiche hochspezialisierte Ärzte, die gerne länger oder für immer am Krankenhaus geblieben wären, in der Zeit der „Assistentenschwemme“ aus dem Krankenhaus verdrängt wurden. Ebenso steht fest, daß in einer Zeit, in der auf weniger als zwei niedergelassene Ärzte ein Krankenhausarzt gezählt wird, die stationäre Versorgung der Patienten mit nachgeordneten Ärzten nicht mehr zu bewältigen ist, wenn diese nur für kürzere Zeiträume befristet angestellt werden. Das bisherige System der Durchgangsarzte könnte nur dann weiter praktiziert werden, wenn jeder junge Arzt zumindest 12 bis 15 Jahre dem Krankenhaus zur Verfügung stünde. Berücksichtigt man

die Ärzte, die nach der Approbation direkt in andere ärztliche Laufbahnen, wie Bundeswehr, Industrie oder Verwaltung, gehen, müßte diese durchschnittliche Beschäftigungsdauer noch weiter erhöht werden. Nach einer solch langen Krankenhaus-tätigkeit wäre die Chance zum Aufbau einer eigenen freien Existenz biologisch und wegen der erheblichen Spezialisierung verbaut, sie ist unzumutbar.

#### Der lebenslang am Krankenhaus tätige Arzt in nicht leitender Position

Diese Tatsachen machen es erforderlich, daß ein neuer Typ des Krankenhausarztes entsteht, der lebenslang am Krankenhaus tätige Arzt in nicht leitender Position. Die Tatsache der notwendigen Hochspezialisierung einer nicht unbeträchtlichen und mit dem Fortschreiten der Medizin auch wachsenden Zahl von Krankenhausärzten, deren Tätigkeit eng an das Krankenhaus gebunden und nur dort vorstellbar ist — der Katalog ist mit den Anaesthetisten, Kardiologen, Haematologen, Blutbankspezialisten, Kinderpsychiatern u. ä. nur grob umrissen —, zwingt zu den gleichen Forderungen.

Diesem Typ von Krankenhausärzten müssen natürlich derartige arbeitsrechtliche, soziale, materielle und „hierarchische“ Verhältnisse geboten werden, die eine solche Tätigkeit attraktiv erscheinen lassen. Sie sind deutlich aus der Reihe derjenigen Ärzte herauszuheben, deren Tätigkeit im Krankenhaus als nur temporär anzusehen ist.

Gegen diesen neuen Typ des Krankenhausarztes, der durch den Druck der Verhältnisse allerorten, wenn auch noch nicht deutlich umrissen, im Entstehen ist, werden eine ganze Reihe von Argumenten vorgebracht. Das eine, daß dann das Krankenhaus seiner wesentlichen Funktion als einer klassischen Aus- und Weiterbildungsstätte beraubt würde, ist kaum verständlich. Wir haben immer wieder betont, daß etwa die Hälfte der Planstellen für die Aus- und Weiterbildung der Medizinalassistenten und der späteren praktischen und Fachärzte vorbehalten bleiben muß. Daß auch solche Ärzte normale, also nicht limitierte Dienstverträge erhalten müssen, bedarf keiner Betonung! — Wir meinen, daß sich diese Weiterbildung nur vertiefen kann, wenn neben dem Chefarzt noch weitere dem Krankenhausdienst voll verpflichtete Ärzte als Vorbild und Lehrer zur Verfügung stehen. Ärzte die dann in einem viel engeren Verhältnis zum Nachwuchs stehen können als der einzige Chefarzt in einer riesigen Abteilung.

Wenn die Behauptung aufgestellt wurde, daß der Dauerassistent dem ärztlichen Leitbild einer frei verantwortlichen Tätigkeit widerspreche, können wir dem nur zustimmen. Wir wollen ja auch nicht den Dauerassistenten, eingeengt in die Subordination, in die Hierarchie und absolute Botmäßigkeit, sondern den hinsichtlich seiner Verantwortung auf seinem Gebiet dem Chefarzt gleichberechtigten ärztlichen Mitarbeiter, dessen Beziehungen zu leitenden Ärzten durch Koordination und den Geist des Teamwork geprägt sind. Auf ein Lehrer-Schüler-Verhältnis kann bei diesen, längst die Facharztreife besitzenden und auf ihrem Gebiet dem Chefarzt fachlich gewiß nicht nachstehenden Kollegen, als Leitbild gewiß verzichtet werden. Lernende bleiben sie natürlich im gegebenen Rahmen immer, wie jeder Arzt! Daß dabei die kollegiale Respektierung des

Vorgesetzten, die selbstverständliche Anerkennung der Persönlichkeit keinen Schaden zu nehmen braucht, muß dies betont werden? Bedarf es dazu der Zitierung des Hippokratischen Eides und des Genfer Gelöbnisses? Wenn man das als „Patriarchalismus“ verstehen will, soll es uns recht sein, besteht er doch überall dort, wo sich Vorgesetzter und Mitarbeiter begegnen. Oder hat der Klassenlehrer vor dem Schulleiter und der Landgerichtsrat vor dem Oberlandesgerichtspräsidenten, der Prokurist vor dem Direktor bei aller Selbständigkeit und originären Entscheidungsbefugnis keinen Respekt mehr? Man möge nicht behaupten, daß die Beziehung zwischen ärztlichen Vorgesetzten und Mitarbeitern sakrosankt und unvergleichbar im Raume stünden. Überall wo sich im Leben Mitarbeiter und Vorgesetzte begegnen, gibt es ein natürliches Gefälle und eine produktive Spannung, ohne daß klassischer Patriarchalismus herrschen müßte! Auch das Argument vom eventuell jüngeren Chef mit dem älteren Mitarbeiter kann nicht erschrecken, wo gäbe es dies nicht allerorten im Leben. Es gehört eben auch mit zur Persönlichkeit, zum Takt und Fingerspitzengefühl des Vorgesetzten, mit einer solchen Aufgabe fertig zu werden, eine solche Situation kann auch recht positive Rückwirkungen haben. Sie mag unbequem sein, bietet aber vom Ganzen her gesehen weniger Probleme als der der indischen Witwenverbrennung ähnliche Brauch, daß ein Chefarztwechsel zum Zwangsexodus bewährter, befähigter und hochspezialisierter Mitarbeiter mit der Folge einer ungewissen Zukunft führt. Vielleicht ist es sogar zu begrüßen, daß uns der Druck der Tatsachen über manch konservative Wünsche hinweg zum Modernen hin umzudenken zwingt. Recht und Chance zu einer von Existenzsorgen freien ärztlichen Tätigkeit am Krankenhaus dürfen sich nicht weiter auf den engen Kreis der Chefarzte beschränken.

Auch für die Chefarzte sollte es aber eine erfreuliche Seite dieser Entwicklung geben: Die Verbreiterung und Vertiefung der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten, die Teilung der Verantwortung und damit Entlastung zu Gunsten der ureigensten Aufgaben, eben der Leitung und der Bildung des Nachwuchses, der wissenschaftlichen und nicht zuletzt auch der Nebentätigkeit. Dafür ist ein gewisser Preis zugunsten der festen Mitarbeiter nicht zu groß: Die angemessene unabdingbare Beteiligung am Honorarertrag der eigenen Leistung im Rahmen der privaten Tätigkeit des Chefarztes, ein entsprechender Anspruch auf Einnahmen während der Vollvertretung des Chefarztes und die Chance zur eigenen Nebentätigkeit müssen eingeräumt werden.

#### Kein „Spitalrat“, sondern selbständige Lebensstellung

Es sei noch einmal betont: Wir wollen nicht den Typ des festgesessenen nachgeordneten ärztlichen Beamten oder gar des „Spitalrates“, sondern sozial unabhängige, fachlich spezialisierte, in eine unbedingte Zusammenarbeit verschworene ständige ärztliche Mitarbeiter, daneben aber ausreichende Planstellen für die ärztliche Weiterbildung.

Die Verbeamtung scheint uns für alle Krankenhausärzte schon wegen der bekannten Entwicklungen des Beamtenrechts insbesondere hinsichtlich der Nebentätigkeitsverordnungen gar nicht so erstrebenswert. So soll sich, und auch solche Fälle wird es geben, auch der ärztliche Leiter von einem nicht geeigneten ärztlichen Mitarbeiter trennen können — dann aber bei Beach-

tung aller Kriterien des arbeitsrechtlichen Schutzes, eines Schutzes, den auch der Chefarzt für sich in Anspruch nehmen will, von dem sich sein Krankenhausträger zu trennen wünscht.

Unser erklärtes Ziel ist es, möglichst vielen bewährten Krankenhausärzten eine selbständige und unabhängige Lebensstellung zu sichern. Wir können uns daher auch nicht recht mit der neuerdings debattierten Vorstellung anfreunden, große Abteilungen und Kliniken nicht in selbständige Abteilungen überschaubarer Größe aufzuteilen, sondern unter einem Superchefarzt eine Summe halbselfständiger leitender Abteilungsärzte wirken zu lassen, um die Gemeinschaftlichkeit des jeweiligen Faches zu wahren. Der Gedanke mag auf den ersten Blick bestechend sein und hat wohl in den Vereinigten Staaten eine erhebliche Bedeutung. Wir müssen aber der Tatsache gedenken, daß unsere bedeutsameren Krankenhäuser in öffentlicher Hand sind und das hier herrschende Verwaltungsprinzip die ideal gedachte Zusammenarbeit allzu leicht stören würde. Jede Verwaltung, besonders die öffentliche, liebt das Prinzip der Kompetenzen. Allzu schnell wäre, ist die organisatorische Selbständigkeit nicht garantiert, aus den einmal aufgeteilten Abteilungen die Superklinik wieder entstanden und aus dem gedachten Teamwork die Subordination. Wettstreit zwischen gleichberechtigten Abteilungen und Aufgabenverteilung hat noch niemals geschadet.

#### Forderung nach kostendeckendem Pflegesatz

Meinungsunterschiede bestehen auch noch in der Frage der Finanzierung des Krankenhauswesens. Wir bejahen den Begriff des „kostendeckenden Pflegesatzes“ dann, wenn man darunter die laufenden Kosten für die stationäre Behandlung, also die reinen Betriebskosten versteht. Die Errichtung und Unterhaltung von Krankenhäusern scheint uns eine wesentliche öffentliche Aufgabe zu sein, die ersatzweise von privater oder gemeinnütziger Hand übernommen werden kann, wobei dann — ähnlich wie im Schulwesen — ein entsprechender Finanzierungsanspruch gegenüber der öffentlichen Hand geltend gemacht werden kann. Warum diese Vorstellung den Weg zur „Staatsmedizin“ ebnen sollte, ist uns unverständlich. Wer käme auf den Gedanken, daß die privaten und konfessionellen Schulen dann dem Staate verfallen, wenn, wie glücklicherweise in einigen Bundesländern schon gesetzlich geregelt, für deren Errichtung und sogar Unterhaltung feste Ansprüche an die öffentliche Hand gerichtet werden können. Es hieße insbesondere die Aufgabe und Möglichkeit der sozialen Krankenversicherung völlig zu verkennen, wollte man ihr die Gesamtlast weiter aufbürden.

Wir bejahen also die Teilung der Kosten für die Krankenhäuser zwischen Träger und Kostenersatzverpflichteten und glauben, mit dieser Vorstellung im Gefüge der Aufgabenverteilung und sozialen Zuständigkeiten richtig zu liegen.

Ich habe mich bewußt auf diese wichtigsten Differenzpunkte beschränkt, in fast allen anderen Fragen hat die bisherige Diskussion zu greifbaren und guten Ergebnissen geführt.

#### Für eine Gesamtkrankenhausplanung

Die jüngere Ärzteschaft hält eine Reformierung des deutschen Krankenhauswesens in seiner äußeren wie

inneren Struktur für unumgänglich. Wir wünschen eine Gesamtkrankenhausplanung zumindest auf der Ebene der Bundesländer, wobei in Beachtung der bevölkerungsmäßigen, verkehrstechnischen und sozialen Gegebenheiten eine Aufgabenverteilung in Universitätskliniken, allgemeine Krankenhäuser mit überregionaler Bedeutung, Krankenhäuser mittlerer Größe, sonstige Krankenhäuser und Belegkrankenhäuser wünschenswert ist. Wir fordern eine ausreichende Zahl von Nachsorge- und Pflegeheimen und vor allem eine entsprechende Finanzkraft der Krankenhausträger durch sinnvollen Zusammenschluß von Gebietskörperschaften in Zweckverbänden. Wir fordern die Aufteilung von Mammutkliniken in überschaubare Abteilungen, in denen der unmittelbare Kontakt zwischen Chefarzt und Patient gesichert ist. Wir wollen neben den Aus- und Weiterbildungsstellen etwa die Hälfte der Planstellen für den neuen Typ des lebenslang dem

Krankenhaus dienenden Arztes und dessen ausreichende Sicherung. Wir bejahen das Belegkrankenhaus und dessen besondere Aufgabe und Chance der Fortführung der Behandlung durch den Arzt der freien Wahl auch bei einer notwendigen stationären Behandlung.

Erklärtes Ziel unserer Überlegungen ist die noch engere Verzahnung zwischen freier Praxis und Krankenhaus und die reibungslose Bewältigung aller der Gesamtheit der Ärzte gestellten Aufgaben.

Die Vorlage des Krankenhausausschusses der Bundesärztekammer kommt vielen unseren Vorstellungen recht nahe; sie stellt eine geeignete Grundlage für die weitere und notwendige Diskussion dar.

Anschrift des Verfassers:  
Nürnberg, Spittlertorgraben 15

## Die Bevölkerungsentwicklung in der Welt als politisches, medizinisches und religiöses Problem

So lautete das Thema einer Arbeitstagung in der Evangelischen Akademie in Tutzing (28., 29. und 30. April 1961). Ihr waren folgende Sätze vorangestellt:

*„Unter den Fachleuten besteht Einstimmigkeit darüber, daß sich die Weltbevölkerung von heute bis zum Jahre 2000 verdoppelt haben wird. Ihre Zahl wird dann 6 Milliarden betragen. Angesichts dieser überwältigenden Tatsache müssen wir uns schon jetzt fragen, ob das für unsere Erde überhaupt ‚tragbar‘ sein wird. Damit stellt sich die weitere Frage, ob die Geburtenzahl — wie so vieles andere in der Gegenwart — ein Gegenstand bewußter Planung werden sollte.“*

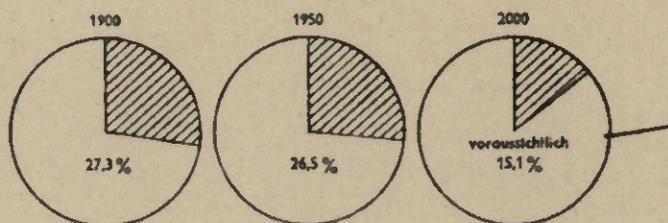
*Auf diesem Gebiet ist das meiste noch ungeklärt. Wir wollen mit dieser Arbeitstagung einen Beitrag zur Klärung der verschiedenen Aspekte des Problems zu leisten versuchen.“*

Es sei hier nicht die Frage erörtert, ob gerade die Deutschen berufen sind, ihren Beitrag dazu zu leisten, dies aus verschiedenen Gründen, von denen z. T. noch zu sprechen sein wird. Angemerkt muß vorweg werden, daß man von den in Aussicht genommenen Referenten wußte, daß sie alle in einer bestimmten Richtung für ihre Thesen eintreten werden. Es war deshalb sehr zu bedauern, daß für Korreferenten nicht Vorsorge getroffen war. Die Diskussion bot zwar Gelegenheit auch gegenteilige Meinungen zu äußern, jedoch entfiel z. B. aus Zeitmangel ein Teil der Diskussion zu den Vorträgen des evangelischen Theologen und des Soziologen, obwohl gerade hier manches anzumerken gewesen wäre. (Diskussionsbemerkungen acht Stunden später nach einem ganz andere Themen behandelnden Podiumsgespräch verflattern, da sie ohne Zusammenhang mit den viele Stunden vorher gehaltenen Vorträgen an die Aufmerksamkeit der Zuhörer unangebrachte Anforderungen stellen.) Unter den Referenten mußte man das Fehlen eines Statistikers und eines Ernährungsfachmannes bedauern, deren sachliche Betrachtungen manches in ein anderes Licht gesetzt hätten. (Es sei nur daran erinnert, daß wenige Monate vorher der Oldenburger Soziologe Dr. Wolfgang Schulenburg am selben Ort, in der Evangelischen Aka-

demie Tutzing, vor den teilweise unwissenschaftlichen Statistiken und Prognosen über die wachsende Erdbevölkerung gewarnt hat.)

Professor Dr. Dr. Hans Harmsen, Ordinarius für Hygiene und Sozialhygiene an der Universität Hamburg, sprach über „Die Bevölkerungsentwicklung in der Welt“, wobei er die geschichtliche Entwicklung, die statistischen Gegebenheiten, die Wirkung der modernen Mittel zur Bekämpfung von Seuchen u. a. und die dadurch bewirkte wesentliche Herabsetzung der Sterblichkeit als wichtige Ursachen für die derzeitige und künftige Entwicklung betonte. In einer kurzen, aber umfassenden Übersicht gab er einen Überblick über die Verhältnisse in den einzelnen Ländern der Welt, die in verschiedenen Staaten bereits durchgeführten oder geplanten Maßnahmen zur Steuerung einer Überbevölkerung. Er verfehlte auch nicht darauf hinzuweisen, daß es noch zum Teil „leere“ Kontinente gäbe, wie Südamerika, Australien und Afrika.

In der Diskussion verwies Dr. Koerting u. a. auf die statistische Entwicklung (siehe Tabelle I), der eindeutig die relative Abnahme der Bevölkerung Europas zu entnehmen ist. Der Anteil Europas an der Weltbevölkerung nahm von 27,3% im Jahre 1900 auf 26,5% 1950 ab und werde voraussichtlich auf 15,1% im Jahre



2000 absinken. (Für die Mentalität einzelner Tagungsteilnehmer war es bezeichnend, daß es als unerheblich bezeichnet wurde, wenn Europas Anteil absinke.) Demgegenüber verwies Koerting auf die Tatsache, daß China heute bereits 680 Millionen Menschen zähle. Die

# NEU

# Apotheker Veters



die zuverlässige Hilfe  
für beschwerdefreies Zahnen –  
ein Vorbeugungs-  
und Linderungsmittel,  
von Müttern dankbar begrüßt

Funktionsgerichtete Wirkstoffe\*,  
in gewebefreundlichem Gel dispergiert, entfalten in  
ihrer Kombination eine günstige Komplex-Wirkung  
auf das Zahnungsgeschehen beim Kleinkind

Die praktische Gel-Form  
ermöglicht leichte Dosierung und sparsames  
Einmassieren ins Zahnfleisch

Apotheker Veters ZahnungsGel  
eignet sich außerdem zur wirksamen Bekämpfung  
der Stomatitis, sowie als Frühschutz gegen Karies

Apotheker Veters



Tuben zu DM 2.90  
in allen Apotheken

Apotheker Vetter & Co., Arzneimittel GmbH., Ravensburg

\*

**Kamillen-, Salbei- und Baldrian-Extrakte**

bringen akute Entzündungen und Reizungen des Zahn-  
fleisches kurzfristig zum Abklingen und sorgen für ge-  
sunden Schlaf

\*

**Manna- und Feigensirup, sowie gereinigter Bienenhonig**  
fördern die Ausscheidung der während der Zahnungs-  
Periode verstärkt auftretenden Schleimhaut-Sekrete über  
den Darm

\*

**Leicht resorbierbare, organische Kalziumverbindung**  
unterstützt aktiv die Bildung kräftiger und  
gesunder Milchzähne

\*

**Anaestheticum und Antisepticum**

vermindern die Schmerzempfindlichkeit und sichern be-  
troffene Zahnfleischpartien gegen schädliche Erreger ab



# Egmdol

schult den Darm von Grund auf

EGMDL das milde darmspezifische Regulans mit dem neuartigen Wirkungsprinzip:

EGMDL führt zu einer dosierten Schleimabsonderung der Mucosadrüsen. Es erfolgt eine Volumenzunahme des Darminhalts mit reflektorischer Motilitätsanregung.

EGMDL wird nicht über die Blutbahn resorbiert, sondern wirkt ohne irgendwelche Nebenerscheinungen direkt vom Darmlumen aus.

#### INDIKATIONEN:

EGMDL ist in gesunden und kranken Tagen überall dort angezeigt, wo eine sichere und milde Stuhlregulierung erwünscht ist.

EGMDL erzieht den Darm in physiologischer Weise zu regelmäßiger Entleerung bei habitueller Obstipation und deren atonischen, dyskinetischen sowie spastischen Formen.

EGMDL reguliert mild die Darmtätigkeit vor und nach Operationen sowie vor und nach Geburten.

#### ZUSAMMENSETZUNG:

Di-oxyphenyl-methenyl-benzylalkohol

Dr. SCHMIDGALL GmbH Chem. Pharm. Fabrik  
Stuttgart-Untertürkheim

Die Entwicklung der Weltbevölkerung  
(in Mill.; nach Berechnungen der UNO für 1960 nach K. Wittbauer)

(Tabelle I)

	1900		1925		1960		1975		2000	
	Absolute Zahlen	%								
Welt	1550		1907		2958		3828		6267	
		100		100		100		100		100
Afrika	120	7,7	147	7,7	246	8,3	303	7,9	517	8,2
Asien	857	55,3	1020	53,5	1652	55,8	2210	57,8	3870	61,8
Australien und Ozeanien	6	0,4	10	0,5	17	0,6	21	0,5	29	0,5
Europa und Sowjetunion	423	27,3	505	26,5	640	21,6	751	19,7	947	15,1
Lateinamerika	63	4,1	99	5,2	205	7,0	303	7,8	592	9,4
Nordamerika	81	5,2	126	6,6	198	6,7	240	6,3	312	5,0

„Die Schätzungen für 1975 und 2000 können in ihren Zahlen nur als annähernde Werte gelten“ („Fischer Weltalmanach 1960 und 1961“, herausgegeben von Prof. Dr. Gustav Fochler-Hauke).

1957 dort geplanten Maßnahmen zur Geburtenbeschränkung konnten wegen des Widerstandes der Bevölkerung nicht fortgesetzt werden, so daß dort der rasche Bevölkerungszuwachs weitergehe. Die in Indien von Staats wegen veranlaßten Sterilisierungsmaßnahmen müssen, da sie gesunde Menschen betreffen und nur durchgeführt werden, um die Bevölkerungsziffer zu senken, ärztlicherseits streng abgelehnt werden. Die „Weltwoche“ berichtete am 14. Oktober 1960 unter dem Titel „Indiens Kinder — ein Segen, der zum Fluch wurde“, daß die indische Regierung angesichts der so katastrophalen Entwicklung sich zu einer drastischen Verschärfung ihres „Familienbegrenzungsfeldzuges“ veranlaßt sah. Sie forderte, daß im Laufe der nächsten 25 Jahre die Zahl der Geburten um mindestens fünfzig Prozent fallen müsse und daß keine Familie mehr als drei Kinder haben solle. Als wirksamstes Mittel wurde die freiwillige Sterilisierung empfohlen. Von seiten der indischen Regierung wurden in der ersten Fünfjahresplanperiode 6,5 Millionen Rupien bereitgestellt, für die zweite 60 Millionen, und für die dritte sollen 250 Millionen bewilligt werden. (100 Rupien sind ungefähr 88,41 DM.) Ärzte wurden dort in Sonderkursen ausgebildet und motorisierte chirurgische Kolonnen zur Befahrung der Dörfer aufgestellt. Die Stadtverwaltung von Neu-Delhi forderte ihre 5000 Angestellten auf, sich sterilisieren zu lassen. Es ist erschütternd, daß Ärzte sich zu derartigen, nicht gesundheitlich indizierten Eingriffen hergeben. Koerting wies auch auf die politischen Auswirkungen hin. China, das ungehemmt wächst, wird in Kürze Indien bedrohen, wahrscheinlich aber auch in absehbarer Zeit die Sowjetunion. Die Flucht der Menschen aus der Sowjetzone schaffe dort ein relatives Vakuum mit der Gefahr des Nachdrängens von Slawen oder sogar Chinesen. Auch die Bevölke-

rungsstruktur in der Bundesrepublik Deutschland könne zu irrigen Schlüssen verführen, da durch den Zustrom von Vertriebenen und jetzt von Sowjetzonenflüchtlingen das Bild schon im Hinblick auf die Altersgruppierung dieser Menschengruppen und ihre wenigstens in der ersten Zeit größere Fruchtbarkeit verwischt wird.

Harmsen beantwortete diese Hinweise mit dem Einwand, daß es sich vorwiegend um vorgefaßte Meinungen handle. Das Schlagwort von der Vergreisung sollte man vermeiden. In Westdeutschland bestehe nach seiner Ansicht eine ausreichende Geburlichkeit.

Der nächste Tag begann mit einem Vortrag eines evangelischen Theologen und Arztes, Dr. Krapp (Bad Boll), der sich eindeutig für die Geburtenkontrolle aussprach. Er lehnte die Berufung auf Genesis 9,7 („Seid fruchtbar und mehret euch“ . . .) ab. (Luther war anderer Ansicht.) Dr. Krapp berief sich auf die existentielle Freiheit, die durch die Menschwerdung Christi in die Welt gegeben worden sei und auf das Bibelwort: „Macht euch die Erde untertan.“ (Der evangelische Pfarrer Dr. Schindler stellte später die Frage an Dr. Krapp, wie lange er diese Freiheit durchhalten könne. Es sei die Not der Kirche, daß sie dem Menschen nicht alles so leicht machen könne. Bei uns habe sich die Geburtenregelung von selbst ergeben, als unser Volk zum Wohlstand kam durch das Ansteigen der Zivilisation und Kultur. Pfarrer Eyselien gab zu bedenken, daß man den jungen Menschen nicht von vornherein einen Freibrief geben könne.) Dr. Brandl (Amberg) zeigte sich den beiden Theologen für ihre Äußerungen dankbar, nachdem er durch das Referat Dr. Krapps enttäuscht worden war. Er erhob Bedenken gegen eine kritiklose Auswertung der Statistik. Ein Architekt, Vater von neun Kindern, wandte sich ent-

# Cefadysbasin<sup>®</sup>

TROPFEN

TABLETTEN

AMPULLEN

CEFAK  
KEMPTEN

PERIPHERE UND KORONARE DURCHBLUTUNGSSTÖRUNGEN

schieden und gut begründet gegen die Befürwortung einer schematischen Geburtenkontrolle. Von einer Seite wurde bemängelt, daß man zwei Themen zu sehr vermischt habe: die bevölkerungspolitischen Probleme in den Entwicklungsländern und in Deutschland. In Deutschland und anderen zivilisierten Ländern sei die Geburtenfreudigkeit zurückgegangen. Es bestehe hier keinerlei Notwendigkeit, den Bevölkerungszuwachs zu „regulieren“.

Der Heidelberger Soziologe und Nationalökonom Prof. Dr. Dr. h. c. Alexander Rüstow sprach über „Soziale und politische Folgen einer Weltüberbevölkerung“. Dieser Vortrag, allzu temperamentvoll vorgebracht, litt darunter, daß der Vortragende andere Thesen unprovokiert als „lächerlich“ (im Laufe der Ausführungen sechsmal wiederholt), als „utopisch“, als „kindisch“, „sinnlos“, „perverse Einstellung“, „töricht“, usw. bezeichnete und damit weit abging von dem sonst bei akademischen Darstellungen üblichen Weg klarer nüchterner Beleuchtung der eigenen und der zu begründenden Ablehnung anderer Thesen. Nach Rüstow sei das „ökonomische Optimum“ im größten Teil der Welt bereits überschritten. Dies treffe auch für Europa zu. Er kritisierte, daß auch in Deutschland die Landwirtschaft noch überaus besserungsfähig sei, sowohl in der Bearbeitungsart wie auch durch die Zusammenlegung von Gütern, durch Schaffung von Mustergütern usw. Das Landschulwesen müsse verbessert werden, unser ganzes Schulwesen sei „skandalös“. Rüstow betonte, daß es wesentlich sei, daß den Kindern die mütterliche Betreuung erhalten bleibe. Diese lasse sich durch noch so gut geleitete Kindergärten nicht ersetzen. Damit kam er auf die Beschäftigung der Frauen zu sprechen. Er setzte sich für ein Arbeitsverbot für Mütter ein, die Kinder unter sechs Jahren haben. Er wisse viele Fälle, bei denen das Kindergeld nicht den Kindern, sondern der Mutter zugute komme. Rüstow lobte das theologische Referat Dr. Krapps. Geburtenkontrolle sei ein Übel, aber ein notwendiges Übel, wie jeder Eingriff in die Intimsphäre ein Übel sei. Es sei kein Zweifel, daß die Geburtenkontrolle das kleinere Übel als die unbeschränkte Zunahme der Bevölkerung sei. Schon die Wasserversorgung für die heutige Bevölkerung bereite Schwierigkeiten. „Durch die Hygiene haben wir dem lieben Gott ins Handwerk gepfuscht.“ „Wenn Rotchina die Bevölkerungsbombe als brutales Mittel benutzen will, so müssen wir dem mit geistigen Mitteln (!) begegnen.“

Professor Dr. I. Amreich, em. Direktor der Univ.-Frauenklinik in Wien, behandelte in rein sachlicher, den gewlegten Lehrer kennzeichnenden Rede die Möglichkeiten der Konzeptionsverhütung vom Standpunkt des Gynäkologen. Es war begreiflich, daß er dabei die hormonalen Mittel in den Vordergrund stellte, ihre Nachteile einzeln erläuternd. Mit einer gewissen Zurückhaltung galten seine Ausführungen der noch im Versuchsstadium befindlichen „deutschen Tablette“.\*

\* In der „Medizinischen Klinik“ (1961, Nr. 7) wurde die Frage, ob die orale Empfängnisverhütung mit Gestagen unschädlich sei, von Prof. Dr. med. H. Kirchhoff und Prof. Dr. med. J. Heller u. a. folgendermaßen beantwortet: „... Die erst wenige Jahre alten Versuche der nicht zyklusgerechten Gestagenanwendung lassen eine endgültige Stellungnahme noch gar nicht zu, da ja Spätschädigungen noch nicht zu überblicken sind, ... Getreu dem Grundsatz — ‚primum nil nocere‘ — raten wir zur Zeit von der routinemäßigen Anwendung solcher Steroide bei der Frau zum Zwecke der Konzeptionsverhütung ab ...“

An einem Podiumsgespräch nahmen die Referenten, eine Juristin und der Direktor des Münchner Stadtjugendamtes teil.

Dr. Brandl betonte, daß ein gewisser Intelligenzgrad zur Verwendung von Antikonzipientien notwendig sei. Er machte Bedenken bei hormonalen Mitteln geltend, die den normalen Zyklusablauf stören.

Prof. Rüstow zeigte sich über die hormonalen Antikonzipientien sehr enttäuscht, da sie für die Entwicklungsländer nicht in Betracht kämen. Prof. Harmsen berichtete über seine Erfahrungen mit den neuen Beeinflussungsmitteln in Porto Rico. Frau Durand-Wever trat dafür ein, daß die Schwangerschaftsverhütung in den Händen der Ärzte bleiben müsse.

Prof. Harmsen verwies darauf, daß es sich bei den hormonalen um rezeptpflichtige Mittel handle. Er stellte die Frage, wieweit die Unabhängigkeit der Frau vom Arzt gegeben sei: Es bestehe kein Zweifel, daß die starke Zurückhaltung in den Kreisen der Gynäkologen sehr weitgehend mitbestimmt wird, daß die Frau dann unabhängig würde. „Dies müsse offen gesagt werden“ (!) Vor dem Abnehmen des Pessars und beim Wiederaufsetzen berechne der Arzt jedesmal DM 50.— Prof. Amreich sprach sich — nicht wegen des ärztlichen Honorars — für eine ständige ärztliche Kontrolle aus. Daß bei diesen Erörterungen der § 218 StGB nicht fehlen konnte, erscheint fast selbstverständlich. Direktor Seelmann wies auf die jetzt um etwa zwei Jahre früher eintretende Geschlechtsreife hin mit den daraus erwachsenden Problemen, insbesondere bei Schwangerschaft in jugendlichem Alter, folgemäßiger Helrat und fernerer Folgen für die Ehe bei Nichtübereinstimmung. Im weiteren Gespräch stand die Vorbeugung im Vordergrund und die möglichen Methoden. Dr. Brandl vertrat die Ansicht, daß ein Mittel, wenn auch als ethisch anerkannt, doch für die breite Masse nicht freigegeben werden könne.

Ihren Abschluß fand die Tagung mit dem Vortrag von Frau Dr. Marianne Durand-Wever (Berlin) über „Bewußte contra ‚unbewußte‘ Elternschaft“. Sie berichtete über die Erfahrungen in Berlin und vertrat die Ansicht, daß die sittliche Haltung durch die Verbreitung antikonzepzioneller Mittel bisher nicht beeinflusst wurde. Sie bekannte sich als eine Gegnerin der Schwangerschaftsunterbrechung und gerade aus diesem Grunde als Anhängerin einer gewünschten Konzeptionsverhütung. In der Aussprache nahm Dr. Brandl zur Frage der Sterilität und zur künstlichen homologen und heterologen Insemination Stellung, wobei er letztere vollkommen ablehnte. Bezüglich der Schwangerschaftsverhütung durch Pillen riet er wegen der bisher nicht klaren möglichen Folgen zur Zurückhaltung. Er betonte, daß die Jugend keineswegs so schlecht sei, wie sie im Podiumsgespräch dargestellt wurde. Eine Diskussionsrednerin wies auf die steigende Kriminalität hin, auf die Gefährdung der Kinder, vor allem in den Großstädten durch die Reklame für Filme, diese selbst und vielfache Presseerzeugnisse. Deshalb müßten die Kinder weit mehr geschützt werden. Dr. Koerting erwähnte die Bestrebungen im Bayerischen Landtag (auf Grund der Anträge und Ausführungen von Dr. Reichstein), um hier Abhilfe zu schaffen. Die heteroioge Insemination — von der Frau Dr. Durand-Wever gesprochen hatte — habe er vor dem und auf dem Deutschen Ärztetag in Lübeck (1959) entschieden

abgelehnt und auch nachher dagegen Stellung genommen. Dem Deutschen Ärztinnenbund dankte er, da dieser als einzige ärztliche Organisation hier eindeutig Stellung bezog. Einer Erweiterung der Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung aus „ethisch-eugenischen“ Gründen könne nicht zugestimmt werden. Eine „Geburten-Planung“ lasse sich, abgesehen von anderen wesentlichen Einwänden, nach den Erfahrungen der Gynäkologen nach dem Fasching, dem Oktober- und andern Festen gar nicht durchführen. Zur Frage der Verwendung hormonaler Mittel warnte er nach der bisherigen kurzen Versuchszeit vor den möglichen Folgen, die unter Umständen zu dauernder Sterilität, zumindest aber zu hormonalen Störungen führen könnten. Die operative (medizinisch nicht indizierte) Sterilisierung setze einen irreparablen Zustand, der z. B. bei einer neuen Ehe von der Frau bedauert werden könnte.

Die Tagung ließ den Wunsch offen, die Probleme geordneter und unvoreingenommen, rein sachlich und besser vorbereitet, ohne von vornherein deutlich sichtbare Tendenz nochmals durchzusprechen.

Es sei hier an den Deutschen J. P. Süßmilch (1707—1767) erinnert, der „zuerst durch eine (1741 erschienene) zusammenfassende Darstellung der Bevölkerungsbewegung die Demographie zum Range einer Wissenschaft erhob“ (Grotjahn), und an Thomas Robert Malthus (1766—1834) in England. Dieser rückte „das Bevölkerungswachstum im Vergleich zum Nahrungsmittelspielraum in den Zentralpunkt sozialwissenschaftlichen Denkens“, Malthus stellte 1798 die Lehre auf, wonach die Vermehrung der Menschen in geometrischer Progression, die Zunahme der Unterhaltungsmittel dagegen nur in arithmetischer Reihe erfolge. „Malthus und unzählige Soziologen, die seinen Spuren folgten, machten den Fehler“, sagte Grotjahn, „das Mißverhältnis zwischen der nahezu unbegrenzten Vermehrungsmöglichkeit der Lebewesen und ihren sehr begrenzten Daseinsbedingungen beim Menschen nicht als relativ, sondern als absolut und durch keinerlei naturbeherrschende Kulturmittel im wesentlichen veränderbar aufzufassen.“ Malthus war ebenso wie Süßmilch Geistlicher. Malthus trat als Mittel gegen die Überbevölkerung für die geschlechtliche Enthaltsamkeit ein, während er infolge seiner kirchlichen Einstellung gegen Präventivmittel Stellung nahm. Malthus vertrat auch folgende Anschauung: „Wäre es für jedes Ehepaar möglich, die Zahl seiner Kinder nach Wunsch zu beschränken, dann hätte man sicher Grund zu befürchten, daß die Indolenz des Menschengeschlechts sehr beträchtlich zunehmen würde und die Bevölkerung weder der einzelnen Länder noch der ganzen Erde jemals ihre natürliche und richtige Größe erreichen würde.“ Grotjahn bemerkte 1926 dazu: „Wenn Malthus heute lebte, würde er diese Möglichkeit anerkennen müssen . . .“ Es kam später zur Gründung einer Bewe-

gung, dem sog. Neomalthusianismus, der aus national-ökonomischen Gründen eine Beschränkung der Kinderzahl durch Vorbeugungsmittel forderte. In Deutschland blieb dieser Bewegung jedoch eine größere Bedeutung versagt.

Es ist interessant, daß die Frage der Konzeptionsverhütung Ende der zwanziger Jahre neuerlich im Mittelpunkt ernster Erörterungen stand, damals allerdings zu einer Zeit wirtschaftlichen Notstandes, während jetzt dieselbe Frage wiederum Gegenstand einer weitverzweigten Agitation wurde (in verschiedenen Zirkeln, auf Tagungen, in der Presse, vor allem in den Illustrierten, im Rundfunk), zu einer Zeit also, da wir in einer wirtschaftlichen Hochkonjunktur leben. War es seinerzeit vielleicht verständlich, daß man nach Auswegen aus wirtschaftlicher Bedrängnis einzelner Familien suchte, so sind heute die Motive ganz anderer Art. Heute stehen der Fernsehapparat, das Auto u. a., also besondere Lebensbedürfnisse, im Vordergrund, die die eigentliche Aufgabe einer Ehe vermissen lassen. Auch das Doppelverdienertum, oft genug nur ausgerichtet auf ein wesentlich höheres Einkommen — auch hier wiederum nur erhöhten Lebensbedürfnissen dienend —, läßt den Wunsch nach Kindern oft nicht aufkommen. Wenn man die Altersgliederung der Bevölkerung betrachtet, die steigende Zahl der Rentner, die Notwendigkeit, die Kosten der Versorgung auf möglichst viele Schultern zu legen, dann wird einem der Widersinn einer agitatorisch geförderten „Geburten-Planung“, d. h. Konzeptionsverhütung, klar.

Wie schon gesagt, war die Frage der Konzeptionsverhütung schon vor dreißig Jahren Gegenstand ernster Erörterungen. Auf Wunsch der Mitglieder der „Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie“ wurde auf deren Tagung im Jahre 1931 von Prof. Dr. Ludwig Fraenkel, Direktor der Univ.-Frauenklinik in Breslau, ein großes Referat über „Sterilisierung und Konzeptionsverhütung“ erstattet. Der damalige Vorsitzende des Kongresses, Hofrat Prof. Dr. Ludwig Seitz, hatte die Erteilung des Auftrages mit den Worten umgrenzt: „Wenn aus medizinischen oder schwerwiegenden sozialen Gründen eine Konzeption nicht angezeigt erscheint.“ Schon der Vergleich mit dieser Einstellung und der leichten Betrachtung einer Konzeptionsverhütung in der Gegenwart durch einzelne sich berufen Dünkende oder diesem Zwecke dienende Vereinigungen läßt erkennen, welcher Wandel sich vollzogen hat, wie leicht man sich über alle für die einzelne Familie und das Volksganze erwachsenden, oft irreparablen Folgen hinwegsetzt. Nicht deutlicher kann dies bewiesen werden als durch die Tatsache, daß an der Göttinger Universitäts-Frauenklinik eine öffentliche Sprechstunde eingerichtet wurde, um Frauen über Empfängnisverhütung aufzuklären. „Die deutschen Ärzte hoffen“, heißt es in einer dpa-Meldung, „damit einen Beitrag zur Lösung des Problems

# Antiphlogistine<sup>\*</sup>

\* eingetr. Wz.



**Wärmepackung - Wärmeumschlag**

IN LIZENZ DER FIRMA  
THE DENVER CHEMICAL MFG. CO. NEW YORK

LYSSIA-WERKE  
WIESBADEN

bei: Gelenkentzündung  
Nerventzündung  
Rippenfellentzündung  
Hals- und Brustschmerzen  
Rheumatismus

der Überbevölkerung in der Welt zu leisten.“ (Zu einer Zeit, da über Assistentenmangel an den Krankenhäusern geklagt wird, werden hier Klinikärzte zu einem für eine Frauenklinik zumindest in dieser Form eigentlich fremden Zweck eingesetzt.)

Es ist vielleicht zweckdienlich, einen Blick in die Beratungen der Tagung im Jahre 1931 zu tun. Prof. Fraenkel faßte zusammen: „Die Sexualberatungsstellen sollen sich mit praktischer Kontrazeption nicht befassen, sondern die Hilfesuchenden an den praktizierenden Arzt verweisen.“ Es war der angesehene Gynäkologe Prof. von Franqué (Bonn), der ausführte:

„Wenn wir die Geburtenverhütung in jedem beliebigen Falle als eine selbstverständliche Errungenschaft moderner Zivilisation erklären, wie es viele schon tun, so kann es nicht ausbleiben, daß die Gesamtmoral, die sittliche Unbeherrschtheit unseres Volkes noch tiefer sinken, als sie schon gesunken sind. Geben wir unserem Volke von hoher Warte aus den Rat zu planmäßiger Geburtenverhütung durch bequeme Verhütungsmittel, so ist dies nichts anderes, als ihm die Mittel zum langsamen Selbstmord in die Hand zu geben. Ist erst einmal die Verhütung von Arzt, Volkswirt, Gesellschaft und Staat als selbstverständlich anerkannt und gefördert, so wird diese Unsitte niemals mehr ausgerottet werden können, und mit der zukünftigen Wiedergesundung und Größe des deutschen Volkes ist es endgültig vorbei. Wird es wegen seines katastrophalen Geburtenrückganges doch jetzt schon von manchen als absterbendes betrachtet, und es scheint mir nicht zweifelhaft, daß es bei schrankenloser Einführung der Prävention nicht nur ethisch immer tiefer sinken, sondern im neuen Europa auch bald dieselbe Rolle spielen wird, wie die wenigen übriggebliebenen, verachteten Graeculi in den Zeiten des römischen Weltreiches. Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie kann anerkennen, daß der Arzt berechtigt, wenn auch nicht verpflichtet ist, aus ärztlicher Anzeige . . . praktische Empfängnisverhütung zu treiben, in einzelnen, besonderen Fällen vielleicht auch aus eugenischer Anzeige; und sie kann feststellen, wie das im Fraenkelschen Referat auch geschehen ist, welche Mittel wenigstens nicht schädlich und daher bei ärztlicher Indikation nicht verwerflich sind. Was die Verhütung bei vollkommenen Gesunden, also bei sog. sozialer oder überhaupt fehlender Indikation, betrifft, so muß sie es dem Gewissen und Verantwortungsgefühl jedes einzelnen Arztes überlassen, welcher der beiden möglichen Auffassungen er folgen will: derjenigen, welche die Begünstigung des Triblebens, namentlich des männlichen Geschlechtes — denn darauf kommt es, wenn wir ehrlich sein wollen, in den meisten Fällen hinaus —, und die Bewahrung der einzelnen Frau vor der Folge unerwünschter Schwangerschaft über das Wohl des ganzen Volkes und die Gesetze der Ethik stellt, und . . . in der Verhütung einen Ausweg aus der gegenwärtigen schweren Notlage des gesamten Volkes und ein wirksames und einwandfreies Mittel gegen die Abortseuche erblickt, oder die Auffassung, welche in der allgemeinen Einführung der Verhütung ohne ärztliche Anzeig eine Lebensgefahr für den Bestand

und die sittliche Höhe des deutschen Volkes erblickt und sie daher verwirft.

Niemand kann leugnen, daß es vom Standpunkt der Ethik und der Biologie, sowie einer großen Religionsgemeinschaft, der ich übrigens nicht angehöre, nur ein einwandfreies Mittel der Geburtenverhütung gibt, die Enthaltensamkeit.“

Es ist hier der Platz, auch der Statistik Raum zu geben. Im Deutschen Reich kamen

	auf 1000 Ein- wohner Lebend- geborene	mehr (+), weniger (-) Geborene als Ge- storbene	auf 1000 Lebend- geborene im 1. Le- bensjahr Ge- storbene
1871	34,5	+ 4,9	
1880	37,6	+11,6	235
1890	35,7	+11,4	223
1900	35,6	+13,6	213
1910	29,8	+13,6	162
1920	25,9	+10,8	145
1930	17,6	+ 6,5	85
1940	20,0	+ 7,5	64
im Bundesgebiet ohne Berlin			
1950	16,5	+ 6,0	55
1960	17,7	+ 6,4	34
in der Sowjetzone			
1946	10,4	-12,4	131,4
1950	16,5	+ 4,6	72,1
1958	15,6	+ 2,9	44,2

Die sinkende Säuglingssterblichkeit in Deutschland kommt deutlich zum Ausdruck. Die Zahlen der Sowjetzone sind als erschütternd zu bezeichnen.

Ob man von einer „ausreichenden Geburtenrate“ (Harmsen) in Deutschland sprechen kann, bleibt sehr fraglich.

Im Hinblick auf die Sterilisierungsmaßnahmen zum Zwecke der Bekämpfung der Überbevölkerung und die vielfachen Sterilisierungsoperationen durch einen Arzt in Niedersachsen (vielbesprochen in der Presse, in den Illustrierten, „Spiegel“ usw.) sei darauf hingewiesen, daß man auf der erwähnten Tagung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie auch das Thema der Sterilisierung behandelt hat. Der Referent Prof. Dr. Fraenkel faßte seine Ausführungen zu diesem Punkt in der Zusammenfassung zusammen:

„Eine Aufzählung der ärztlichen Indikationen zur Sterilisierung ist untunlich. Die Anzeige muß je nach den individuellen Krankheitserscheinungen (!) gestellt und von zwei Ärzten schriftlich motiviert werden.“

Die rein soziale Indikation zur Sterilisation ist im allgemeinen abzulehnen.“

Dreißig Jahre später denkt man liberaler oder, besser gesagt, laxer.

Da als Hauptargument für die „Geburten-Planung“ die wachsende Überbevölkerung der Erde angegeben wird, erscheint ein Blick in die vorliegenden Daten angebracht. Nach einer sehr eingehenden Arbeit von Dr. Kurt Wittbauer in „Petermanns Geographischen Mitteilungen“ (1961, 1. Quartalheft) über „Die Verteilung von 3 Milliarden Menschen nach Erdteilen und Ländern“ betragen die

**Bevölkerungszahlen nach Regionen (in Millionen)**

Südwestasien	78	
Südasien	539	
Südostasien	203	
Ostasien	790	
		Asien 1610
Sowjetunion		207
Nord- und Westeuropa	140	
Mitteleuropa	136	
Südeuropa	143	
		Europa 419
Nordafrika	87	
Tropisch- und Südafrika	160	
		Afrika 247
Ozeanien		16
Nordamerika	192	
Mittelamerika	63	
Südamerika	133	
		Amerika 388
		Summe 2887

**Größenwerte der gegenwärtigen jährlichen Bevölkerungszunahme in 1000**

China	16 000
Indien	7 000
Sowjetunion	3 500
USA	3 500
Indonesien	1 800
Brasilien	1 500
Pakistan	1 200
Mexiko	1 000
Japan	900
VAR	700
Türkei	700
Thailand	700
Philippinen	700
Nigerien	600
Westdeutschland	500
Polen	500
Iran	500

**Vergleich der Bevölkerungszahlen 1950 und 1960  
Millionen Einwohner**

	1950	1960	1950 = 100
China	546,8	694	126,9
Indien	358,3	433	120,8
Sowjetunion	181,0	213	117,7
USA	152,3	180	118,2
Japan	82,9	93,6	112,9
Indonesien	78,0	92,0	121,0
Pakistan	75,0	88,0	117,3
Brasilien	52,0	68,0	126,9
Westdeutschland	47,8	53,3*)	111,5
Großbritannien	50,6	52,1	102,9
Italien	47,1	50,7	107,6
Frankreich	41,7	45,5	109,1
Nigerien mit Britisch Kamerun	25,4	35,9	141,3
Mexiko	25,8	34,6	132,9
VAR	23,6	30,8	130,5
Spanien	27,9	30,1	107,8
Polen	24,8	29,8	120,1
Türkei	20,9	27,5	131,6
Philippinen	19,9	26,1	131,1
Thailand	18,5	25,6	138,4
Südkorea	20,5	23,0	112,2
Argentinien	17,2	21,0	122,2
Iran	16,3	20,6	126,4
Burma	18,5	20,6	111,3

\*) Einschließlich des Zuwachses an Sowjetzonenflüchtlingen.

**Wichtiger Termin!**

**Nur noch bis zum 30. Juni 1961 können Mitglieder der Bayerischen Ärzteversorgung, die über 45, jedoch noch nicht über 55 Jahre alt sind, die zusätzliche Sterbegeldversicherung bei der Bayerischen Versicherungskammer, Abtlg. Ärzteversorgung abschließen.**

**Näheres siehe „Bayerisches Arzteblatt“, Nr. 3/1961, S. 95 ff.**

Bei Betrachtung dieser Zahlenreihe ist zu beachten, daß es sich um absolute Zahlen handelt. Bezüglich Indien führt Witthauer an, daß der Entwurf des dritten Fünfjahresplans besagt: „Nach jüngsten Schätzungen wird die Bevölkerung Indiens im Jahre 1966 auf 480 Millionen angewachsen sein, nicht etwa auf 434, wie während des zweiten Planes angenommen wurde.“ Und das „Bulletin der Indischen Botschaft in Bonn“ (10, 1960, Nr. 3) führt an: „Die Bevölkerung Indiens wächst jährlich um 2%, und daran wird sich vorläufig nichts ändern.“ Hinsichtlich der Volksrepublik China wird eine jährliche Zunahme um 22,5% angegeben. Es werden etwa folgende Einwohnerzahlen errechnet

1958	664 Millionen
1959	678 „
1960	694 „
1961	710 „

(einschließlich Taiwan)

Demgegenüber wächst die Bevölkerung in Deutschland jährlich nicht einmal um 1%.

Dr. Witthauer faßt zusammen:

„Von der jährlichen Bevölkerungszunahme entfällt nahezu die Hälfte auf China und Indien, fast 2/3 auf Asien oder mehr als 3/4 auf die 17 Länder, die jährlich um mehr als eine halbe Million Einwohner anwachsen.“

Und unter diesen Umständen soll in Deutschland Geburten-Planung, d. h. Konzeptionsverhütung, gefördert werden!

Dr. W. Koerting, München 27, Holbeinstr. 16

## Ausweitung der städtischen Erziehungsberatungsstellen — eine Fehlentwicklung!

Von Dipl.-Psychologe Dr. med. et phil. Erich Grassl, prakt. Arzt

Ein kurzer Bericht: „Süddeutsche Zeitung“ v. 31. 1. 1961, Seite 13/14: „In den letzten eineinhalb Jahren wurden in den verschiedenen Stadtteilen neun (9) Erziehungsberatungsstellen gegründet. Während in der Beethovenstraße ein Team von Nervenarzt, Psychologin, psychologischer Praktikantin und zwei Jugendleiterinnen arbeitet, sind die Zweigstellen bis jetzt nur mit je einem Psychologen oder Psychotherapeuten besetzt, der als freier Mitarbeiter tätig ist. Die vier Räume der Zentrale sind inzwischen längst zu klein geworden, und man hofft, noch im Februar in eine größere Etage in der Goethestraße umziehen zu können. Außerdem sollen in diesem Jahre wieder zwei (2) neue Beratungsstellen in München eingerichtet werden.“

### Die Notwendigkeit der Erziehungsberatung

Wir sind auch der Anschauung, daß in der heutigen Zeit mit ihrer Zunahme der seelischen Störungen, der Zivilisationskrankheiten und Neurosen schon im Kindes- und Jugendalter Behandlung und Erziehungsberatung notwendig sind. Nach einem kürzlich erschienenen Bericht des Landes-Medizinalrates Dr. Herbert Viehhus im amtlichen Bundesgesundheitsblatt sind die psychischen Störungen im Zunehmen. Nach einer Repräsentativerhebung verursachen neurotische Störungen zwischen 25 und 35 Prozent der Arbeitsausfälle durch Krankheit.

8,6% der Bevölkerung leiden an Intelligenzmängeln, die eine normale Schulerziehung hindern.

Objekt der Erziehungsberatung sind Kinder mit sogenannten Kinderfehlern, die meist umweltbedingt sind: Lügen, Stehlen, Faulheit, Frechheit, Ungehorsam, sexuelle Unarten, Schulschwierigkeiten usw. Dazu kommen aber die vorwiegend anlagebedingten Mängel: Geistesschwäche, psychopathische Konstitution, Minderwertigkeiten einzelner Organe oder ganzer Organsysteme. (Zitiert nach H. Hanselmann, „Einführung in die Heilpädagogik“, Seite 468).

### Ein falscher Weg

Wer die Geschichte der Heilpädagogik der letzten Jahrzehnte kennt (vgl. meinen Beitrag im „Handbuch der Jugendwohlfahrt“ 1950 „Arzt und Jugendamt“, ferner meinen Beitrag in „Unsere Jugend“, Zeitschrift für Jugendhilfe April 1951: „Wo steht die Heilpädagogik?“, ferner meinen Beitrag „Novos rumbos da ortopedagogia“ S. 24—52 in der Schrift des Brasilianischen Kultusministeriums „A ortopedagogia no plano internacional“ 1954), der weiß, daß ein ständiger strittiger Punkt war, ob der Heilpädagoge, Arzt oder Psychologe (Erzieher) sein soll, ob er — anders ausgedrückt — behandeln oder erziehen soll.

Doch einigten sich die Experten — nicht zuletzt unter dem Druck der Zunahme der Neurosen und krankhaften psychischen Störungen und Intelligenzdefekte der Kinder und Jugendlichen — dahin, daß ohne ärztliche Voruntersuchung keine psychologische oder heilpädagogische Beratung stattfinden

könne, es sei denn, ein Heilpädagoge vereine rein vorbildungsmäßig beides. — Univ.-Prof. Dr. phil. Heinrich Hanselmann, der kürzlich verstorbene führende europäische Heilpädagoge — selbst pädagogisch orientiert — schreibt in seiner „Einführung in die Heilpädagogik“ S. 468: „Es ist für jeden Erfahrenen zweifellos, daß die heilpädagogische Erziehungsberatung die planmäßige Zusammenarbeit des Erziehers und des Arztes, beide mit spezieller Vorbildung, verlangt ...“

Die Organisation der Zusammenarbeit von Arzt und Erzieher ist an den meisten Orten noch eine ungelöste Frage...

Nach meiner Erfahrung ist die (ärztliche) Untersuchung in jedem Falle notwendig. Darum möchte ich vorschlagen, daß eine erste Besprechung mit den Eltern und dem Kinde durch den Erzieher an Hand eines bestimmten Planes, eines Frage-schemas stattfindet, daß hierauf die Aufnahme des körperlich-seelischen Status durch den Arzt erfolgt, worauf dann Erzieher und Arzt in einer gemeinsamen Besprechung die Sachlage, die Maßnahmen und die Art ihrer Durchführung feststellen.“

In England hat man — allerdings unter dem Zeichen der Verstaatlichung des Gesundheitswesens — in den „Child Guidance Clinics“ dies Teamwork von Arzt, Psychologe und Fürsorgerin eingeführt. Aber es handelt sich eben doch um entpersönlichte Ambulatorien.

Ambulatorien sind der erste Schritt zur Sozialisierung des Gesundheitswesens und werden von einem Großteil der Bevölkerung abgelehnt. Viel besser kann der Erziehungsberater beraten, der Eltern, Umgebung, Arbeitsbedingungen aus eigener Erfahrung kennt, der heilpädagogisch vorgebildete Hausarzt, sei es der praktische Arzt, Kinderarzt oder Nervenarzt.

So kann auch der jetzigen Form der städtischen Erziehungsberatungsstellen nicht belgestimmt werden — so wie in München gibt es sie auch bereits in anderen Großstädten.

**Sie sind ein falscher Weg einer guten Idee, sie sind eine Fehlentwicklung!**

Ist die Zentralstelle mit ihrem Teamwork schon eine reine Nachbildung der englischen „Child Guidance Clinics“, eines Ambulatoriums, so sind die Zweigstellen mit ihren „Nur-Psychologen“ oder Psychotherapeuten vom wissenschaftlichen Standpunkt vollkommen fehl am Platze. Ohne fachärztliche Mitarbeit können diese 11 Zweigstellen mehr Schaden als Nutzen anrichten!

### Sachliche Vorschläge

Wir würden eine vom Stadtjugendamt gesteuerte Zentralstelle als reine Forschungsstelle begrüßen, im übrigen müßte man in Zusammenarbeit mit den ärztlichen Verbänden eine Reihe von vorge-

bildeten und dazu bereiten Ärzten finden, die die Erziehungsberatung in Zusammenarbeit mit vorgebildeten Psychologen sachgemäß übernehmen. Dann würde man die ganzen Kosten der Erziehungsberatungsstellen, die Raum- und Personalunkosten verursachen — einsparen. Gerade die praktizierende Ärzteschaft, der jeden Tag die katastrophale Bettennot in die

Augen springt, hat kein Verständnis dafür, daß die Stadtverwaltung hier plötzlich für einen nicht genügend sachkundigen Apparat genug Geldmittel hat. Die Aufgaben können besser nach organisatorischen Vorbereitungen von der freien Ärzte- und Psychologenschaft gelöst werden. —

Anschrift des Verfassers: München 25, Hofmannstraße 26

## AUS DEM STANDESLEBEN

### 64. Deutscher Ärztetag in Wiesbaden

Vom 29. Mai bis 3. Juni 1961 fand in Wiesbaden der 64. Deutsche Ärztetag statt.

Die Tagung wurde am 29. Mai mit einer öffentlichen Kundgebung eingeleitet, an der u. a. auch der hessische Minister für Arbeit, Volkswohlfahrt und Gesundheitswesen, Heinrich Hemsath, und der hessische Kultusminister Prof. Dr. Schütte teilnahmen. Im Mittelpunkt der Eröffnungskundgebung stand ein Vortrag des Direktors der Universitäts-Frauenklinik Göttingen, Prof. Dr. med. Heinz Kirchhoff, über „Die Belastung der berufstätigen Frau und die damit verbundenen gesundheitlichen Gefahren“.

Am 64. Deutschen Ärztetag, dessen Arbeitssitzungen am 31. Mai 1961 begannen, nahmen 169 Delegierte aus allen Ländern der Bundesrepublik und West-Berlin teil. Als Gäste waren rund 1000 deutsche Ärzte anwesend. 7 Mitgliedsnationen des Weltärztebundes, und zwar Dänemark, Finnland, Großbritannien, Holland, Israel, Italien und Luxemburg hatten offizielle Beobachter entsandt.

Namens und im Auftrag der Bundesärztekammer verlieh deren Präsident Dr. Fromm vor Beginn der Arbeitssitzungen vor versammeltem Ärztetagplenum das „Ehrenzeichen der deutschen Ärzteschaft“ an: Dr. Arnold Heß, Justitiar der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung; Dr. Karl Luber, langjähriger Leiter der „Bayer. Ärzteversorgung“ bei der Bayer. Versicherungskammer\*), Dr. h. c. Maximilian Sauerborn, Staatssekretär a. D. des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung. Mit dem 1958 gestifteten Ehrenzeichen soll um das Gesundheitswesen, die medizinische Wissenschaft und den ärztlichen Berufsstand verdienten Männern und Frauen des In- und Auslands Anerkennung und Dank der deutschen Ärzteschaft zum Ausdruck gebracht werden.

Der Ärztetag trat dann in eine eingehende Debatte über die Neugestaltung der Satzung der Bundesärztekammer ein und beendete sie mit der Annahme der folgenden Beschlüsse:

„Die zum 64. Deutschen Ärztetag 1961 in Wiesbaden versammelten Delegierten des Deutschen Ärztetages stellen fest:

1. Der Deutsche Ärztetag ist die Repräsentanz der gesamten deutschen Ärzteschaft.

Er setzt sich aus den Delegierten der Landesärztekammern zusammen, die aus Wahlen hervorgegangen sind. Daraus leitet der Deutsche Ärztetag — unbeschadet der auf Landesgesetzen beruhenden

Rechte und Pflichten der Landesärztekammern — den Auftrag und das Recht ab, Fragen von grundsätzlicher Bedeutung für die deutschen Ärzte zu beraten und darüber zu beschließen. Diese Beschlüsse stellen die Meinungsbildung der deutschen Ärzteschaft dar!

2. Wie insbesondere die letzten Jahre gezeigt haben, bietet die bestehende Satzung der Bundesärztekammer die Gewähr dafür, daß der Deutsche Ärztetag und der von ihm gewählte Vorstand in vertrauensvoller Zusammenarbeit mit den Landesärztekammern ihre Aufgaben erfüllen können.

Der Deutsche Ärztetag beauftragt den Satzungsausschuß, unter Hinzuziehung je eines Vertreters jeder Landesärztekammer eine Neufassung der Satzung der Bundesärztekammer auf Grund der heute beschlossenen Meinungsbildung zu erarbeiten und sobald wie möglich vorzulegen.“

Der zweite Tagesordnungspunkt behandelte die Frage: Der Arzt im Krankenhaus. Das Referat zu dieser Frage, das in vollem Wortlaut in diesem Heft abgedruckt ist, hielt Herr Kollege Dr. Sewering, Vizepräsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages. Korreferate dazu hielten als Vertreter der leitenden Krankenhausärzte Prof. Dr. med. Gustav Hopf und als Vertreter der Krankenhausärzte Dr. med. Klaus Dehler, Vorsitzender des Marburger Bundes in Bayern und Mitglied des Bayer. Landtags. Auch dieses Referat ist in der vorliegenden Nummer des Bayer. Ärzteblattes abgedruckt. Dieser Tagesordnungspunkt wurde dann nach eingehender Debatte mit der Annahme folgender Entschliebung abgeschlossen:

- „1. Nachdem die Bundesrepublik bereits mit einem dichten Netz von Krankenhäusern verschiedenster Größe und Ausstattung überzogen ist, muß in jedem Land ein Plan ausgearbeitet werden, der festlegt, wo weiterer Bettenbedarf besteht, der nur durch Neubauten zu befriedigen ist, und wo der Ausbau bestehender Krankenhäuser sinnvoll und notwendig erscheint.

Zur Durchführung dieser Aufgabe soll bei den für das Gesundheitswesen der Länder zuständigen Ministerien ein Ausschuß von Sachverständigen gebildet werden.

2. Die Länder sollen nur noch Bauvorhaben finanziell unterstützen, welche einer solchen Planung entsprechen. Darüber hinausgehende Eingriffe in die Selbstverwaltung der Gemeinden und Landkreise, etwa in Form eines verbindlichen Planungsgesetzes, sind dann überflüssig.
3. Errichtung und Bereithaltung von Krankenhäusern sind eine öffentliche Aufgabe. Die dadurch ent-

\*) Eine Würdigung erfolgt im nächsten Heft.

stehenden Kosten sollen von der Gesamtheit der Bürger, also aus Steuermitteln, getragen werden. Alle übrigen Kosten müssen durch den Pflegesatz gedeckt werden.

4. Die Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals sollen in jeder Weise verbessert, der Nachwuchs gefördert werden.
5. Die verantwortliche Gesamtleitung eines Krankenhauses muß unter allen Umständen bei dem oder einem Chefarzt liegen. Deshalb ist es unerlässlich, daß in den Krankenhaus-Vorständen und -Kuratoren dieser Chefarzt mit Stimmrecht vertreten ist. Eine Beteiligung mit nur beratender Stimme genügt nicht.
6. Um den Krankenhäusern genügend Ärzte zu sichern und eine optimale Behandlung zu gewährleisten, ist es notwendig, Lebensstellungen in größerer Zahl zu schaffen. Den Ärzten, die solche Stellen einnehmen, muß neben materieller Sicherheit auch weitgehende Selbständigkeit gewährleistet sein. Sie sollen zusammen mit dem Leiter der Abteilung in echter Gleichberechtigung eine Arbeitsgruppe bilden.
7. Krankenhausabteilungen sollen nicht mehr als 150 Betten haben.
8. Freipraktizierende Ärzte sollen soviel wie möglich Gelegenheit haben, als Belegärzte tätig zu werden. Vor allem die Kleinkrankenhäuser sollen weitgehend durch Belegärzte betreut werden.“

Der nächste Punkt der Tagesordnung behandelte die Probleme der Weiterbildung zum praktischen Arzt. Nach einem Referat von Dr. Dobler, Präsident der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg, wurde folgende Entschließung angenommen:

„Der Deutsche Ärztetag hält es für notwendig, daß die Weiterbildung zum praktischen Arzt in der Berufsordnung verankert wird.

Der Deutsche Ärztetag beauftragt den Vorstand der Bundesärztekammer, dem nächsten Deutschen Ärztetag hierzu konkrete Vorschläge vorzulegen, die die Pflichtweiterbildung festlegen, nach deren Erfüllung die Berufsbezeichnung ‚praktischer Arzt‘ geführt werden darf.“

Im Rahmen des Tätigkeitsberichtes der Bundesärztekammer, der danach behandelt wurde, nahm der Ärztetag eine Reihe von Entschlüssen an, deren Wortlaut im Berichtsheft der Ärztlichen Mitteilungen veröffentlicht werden wird, so u. a. zur Frage der Vermeidung und Bekämpfung gesundheitsschädlichen Lärms, der Reinhaltung der Gewässer, der Laienwerbung für Arzneimittel in Rundfunk und Fernsehen, der Einengung der freien Arztwahl, der Jugendgefährdung durch Schriften, Rundfunk, Fernsehen und Film, der Änderung der „Berufsordnung für die deutschen Ärzte“, zum Gesetzentwurf einer neuen Bundesärzterordnung, zur Frage einer bundeseinheitlichen Gebührenordnung für Ärzte und zu Pflichtvorlesungen über ärztliche Rechts- und Berufskunde. Auf Antrag des Vorstands der Bundesärztekammer beschloß der Ärztetag folgenden Aufruf an die Ärzte zur Durchführung des Jugendarbeitsschutzgesetzes:

„Der 64. Deutsche Ärztetag empfiehlt die durch das Jugendarbeitsschutzgesetz vorgesehenen Maßnahmen zur gesundheitlichen Betreuung Jugendlicher der be-

sonderen Aufmerksamkeit und aktiven Mitarbeit der deutschen Ärzteschaft. Dieses Gesetz ermöglicht erstmals umfassende präventiv-medizinische Betreuungsmaßnahmen unter Beteiligung auch der gesamten, dazu bereiten, frei praktizierenden Ärzteschaft bei einem großen und besonders wichtigen Teil der Bevölkerung unseres Landes: unserer Jugend.

Der Deutsche Ärztetag dankt den damit beauftragten Organen und Ausschüssen der Bundesärztekammer und der Landesärztekammern für ihre Bemühungen um den Ausbau der ärztlichen Fortbildung auf diesem sehr wichtigen Teilgebiet der präventiven Medizin und empfiehlt Ihnen, diese Bemühungen intensiv fortzusetzen.“

Nach Entgegennahme des Finanzberichtes der Bundesärztekammer für 1960 und des Berichtes des Finanzausschusses der Bundesärztekammer wurde dem Vorstand Entlastung erteilt.

Am Schluß der Arbeitstagungen wurde beschlossen, daß der 65. Deutsche Ärztetag 1962 in Norderney stattfinden soll. Falls es dort aus technisch-organisatorischen Gründen nicht möglich sein sollte, soll Mannheim als Tagungsort gewählt werden.

Bei der feierlichen Abschlußkundgebung des 64. Deutschen Ärztetags am 3. Juni 1961 wurden folgende Ärzte mit der Paracelsus-Medaille ausgezeichnet:

Frau Dr. med. Viktoria Steinbiß, MdB, Bielefeld  
 Prof. Dr. med. Siegfried Rosenbaum, Tel Aviv  
 Prof. Dr. med. Heinrich Martius, Göttingen.

Mit der Verleihung der Paracelsus-Medaille an Frau Dr. Steinbiß ehrt die deutsche Ärzteschaft — nach dem Wortlaut der Verleihungsurkunde — eine um den Wiederaufbau des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik hochverdiente Ärztin, die vom Wiederbeginn eines freien demokratischen Lebens in der Bundesrepublik Deutschland mit aufopferungsvoller Hingabe in ihrer Heimatstadt, im Landtag und im Deutschen Bundestag maßgeblich an der Gesetzesarbeit zum Aufbau des deutschen Gesundheitswesens mitgewirkt hat. Dem Wesen ihres Berufsstandes stets verbunden, war es ihre besondere Sorge, im Interesse der Kranken die Freiheit der ärztlichen Berufsausübung zu sichern und dem Volke einen sittlich und wissenschaftlich hochstehenden Arztstand durch Wahrung seiner wirtschaftlichen und sozialen Stellung zu erhalten.

Mit der Verleihung der Paracelsus-Medaille an Prof. Rosenbaum ehrt die deutsche Ärzteschaft einen um die Ausbildung der deutschen akademischen Jugend hochverdienten wissenschaftlichen Lehrer und Arzt, dessen rastloses Wirken in der Verbundenheit medizinischer Forschung, Lehre und praktischer ärztlicher Tätigkeit immer tief durchdrungen war von der Lauterkeit seiner Person. Festgegründet in der hippokratischen Überlieferung und erfüllt vom Geiste echter humanitas überwand er die Schläge, die ihm ein hartes Schicksal so reichlich zumaß, und blieb trotz aller erlittenen Unbill der Ärzteschaft jenes „anderen Deutschland“ stets verbunden. In seiner Person ehrt die deutsche Ärzteschaft zugleich alle diejenigen Ärzte, die die Gewaltherrschaft und der Ungeist einer zurückliegenden, verhängnisvollen Epoche unseres Volkes verfolgt, gequält und vertrieben haben.

Mit der Verleihung der Paracelsus-Medaille an Prof. Martius ehrt die deutsche Ärzteschaft einen um die

medizinische Wissenschaft und Forschung hochverdienten Gelehrten und Arzt, der sich besondere Verdienste um die Geburtshilfe und Gynäkologie, den Ausbau der gynäkologischen Strahlentherapie und — über sein Fachgebiet hinaus — um die deutsche Krebsforschung erworben hat. Die große wissenschaftliche und ärztliche Leistung seines Lebens und seine aufrechte Haltung auch in schwersten Zeiten haben über den Kreis seiner zahlreichen Schüler und Mitarbeiter hinaus im In- und Ausland Dankbarkeit und Achtung bei seinen Kollegen wie auch in der Bevölkerung gefunden.

### Sudetendeutscher Ärztetag 1961

In Anwesenheit des Regierungspräsidenten der Oberpfalz Dr. Zizler und Gemahlin, von Oberbürgermeister Rudolf Schlichtinger, mehrerer Bundes- und Landtagsabgeordneter, des Vorsitzenden des Ärztlichen Bezirks- und Kreisverbandes Dr. von Velasco, des Vorsitzenden des Ärztlichen Kollegiums für ärztliche Fortbildung Prof. Dr. Jahn und weiterer Ehrengäste fand in Regensburg der diesjährige Sudetendeutsche Ärztetag statt, zu dem sich 140 Teilnehmer, auch von außerhalb Bayerns und aus dem Ausland, eingefunden hatten. Der Vorsitzende des „Verbandes der sudetendeutschen Ärzte e. V.“, Dr. Walther Koerting, eröffnete nach Begrüßung der Gäste die Tagung mit Worten des Gedenkens für die verstorbenen Ärzte und namentlich der Professoren der Medizinischen Fakultät der Deutschen Universität Prag. Dabei betonte er, daß nicht nur die ehemaligen Studenten dieser Hochschule, sondern auch die Professoren ihre Anhänglichkeit an diese Universität immer bewahrt haben, auch wenn sie längst auswärts wirkten.

Der Verband der sudetendeutschen Ärzte wurde am 26. Mai 1949 anlässlich des ersten Sudetendeutschen Ärztetreffens, das sudetendeutsche Ärzte aus allen Ländern zusammenführte, in Regensburg gegründet. Zahlreiche Professoren und Dozenten der Medizinischen Fakultät der ehemaligen Deutschen Universität, zogen in feierlichem Zuge ein, nachdem der Lehrkörper der Medizinischen Fakultät zum ersten- und leider zum letztenmal nach seiner Vertreibung vorher zu einer Sitzung im altherwürdigen Kurfürstensaal des Regensburger Rathauses zusammengetreten war.

Dr. Koerting konnte darauf hinweisen, daß der Verband seine Aufgabe, „die sudetendeutschen Ärzte zur Wahrung und Besserung ihrer Lage zusammenzuschließen, sie nach außen zu vertreten und die Gesamtinteressen, insbesondere die wirtschaftlichen, sozialen, rechtlichen, sittlichen und wissenschaftlichen Interessen dieser Ärzte, sowie ihre Eingliederung zu fördern“, trotz aller Widerstände voll erfüllt hat. Durch zahlreiche Eingaben, durch vielfache Vorsprachen konnten diese Ziele, die dem Lande selbst zugute kamen, erreicht werden. Bei manchen Vorlagen konnte der Verband sich wirksam einschalten. Dem Lande Bayern und den berufenen Vertretern muß für das endlich Erreichte gedankt werden. Natürlich waren anfangs durch eine manchmal verständliche Verbitterung auch radikale Stimmungen zu verzeichnen, doch gelang es immer wieder und rasch befriedigende Lösungen zu finden, so daß man mit Genugtuung behaupten kann, daß der Verband als ein Ordnungselement zu bezeichnen ist, das an manchem Aufbau mitgewirkt hat. Eine Reihe



Hofrat Prof. Dr. Heinz Zatschek

von namhaften Professoren hat an verschiedenen Universitäten des In- und Auslandes auch in der Gegenwart durch ihr Können sich Geltung und Ansehen verschaffen können. Prof. Dr. Carl Cori und Frau, Schüler der Prager Deutschen Universität, erhielten den Nobelpreis, Prof. Dr. Felix Haurowitz den Paul-Ehrlich-Preis. (Sie wirken in USA.)

In Prag war das Leben nicht so einfach wie anderwärts. An den deutschen Kliniken und Instituten war es notwendig, mit der Tschechischen Universität ständig in einen engen Wettbewerb zu treten. Dies habe sicherlich zu größerer Arbeit angespornt.

Oberbürgermeister Rudolf Schlichtinger stellte die engen, seit Jahrhunderten bestehenden Verbindungen zwischen Regensburg und Prag, sowie dem Sudetenland in den Mittelpunkt seiner Ausführungen. Regensburg, seit 1951 Patenstadt der Sudetendeutschen, sei sich seiner Verpflichtung bewußt, in seinen Mauern die Tradition der Deutschen Universität in Prag weiterzuführen, Regensburg sei schon bald nach dem schicksalhaften Jahr 1945 bemüht gewesen, hier eine 4. bayerische Universität aufzunehmen.

Prof. Dr. Dietrich Jahn, der letzte Prodekan der Medizinischen Fakultät der Deutschen Universität Prag und Vorsitzender des Regensburger Kollegiums für ärztliche Fortbildung, erklärte, daß die Verbindung zur Prager Deutschen Universität trotz der Vertreibung niemals erloschen sei. Das geistige Fluidum dieser Universität werde solange fortwirken, solange noch deutsche Menschen treu zu ihrer Heimat und zu ihrer Alma mater stehen. Hier drücken sich die Studenten zu Hunderten auf den Gängen und Kollegbänken herum, vielleicht bewahren sie dem einen oder anderen von ihnen verehrten Professor eine gute Erinnerung. An der Deutschen Universität in Prag bestand jedoch zwischen Professoren und Studierenden eine enge Bindung, die auch nach Jahren nicht erlosch, wenn die sudetendeutschen Ärzte längst draußen in der Praxis wirkten. Es sei notwendig, dies ins Gedächtnis zu rufen zu einer Zeit, da die Gründung einer neuen Universität erör-

tert wird. Für Regensburg habe man sich schon vor über einem Jahrzehnt eingesetzt, da diese Stadt mit alter Kultur der geeignete Standort wäre.

Stürmisch begrüßt, hielt sodann Hofrat Prof. Dr. Heinz Zatschek, der angesehene ehemalige Ordinarius für Geschichte des Mittelalters an der Deutschen Universität in Prag, jetzt in Wien wirkend, den Festvortrag "Sudetendeutsche Geschichte: Weg und Werk in zwei Jahrtausenden". Er ging von der Feststellung aus, daß die Ostsiedlung zweifellos die größte friedliche Tat des deutschen Volkes darstelle. Er verfolgte die Geschichte der Sudetendeutschen durch die Jahrhunderte. Vielfach, betonte er, sei das Nebeneinander von Deutschen und Tschechen ein Glück gewesen, das man erst heute ermessen könne. Denn diesem Zusammenleben sei es zu verdanken, daß die in den beiden Völkern schlummernden Fähigkeiten und Möglichkeiten sich im ständigen Aneinander-Messen voll entfaltet hätten. Wesentlich habe dies auch dazu beigetragen, daß die Sudetendeutschen in ihrer neuen Heimat festen Fuß gefaßt und sich durchgesetzt haben.

Reicher Beifall zollte Dank für die interessanten, in eleganter Sprache vorgetragenen Ausführungen. Dr. Koerting überreichte sodann Hofrat Prof. Dr. Zatschek, Oberbürgermeister Rudolf Schlichtinger und Prof. Dr. Jahn je einen Wachsabdruck des alten Siegels der Prager Universität. (Siehe Abbildung.)



Dr. Koerting wies darauf hin, daß der „Verband der sudetendeutschen Ärzte“ durch seine Schriftenreihe die Erinnerung an die Deutsche Universität Prag wachhalten wolle. In einer Ausstellung soll die historische Bedeutung der ältesten deutschen Universität gewürdigt werden. Ein Buch über die Geschichte der letzten 100 Jahre ihrer bedeutenden medizinischen Fakultät stehe vor dem Abschluß.

War es in den Jahren nach der Vertreibung Länder-Egoismus, der eine gerechte und sinnreiche Umsiedlung der vertriebenen Ärzte verhinderte, so sei es jetzt ein anderer Egoismus, der sich immer wieder der Schaffung einer Universität in Regensburg entgegenstemme. „Man spricht von Bayern und meint München.“ Der Wissenschaftsrat habe bekanntlich die Neugründung einer Universität im süddeutschen Raum vorgeschlagen. Lieber lasse man diese Universität in einem anderen Lande als Bayern errichten, als ihrer Schaffung in Regensburg zuzustimmen. Als im Jahre 1405 nach

Erlasung des Kutenberger Dekrets Professoren und Schüler aus Prag auswanderten, fanden sie in Leipzig gastliche Aufnahme und gründeten dort die Leipziger Universität. Frankfurt gab seinerzeit den Straßburgern eine neue Heimstätte. Zur selben Zeit, da man am 17. Juni, dem Tag der deutschen Einheit, einen Lauf zur Zonengrenze organisiert, sind in Bayern unentwegt zentripetale Kräfte am Werk, eine Grenzland-Universität in Regensburg zu verhindern. Die Tschechen, die durch die Übernahme aller deutschen Universitäts-Institute und -Kliniken eine riesige Vergrößerung der Tschechischen Universität erreicht haben, haben, wesentlich weitschauender als hierzulande, in Pilsen und Königgrätz mit Promotionsrecht ausgestattete Fakultäten errichtet.

Es könne nicht verschwiegen werden, daß der derzeitige Unterrichtsminister, gleichzeitig Professor an der Universität in München, immer wieder, mehr oder weniger verklausulierte Argumente gegen eine neue Universität außerhalb Münchens ins Treffen führe, anstatt für eine neue Universität auf bayerischem Boden, weitab von München, einzutreten. Zu einer Zeit als Bayern 3 Millionen Einwohner zählte, gab es hier 3 Universitäten. Heute, in einem Bayern mit einer Bevölkerungszahl von 9½ Millionen, hält man 3 Universitäten noch immer für ausreichend.

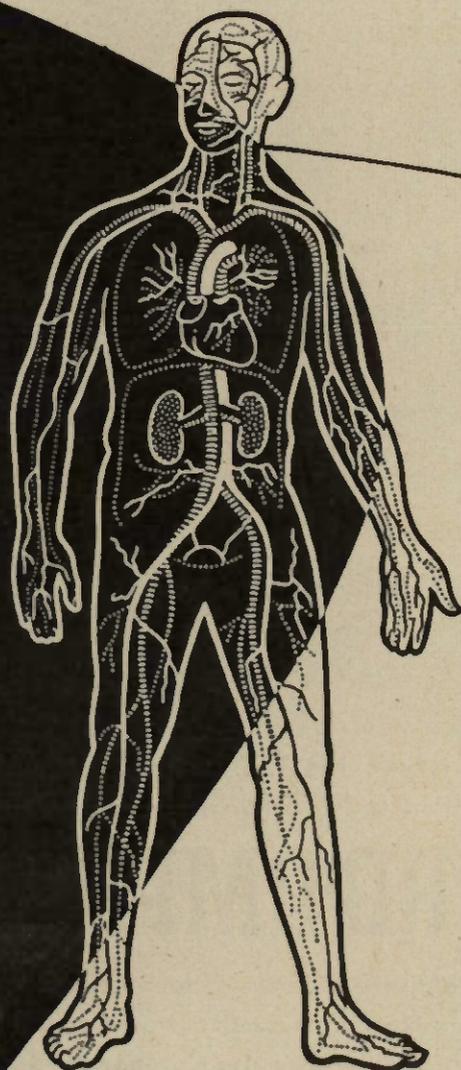
Eine am Schluß der harmonisch und unter gespanntester Aufmerksamkeit verlaufenen Tagung verlesene Entschließung fand einstimmige Annahme:

Der in Regensburg in Anwesenheit verschiedener sudetendeutscher Berufsgruppen und Akademiker tagende Sudetendeutsche Ärztetag 1961 richtet an die Abgeordneten des Bayerischen Landtags und die Bayerische Staatsregierung die dringende Bitte, dahin zu wirken, daß die entsprechend den Empfehlungen des Wissenschaftsrates im süddeutschen Raum neuzugründende Universität in Bayern errichtet wird. Bayern ist durch die Ereignisse der letzten Jahre Grenzland geworden, Bayern obliegt daher die Aufgabe, sich dieser Verpflichtung die ihm daraus erwächst, gerecht zu werden. Niederbayern und Oberpfalz sind die exponiertesten Gebiete Bayerns. Regensburg mit seiner alten Kultur und Geschichte bietet, sofern nicht rein materialistisches Denken Richtschnur ist, den geeigneten Platz. Hier tagten 1949 die Professoren der medizinischen Fakultät der Deutschen Universität Prag. Von hier gingen schon damals die Bestrebungen aus, in dieser Stadt die Tradition der Deutschen Universität Prag fortzusetzen. Es ist beschämend, daß es bisher nicht möglich war, die ruhmreiche Geschichte der ältesten deutschen Universität fortzusetzen, deren Professoren und Schüler nicht nur der deutschen Wissenschaft unendlich viele und bleibende Werte gegeben haben. Mammutuniversitäten, sozusagen Konzernbildungen mit 20 000 Studierenden, oder gar die Gründung einer neuen Universität in derselben Stadt oder in ihrer Nähe sind ungeeignet, Wissenschaft fruchtbringend zu vermitteln. Man kann nicht in Worten von Bayern reden und die Taten, für Bayern zu wirken, vermissen lassen. Der Sudetendeutsche Ärztetag hat mit Befriedigung und Dank davon Kenntnis genommen, daß eine so große Zahl von Abgeordneten fast aller Parteien sich für Regensburg als Standort einer neuen Universität

# COMPLAMIN<sup>®</sup>

3-(Methoxyäthylomino)-2-oxypropyltheophyllin-nikotinot

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

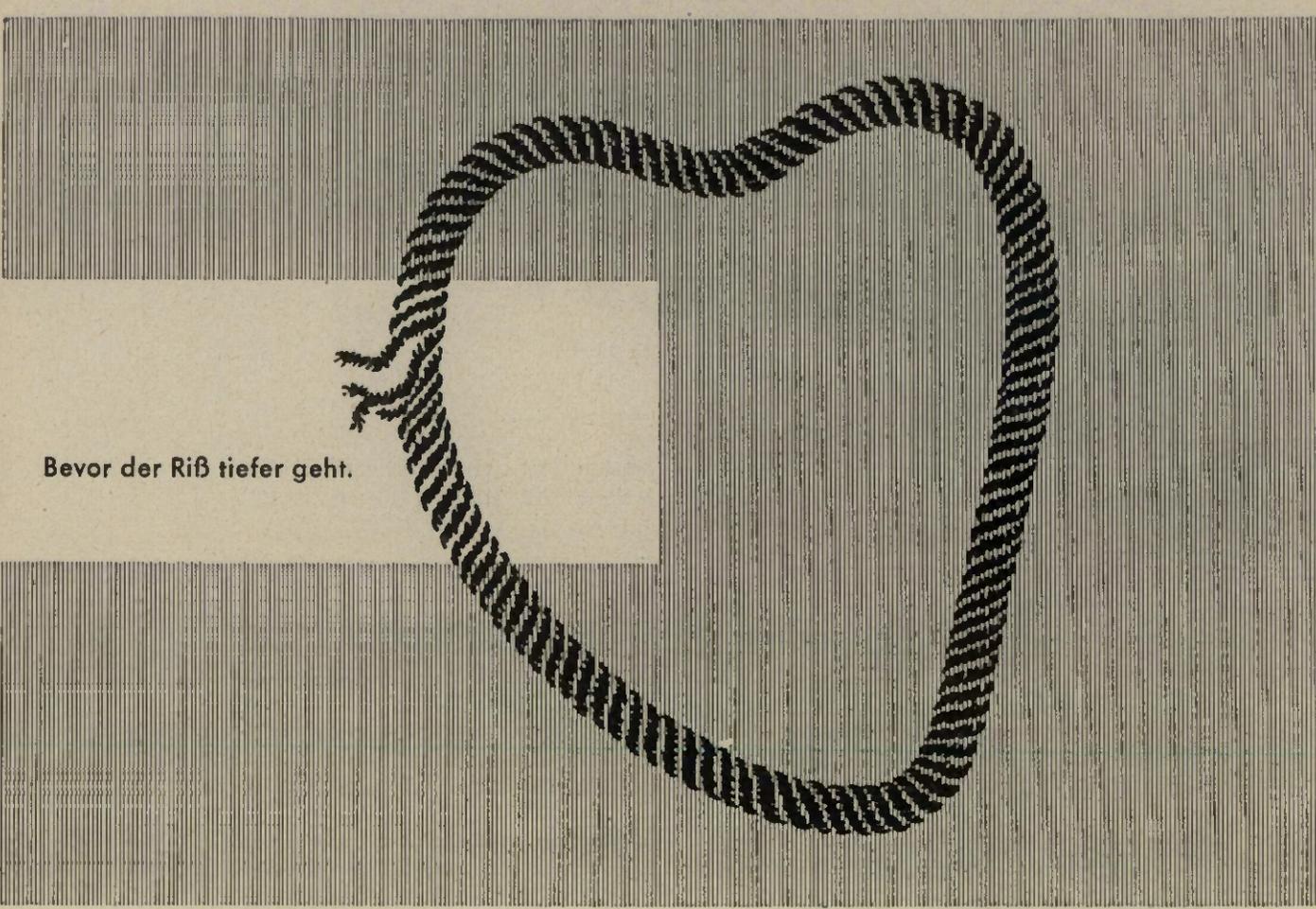


Complamin leistet daher mehr als ein einfacher Vasodilatator bei allen peripheren und cerebralen Durchblutungsstörungen, Thrombosen, Embolien, Apoplexien und Apoplexiefolgen, Ulcera cruris und anderen trophischen Störungen.

Originalpackung mit 30 Tabletten,  
Originalpackung mit 10 Ampullen,  
Klinikpackungen

60 Jahre im Dienste des Arztes

JOHANN A. WÜLFING · DÜSSELDORF



Bevor der Riß tiefer geht.

Zur medikamentösen Herz- und  
Kreislaufprophylaxe

Zur Intervall- und Erhaltungstherapie  
nach der Rekompensation

Zur Dauertherapie bei Leistungsminde-  
rung und Myodegeneratio

Wenn Glykoside 1. Ordnung noch nicht  
oder nicht mehr erforderlich sind, dann

## CARD-OMPIN<sup>®</sup>

Die synergistische Wirkung optimal dosierter Digitaloide mit  
erhöhtem Nutzeffekt durch Sapanin erzielt in Card-Ompin

① Mehrdurchblutung der Coronarien ② Steigerung der  
Herzleistung ③ Kreislauf-tonisierung

Zusammensetzung: Tropfen: 100 ccm = Extr. Canvall. (0,25 dt. Stand./g)  
40 g, Extr. Adon. (0,5 dt. Stand./g) 20 g, Extr. Crataeg. et Valerian. fluid.  
āā 20 g; Sapanin. 1,5 g; Ol. Ment. pip. 0,3 g. 1 Drag.: Extr. Canvall. = 0,04 dt)  
Stand., Extr. Adan. = 0,04 dt. Stand.; Fruct. Crataeg., Rad. Valerian. āā  
0,05 g; Sapanin. 0,00375 g; Ol. Ment. pip. 0,001 g.

Handelsform:

Packung mit 25 ccm DM 1.85 a. U.

Packung mit 50 Dragées DM 1.85 a. U.



LUDWIG HEUMANN & CO. NURNBERG · CHEM.-PHARM. FABRIK

ausgesprochen hat. Der Sudetendeutsche Ärztetag erwartet, daß nicht kleinliche Bedenken ihrem Votum weiterhin entgegenreten, er hofft, daß der Unterrichtsminister seinerseits endlich auch anerkennt, daß die Schaffung einer Universität in Regensburg aus wissenschaftlichen, erzieherischen, staatspolitischen und kulturellen Gründen eindeutig zu bejahen ist.

Der Tagung war eine Vielzahl von Begrüßungsschreiben zugegangen. Bundesminister Dr. Ing. Seehofer sandte ein herzliches Telegramm. Von mehreren bayerischen Staatsministern langten Schreiben ein. Minister Dr. Dr. Hundhammer erklärte in seiner mit Beifall aufgenommenen Zuschrift, daß er nach wie vor für die Errichtung einer 4. Landesuniversität in Bayern eintrete und bezüglich der Schaffung einer Universität in Regensburg auf seinem früher eingenommenen Standpunkt stehe.

### Ambulatorien auch in München?

Im Informationsdienst der Bayer. Landesärztekammer vom 12. 5. 61 (Nr. 5/1961) befaßten wir uns unter der Überschrift „Ambulatorien auch in München“ mit der Absicht, an den städtischen Krankenhäusern Münchens Schwangeren- und Krebsberatung einzuführen. Zu dieser Verlautbarung erhielten wir eine Stellungnahme des Betriebs- und Krankenhausreferates der Stadt München, auf die wir geantwortet haben. Wegen der Wichtigkeit dieser Frage bringen wir unseren Lesern den gesamten Vorgang nachstehend zur Kenntnis:

„München gibt ein Beispiel“, „Krebskranke werden kostenlos beraten“. So lautete die Überschrift eines Artikels in einem Münchner Abendblatt. Dort konnte man u. a. lesen:

„Zwei soziale Einrichtungen, beispielgebend für alle Städte, sollen in der kommenden Woche vom Münchner Gesundheitsausschuß gebilligt werden: Eine Schwangeren- und eine Krebsberatungsstelle. Für beide Einrichtungen sind die entsprechenden Spezialabteilungen des Krankenhauses rechts der Isar vorgesehen. Die Untersuchungen und Beratungen sind kostenlos!“

Es heißt dort weiter, daß die Beratungsstellen für schwangere Frauen schon vor der Billigung durch den Ausschuß und den Stadtrat probeweise vor über einem Jahr in Betrieb genommen wurde. Im vergangenen Jahre ließen sich im Krankenhaus rechts der Isar 3 333 schwangere Frauen kostenlos beraten. (Das entspricht ungefähr einem Viertel aller schwangeren Frauen in München!! Es ist hier anzuführen, daß in München 1960 die Zahl der Unterstützungsempfänger „den überhaupt niedrigsten Stand seit Kriegsende erreicht hat“.)

In dem eingangs zitierten Artikel heißt es weiter:

„Erheblich teurer (Anm: als die Schwangerenberatungsstelle) wird die Krebsberatungsstelle sein. Sachverständige haben errechnet, daß diese Stelle jährlich etwa 50 000 DM kostet. Das ist schon durch die wesentlich umfangreicheren Untersuchungen bedingt, die bei einer Krebsberatung notwendig sind. So müssen eine Reihe von Laboruntersuchungen durchgeführt werden. Auch die Krebspezialisten werden der Öffentlichkeit kostenlos zur Verfügung gestellt — vorausgesetzt, daß der Gesundheitsausschuß diesen sozialen Plan des Betriebs- und Krankenhausreferenten Dr. Erwin Hamm billigen wird.“

Schon dieser Aufsatz ließ einiges ahnen. Die Wirklichkeit ließ jedoch eine erschreckende Denkmalsart maßgebender Stellen der Landeshauptstadt München erkennen.

Die Angelegenheit stand unter dem Titel: „Errichtung einer Schwangeren- und Krebsberatung im Bereich der städtischen Krankenhäuser Münchens; Übernahme der Kosten durch das Städt. Gesundheitsamt“ als Punkt 1 auf der Tagesordnung der „Öffentlichen Sitzung“ des Gesundheitsausschusses des Münchner Stadtrates am 9. Mai 1961. Zur Verblüffung der Anwesenden wurde dieser Punkt, dessen öffentliche Behandlung von größter Wichtigkeit gewesen wäre, in die „Nichtöffentliche Sitzung“ verbannt und so der Öffentlichkeit die Möglichkeit genommen, Meinung und Gegenmeinung — falls eine solche kundgegeben wurde — kennenzulernen.

Der genannten Zeitung scheint acht Tage vor der Sitzung der Wortlaut oder wenigstens ein Teil des Antrags vorgelegen zu haben, obwohl er nunmehr nicht öffentlich behandelt wurde. Warum dies so gehandhabt wurde, ist wohl nicht schwer zu erraten. Es würde den Rahmen des hier zur Verfügung stehenden Raumes weit überschreiten, sich mit Einzelheiten dieses Antrags zu beschäftigen, wobei nicht gesagt sein soll, daß endgültig darauf verzichtet werden wird. Nur ein Wort zu der in dem Antrag so gepriesenen Schwangerengymnastik. Es zeugt von einem nicht gerade rühmlichen Unwissen, wenn angenommen wird, daß es sich sozusagen, um eine neue oder gar Münchner Erfindung handelt. Bereits vor mehr als 30 Jahren wurde diese an fast allen geburtshilflichen Universitätskliniken oder privaten Entbindungsanstalten geübt. Es war Sellheim, der in mehreren umfangreichen Schriften zu jener Zeit auf die Wichtigkeit der Schwangerengymnastik hinwies und diese propagierte. Bereits 1931 und 1941 hat die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie auf ihren Tagungen die Mutterschaftsfürsorge bzw. die ärztliche Schwangerschaftsvorsorge in eingehenden Referaten behandelt. Die Verpflanzung sowjetzonaler Organisationsmethoden aus Jena und anderen Orten der sowjetischen Besatzungszone in die Bundesrepublik bleibt weiterhin unerwünscht.

**HYZUM** <sup>®</sup> **ANTIPHLOGISTICUM**  
L. MERCKLE GMBH BLAUBEUREN 

„Die segensreichen Erfahrungen mit der Schwangerenberatung“ (Anm.: an einem Viertel aller Schwangeren in München) „war der Ausgangspunkt für die Überlegungen, dort auch eine Krebsberatungsstelle einzurichten“, heißt es in dem zitierten Antrag. „Die Beratung bei Verdacht auf Unterleibskrebs soll dort von der gynäkologischen Abteilung, die Beratung für alle übrigen Krebsverdachte von der chirurgischen Abteilung erfolgen. Mit dieser Einrichtung soll der Bevölkerung die Möglichkeit gegeben werden, sich bei Verdacht auf Krebserkrankung untersuchen zu lassen.“ „Hier gilt es, der breiten Masse der Bevölkerung durch die Möglichkeit einer Untersuchung entgegenzukommen, ohne daß besondere Voraussetzungen, wie Kostentragung, Kostenübernahme der Kasse usw. erfüllt sein müssen. Bei dem heutigen Stand der medizinischen Wissenschaft sollte allen die Erfahrung auf dem Gebiete der Krebsprophylaxe, der Krebserkennung und der Krebsbekämpfung zugute kommen. Der geeignetste Weg dazu ist die Einrichtung der Krebsberatungsstellen . . . Die Krebsberatung soll im Bereich des Krankenhauses rechts der Isar eingerichtet und jeweils an zwei Wochentagen abgehalten werden. Wie bei der Schwangerenberatung ist es auch hier möglich, die für die Versorgung der stationären Patienten zur Verfügung stehenden Einrichtungen in Anspruch zu nehmen.“ Es heißt in dem Antrag weiter: „Nachdem die Bemühungen um eine Beteiligung an den Kosten bei den Sozialversicherungsträgern gescheitert sind, wurde an das Städtische Gesundheitsamt herangetreten. Herr Stadtarzt Dr. Hollweck stellte bei der am 9. 3. 1961 stattgefundenen Unterredung fest, daß derartige Einrichtungen in einer Millionenstadt wie München unbedingt notwendig und in jeder Weise förderungswürdig seien. Im Interesse der wünschenswerten Intensivierung, sowohl der Schwangerenberatung als auch der Krebsberatung, sollten nach Auffassung des Städtischen Gesundheitsamtes (d. h. von Herrn Hollweck) in den verschiedenen Stadtteilen (!) solche Einrichtungen zur Verfügung stehen, damit sie ohne langen Anfahrtsweg und Zeitverlust von den Frauen aufgesucht werden können . . . Selbstverständlich ist das Krankenhausreferat gerne bereit, den vom Städtischen Gesundheitsamt (d. h. von Herrn Hollweck) außerdem noch unterbreiteten Vorschlag aufzugreifen und die Beratungsstellen gemeinsam (Anm.: vom Krankenhausreferat) mit dem Gesundheitsamt zu führen. Damit ist die Möglichkeit gegeben, auch die besonderen Wünsche des Amtes (d. h. Herrn Hollwecks) zu berücksichtigen, die sich aus den Erfahrungen seiner Tätigkeit (Anm.: als Amtsarzt) ergeben. Sowohl die Arbeitsgemeinschaft zur Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern als auch das Bayer. Staatsministerium des Innern vertreten die Anschauung, daß von der Errichtung von

Krebsberatungsstellen Abstand zu nehmen sei und daß vielmehr die Krebsbekämpfung in erster Reihe in die Hände der praktizierenden Ärzte zu legen sei.

Da die Beratung des hier auszugsweise wiedergegebenen Antrags in die nicht öffentliche Sitzung des Gesundheitsausschusses verlegt wurde, ist über die Diskussion und die Beschlußfassung nichts bekannt. Es genügt jedoch die vorerwähnten Teile des Antrags anzuführen, um den Geist und die Leitlinie — eine Linie muß bekanntlich keine Gerade sein — zu erkennen. In einer Zeit des medizinischen Fortschritts scheint man den Stein der Weisen in einem Rückschritt gefunden zu haben, in der Unterstellung der Bevölkerung unter die Befugnisse eines oder mehrerer Ämter, in der Entpersönlichung der ärztlichen Betreuung. Und dies zu einer Zeit, in der es bekanntlich auch an Nachwuchs an Amtsärzten mangelt. Auf das Tiefste zu beklagen wäre, wenn das fast überall gute Verhältnis zwischen den Amtsärzten und der übrigen Ärzteschaft künftig getrübt werden sollte. Besonders bedauerlich wäre aber, wenn ohnedies ausgelastete oder überlastete Ärzte aus welchen Gründen immer neue Aufgaben übernehmen wollen. Prinzipils obsta!

LANDESHAUPTSTADT MÜNCHEN

18. Mai 1961

Betriebs- u. Krankenhausreferat

NSt. 864

München - Rathaus, Zi. 310

An den  
Informationsdienst der  
Bayer. Landesärztekammer  
München 23  
Königinstr. 85

Betr.: Informationsdienst vom 12. 5. 61

Unter dem 12. 5. 61 bringen Sie eine Veröffentlichung, die als Vorabdruck aus dem „Bayerischen Ärzteblatt“, Heft 5/61, mit der Überschrift „Ambulatorien auch in München“ angekündigt ist.

Die gesamte Veröffentlichung entspricht insofern nicht den Tatsachen, als der Tagesordnungspunkt Nr. 1) mit dem Titel „Errichtung einer Schwangeren- und Krebsberatung im Bereich der städtischen Krankenhäuser Münchens; Übernahme der Kosten durch das Städt. Gesundheitsamt“ nicht nur von der öffentlichen Sitzung in die nichtöffentliche verwiesen, sondern überhaupt nicht gehalten wurde. Der Irrtum scheint auf folgende Art und Weise entstanden zu sein: Ein Mitglied des Gesundheitsausschusses hat die Verweisung in die nichtöffentliche Sitzung zwar beantragt. Ihr Berichterstatter scheint jedoch nicht mehr gehört zu haben, daß ich zu Beginn der Sitzung bereits mitgeteilt habe, daß der Vortrag überhaupt abgesetzt wird. Über einen nicht gehaltenen Vortrag kann sich



Prospan



auch als



Aerosol



aber weder der Informationsdienst der Bayerischen Landesärztekammer in München noch das „Bayerische Ärzteblatt“ verbreiten, weil durch die Absetzung von der Tagesordnung ein entsprechender Vorgang überhaupt nicht entstanden ist. Der Entwurf des Vortrags gibt unter diesen Umständen nur persönliche, private Überlegungen des Verfassers wieder.

Der Ausschuß hat sich außerhalb des Vortrags gesprächsweise mit dem Gesamtvorgang zwar befaßt und kam zu dem Ergebnis, daß ein entsprechender Vortrag erst zu einem späteren Zeitpunkt gehalten werden sollte, wenn in Erfahrung gebracht wurde, wie die entsprechenden Beratungsstellen in anderen deutschen Großstädten gehandhabt werden.

Ich darf sie deshalb bitten, in der nächsten Nummer Ihres Informationsdienstes eine entsprechende Richtigstellung vorzunehmen.

gez. Dr. Hamm  
Berufsm. Stadtrat

Pressestelle der Bayerischen Ärzteschaft München, den 7. 6. 1961  
Dr. R/Bö.

An das Betriebs- und Krankenhausreferat z. Hd. von Herrn Stadtrat Dr. Hamm München Rathaus, Zi. 310

Sehr geehrter Herr Stadtrat Dr. Hamm!

Zu Ihrem Brief vom 18. 5. 61, in welchem Sie sich mit dem Inhalt unseres Informationsdienstes vom 12. 5. 61 beschäftigten, nehmen wir wie folgt Stellung:

Nach der uns vorliegenden Einladung zur Sitzung des Gesundheitsausschusses des Münchner Stadtrates (ursprünglich für Mittwoch, den 3. Mai 1961) für Dienstag, den 9. Mai 1961, war in der Tagesordnung für die öffentliche Sitzung als Punkt 1 vorgesehen:

„Errichtung einer Schwangeren- und Krebsberatung im Bereich der städt. Krankenhäuser Münchens; Übernahme der Kosten durch das Städt. Gesundheitsamt.“

Referent: Berufsm. StR. Dr. Hamm

Zu Beginn der Sitzung erklärte der Vorsitzende, daß dieser Punkt 1 sowie der Punkt 2 der öffentlichen Sitzung:

„Krankenhaus Harlaching; Ausschreibung der Chefarztstellen“

Referent: Berufsm. StR. Dr. Hamm

in der nichtöffentlichen Sitzung behandelt werden, während der Punkt 3 der nichtöffentlichen Sitzung:

„Ausbildungsinstitut für Krankenpflege; Änderung der Richtlinien für die Krankenpflegeschule und die Kinderkrankenpflegeschule“

Referent: Berufsm. StR. Dr. Hamm

in der öffentlichen Sitzung zur Beratung kommt. Diesen Änderungen wurde zugestimmt.

Wenn ausgeführt wird, daß sich über einen nicht gehaltenen Vortrag weder der Informationsdienst der Bayer. Landesärztekammer in München noch das „Bayer. Ärzteblatt“ verbreiten kann, weil durch die Absetzung von der Tagesordnung ein entsprechender Vorgang überhaupt nicht entstanden ist, so muß demgegenüber darauf hingewiesen werden, daß das 8-Uhr-

Blatt vom 3. Mai 1961 bereits den Inhalt des Referates in einem Artikel auszugsweise seinen Lesern bekanntgab. Es kann den ärztlichen Presseorganen nicht zugemutet werden, daß sie in ärztlichen Angelegenheiten schlechter gestellt werden als die Tagespresse. Wir beziehen uns dabei nachdrücklich auf Art. 5 des Grundgesetzes, der uns das Recht zur Unterrichtung aus allgemein zugänglichen Quellen und zur Äußerung und Verbreitung unserer Meinung gibt.

Der Entwurf des Vortrages kann entgegen Ihrer Auffassung nicht als „nur persönliche, private Überlegungen des Verfassers“ aufgefaßt werden, da es sich um ein Referat handelt, das auf die Tagesordnung des Gesundheitsausschusses des Münchner Stadtrates gesetzt wurde und den Leiter des Betriebs- und Krankenhausreferates, einen berufsmäßigen Stadtrat, zum Verfasser hat.

Für die Ärzteschaft ist das Referat schon seiner ganzen Tendenz nach von größter Wichtigkeit.

Im übrigen sei darauf verwiesen, daß in Ihrem Schreiben vom 18. Mai 1961 ausdrücklich angeführt wird, daß „der Ausschuß“ sich „gesprächsweise“ mit dem Gesamtvorgang befaßt hat.

Da die Zuschrift vom 18. Mai 1961 den Bestimmungen über die Aufnahme von Gegendarstellungen nicht entspricht, besteht für den Informationsdienst der Bayer. Landesärztekammer in München an und für sich keine Veranlassung, diese Gegendarstellung zu veröffentlichen. Trotzdem werden wir Ihr Schreiben im Informationsdienst abdrucken, da wir Ihre nunmehrige Darstellung den bayerischen Ärzten nicht vorenthalten möchten.

Mit vorzüglicher Hochachtung  
gez. Dr. Reichstein  
Leiter der Pressestelle

Im Zusammenhang mit dem vorstehend abgedruckten Briefwechsel ist auch die folgende Resolution der Bayer. Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde von besonderer Bedeutung:

#### **Resolution der Bayer. Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde zur Planung öffentlicher Beratungsstellen.**

Die Bayer. Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde hat auf ihrer Tagung am 28. Mai 1961 der am Vortage vom Berufsverband einstimmig angenommenen Resolution einstimmig zugestimmt:

„Die Einrichtung öffentlicher Untersuchungsstellen für Schwangere und Krebsberatungsstellen wird entschieden abgelehnt. Sowohl die Beratung und Überwachung der Schwangeren als auch die Krebsvorsorgeuntersuchung sind in erster Linie Aufgaben niedergelassener praktischer Ärzte und Fachärzte für Frauenheilkunde.“

Es wird festgestellt, daß für öffentliche Untersuchungsstellen kein Bedürfnis besteht, da eine mehr als ausreichende Zahl niedergelassener Ärzte und Fachärzte tätig ist. Neben diesen Ärzten unterhalten Staat oder Städte in ihren Kliniken ohnehin große Konsiliarstellen. Weiter sind durch die Arbeitsgemeinschaft Krebs zytologische Laboratorien im Aufbau oder, wie in München, bereits in Betrieb, die jedem Arzt kostenlos zur Verfügung stehen. Es wird weiter

erklärt, daß anonyme Beratungsstellen für Schwangere und anonyme Krebsberatungsstellen ein echtes Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patientin nicht aufkommen lassen. Dieses Vertrauensverhältnis ist eine wesentliche Voraussetzung des Erfolges jeder ärztlichen Tätigkeit. Man muß sich deshalb nachdrücklich gegen den erneuten Versuch wenden, die ärztliche Berufstätigkeit zu einer unpersönlichen Abfertigung der Hilfesuchenden herabzuwürdigen.“

### Salzburger Krebskongreß 1961

Der Deutsch-Schweizerisch-Österreichische Krebskongreß in Salzburg, an dem vom 26. bis 29. April 1961 etwa 600 Ärzte teilnahmen, wurde am 26. April mit einer Pressekonferenz eingeleitet. Der Präsident des Deutschen Zentrallausschusses für Krebsbekämpfung, Prof. Dr. Dr. Gottron, Tübingen, hielt dabei folgende kurze Ansprache:

„Die Salzburger Krebsstagung ist eine Gemeinschaftstagung des Deutschen Zentrallausschusses für Krebsbekämpfung und Krebsforschung, der Schweizerischen Nationalliga für Krebsbekämpfung und Krebsforschung und der Österreichischen Krebsgesellschaft. Es haben sich damit 3 große Verbände mit gleichgerichteten Zielen zusammengefunden, um gemeinsam eine Zwischenbilanz im Kampf gegen den Krebs zu ziehen, um den gegenwärtigen Stand der Forschung und Behandlung im eigenen Land mitzuteilen und um die Erfahrungen des Nachbarn kennenzulernen. Die einzelne Forscherleistung wird dadurch nicht geschmälert, wenn wir feststellen, daß eine Lösung vieler Probleme, die der Krebs aufwirft, internationale Zusammenarbeit voraussetzt, daß, mit anderen Worten, die Krebsbekämpfung ein Problem aller Völker ist.“

Der Kongreß beschäftigt sich in diesem Jahr vor allem mit aktuellen Fragen der Erkennung und Behandlung von Krebskrankheiten. Die unablässige Bemühung um Verbesserung der Diagnostik dient vor allem der Erfassung der sog. Frühfälle, bei denen die Heilungsaussichten am größten sind und in denen durch die modernen Methoden der operativen Technik und der Strahlentherapie beträchtliche Fortschritte auch an Dauerheilung erzielt werden können. Gerade die besseren Heilungsaussichten der früh erkannten Krebsfälle veranlassen unsere Gesellschaft durch Beratungsstellen, durch Schaffung zelldiagnostischer Zentren, durch Fortbildungskurse für Ärzte und durch unermüdliche Aufklärung der Bevölkerung, die Früherfassung des Krebses zu fördern. Bei dieser Aufklärungsarbeit versuchen wir, auch die Presse und den Film zu beteiligen. Das ist allerdings nicht selten mit Schwierigkeiten und Mißerfolgen verbunden. Ich denke hier weniger an unseriöse und sensationell aufgebaute Berichte über angebliche Heilerfolge bei Krebskrankheiten, die viel Schaden stiften können und

dadurch, daß sie falsche Hoffnungen erwecken, schließlich Enttäuschung und Verzweiflung auslösen. Die ernsthaften Zeitungen und Zeitschriften haben sich daran ohnedies nie beteiligt. Ich denke vielmehr daran, daß Aufklärungsmethoden falsch gehandhabt werden können, oder daß vom Publikum eine sachgemäße Aufklärung falsch verstanden wird. Es ist nutzlos, über solche Fehlwirkungen zu klagen; wir müssen uns vielmehr bemühen, der Presse so viele und gute, sachliche und zweckdienliche Informationen zu geben, daß eine Unterrichtung der Öffentlichkeit über die heutigen Aussichten der Erkennung und Behandlung von Krebskrankheiten möglich wird.

Es ist nicht wenig, was hier in den letzten Jahren erreicht worden ist. Die Hautkrebsse lassen sich heute in 95% der Fälle heilen, und die Statistik der Dauererfolge bei früherfaßten Brust- und Genitalkrebsen der Frau wird von Jahr zu Jahr günstiger. Aber nicht nur was die Heilung im Frühstadium angeht, sondern auch hinsichtlich der Behandlungsmöglichkeit fortgeschrittener Stadien, in denen durch Kombination von Operation, Bestrahlung und interner Therapie vielfach wenigstens Lebensverlängerung und Linderung der Beschwerden erreicht werden kann, ist ein gewisser Optimismus durchaus am Platze. Man muß sich aber vor Augen halten, daß jeder Schrittbreit gesicherten Erfolges ein mühsames und kritisches Arbeiten und Prüfen voraussetzt, bei Krebserkrankungen so gut wie bei jeder anderen Wissenschaft. Und deshalb werden Sie in den Referaten und Diskussionen dieser Tage keine lauten Töne triumphierenden Erfolges hören, sondern Zeuge sein, wie eine Versammlung von Fachleuten sich bemüht, aus den Erfahrungen des einzelnen zu lernen, die Behandlungsanzeigen abzugrenzen, die Erfolge kritisch zu prüfen, zu hören, welche Methode der Erkennung und Behandlung bestimmter Krebserkrankungen das bisher Beste leistet. Was Sie vielleicht hören werden, sind gewisse Heilerfolge bei ganz bestimmten bösartigen Erkrankungen in umrissenen Stadien. Daneben lassen sich wohl auch bestimmte Wege und Richtungen erkennen, die für weitere Beobachtungen und Forschung Erfolg versprechen. Diese zähe und mühevoll Kleinarbeit, dieses schrittweise Ringen um den jeweils besten Weg nach vorn ist die eigentliche Forscherleistung, die sich auf diesem Kongreß zeigen wird.

Bedenken Sie, daß sich hinter dem Wort „Krebs“ keine einheitliche Erkrankung verbirgt, sondern das bösartige Wuchern ganz verschiedener Körperzellen mit unterschiedlicher Malignität. Es ist so eine Vielzahl von bösartigen Erkrankungen gegeben, der sich nun noch die Verschiedenheit der Stadien überlagert, in denen die Kranken zur Behandlung kommen und die Fülle der sog. individuellen Faktoren, wie Alter, körperliche und seelische Widerstandskraft, dazwischentretende andere Erkrankungen usw. Am Ende

#### Unguentum:

Wunden aller Art  
Ekzeme, Impetigo  
Mykosen, Furunkel, Korbunkel,  
Unspez. Fluor (Vaginaltamponade),  
Brandwunden, ulcus cruris  
Operationswunden,  
Wundsein der Säuglinge  
usw.

# Jacosulfon

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

Jacopharm Hamburg-Schenefeld

#### Vaginale (Tabletten)

Unspez. Fluor  
Vaginitis  
Pulvis:  
Trockenbehandlung von Wunden  
Operationswunden Mykosen  
Wundsein d. Säuglinge

aller dieser Variationen steht das Einzelschicksal des Kranken. Wenn Sie dies berücksichtigen, so werden Sie verstehen, daß es das Heilmittel für den Krebs nicht gibt und die jeweilige Behandlung sich nach Art der bösartigen Geschwulst, nach ihrem Entwicklungszustand, ihrem Sitz usw. richten muß.

Sie werden vielleicht fragen, warum Sie hier nichts von den sog. biologischen Behandlungsmethoden der Krebskrankheiten hören, deren angebliche Erfolge so oft und laut gepriesen werden. Unsere Gesellschaften haben auch darüber zu wachen, daß der Boden der Sachlichkeit gerade im Hinblick auf die einzuschlagende Therapie nicht verlassen wird, und wenn Sie sich an meine Ausführungen über die unterschiedliche Natur der Krebserkrankungen erinnern, so werden Sie verstehen, daß wir allen Berichten über angebliche Heilerfolge mit einem einzigen Heilmittel bei allen Krebskrankheiten sehr kritisch gegenüberstehen und uns bemühen, jede glaubensmäßige, nicht auf wissenschaftlicher Erkenntnis beruhende Handlungsweise zu vermeiden. Unsere Gesellschaften beobachten sehr aufmerksam alle Möglichkeiten, die sich in unterstützenden Maßnahmen der Krebsbehandlung abzeichnen, und in mehreren Landesverbänden unserer Organisation bestehen Genesungsheime, in denen Krebskranke zur Nachbehandlung und Erholung unter ärztlicher Leitung aufgenommen werden. Alle Maßnahmen, die zur Steigerung der natürlichen Schutz- und Abwehrkräfte des Organismus dienen — so wichtig sie für den Gesamterfolg der Therapie sein können —, sind aber Hilfsmaßnahmen, die eine tausendfältig erprobte, sachgemäße ärztliche Behandlung nicht ersetzen, sondern nur unterstützen könnten, und die dem Kranken zum Schaden reichen, wenn die eigentliche Behandlung darüber vernachlässigt wird. Wir bitten Sie, an das Einzelschicksal des Krebskranken bei der Abfassung Ihrer Berichte zu denken. Es sollte alles vermieden werden, was dazu führen könnte, daß Krebskranke auf Behandlung mit einer bestimmten Methode drängen, die für ihre Erkrankung und ihr Stadium vielleicht nicht geeignet ist, es sollte vermieden werden, daß dann, wenn diese Methode nicht angewendet werden kann, Unruhe und Verzweiflung dort auftreten, wo nur Optimismus und der Wille, das Leben zu erhalten, von Erfolg sein können.“

Den Festvortrag bei der Eröffnung des Kongresses hielt Prof. Dr. E. K. Frey, München. Er sprach vom Kampf mit dem Krebs und führte dabei u. a. folgendes aus:

Trotz eines gewaltigen, auf der ganzen Welt geführten Kampfes gegen den Krebs stielge die Zahl der Krebskranken immer noch weiter an. Erschreckend sei insbesondere die Zunahme des Bronchial-Carzinoms, das um die Jahrhundertwende noch wenig bekannt war und bei Männern nunmehr die gefährlichste und häufigste Krebskrankheit geworden sei.

Die Ursache dafür sei in der zunehmenden Verunreinigung der Atmosphäre zu suchen, zweifellos spiele auch das starke Zigarettenrauchen eine erhebliche Rolle. Dem Hygieniker erwachse die dringliche Aufgabe, für eine systematische Sanierung der Atmosphäre zu sorgen. Es sei dies heute ebenso wichtig wie die vor 100 Jahren von Pettenkofer geleistete Pionierarbeit zur Verbesserung der Trinkwasserversorgung und Beseitigung der Abwässer.

Trotz aller Bemühungen, den Krebs mit konservativen Mitteln zu behandeln, sei die Operation noch immer das weitaus Aussichtsreichste. Die Erfolge seien stark abhängig von der Frühdiagnose, die vielfach noch unbefriedigend sei.

Der Krebs sei zum mindesten in seinem Beginn ein örtliches Leiden und nicht nur das Symptom einer allgemeinen Erkrankung. Sonst wären die häufigen Dauerheilungen nach Entfernung der Geschwulstbildung (beim Stadium I des Mamma-Carzinoms in über 75%, beim Dickdarmkrebs in 50—60% der Operierten) nicht denkbar.

Eine Vererbung der Krebskrankheit gäbe es nicht. Der auch bei beginnenden Krebsen immer häufiger gelingende Nachweis von Geschwulstzellen im Blute sei kein Beweis für die Unheilbarkeit des Krebses. Der Organismus verfügt über starke Abwehrmaßnahmen gegen im Blute strömende Krebszellen. Wäre es anders, müßten Metastasen noch viel häufiger sein und könnte es auch nicht so viele endgültige Heilungen nach Entfernung der primären Geschwulst geben.

Auf die Probeexsion zur Erlangung eines histologischen Befundes solle nicht verzichtet werden. Sie sei sowohl für die Indikationsstellung zur Operation als auch für die Beurteilung irgendwelcher therapeutischer Maßnahmen von größter Wichtigkeit und bei kunstgerechter Durchführung nicht gefährlich.

Die Strahlenbehandlung leiste vielfach Vorzügliches, insbesondere bei Oberflächen- und Cervix-Carzinomen, brachte aber bei den Krebsen des Verdauungstraktes, der Leber, der Gallengänge, der Niere, der Lunge nicht die Erfolge, die erwartet wurden.

Auf medikamentöse Behandlung reagiere am besten der Krebs der Vorsteherdrüse. Die Verabreichung weiblicher Hormone führt dabei zu jahrelang anhaltender, oft Heilung vortäuschender Besserung. Auch beim Brustdrüsenkrebs bedeute die Hormonbehandlung einen Fortschritt, wenn er auch nicht in gleicher Weise überzeugend ist wie beim Prostatacarzinom.

Die Hoffnung der Zukunft sei die biochemische Forschung, deren Ziel es ist, Stoffe zu finden, die das Wachstum der Geschwulstzellen hemmen, ohne das gesunde Gewebe ernstlich zu schädigen. Von der Erkennung besonderer Eigentümlichkeiten, die den Stoffwechsel der malignen Zelle von dem der normalen unterscheiden, erhoffen wir auch therapeutische Fortschritte.

**RECORSAN**®

die älteste **Herzsalbe**

Jetzt mit neuer Salbengrundlage: Erhöhte Penetration  
Fettfrei - Wasserlöslich - Nicht schmutzend

O. P. 20 g lt. AT. DM 1,80 o. U.

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

Einen Krebsbazillus gäbe es nicht. Ob ein Virus beim Menschen Krebs hervorrufen kann, wie amerikanische Forscher es für wahrscheinlich halten, sei noch sehr strittig.

Alle heute ernsthaft diskutierte Krebsstheorien: Mutationstheorie, Virustheorie, Verlusttheorie erkennen das Verhalten der in den Chromosomen der Zellkerne verankerten Gene als entscheidend an. Die Gene kontrollieren auch den Auf- und den Abbau der Enzyme, an deren Mitwirkung die biologische Regelung geknüpft ist.

Nach Willstätter ist Leben das geregelte Zusammenwirken enzymatischer Prozesse. Eine Störung dieses feinen Zusammenspiels führt zu Krankheit, auch zu Krebs.

Die Krebszelle gehorche den ordnenden Reglern nicht mehr, mache sich bei der Regeneration der Zelle von ihnen unabhängig und wachse dann hemmungslos. Ein-

mal bösartig gewordene Zellen bleiben bösartig und nur ihre Vernichtung kann zur Heilung führen.

Trotz des hohen Standes der biochemischen und experimentellen Forschung bleibe die Beobachtung am krebserkrankten Menschen und die Erfahrung am Krankenbett entscheidend. Der Krebskranke bedürfe nach seiner Entlassung aus der Klinik unbedingt der Nachbehandlung, um die sich Nachkurheime und Mütter-Genesungsheime dankenswert annehmen. Aber auch die aussichtslos Erkrankten sollten ärztlich und menschlich hingebend betreut und mit allen zu Gebote stehenden Mitteln behandelt werden. „Das Gute ist in der Welt, damit es getan wird.“

Krebsforschungsinstitute, besonders Geschwulstkliniken und Geschwulst-Abteilungen, die allen großen Krankenanstalten angegliedert werden, seien ein Erfordernis unserer Zeit, die neue Möglichkeiten einer aussichtsreichen Krebsbehandlung erahnen lasse.

## Zur Fortbildung · AUS DER KLINIK – FÜR DIE PRAXIS

### Zytodiagnostik

Die Zytodiagnostik kann in ihren Anfängen bis weit in das vorige Jahrhundert zurückverfolgt werden. Wahrscheinlich ist Johannes Müller der erste gewesen, der sich mit der zytomorphologischen Erkennung des Malignoms eingehender befaßt hat. Lange Zeit blieb die angewandte Zytologie als zusätzliches klinisch-diagnostisches Verfahren, von wenigen Ausnahmen abgesehen, vergessen. Eine Renaissance war der Methode erst in den letzten 20 Jahren beschieden, die besonders mit dem Namen von G. N. Papanicolaou verbunden ist. Die Entwicklung spezieller Entnahmetechniken, als Voraussetzung für eine erfolgreichere Anwendung des Verfahrens, hat es ermöglicht, fast alle Hohlorgane und Körperhöhlen in die zytologische Untersuchung einzubeziehen. Die Diagnose an exfoliierten Zellen wird heute nicht nur aus unmittelbar abgesonderten Körperflüssigkeiten und Punktaten, sondern auch aus Aspiraten und Waschsedimenten gestellt. In zunehmendem Maße gewinnt ferner die Nadelbiopsie an Bedeutung.

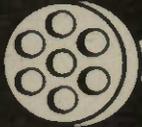
Die Erkennung maligner Prozesse am Ausstrich stützt sich auf zahlreiche, wenn auch nicht spezifische Kriterien an der Tumorzelle. Hinlänglich erörterte Einwände gegen die Diagnose an Einzelzellen konnten fallengelassen werden, nachdem die Methode in der Hand Erfahrener zu unbestreitbaren praktischen Erfolgen geführt hat. Den bekannten morphologischen Kennzeichen, die der Zytologe zur Festigung seiner Diagnose heranzieht, sind kaum neue Erkenntnisse hinzuzufügen. Auch die Zytochemie konnte die Metho-

dik bisher nicht beeinflussen, da mit Hilfe solcher Untersuchungen ein allein der Geschwulstzelle zukommendes Material nicht gefunden wurde. Mit speziellen Mikroskopiermethoden (Interferenzmikroskopie, UV-Mikrospektrographie) stehen wir erst am Zugang zu Gebieten, die keine raschen und eindrucksvollen Fortschritte versprechen. Die Phasenkontrastmikroskopie ist vielfach, namentlich als Schnellverfahren, in der klinischen Zytologie im Gebrauch.

Über die Leistungsfähigkeit der Zelldiagnose hat man heute auf allen ihren Teilgebieten genaue Vorstellungen. Die Treffsicherheit wurde an den falschen positiven und falschen negativen Resultaten festgelegt und die Zuverlässigkeit der zytologischen Aussage anderen klinisch-diagnostischen Hilfsmitteln gegenübergestellt. Es gilt die Erfahrungsregel, daß der mehrfach positive Befund mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit auf ein Neoplasma hinweist. Nicht mit der gleichen Sicherheit kann bei negativen zytologischen Ergebnissen ein bösartiger Prozeß ausgeschlossen werden. Die Rate der falschen negativen Resultate liegt aber zumeist noch in den Grenzen, die für eine Hinweismethode zulässig sind. Auf den wesentlichsten Anwendungsbereichen hat sich deshalb die Methode als unentbehrliches Bindeglied in der diagnostischen Beweiskette des Klinikers, oft auch als einzige in ihrem Aussagewert ausschlaggebende Maßnahme erwiesen.

In der Gynäkologie ist seit Einführung der Kolpozytologie, wie auf keinem anderen Gebiet, ein bemerkenswerter Wandel in der Frühdiagnostik zu verzeichnen. Ein positiver Abstrich zeigt beginnende Stadien

Gute Verträglichkeit  
Gute Wirkung



Muster u. Literatur  
auf Anforderung

Analgeticum · Antineuralgicum

# Streemot

Pharmacolor GmbH, Dr. med. Hubold u. Bartsch-Sandkrug/Old.

des Carzinoms des Collum uteri und seiner fakultativen Vorläufer in 90—95% Sicherheit an. Die unzutreffenden negativen Befunde betragen nach den neuesten Erhebungen etwa 2%. Entscheidend für die Bestätigung eines positiven Zellbildes ist die zweckmäßige Gewebesenntnahme in Form der Konisation der Cervix uteri, da nur auf diese Weise endocervikal gelegene Frühstadien histologisch objektiviert werden können. Die Abstrichprobe beginnt sich auch außerhalb der Kliniken, in den ärztlichen Sprechstunden, im zunehmenden Maß durchzusetzen. Zytologische Zentren, die bereits vielerorts eingerichtet worden sind, können eingesandtes Material im größeren Umfang auswerten. Der Nutzen solcher Vorsorgeuntersuchungen läßt sich an einem großen Material belegen.

6 zytologische Laboratorien, die von der Gesellschaft zur Bekämpfung der Krebskrankheiten in Nordrhein-Westfalen gegründet wurden, haben in 4 Jahren 81 101 Fälle zytologisch kontrolliert und darunter 1501 In-situ-Karzinome und Krebsfrühstadien nachgewiesen.

Kurzfassung des Vortrages „Zytodiagnostik“ von Prof. Dr. K. H. Zinsler beim Salzburger Krebskongreß 1961.

### Chemotherapie mit Zytostatika in der Dermatologie

Bei der Durchsicht der mir zur Verfügung stehenden Literatur über die Chemotherapie mit Zytostatika (Z.) in der Dermatologie ist die sehr unterschiedliche Einstellung zum Sinn und Zweck dieser Behandlungsrichtung bemerkenswert. Es ist daher nicht möglich, eine exakte Einteilung nach der Stoffart und der Behandlungsindikation sowie eine endgültige Beurteilung des therapeutischen Erfolges der Z. zu geben.

Im Februar 1961 wurde eine Umfrage an 22 dermatologische Kliniken und Krankenanstalten im deutschen Sprachgebiet gestellt mit dem Ersuchen um Mitteilung der heute bevorzugten Wahl zytostatischer Substanzen, deren Indikation und Anwendungsart.

Die Auswertung der Rückantwort aus 15 Fachkliniken ergibt folgendes Bild:

#### Allgemeine Therapie mit Z.

Aus der Gruppe der gebräuchlichen alkylierenden Substanzen haben die N-Lost-Derivate, der zyklische N-Lost-Phosphamidester (Endoxan) sowie die Äthyleniminochinon-Verbindungen, das Alkoxy-Äthylenimino-Benzochinon („Bayer“ E 39) die größte Bedeutung.

Bevorzugte Indikationen für diese beiden Stoffe sind die reaktiven hyperplastischen und neoplastischen Reteulosen bzw. Reteothelsarkome, die lymphatischen und myeloischen Hämoblastosen, die metastasierenden malignen Tumoren der Haut sowie an der Haut lokalisierte Organmetastasen.

Aus einer Gruppe chemisch sehr verschiedener Verbindungen mit teilweise noch ungeklärter zytostatischer Wirkung ist die Anwendung von Corticosteroiden allein und in Kombination mit anderen Z., sowie die Verwendung der Aktinomycine hervorzuheben. Die Indikationen dieser Behandlungsmittel sind im wesentlichen die gleichen wie bei den genannten alkylierenden Substanzen. Von besonderer Bedeutung ist die Verwendung des Aktinomycins C (Sanamycin „Bayer“) als erstem Antibiotikum mit zytostatischer Wirkung bei der Lymphogranulomatosis maligna.

Die Angaben über die Dosierung dieser Z. gehen wohl deshalb weit auseinander, da doch für jeden Krankheitsfall ein individuelles Therapieproblem besteht. Eine Beurteilung der Behandlungserfolge wurde meist nicht mitgeteilt, wenn ja, dann mit größter Zurückhaltung.

Von besonderem Interesse ist das Studium der sich auf der Haut abzeichnenden Nebenwirkungen bei der allgemeinen zytostatischen Therapie. Hier sei auf das ausgezeichnet zusammengestellte Kapitel „Zytostatika“ von W. Adam in „Klinik und Therapie der Nebenwirkungen“ (G. Thieme Verlag Stuttgart 1960) hingewiesen. Adam kommt darin zu der Feststellung, daß trotz der chemischen Verschiedenheit und dem unterschiedlichen Angriffspunkt der in Anwendung befindlichen zytostatischen Substanzen eine gewisse Uniformität der Nebenwirkungen sich auf der Haut ablesen läßt. Unter den toxischen Schäden sind Haar ausfall, Nagelwachstumsstörungen, ulceröse Schleimhautentzündungen der Mundhöhle, Haut- und Schleimhautblutungen hervorzuheben. An allergischen Reaktionen werden Pruritus, Urticaria, makulopapulöse Exantheme bis zur pemphigoiden Erythrodermie beobachtet.

#### Lokale Therapie mit Z.

Ähnlich wie bei der Allgemeinbehandlung mit Z. sind auch hier die Meinungen angesichts der guten Erfolge der Strahlen- und chirurgischen Behandlung sehr geteilt.

Die Auswertung unserer Rundfrage ergibt, daß Substanzen, wie Podophyllin (alkoholische Lösung und Salbe 20—25%), Colchizin (Salbe 2—4%) und Verbindungen aus der Reihe der Äthyleniminochinone, wie „Bayer“ E 39, angewendet werden. Das letztere allein zur intra- und subtumoralen Infiltration.

Die Indikationen dieser Substanzen erstrecken sich von den benignen infektiösen Epitheliomen (z. B. Condylomata acuminata) über die Präcancerosen bis zu den echten epithelialen Tumoren (Basaliomen, Spinaliomen) der Haut. Die Erfolgsbeurteilung ist auch hier sehr unterschiedlich und zurückhaltend.

Als Nebenwirkungen wurden lokal primär-toxische und allergische Reaktionen beobachtet.

**DIGESTIVUM**  
Dr. HETTERICH

Gastritis · Anorexie,  
Dysfermentie  
30 ccm DM 1.80 o. U.

GALENICA Dr. HETTERICH · FORTH/B.

### Eigene Erfahrungen bei der lokalen Behandlung mit Äthyleniminochinoverbindungen<sup>1)</sup>, „Bayer“ E 39 bei Hautmalignomen.

In einem Zeitraum von über zwei Jahren wurde bei 31 Patienten mit klinisch diagnostizierten und<sup>2)</sup> histologisch bestätigten malignen Hautgeschwülsten eine Infiltrationsbehandlung mit „Bayer“ E 39 durchgeführt. Ca. 80% der Krankheitsherde waren nach ihrer Lokalisation am Kopf, die restlichen 20% am Rumpf.

Auf Grund der histologischen Befunde handelte es sich bei 26 Patienten um Basaliom, bei vier Patienten um ein Spinaliom und bei einem Patienten um ein Epitheliome mixte.

Die Vorzüge einer lokalen Behandlung mit diesem Z. sind:

1. Die Ungefährlichkeit. Es werden in den Tumor Medikamentenmengen infiltriert, die nach unserer Meinung wegen ihrer geringen Höhe zu keiner schädlichen Allgemeinwirkung führen können.
2. Die exakte Applikation in den Wirkungsort.
3. Die einfache Durchführung.
4. Die Möglichkeit eines genauen Studiums der Wirkung, klinisch und histologisch.
5. Die geringe Recidivbildung.
6. Das oftmals erreichbare vorzügliche Endresultat in funktioneller und kosmetischer Hinsicht.

In Anlehnung an die von Pillat mitgeteilte Anwendungsart wurde die erste Infiltration vorzugsweise subtumoral und nach Abklingen der peritumorale Reaktion eine weitere Injektion direkt in den Tumor verabreicht. Die Zahl der Injektionen, die Höhe der Einzel- und Gesamtdosierung, das zeitliche Intervall zwischen diesen wurde durch die Ausdehnung und histologische Eigenart des Tumors, seine Lokalisation und die entsprechend intensive entzündliche Reaktion der Tumorumgebung bestimmt. Die Dosishöhe überschritt bei keiner Behandlung die Einzelinjektionsmenge von 3 mg „Bayer“ E 39. Die Höhe der Gesamtmenge bewegte sich je nach Krankheitsfall zwischen 4 mg und 16 mg.

#### Zur Klinik der lokalen Reaktion auf „Bayer“ E 39.

Als sichtbare Reaktion kommt es meist schon am Tag nach der ersten Infiltration zu einer stärkeren entzündlichen Rötung und ödematösen Durchtränkung der Tumorumgebung. Der Tumor selbst zeigt sich eingesunken, erweicht, verfärbt und von der entzündeten Umgebung unscharf abgegrenzt. Mit Abklingen der Entzündung wird die Tumornekrose deutlicher sichtbar. Die zu diesem Zeitpunkt, je nach klinisch sichtbarer Notwendigkeit, durchführbare Reinjektion ergibt eine Intensivierung der geschilderten Symptome, vor allem des Nekroseeffektes am Tumor. Einige Wochen nach Behandlungsende läßt sich an der Stelle des Malignoms eine trockene Borke ohne Schwierigkeiten ablösen. Es verbleibt oftmals eine eher zarte, nur leicht eingesunkene Narbenbildung.

Bei der in allen Fällen ambulant durchgeführten Behandlung traten keine wesentlichen Komplikationen auf. Als relativer Nachteil ist die manchmal etwas größere Schmerzhaftigkeit zu erwähnen, die je nach

Dosis des Medikamentes, der Lokalisation, Größe und Tiefenausdehnung des Tumors verschieden intensiv war. Auf die Gefahr einer sekundären bakteriellen Infektion ist zu achten (entsprechender Verband).

Die Vorzüge von „Bayer“ E 39 dürften in der durch die geringe Wasserlöslichkeit bedingten örtlichen „Depotwirkung“ und in einem vermutlich additiven Effekt der Tumorzerstörung durch das alkoholische Lösungsmittel liegen.

#### Die Beurteilung der Heilung

Bei 4 von 31 behandelten Patienten (3 Basaliomen, 1 Spinaliom) kam es während einer mehrmonatigen Beobachtungszeit zu einem histologisch bestätigten lokalen Recidiv. Die Gründe dafür waren vermutlich die zu niedrig gewählte Gesamtdosis oder die zu geringe Infiltrationstiefe. Eine neuerlich durchgeführte Infiltrationsbehandlung führte in jedem Falle zu einem zufriedenstellenden Ergebnis. Bei 18 Patienten liegt die Behandlungszeit bereits ein bis zwei Jahre zurück. Die regelmäßigen Kontrollen ergaben einen recidivfreien Befund.

Von 3 mit „Bayer“ E 39 behandelten Patienten wird die Wirkungsweise des Z. mit Bildmaterial makroskopisch und mikroskopisch demonstriert.

#### Zusammenfassung:

Wie schon eingangs erwähnt, ist es noch nicht möglich, eine endgültige Beurteilung der Bedeutung der allgemeinen Therapie der uns bis heute zur Verfügung stehenden Z. zu geben.

Bei allen zur Allgemein-Therapie angewandten zytostatischen Substanzen ist die Empfindlichkeit des Tumorgewebes geringer gegenüber dem intensiver proliferierenden Maserungsgewebe des Organismus.

Das Ziel der Erforschung neuer zytostatisch wirksamer Substanzen muß daher die Entwicklung von Stoffen mit großer therapeutischer Breite sein, die einmal eine spezifische, zellteilungshemmende Wirkung am malignen entarteten Gewebe ausüben und zum anderen möglichst frei von toxischen Schädigungen des Organismus sind.

15 Rückantworten aus einer Rundfrage an 22 Hautkliniken und Krankenanstalten wurden hinsichtlich Medikamentenwahl, Behandlungsindikation und Anwendungsart ausgewertet. Eine genaue Stellungnahme zu den Dosierungsproblemen und den Behandlungserfolgen kann infolge der Individualität jedes Krankheitsbildes und Erkrankungsfalles nicht gegeben werden.

Die lokale Chemotherapie von malignen Hauttumoren, besonders mit den von Petersen und Gauss hergestellten, von Domagk tierexperimentell geprüften und von Wolf und Gerlich in die humane Medizin eingeführten Äthyleniminochinonen, aus dieser Reihe dem „Bayer“ E 39 stellt eine einfache, wirkungsvolle und kaum gefährliche Behandlung dar. Sie ist eine wertvolle Bereicherung der bisher geübten Strahlen- und chirurgischen Behandlung.

In einem auf mehr als zwei Jahre sich erstreckenden Erfahrungsbericht über 31 behandelte Patienten wurde ausführlich auf Klinik und Therapie der lokalen Anwendung mit diesem Z. eingegangen.

Kurzfassung des Vortrages „Chemotherapie mit Zytostatika in der Dermatologie“ von Dr. J. Kohler, Bregenz, beim Salzburger Krebskongreß 1961.

<sup>1)</sup> Der Fa. Protopharm GmbH, Wien, der Vertretung der Farbenfabriken Bayer AG. in Österreich, sei für die Überlassung von reichlichen Versuchsmengen gedankt.

<sup>2)</sup> Meinem verehrten Lehrer, Herrn Univ.-Prof. Dr. A. Matras, möchte ich für die histologischen Befunde herzlich danken.

## AUS DER BUNDESPOLITIK

### Bundesärzteordnung in der parlamentarischen Beratung

Der Bundesrat hat in seiner Sitzung am 14. April 1961 den von der Bundesregierung vorgelegten Entwurf einer Bundesärzteordnung beraten und entsprechend den Empfehlungen seiner Ausschüsse für innere Angelegenheiten, für Arbeit und Sozialpolitik und des Rechtsausschusses eine große Reihe von Änderungen beschlossen. Als Berichterstatter erklärte Innenminister Dufhues von Nordrhein-Westfalen folgendes:

„Der Entwurf einer Bundesärzteordnung betrifft die größte Gruppe unter den Heilberufen. Für die an Zahl kleinere Zahnärzteschaft sind die Voraussetzungen der Berufsausübung bereits durch das Zahnheilkundengesetz vom 31. März 1952 geregelt worden. Es erscheint richtig, auch die Bestimmungen über die Berufszulassung der Ärzte in einer Weise zu ordnen, die den heutigen Verhältnissen entspricht.

Vor 1945 war für die gesamten Rechtsverhältnisse des ärztlichen Berufs die Reichsärzteordnung von 1935 maßgebend. Nur wenige Bestimmungen dieses Gesetzes gelten noch heute als Bundesrecht fort. Es sind nach Art. 74, 125 GG die Vorschriften, welche die Zulassung zum ärztlichen Beruf behandeln und somit gemäß Art. 74 Nr. 19 GG der konkurrierenden Gesetzgebung unterliegen. Die übrigen Bestimmungen der Reichsärzteordnung, etwa über die Ärztekammer oder über die Berufsgerichtsbarkeit, sind durch landesrechtliche Regelungen abgelöst. Das Land Bayern hat darüber hinaus ein vollständig eigenes Ärztegesetz erlassen.

Die Bundesärzteordnung soll eine bundeseinheitliche Regelung der Zulassung zum ärztlichen Beruf bringen.

Eine ‚Bundesärzteordnung‘ kann lediglich die Materie ordnen, für die der Bund zuständig ist. Das gilt nach Art. 74 Nr. 19 GG nur für die Zulassung zum Arztberuf. Ich darf das hervorheben, weil ein Teil der Ärzteschaft die eine oder andere Bestimmung aus der alten Reichsärzteordnung gern in der Bundesärzteordnung wiedergesehen hätte und wohl auch die Bundesregierung nicht bei allen Bestimmungen, das ist jedenfalls die Auffassung der beteiligten Ausschüsse des Bundesrates, der Kompetenzverteilung des Grundgesetzes gerecht geworden ist.

So enthält schon § 1 des Entwurfs die in etwas abgewandelter Form aus der Reichsärzteordnung übernommene Deklamation, daß der Arzt der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes dient. Dies ist sicherlich eine richtige Feststellung, aber zweifelsfrei auch keine Vorschrift über die Zulassung zum ärztlichen Heilberuf. Ich bin im übrigen der Meinung, daß sich die Ärzte auch ohne eine solche Deklamation an den Eid des Hippokrates halten werden. Deshalb schlägt der Rechtsausschuß die Streichung vor. Gegen die in § 1 weiter enthaltene Feststellung, daß der ärztliche Beruf kein Gewerbe ist, bestehen keine Bedenken.

Der Entwurf behandelt weiter die für die Ausübung des ärztlichen Berufs erforderliche Bestallung und die Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung dieses Berufes. Die Bestallungsvoraussetzungen ähneln in der Systematik den Zulassungsvoraussetzungen der übri-

gen Heilberufe und der Heilhilfsberufe. Im weiteren Gesetzgebungsverfahren sollte nach Auffassung des Rechtsausschusses geprüft werden, ob nicht eine restlose Angleichung zweckmäßig ist.

Von besonderer Bedeutung sind die Bestimmungen über die Bestallung für Personen, die ihre Ausbildung in der Sowjetischen Besatzungszone oder im Sowjetsektor von Berlin erhalten haben. Wir alle bedauern, daß sich die mitteldeutschen Ausbildungsvorschriften immer mehr von den in der Bundesrepublik Deutschland herrschenden Auffassungen über die ärztliche Ausbildung unterscheiden. Aber wir können die Augen nicht vor der Wirklichkeit verschließen. Jedenfalls soll ein Antragsteller, der in der Sowjetischen Besatzungszone oder im Sowjetsektor von Berlin ausgebildet ist, einen Rechtsanspruch auf die Bestallung als Arzt haben, wenn er neben den allgemeinen Voraussetzungen die Gleichwertigkeit seines Ausbildungsstandes nachweist.

Antragsteiler, die nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen, können unter gewissen Voraussetzungen die Bestallung als Arzt erhalten. Die hierüber vorgesehenen Bestimmungen bedeuten im Hinblick auf die Angleichung der Vorschriften in den europäischen Staaten einen beachtlichen Fortschritt.

Die im Entwurf vorgesehene Ermächtigung des Bundesministers des Innern zum Erlaß einer Bestallungsordnung für Ärzte ist im Hinblick auf Art. 80 GG nach Inhalt und Ausmaß ausführlicher gehalten als die bisherige Ermächtigung der Reichsärzteordnung. Bei den Bestimmungen über Zurücknahme und Ruhen der Bestallung sollte bis zum zweiten Durchgang des Gesetzentwurfs geprüft werden, ob die Entscheidungen der Berufsgerichte für die Verwaltung bindend sein sollen. Ferner wird vorgeschlagen, im weiteren Gesetzgebungsverfahren zu klären, inwieweit sich die Voraussetzungen für die Wiederaufnahme des ärztlichen Berufs von den Bestimmungen über die erstmalige Bestallung unterscheiden.

Neben einigen weiteren, mehr formellen Änderungsvorschlägen der Bundesratsausschüsse weise ich besonders auf die Stellungnahme des Rechtsausschusses hin, nach der es für den Erlaß einer Gebührenordnung an der Gesetzgebungskompetenz des Bundes fehlt. Der Arzt erhält Gebühren und Honorare für seine ärztliche Tätigkeit. Es handelt sich also nicht um eine Frage, die die Zulassung zum ärztlichen Beruf betrifft. Eine einheitliche Gebührenordnung ist — auch darüber sollte Einvernehmen bestehen — durchaus zweckmäßig und geboten. Es dürften aber keine Schwierigkeiten bestehen, sie durch die Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamten der Länder vorzubereiten und durch die Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister beschließen zu lassen. Sie könnte dann in den Ländern einheitlich erlassen werden.

Abgesehen von den Änderungsvorschlägen der Bundesratsausschüsse, die ich im wesentlichen vorgetragen habe, werden gegen den Entwurf keine Einwendungen erhoben.“

Der Gesamtvorstand der Bundesärztekammer hat in seiner letzten Sitzung am 14. April 1961 dazu folgenden Beschluß gefaßt:

Der Gesamtvorstand der Bundesärztekammer hat davon Kenntnis genommen, daß der Bundesrat in seiner Sitzung vom 14. 4. 1961 im ersten Durchlauf des Gesetzentwurfs einer Bundesärzteordnung u. a. beschloß, die im § 11 des Gesetzentwurfes vorgesehene Ermächtigung der Bundesregierung zum Erlaß einer bundeseinheitlichen Gebührenordnung nach Anhörung der Ärztekammern durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates zu streichen. Der Gesamtvorstand der Bundesärztekammer bedauert diesen Beschluß und betont, daß er nach wie vor den Erlaß einer bundeseinheitlichen und allgemein verbindlichen Gebührenordnung mit Mindest- und Höchstsätzen für notwendig hält.

Die Bundesregierung hat inzwischen dem Parlament als Bundestagsdrucksache Nr. 2745 den Entwurf einer Bundesärzteordnung mit einer Stellungnahme zu den Änderungswünschen des Bundesrates zugeleitet. Während die Bundesregierung einigen Änderungsvorschlägen des Bundesrates zustimmt, widerspricht sie der Auffassung des Bundesrates, daß für den Erlaß einer Gebührenordnung der Bund keine Gesetzgebungskompetenz habe. Sie stellt vielmehr

fest, daß die Zuständigkeit des Bundes zum Erlaß einer Gebührenordnung für Ärzte sich vor allem aus Art. 74 Nr. 11 des Grundgesetzes ergibt. Dieser Rechtsauffassung stehe nicht entgegen, daß der ärztliche Beruf kein Gewerbe ist. Die Bundesregierung weist weiter auch darauf hin, daß im Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde eine Ermächtigung des Bundesministers des Innern zum Erlaß einer Gebührenordnung für Zahnärzte enthalten sei und daß der Bundesrat einer darauf gestützten Rechtsverordnung zugestimmt habe. Es seien weiterhin alle geltenden Gebührenvorschriften für Ärzte und Zahnärzte vom Bund erlassen worden. Ihre Gültigkeit sei bisher auch weder von den Gerichten noch im Schrifttum bestritten worden.

Der Gesundheitsausschuß des Deutschen Bundestags hat inzwischen in einer Sitzung, die er in Berlin abgehalten hatte, diesen Gesetzentwurf beraten. Er hat sich dabei u. a. nachdrücklich für die Kompetenz des Bundes zum Erlaß einer Gebührenordnung ausgesprochen. Während der Drucklegung dieses Heftes hat der Bundestag die Bundesärzteordnung verabschiedet. Eine Besprechung folgt.

## AUS DER LANDESPOLITIK

Der Bayerische Staatsminister des Innern ersuchte den Bundesminister des Innern um baldige Prüfung des peroralen Poliomyelitis-Impfstoffes.

„Im Bayerischen Landtag wurde der Antrag gestellt, die Staatsregierung wolle baldmöglichst die perorale Schutzimpfung gegen übertragbare Kinderlähmung einführen, sobald die Voraussetzungen für eine schnelle wissenschaftliche Prüfung dieses Verfahrens geschaffen sind.

Dieser Antrag ist aus der besonderen Situation in Bayern verständlich. Durch zahlreiche Presseveröffentlichungen ist die Bevölkerung unterrichtet, daß Bayern im Jahre 1960 am stärksten von allen Bundesländern von der übertragbaren Kinderlähmung heimgesucht war. Durch das Auftreten von Erkrankungen in den ersten Monaten dieses Jahres (bis 15. 4. 1961: 77 Erkrankungen mit 9 Todesfällen) besteht eine Beunruhigung, vor allem aus der Befürchtung heraus, daß sich in den Sommermonaten erneut eine Poliomyelitiswelle ausbreiten könnte.

Da es allgemein bekannt ist, daß in West-Berlin, in anderen europäischen Ländern, in den USA und in der UdSSR die orale Impfung bereits erfolgreich angewendet worden ist, hat sich der Bayerische Landtag mit der Frage beschäftigt, weshalb in Bayern die perorale Schutzimpfung noch nicht durchgeführt wird und warum in der Bundesrepublik noch keine Möglichkeit besteht, den peroralen Impfstoff zu prüfen, obwohl dies in der Schweiz an Hand von Prüfungsrichtlinien bereits geschieht.

Ich wäre Ihnen dankbar, wenn Sie darauf hinwirken würden, daß die vom Bundesgesundheitsamt ausarbeitenden Richtlinien für Prüfbestimmungen in Kürze fertiggestellt werden und daß nach dem Erlaß dieser

Richtlinien im Paul-Ehrlich-Institut eine baldige Prüfung des Impfstoffes durchgeführt wird.

Die besonderen Verhältnisse in Bayern veranlassen mich zu dieser Bitte. Für eine Mitteilung über den derzeitigen Stand der Entwicklung wäre ich dankbar.“

Kürzlich hatte der Ausschuß für sozialpolitische Angelegenheiten des Bayerischen Landtags zum Ausdruck gebracht, die perorale Schutzimpfung (= Einnehmen des Impfstoffes in Tabletten) gegen die übertragbare Kinderlähmung solle in Bayern möglichst bald eingeführt werden.

### **Bayerischer Innenminister für bessere Maßnahmen gegen die Einschleppung von Pocken**

Der Bayerische Staatsminister des Innern, Alfons Goppel, hat auf Grund der kürzlich in Ansbach gemachten Erfahrungen den Bundesministern des Innern und für Verkehr Maßnahmen vorgeschlagen, durch welche dem Einschleppen von Pocken noch besser als bisher vorgebeugt werden soll. In seinen Schreiben an die beiden Bundesminister regte Staatsminister Goppel an, zu prüfen,

ob die Fluggesellschaften verpflichtet werden können, Passagierlisten mit Vor- und Zunamen der Flugreisenden, ihren Reisezielen und ihren Heimatadressen zu führen (Fluggäste, die mit dem aus Ansbach stammenden Pockenkranken in Berührung gekommen waren, konnten nur unter erheblichen Schwierigkeiten ermittelt werden, weil die Passagierlisten die dafür benötigten Angaben nicht enthielten),

ob die Gültigkeitsdauer des nach den internationalen Gesundheitsvorschriften (World Health Regulations Nr. 2) erforderlichen Impfnachweises von drei Jahren auf zwei verkürzt werden soll

(der aus Ansbach stammende Pockenranke hatte einen gültigen Impfnachweis, war also vor weniger als drei Jahren geimpft worden, und war dennoch an Pocken — wenn auch in sehr leichter Form — erkrankt),

ob die international vorgeschriebene Zeit für die Beobachtungen oder Quarantäne von Pockenverdächtigen von 14 Tagen auf 18 Tage verlängert werden soll (die bisher vorgeschriebene Zeit hatte sich in Ansbach, wie schon früher in Heidelberg, als zu kurz erwiesen).

Staatsminister Goppel wies in seinen Schreiben darauf hin, daß bei dem starken internationalen Flugverkehr jederzeit wieder Pocken eingeschleppt werden können.

### Zur Besoldung der Hochschullehrer

Der Landtagsabgeordnete Dr. med. Klaus Dehler hat im Bayer. Landtag folgenden Antrag eingebracht:

„Die Staatsregierung wird ersucht, alsbald in Anbetracht der Empfehlungen des Stifterverbandes für die Deutsche Wissenschaft über die ständige Konferenz der Kultusminister zu einer Vereinbarung der Bundesländer über eine Neuordnung des Besoldungsrechtes der Hochschullehrer zu kommen und dem Landtag einen entsprechenden Gesetzentwurf vorzulegen.“

## AMTLICHES

### Landesärzte nach dem Körperbehindertengesetz

Als Landesarzt nach dem Gesetz über die Fürsorge für Körperbehinderte und von einer Körperbehinderung bedrohte Personen (Körperbehindertengesetz) vom 27. 2. 1957 (BGBl. I S. 147) wurde neu bestellt:

Für den Regierungsbezirk Oberbayern, ausgenommen die Landeshauptstadt München:  
Dr. med. J. Hilgers, Facharzt für Orthopädie, München 9, Seybothstr. 10.

Absatz 1 Halbsatz 2 der MB vom 16. 9. 1960 (StAnz. Nr. 39, MABl. S. 751) wird aufgehoben; der bisherige Landesarzt Privatdozent Dr. med. A. Fürmaier ist verstorben.

I. A. gez. Dr. Riedl, Ministerialdirektor

### Ruhen der Befugnis zur Ausübung des ärztlichen Berufs

Die Gesundheitsbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg teilte mit, daß der Senat der Freien und Hansestadt Hamburg durch rechtskräftige Verfügung vom 10. 11. 1960 die Befugnis des Dr. med. Hans-Ulrich Scheer, geb. 18. 12. 1914, wohnhaft Hamburg, Innocentiastraße 51, zur Ausübung des ärztlichen Berufs gemäß § 7 der Reichsärzteordnung vom 13. 12. 1935 (RGBl. I S. 1433) für ruhend erklärt hat.

Dr. Hein, Regierungsmedizinalkdirektor

Die Regierung von Oberbayern hat mit Bescheid vom 15. 12. 1958 dem prakt. Arzt Dr. med. Richard Hür-

### Einführungslehrgang für die Kassenpraxis

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet zusammen mit den Verbänden der Krankenkassen am Donnerstag, den 20. Juli 1961, in Ingolstadt einen Einführungslehrgang für die Kassenpraxis (§ 17 ZO-Ärzte).

Nähere Einzelheiten sind bei der Bezirksstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern, München 23, Königinstraße 85/II zu erfragen.

mer, geb. 15. 9. 1920, wohnhaft in München, die Ausübung des ärztlichen Berufes untersagt. Dieser Bescheid war mit dem sofortigen Vollzug versehen und ist seit dem 11. 4. 1961 unanfechtbar geworden.

## GESETZES- UND RECHTSFRAGEN

### Zur Anstaltsunterbringung Psychisch-Kranker

Der Problemkreis der Anstaltsunterbringung Psychisch-Kranker ist in der Literatur und Rechtsprechung im vergangenen Jahr eingehend erörtert worden. Für die Praxis sind vor allem zwei Urteile bedeutsam geworden, deren Leitsätze im folgenden wiedergegeben werden.

1. **Beschluß des Bundesverfassungsgerichts vom 10. 2. 1960** (1 BvR 526/53, 29/58):

Eine richterliche Entscheidung nach Art. 104 Abs. 2 Satz 1 und 2 des Grundgesetzes ist auch dann erforderlich, wenn der Vormund in Ausübung seines Aufenthaltsbestimmungsrechts den volljährigen Entmündigten in einer geschlossenen Anstalt unterbringt.

2. **Beschluß des Bayer. Obersten Landesgerichts vom 17. 8. 1960** (WBeschwReg. 41/60):

- Zur gerichtlichen Genehmigung der Unterbringung eines volljährigen Entmündigten in einer geschlossenen Anstalt (BVerfG, NJW 60, 811) ist der Vormundschaftsrichter — nicht der Rechtspfleger — berufen.
- Der Vormund hat sich bei der Unterbringung nur nach dem wohlverstandenen Interesse des Mündels zu richten. Dieses Interesse erfordert auch, das Mündel davor zu bewahren, daß es infolge der Krankheit andere belästigt oder gefährdet.
- Die richterliche Genehmigung der Unterbringung ist nicht zu befristen; doch hat der Richter in angemessenen Zwischenräumen von Amts wegen zu überprüfen, ob die Voraussetzungen noch vorliegen.
- Dem Mündel steht gegen den Genehmigungsbeschluß die unbefristete Beschwerde zu; es kann dieses Recht, auch wenn es geschäftsunfähig ist, ohne Mitwirkung des gesetzlichen Vertreters ausüben.

In Bayern ist im übrigen maßgebend das Gesetz über die Verwahrung geisteskranker, geistesschwacher, rauschgift- oder alkoholsüchtiger Personen (Verwahrungsgesetz) vom 30. April 1952 (BayBS, S. 435), das auch im „Handbuch für den Bayerischen Arzt — Arztrecht —“ unter Nr. A III 4 wiedergegeben ist. Erwähnt sei hier aus diesem Gesetz Art. 1, der lautet:

„Geistesranke, geistesschwache, rauschgift- oder alkoholsüchtige Personen, die gemeingefährlich

# Geratol

seit über 50 Jahren  
BEI MAGEN-, DARM-, LEBER-, GALLENLEIDEN u STOFFWECHSELSTÖRUNGEN

ARZNEIMITTELFABRIK CHR. LUDWIG JACOBI, BERLIN SW 61, HASENHEIDE 54

oder selbstgefährlich sind, können in einer Heil- und Pflegeanstalt, einer Nervenkl. einer Entziehungsanstalt oder sonst in geeigneter Weise verwahrt werden, wenn dies aus Gründen der öffentlichen Sicherheit oder Ordnung erforderlich ist.“

Dem verschiedentlich von ärztlicher Seite geäußerten Wunsch der versuchsweisen Beurlaubung Psychisch-Kranker aus der Anstalt kommt das Bayerische Verwahrungsgesetz in Art. 8 Abs. 5 insoweit entgegen, als danach der Untergebrachte durch Gerichtsbeschluss probeweise entlassen werden darf.

Auch für die Anstaltsunterbringung eines Minderjährigen durch den Vormund oder Pfleger (nicht durch die Eltern) wird in der Rechtsprechung (Beschluss des Oberlandesgerichts Hamm vom 26. 8. 1960, 15 W 283/60) die vormundschafgerichtliche Genehmigung und weiter die Überprüfung in gewissen Zeitabständen, ob die Freiheitsentziehung aufrechtzuerhalten ist, verlangt (vergl. Art. 8 des Bay. Verwahrungsgesetzes). In dem Genehmigungsverfahren muß das Mündel grundsätzlich persönlich gehört werden.

RA Poellinger, München

### Aus der Berufsgerichtsbarkeit

#### Ausstellung falscher Zeugnisse

a) Urteil des Berufsgerichts München vom 17. 12. 60 (AZ BG — Ä 16/1960); rechtskräftig.

Sachverhalt: Dr. X. hatte 1957 einem Patienten folgende ärztliche Bescheinigung ausgestellt: „Herr Y. war in der Zeit vom Dezember 1953 bis einschließlich Mai 1954 krank und bettlägrig.“ Der Patient Y. brauchte dieses Zeugnis zur Vorlage bei einer Behörde, um eine Fristversäumnis zu rechtfertigen. Das Zeugnis war insofern falsch, als der Patient Y. nicht während des gesamten Zeitraums krank und bettlägrig war. Als dies aufgedeckt wurde, ergänzte Dr. X. auch noch die Karteikarte des Patienten in seiner Kartel, um die Krankheit und Arbeitsunfähigkeit des Patienten in der fraglichen Zeit vorzutäuschen.

Wegen dieses Sachverhalts wurde Dr. X. vom Schöffengericht anstelle einer an sich verwirkten Gefängnisstrafe von einem Monat zu einer Geldstrafe von 300 DM sowie zu einer weiteren Geldstrafe von 500 DM verurteilt.

Das Berufsgericht erkannte gegen ihn auf eine Geldbuße von 500 DM.

Aus den Gründen: Der Beschuldigte hat durch sein Verhalten gegen § 8 Abs. 1 S. 1 der Berufsordnung von 1950 verstoßen. Nach dieser Vorschrift hat der Arzt bei der Ausstellung von ärztlichen Zeugnissen mit der größten Sorgfalt zu verfahren und nach bestem Wissen nur seine ärztliche Überzeugung auszusprechen (ebenso § 9 der jetzt geltenden Berufsordnung von 1958, § 8 der Berufsordnung für die Deutschen Ärzte vom 5. 11. 1937 und § 4 Abs. 1 S. 2 der Standesordnung für die Deutschen Ärzte von 1926).

Der Beschuldigte hat im vorliegenden Fall zur Förderung eines uniauteren Zwecks wider besseres Wissen die Dauer der Erkrankung und der Bettlägerigkeit verlängert. Entgegen der Vorschrift des § 8 Abs. 1 S. 3 der Berufsordnung von 1950 hat er auch den Zweck des Zeugnisses und seinen Empfänger nicht genannt. Das Zeugnis entspricht somit nach Form und Inhalt nicht den Anforderungen des § 8 der Berufsordnung. Die wissentliche Falschausstellung eines Zeugnisses verträgt sich nicht mit einer gewissenhaften Berufsausübung und ist nicht entschuldbar.

Der Beschuldigte hat außerdem durch Falscheinträge in der Kartei versucht, die Aufdeckung der Unrichtigkeit des Zeugnisses zu verhindern. In diesem Verhalten ist eine Berufspflichtverletzung nach § 1 Abs. 1 der Berufsordnung von 1950 zu erblicken, wonach der Arzt verpflichtet ist, seinen Beruf gewissenhaft auszuüben.

Das Berufsgericht hat wiederholt ausgeführt (z. B. Urteil vom 30. 7. 1960 — BG Ä 7/60), daß im Interesse des Ansehens des Ärztestandes bei der Ausstellung von ärztlichen Attesten, deren Wirkungskreis im Laufe der Zeit immer größer geworden ist, die peinlichste Sorg-

falt und Gewissenhaftigkeit geboten ist. Der Arzt muß bei der Abfassung von Attesten mit besonderer Gründlichkeit zu Wege gehen, da für die ärztlichen Zeugnisse eine erhöhte Bedeutung und besondere Beweiskraft beansprucht zu werden pflegt. Die Verfehlung des Beschuldigten wiegt um so schwerer, als das Zeugnis, wie er wußte, zur Einreichung bei einer Behörde bestimmt war, die auf Grund dieses Zeugnisses eine Maßnahme treffen sollte. Die wissentliche Ausstellung eines falschen Zeugnisses schädigt sowohl das Publikum wie auch das Ansehen des ganzen ärztlichen Standes.

Zugunsten des Beschuldigten berücksichtigte das Berufsgericht den Druck des Strafverfahrens, der auf ihm lastete, und die Geldstrafe in der Gesamthöhe von 800 DM, die gegen ihn verhängt wurde. Unter diesen Umständen hielt das Berufsgericht eine Geldbuße von 500 DM noch für eine ausreichende Sühne.

b) Urteil des Berufsgerichts München vom 30. 7. 60 (AZ BG — Ä 7/1960); rechtskräftig.

Sachverhalt: Dr. X. bestätigte einer Patientin in einem ärztlichen Zeugnis die Behandlung einer Krankheit in einem bestimmten Zeitraum. Die Bescheinigung wurde ausgestellt, um das Nichterscheinen der Patientin als Zeugin vor Gericht zu rechtfertigen. Sowohl die Krankheit als auch der Behandlungszeitraum waren falsch angegeben.

Das Berufsgericht erkannte gegen Dr. X. auf eine Geldbuße von 300 DM.

Aus den Gründen: Der Beschuldigte hat wider besseres Wissen den Behandlungsbeginn vorverlegt. Er hat grob fahrlässig insoweit gehandelt, als er auf Grund einer oberflächlichen Untersuchung und einseitiger Angaben der Patientin die Feststellung traf, sie sei an einer fieberhaften Grippe seit einigen Tagen erkrankt und bettlägrig gewesen.

Das Berufsgericht hat in ständiger Rechtsprechung die Auffassung vertreten, daß im Interesse des Ansehens des Ärztestandes bei der Ausstellung von ärztlichen Attesten die peinlichste Sorgfalt und Gewissenhaftigkeit geboten ist. Der Arzt muß bei der Abfassung von Attesten mit besonderer Gründlichkeit zu Wege gehen, da für die ärztlichen Zeugnisse eine erhöhte Bedeutung und besondere Beweiskraft beansprucht zu werden pflegt. Unter keinen Umständen darf er eine Bescheinigung über einen Vorgang ausstellen, den er nicht selbst wahrgenommen hat. In einem Zeugnis hat er stets anzugeben, ob die bescheinigte Tatsache auf eigener Beobachtung und Wissenschaft oder auf den für glaubwürdig gehaltenen Angaben des Patienten oder dritter Personen beruht. In besonderen Fällen kann sich zwar die Notwendigkeit ergeben, ein Zeugnis ohne persönliche Untersuchung, nur auf Grund schriftlicher Unterlagen auszustellen. Diese Tatsache muß aber in dem Zeugnis deutlich zum Ausdruck kommen.

Im vorliegenden Fall fehlten dem Beschuldigten nähere Unterlagen für seine Behauptung, die Patientin sei seit einigen Tagen an Grippe erkrankt und bettlägrig gewesen. Er verließ sich nur auf die Angaben der unbekanntenen Patientin, die er als glaubwürdig ansah. Er hätte dies entweder in dem Zeugnis bemerken oder die Ausstellung des Zeugnisses ablehnen müssen. Pflicht des Beschuldigten war es, somit äußerst genau zu verfahren, eigene Wahrnehmungen und bekundete Behauptungen des Patienten scharf zu trennen und sich vor jeder unwahren Angabe zu hüten. Ein standeswidriger Mangel an Sorgfalt und Gründlichkeit muß in dem Verhalten des Beschuldigten um so mehr erblickt werden, als das Zeugnis, wie er wußte, zur Einreichung bei Gericht bestimmt war, welches auf Grund des Zeugnisses eine Maßnahme treffen mußte.

Durch sein Verhalten hat der Beschuldigte gegen die Vorschrift des § 9 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns 1958 verstoßen, wonach bei der Ausstellung von ärztlichen Gutachten und Zeugnissen der Arzt mit der notwendigen Sorgfalt zu verfahren und nach bestem Wissen nur seine ärztliche Überzeugung auszusprechen hat.

RA Poellinger, München

## STEUERFRAGEN

### Zur Frage der Steuervergünstigung eines Arztes

Das Finanzgericht Düsseldorf hatte im Urteil vom 30. März 1960 — I 153 — 156/58 — (Entscheidungen der Finanzgerichte — EFG — 1960 S. 457) darüber zu entscheiden, ob ein Arzt, der nach umfangreichen Untersuchungen und nach wissenschaftlichen Grundsätzen schriftliche Gutachten über einzelne Leidensfälle abgibt, eine wissenschaftliche Tätigkeit i. S. des § 34 Abs. 5 bzw. 4 des Einkommensteuergesetzes (EStG) vornimmt. In dem inzwischen rechtskräftig gewordenen Urteil ist dies bejaht worden. Das Gericht führt in seinen Gründen u. a. aus:

Es muß sich bei einer wissenschaftlichen Tätigkeit um eine Tätigkeit handeln, durch die eine schwierige Frage oder Aufgabe auf Grund wissenschaftlicher Kenntnisse oder Erkenntnisse nach wissenschaftlichen Grundsätzen, d. h. nach streng sachlichen und objektiven Gesichtspunkten, gelöst wird (so schon die Urteile des Bundesfinanzhofs — BFH — vom 30. 4. 1952 und 3. 5. 1957, abgedruckt in Bundessteuerblättern — BStBl. — 1952 III S. 165 und 1957 III S. 227). Dies liegt hier vor. Jeweils außer einem ausführlichen Bericht über die „Vorgeschichte“ und den „Unternehmensbefund“ zeigen die Gutachten des Beschwerdeführers (Bf.) eine eingehende Beurteilung des Falles, in der die Frage beantwortet wird, ob und inwieweit bei den festgestellten Leidenszuständen ein Zusammenhang mit Kriegs- oder Gefangenschaftseinflüssen besteht. Aus dem Gutachten ergibt sich, daß jeder Fall anders lag und umfangreiche Untersuchungen, teilweise unter Beiziehung früherer Unterlagen, angestellt werden mußten. Der Charakter wissenschaftlicher Arbeiten kann diesen Gutachten nicht abgesprochen werden. Nach dem BFH-Urteil vom 30. 4. 1952 sind nicht lediglich steuerbegünstigt Gutachten über abstrakte Fragen, sondern auch Gutachten, die konkret praktische Streitfälle erledigen. Zu denken ist z. B. an medizinische Gutachten über schwere Krankheitsfälle. Um einen solchen handelt es sich im Streitfalle.

Die Überlegung des Finanzamts, es handle sich bei allen Gutachten des Bf. nur um schriftlich festgelegte Diagnosen, denen kein wissenschaftlicher Charakter beizumessen sei, weil sonst die gesamte ärztliche Tätigkeit als wissenschaftlich bezeichnet werden müsse, trifft nicht zu. Es braucht hier nicht die Frage geprüft zu werden, ob jede ärztliche Betätigung als wissenschaftlich anzusprechen sei. Solange sie als Haupttätigkeit eines freien Berufes ausgeübt wird, kommt es darauf nicht an. Die Gutachtertätigkeit, die der Bf. im Streitfalle ausgeübt hat, ist als wissenschaftliche schon deshalb anzusehen, weil sie über die Feststellung eines Leidensbefundes hinaus dessen Zusammenhänge mit früheren Ereignissen offenzulegen und nach wissenschaftlichen Erkenntnissen die Kausalität der Zusammenhänge in einer für das Versorgungs-

verfahren verwertbaren Weise gutachtlich zu beurteilen hat. Der BFH hat den wissenschaftlichen Charakter einer derartigen Gutachtertätigkeit auch in einem gleichgelagerten Falle in seinem Urteil vom 5. 7. 1956 (BStBl. 1956 III S. 300) anerkannt.

Die weiteren Voraussetzungen in § 34 Abs. 5 bzw. Abs. 4 Ziff. 1 und 2 EStG sind im Streitfalle auch erfüllt. Die Einkünfte des Bf. aus nichtselbständiger Arbeit als Obermedizinalrat überwiegen seine übrigen Einkünfte. Nicht zu den Einkünften aus nichtselbständiger Arbeit gehören die Nebeneinkünfte aus der Gutachtertätigkeit des Bf. Keine Rolle spielt die Frage der Abgrenzbarkeit der Nebeneinkünfte aus Gutachtertätigkeit von den Einkünften aus Berufstätigkeit als Arzt, da der Bf. keine eigene Arztpraxis ausübt, aus der er Einkünfte aus Berufstätigkeit erzielen könnte.

Das Finanzamt glaubt zu Unrecht, eine steuerbegünstigte Nebentätigkeit deshalb nicht mehr annehmen zu können, weil die Gutachtertätigkeit des Bf. bei der Vielzahl der abgegebenen Gutachten und der großen zeitlichen Inanspruchnahme für deren Ausarbeitung als zweite Haupttätigkeit anzusehen sei. Das vom Finanzamt zitierte Urteil des BFH vom 24. 7. 1958 (BStBl. 1958 III S. 389) kann hier nicht angewandt werden. Der BFH verneint in dieser Entscheidung das Vorliegen einer Nebentätigkeit, da die Steuervergünstigung des § 34 Abs. 5 bzw. Abs. 4 EStG dann nicht in Betracht kommen könne, wenn ein Berufsträger seinen Beruf teils im Angestelltenverhältnis und teils freiberuflich ausübe. Beim Bf. können solche Überlegungen nicht durchgreifen. Er ist beamteter Obermedizinalrat bei einer Landesversicherungsanstalt. Eine zweite Haupttätigkeit kann er, ohne seine Pflichten als Beamter zu verletzen, nicht ausüben. Selbst bei erheblichem Zeitaufwand für seine Gutachtertätigkeit kann diese den Charakter einer Nebentätigkeit nicht verlieren, solange der Bf. seinen Dienst als Obermedizinalrat versieht. Es kann deshalb dahingestellt bleiben, ob der Gesetzgeber nicht bewußt auf die Prüfung der Frage nach einer zweiten Haupttätigkeit hat verzichten wollen, indem er die Steuervergünstigung des § 34 Abs. 5 bzw. Abs. 4 EStG auf die Hälfte der Einkünfte aus der Haupttätigkeit und auf die Fälle beschränkte, bei denen die Einkünfte aus der Haupttätigkeit die übrigen Einkünfte überwiegen.

Dr. P. P f a f f, RR, Berlin-Dahlem, Pücklerstr. 52

## BUCHBESPRECHUNGEN

**Der Arzt vor dem Richter.** Ein Arztrecht für den Praktiker von Dr. jur. Georg S c h u l z. Schlütersche Buchdruckerei / Verlagsanstalt, Hannover, Georgswall. 260 Seiten, flexibler Ganzleinen-Einband, DM 19.—.

Es kann nicht oft genug betont werden, wie wichtig gerade für den Arzt die Kenntnis von Rechtsbegriffen und Rechtsvorschriften ist. Kaum ein Beruf kommt bei der Ausübung seiner Tätigkeit dermaßen häufig mit Rechts-

# ferrum Kleopfer...

*ein Vitamin-Eisen-Roborans,  
das schmeckt!*

Rp. 1000 mg Ferro.,  
30 mg Cobalt.,  
30 mg Mangan-Glukonat,  
20 mg Vitamin B<sub>1</sub>,  
5 mg Vitamin B<sub>2</sub>,  
80 mg Nikotinamid,  
1,6 mg Vitamin B<sub>6</sub>,  
16 mg Na.-pantothien.,  
6 mg Folsäure,  
100 Gamma Vitamin B<sub>12</sub>,  
3 g Leberextrakt und einen  
Extrakt aus Hele und Citrus-  
früchten ad 100 g.

PROTINA GMBH. MÜNCHEN 54

vorschriften in Berührung wie der ärztliche Beruf. Deshalb ist die Forderung mehr als berechtigt, schon den jungen Medizinstudenten an der Universität mit den rechtlichen Dingen seines künftigen Berufes einigermaßen vertraut zu machen; bis heute wird dazu kaum Gelegenheit geboten.

Um so dankenswerter ist es, wenn die Schlütersche Verlagsanstalt heute das Buch „Der Arzt vor dem Richter“ herausgebracht hat. Mit einem bemerkenswerten Verständnis hat Schulz in diesem Buch fast alle Rechtsfragen angesprochen, die den Arzt in der Praxis nur interessieren können. Dabei ist nicht nur die „prophylaktische“ Bedeutung des Buches besonders hervorzuheben; das Buch gibt dem Arzt wirksame Argumente für seine Überlegungen vor seiner Entscheidung im Zweifelsfall, es gibt ihm auch Hinweise für seine Verteidigung im Notfalle. Der Aufbau des Werkes — in fast 200 Stichworten sind einzelne Problemkreise erfaßt — ermöglicht es dem Leser, sich mühelos über eine ihn interessierende Frage zu informieren. Dabei hat der Verfasser auch wertvolle Hinweise auf weitere Literatur und Rechtsprechung zu der konkreten Frage gegeben. Deshalb empfiehlt sich das Buch nicht nur in die Hand eines jeden praktizierenden Arztes, es ist auch ein wertvolles Hilfsmittel für den mit ärztlichen Streitfragen befaßten Rechtsanwalt und die Gerichte.

Obwohl der Verfasser im Vorwort darauf hinweist, daß er nur Fragen des „allgemeinen Arztrechts“ behandelt habe, finden sich in dem Werk dankenswerterweise auch zahlreiche Hinweise auf Fragen des Kassenarztrechts, insbesondere des Zulassungsrechts.

Schulz hat die von ihm behandelten Einzelfragen trotz aller Knappheit mit der notwendigen Gründlichkeit und — dies fällt gegenüber anderen Werken auf diesem Gebiet besonders angenehm auf! — mit exakter Rechtskenntnis behandelt. Die exakte rechtliche Begründung für einen bestimmten Standpunkt ist gerade bei den Fragen wesentlich, die den Arzt in der Praxis besonders berühren. So legt Schulz unter dem Stichwort „Blutentnahme“ zutreffend dar, daß den frei praktizierenden Arzt auf Grund des Ersuchens der Staatsanwaltschaft oder der Polizei keine rechtliche Verpflichtung trifft, eine gewünschte Blutentnahme vorzunehmen (S. 78). Unter dem Stichwort „Krankenunterlagen“ widerlegt Schulz überzeugend die Auffassung mancher Sozialgerichte, der Arzt müsse nach § 106 SGG seine Unterlagen über einen Patienten vorlegen (S. 149); weiter ist hier begründet, warum der Arzt nicht verpflichtet ist, etwa dem Patienten persönlich seine Aufzeichnungen vorzulegen (S. 153). Besonders wesentlich für die Praxis sind auch die Ausführungen unter dem Stichwort „Nothilfe“ (S. 171), wobei Schulz ebenso wie schon Bösch (In ÄM 1956/263) die Auffassung widerlegt, daß durch § 330 c StGB für den Arzt mehr Pflichten als für jeden anderen Staatsbürger geschaffen worden seien.

Soweit bestimmte Rechtsansichten strittig sind, weist Schulz meist selbst darauf hin. So unter dem Stichwort „Zeugnisverweigerungsrecht“ (S. 239/40), wo er davon ausgeht, daß nach dem Tode des Patienten die Hinterbliebenen bzw. Erben den behandelnden Arzt von seiner Schweigepflicht entbinden könnten. Diese Auffassung wie auch die Meinung, der Arzt müsse als Zeuge vor Gericht über die Geisteskrankheit eines von ihm behandelten Verstorbenen aussagen (S. 66), hat früher schon Widerspruch gefunden (vgl. Rahn in „Hessisches Ärzteblatt 1959/497“ und Poellinger in „Bayer. Ärzteblatt“ 1960/114). Das grundsätzliche Wesen der ärztlichen Schweigepflicht, das Schulz sonst voll anerkennt, verlangt die Wahrung des Berufsgeheimnisses auch über den Tod des Patienten hinaus; jedenfalls muß die Entscheidung über eine evtl. befugte Offenbarung der Geheimnisse des Toten allein dem Arzt überlassen bleiben.

Wenn Schulz in seinem Werk dankenswerterweise auch eine Fülle berufsrechtlicher Fragen erörtert, so muß dazu in Bayern an Stelle der von Schulz zitierten „Berufsordnung für die Deutschen Ärzte“, die vom 59. Deutschen Ärztetag beschlossen wurde (und nur eine Empfehlung für die einzelnen Landesärztekammern darstellte), die „Berufsordnung für die Ärzte Bayerns vom 1. 4. 1958“ herangezogen werden (siehe „Handbuch für den Bayerischen Arzt — Arztrecht“ unter A I 5 und 5a). Unter dem Stichwort „Berufsverbot“ ist in Bayern zu vermerken, daß die Ausübung des ärztlichen Berufes nicht nur von den Ge-

richten, sondern auch von der Verwaltung, das ist die zuständige Regierung, untersagt werden kann (vergl. Art. 3 des Bayer. Ärztegesetzes vom 25. 5. 1946, BayBS II S. 58).  
Franz Poellinger, München

#### „Rote Liste 1961“

Der Versand der Roten Liste 1961 steht vor dem Abschluß. Alle Ärzte, die noch nicht das für sie vorgesehene Exemplar erhalten haben, wollen sich bitte an den Editio Cantor Verlag KG. in Aulendorf/Würt. wenden, damit ihnen die Liste zugesandt wird.

## KONGRESSE UND FORTBILDUNG

### IV. Fortbildungskurs für Dermatologie in München

Die Dermatologische Universitätsklinik in München veranstaltet unter Leitung von Prof. A. Marchionini in der Zeit vom 31. Juli bis 5. August 1961 ihren IV. Fortbildungskurs über Fortschritte der praktischen Dermatologie, Venerologie und verwandter Gebiete.

#### Vorläufiges Programm

BANDMANN-München: 1. Grundlagen der Anatomie für den praktischen Dermatologen. 2. Die Bedeutung der Entwicklungsgeschichte für die Dermatologie. BORELLI-München: 1. Probleme und praktische Anwendung der Prophylaxe in der Dermatologie und Venerologie. 2. Die Stellungnahme des Dermatologen zu aktuellen Fragen der Prostitution. GÖTZ-Essen: Indikation und Gegenindikation der Griseofulvintherapie. JABLONSKA-Warschau: Sklerodermie, sklerodermieähnliche Zustände und ihre Behandlung. JADASSOHN-Genf: Aus der Praxis für die Praxis. JORDAN-Münster: 1. Elementare Hauttherapie mit kritischen Bemerkungen. 2. Neuere Erkenntnisse zur Ursache und Behandlung von Fertilitätsstörungen des Mannes. KALKOFF-Freiburg: 1. Über Klinik und Therapie der Candida-Erkrankungen. 2. Klinik und Therapie der mit Purpura einhergehenden Krankheiten. KIMMI-Hamburg: Neuzzeitliche Entwicklungen der Chemotherapie in der Dermatologie. LINSENER-Berlin: Klimatherapie in der Dermatologie. MARCHIONINI-München: Was muß der praktische Dermatologe unserer Breiten von tropischen und subtropischen Hautkrankheiten wissen? MIESCHER-Zürich: Ausgewählte Kapitel der klinischen Dermatologie. NASEMANN-München: Was leistet die Elektronenmikroskopie zur Diagnostik der Infektionskrankheiten der Haut? OBERMAYER-Los Angeles: Probleme der Psychodermatologie und ihre Bedeutung für die Praxis. PETERS-Hamburg: Die Bedeutung der Virusarten für die Ätiologie der Tumoren. RÖCKL-München: Trichomoniasis und ihre Therapie. SCHIRREN-München: 1. Auswirkungen von Kernwaffenexplosionen auf die Haut. 2. Kritische Stellungnahme zur Anwendung radioaktiver Substanzen in der Therapie des praktischen Dermatologen. SCHUHMACHERS-München: Klinik und Behandlung der De- und Hyperpigmentierungen. SPIER-Berlin: Melanomalignomprobleme. SULZBERGER-New York: 1. Die Dermatologie im Wandel der Zeiten (der letzten 25 Jahre). 2. Neue und wirksamere Methoden der dermatologischen Therapie. TAPPEINER-Wien: Therapie der Verätzungen und Verbrennungen in der dermatologischen Sprechstunde. THIES-Berlin: Die Resochin-Behandlung der Hautkrankheiten.

Anmeldungen an Oberarzt Priv.-Doz. Dr. Dr. S. BORELLI, München 15, Dermatologische Klinik und Poliklinik der Universität, Frauenlobstraße 9.

SICHERHEIT im Alter

SICHERHEIT für die Familie

durch die BAYERISCHE ARZTEVERSORGUNG

## 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 Anknüpfungsstelle in Verbindung zu setzen.

### Juni/Juli:

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

### Juli:

21.—22. 7. in München: 38. Tagung der Bayerischen Chirurgen-Vereinigung im Hörsaal der Chirurgischen Universitätsklinik. Leitung und Auskunft: Obermedizinalrat Dr. E. Oetle, Krumbach/Schw., Kreis-Krankenhaus.

### 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.

### August:

5.—9. 8. in Freiburg: 5. Internationaler Rorschach-Kongress. Auskunft: Kongressbüro, Institut für Psychologie und Charakterologie an der Universität Freiburg i. B., Peterstraße 1.

### August/Sept.:

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

### September:

1.—3. 9. in Westerland/Sylt: Tagung des Deutschen Ärztinnenbundes e. V. Auskunft: Frau Dr. H. Lezius, Hamburg 19, Schwenkestraße 19.

4.—6. 9. in Köln: Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie. Auskunft: Dr. med. Boden, Köln, Hohenstaufenring 7.

4.—8. 9. in München: 4. Internationaler Kongress für Neuro-pathologie. Auskunft: Prof. Dr. J.-E. Meyer, Nervenklinik der Universität, München, Nußbaumstraße 7.

11.—13. 9. in Heidelberg: 60. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde. Auskunft: Prof. Dr. J. Wolff, Duisburg, Lotharstraße 63.

11.—16. 9. in Freudenstadt: Atemtherapie-Seminar und Atemmassage-Lehrgang. Auskunft: Geschäftsstelle der AFA: Institut für Atempflege, Dr. V. Glaser, Freudenstadt, Straßburger Straße 25.

11.—18. 9. in Westerland/Sylt: 15. Ärztliches Seminar für Meeresheilkunde unter der Leitung von Prof. Dr. med. H. Pfeleiderer. Auskunft: Universitätsinstitut für Bioklimatologie und Meeresheilkunde in Westerland/Sylt.

12.—17. 9. in Aachen, Lüttich und Maastricht: 7. Internationaler Konvent für Vitalstoffe, Ernährung, Zivilisationskrankheiten. Auskunft: Sekretariat der Gesellschaft, Hannover-Kirchrode, Bemeroder Str. 61.

14.—16. 9. in Freudenstadt/Schw.: 3. Arbeitstagung der Internationalen Gesellschaft für Neurotherapie nach Huneke. Auskunft: Präsidium der Gesellschaft, Heidenheim/Brenz.

18.—20. 9. in Augsburg: 44. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Medizin, Naturwissenschaft und Technik e. V. Auskunft: Dr. med. H. H. Böttger, Hamburg 13, Hallerplatz 9.

16.—23. 9. in Freudenstadt: 21. Kongress für Naturheilverfahren im Stadthaus zu Freudenstadt/Schwarzwald. Auskunft: Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren e. V., Dr. med. H. Haferkamp, Leiter des Ausbildungswesens, Mainz, Adam-Karrillon-Str. 13.

20.—30. 9. in Freudenstadt: 17. Psychotherapieseminar. Auskunft: Dr. Graf Wittgenstein, München 23, Königinstraße 101.

22.—24. 9. in Augsburg: Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin, Thema: „Aktuelle Therapie“. Auskunft: Augsburger Fortbildungstage für prakt. Medizin, Augsburg, Schaezlerstraße 19.

24.—28. 9. in Heidelberg: Kongress der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft. Auskunft: Prof. Dr. W. Jaeger, Heidelberg, Berghelmer Straße 20.

28.—30. 9. in Hamburg: 21. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. Auskunft: Kongress-Sekretariat Hamburg 1, Lohmühlenstr. 5, Allgemeines Krankenhaus St. Georg.

29.—30. 9. in Freudenstadt/Schw.: 45. Versammlung der Vereinigung Südwestdeutscher Hals-, Nasen-, Ohrenärzte. Auskunft: Dozent Dr. W. Becker, Universitäts-Hals-Nasen-Ohrenklinik Mainz.

### September/Oktober:

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

### Oktober:

6.—7. 10. in Bad Nauheim: 5. Kongress für Pathologie, Therapie und Begutachtung von Helmkehrekrankheiten. Auskunft: Verband der Helmkehrer Deutschlands e. V., Bad Godesberg, Herrstraße 17.

6.—8. 10. in Gaißach-Bad Tölz: Fortbildungskurs für Kinder-tuberkulose anlässlich des 30jährigen Bestehens der Kinderheilstätte Gaißach. Hauptthema: „Neueste Ergebnisse auf dem Gebiet der Kindertuberkulose“.

Zuverlässig stimuliert

# Cholaktol

die sekretive Leistung der Leberzellen nach individuellen Normen, ohne drastische oder toxische Belastungen

DR. IVO DEIGLMEIR CHEM. FABRIKNACHF. · MÜNCHEN 25

- Vorsitzender: Prof. Dr. G. Weber, Univ.-Kinderpoliklinik München. Auskunft: Dr. P. Ch. Schmid, Chefarzt der Kinderheilstätte Gaislach.
- 9.—11. 10. in Braunlage: Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Balneologie, Bioklimatologie und Physikalische Therapie. Auskunft: Prof. Dr. med. Zörken-Dörfer, Bad Salzfließen, Bäderwissenschaftliches Institut.
- 12.—15. 10. in Regensburg: 27. Fortbildungskurs für Ärzte. Auskunft: Sekretariat der ärztlichen Fortbildungskurse, Regensburg, Altes Rathaus, Zimmer 5a.
- 27.—29. 10. in Erlangen: 8. Fortbildungskurs in Elektrokardiographie. Auskunft: Sekretariat der Medizinischen Poliklinik Erlangen, Ostl. Stadtmauerstraße 29.
- 28.—29. 10. in München: Bayerischer Internistenkongreß. Auskunft: Sekretariat der Vereinigung der Fachärzte für innere Medizin Bayerns e. V., Dr. M. Jacubert, I. Medizinische Klinik, München 15, Ziemsenstraße 1.
- November:**
- 3.—4. 11. in Frankfurt am Main: Arbeitstagung der Gesellschaft für Wirbelsäulenforschung. Auskunft: Prof. Dr. Junghanns, Oldenburg. Evangel. Krankenhaus.
- 24.—26. 11. in Nürnberg: 12. Wissenschaftliche Ärztetagung im Messehaus der Stadt Nürnberg. Leitung: Prof. Dr. Meythaler. Auskunft: Sekretariat von Prof. Dr. Meythaler, Nürnberg, Flurstraße 17.

### AUSLAND

- Juli:**
- 2.—9. 7. in Tours: 1. Internationaler Kongreß für Präventiv- und ländliche Medizin. Auskunft: Prof. Vacar, 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. Guillion, Generalsekretär, 8 Avenue Mac Mahon, Paris XVII.
- August:**
- 14.—19. 8. in Wien: 2. Internationaler Kongreß für psychische Entwicklungsstörungen im Kindesalter. Auskunft: Universitäts-Kinderklinik, Wien IX, Lazarettgasse 14.
- 21.—26. 8. in Wien: Internationaler Kongreß für Psychotherapie. Auskunft: Dr. W. Spiel, Wien IX, Lazarettgasse 14.
- August/September:**
21. 8.—2. 9. Meran: IX. Internationaler Lehrgang für praktische Medizin, veranstaltet von der Bundesärztekammer. Prospekte und Anmeldungen ab Mai 1961: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
28. 8.—2. 9. in Wien: 8. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Haematologie. Auskunft: Generalsekretariat, Wien IX, Frankgasse 8.
- September:**
- 3.—9. 9. in Wien: 3. Weltkongreß der Internationalen Federation für Gynäkologie und Geburtshilfe. Auskunft: Dozent Dr. V. Grünberger, Wiss. Sekretär, Medizinische Akademie, Wien IX, Alserstr. 4.
- 3.—10. 9. in Pörschach/Kärnten: 3. Internationaler Kongreß für Kneipp-Therapie, Allgemeine Therapie, Rehabilitation, Ganzmedizin (17. Fortbildungslehrgang) der Österreichischen und Deutschen Kneipp-Ärzte-Gesellschaft. Auskunft: Sekretariat des Kneipp-Ärztebundes, Bad Wörishofen, Postfach 180.
- 4.—7. 9. in Rom: 10. Internationaler Kongreß für rheumatische Krankheiten. Auskunft: Prof. Dr. C. B. Ballabio, Clinica Medica Generale, Via F. Sforza 35, Mailand.
- 4.—10. 9. in Bad Aussee: 4. Weltkongreß für prophylaktische Medizin und Sozialhygiene. Auskunft: Präsidium der Weltunion für prophylaktische Medizin und Sozialhygiene, Dr. E. Berghoff, Wien VIII, Piaristengasse 41.

- 7.—12. 9. in Rom: Internationaler Kongreß für Humangenetik. Auskunft: Sekretariat des 2. Internationalen Kongresses für Humangenetik Istituto G. Mendel, Piazza Galeno 5, Rom.
- 7.—13. 9. in Rom: 5. Internationaler Kongreß für Elektro-Enzephalographie und klinische Neurophysiologie. Auskunft: Dr. R. Vizioli, Viale Università 30, Rom.
- 8.—10. 9. in Genf: Anaesthetik-Kongreß der Deutschen, Österreichischen und Schweizerischen Gesellschaft für Anaesthetik. Auskunft: Frau Dr. med. Charlotte Lehmann, München 8, Ismaninger Straße 22, Krankenhaus rechts der Isar.
- 10.—15. 9. in Rom: 7. Internationaler Neurologen-Kongreß. Auskunft: Dr. G. Alema, Viale Università, Rom.
- 10.—20. 9. in Velden/Wörther See: Herbsttagung 1961 für Ganzheitsmedizin und Naturheilverfahren. Auskunft: Bundesverband Deutscher Ärzte für Naturheilverfahren e. V., Verbandsbüro, München 2, Richard-Wagner-Straße 101.
- 11.—14. 9. in Salzburg: 3. Praktikerkongreß der Internationalen Gesellschaft für praktisch angewandte Medizin. Auskunft: Dr. R. N. Braun, Brunn a. d. Wild, Niederösterreich.
- 14.—17. 9. in Neapel: 2. Internationales Symposium für Chemotherapie. Auskunft: Prof. Dr. P. Preziosi, Case postale 266, Neapel.
- 18.—22. 9. in Rom: Internationaler Neuroradiologischer Kongreß. Auskunft: VI. Symposium Neuroradiologicum c/o CIT-Ufficio Congressi, Piazza Colonna 193, Rom.
- September/Oktober:**
20. 9.—1. 10. in St. Vincent/Aostatal: 3. Internationaler Kongreß der Internationalen Medizinischen Gesellschaft zum Studium der Lebensbedingungen und Gesundheit. Auskunft: Sekretariat der Gesellschaft, Wien VII, Burggasse 71/1/6.
- 27.—30. 9. in Zürich: Kongreß der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft unter dem Vorsitz von Prof. Dr. M. R. Francillon. Auskunft: Prof. Dr. M. R. Francillon, Orthopädische Universitätsklinik Balgrist, Zürich 8, Forchstraße 326.
- Oktober:**
- 6.—8. 10. in Genf: 7. Kongreß der Internationalen Vereinigung für Therapie. Leitung: Prof. Dr. G. Bickel. Auskunft: Dr. P. Rentchnick, Case Postale 229, Genf 4.

### Bellagenhinweis

Dieser Ausgabe liegen Prospekte folgender Firmen bei:

Klinge, München 23;  
 Dr. Rudolf Reiss, Berlin;  
 Uzara-Werk, Melsungen;  
 Ehl & Co., Arzneimittel KG., München 9;  
 Merckle GmbH., Blaubeuren;  
 Winora, Wirtschaftsvereinigung deutscher Ärzte e. G. m. b. H., Hamburg 1;  
 Deutsche Arzneimittel Gesellschaft, Berlin-West.



„Bayerisches Arzteblatt“, 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. Postcheckkonto Nr. 52 52 Amt München, Bayer. Landesärztekammer (Abt. Bayer. Arzteblatt). Anzeigenverwaltung: Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler, München 15, Sonnenstraße 29. Telefon-Sammel-Nr. 55 80 81, Fernschreiber 65 23662. Telegrammadresse: Gablerpress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharschinger, München. Druck: Richard Pfäum 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. Alleingiger Inhaber der Verlagsrechte ist die Bayer. Landesärztekammer, München, Königinstraße 85.

# Privatschule für Arzthelferinnen Ph. Walner . München

Ärztliche Leitung: Univers.-Professor Dr. med. Julius Mayr · Dr. med. Hans Schwerdtfeger

Schule: Lindwurmstraße 73

Sekretariat: Nußbaumstr. 30/II

Erste staatlich genehmigte Fachschule für Arzthelferinnen und Arztsekretärinnen in Bayern

Halbjahres-Lehrgang: Beginn 1. September und 1. März - Einjährige Schnlausbildung: Beginn 1. September

Vor Anstellung einer Absolventin bitte Auskunft bei der Schulleitung (Tel. 53 47 70) einholen.

Prospekt über Sekretariat: München 15, Nußbaumstr. 30/II, Tel. 53 47 70

Am Krankenhans Holzkirchen/Obb. (85 Betten, im Jahre 1960 modernisiert, 30 km vor München, chirurgisch, gynäkol. und allgemein) sind baldmöglichst, spätestens jedoch bis 1. 9. 1961

## 2 Assistenzarztstellen

evtl. auch mit Medizinalassistenten, zu besetzen. Vergütung nach Verg.-Gr. II bzw. III des BAT.

Bewerbungen an den Markt Holzkirchen erbeten.

Im Kreiskrankenhaus Rottenburg a. d. Laaber (130 Betten) sind ab sofort die Stellen für

- 1 Assistenzarzt f. chir. Abteilung, TO A II,
- 1 Assistenzarzt f. int. Abteilung, TO A II,
- 1 Med.-Assistenten f. chir. Abteilung und
- 1 Med.-Assistenten f. int. Abteilung

neu zu besetzen.

Abgeschlossene Wohnung ist vorhanden. Bewerbungen mit Lebenslauf, Zeugnissen und Lichtbild sind zu richten an

Landratsamt Rottenburg a. d. Laaber über Landshut/Bayern

Bezirksspital in Langenthal (Kanton Bern, Schweiz) sucht

## Assistenzarzt

für die chirurgische Abteilung. Sehr gute Honorierung. Bewerbungen mit den erforderlichen Unterlagen erbeten an den Chefarzt, Herrn Dr. med. H. Lüdi, Chirurg FMH.

Die Basler Heilstätte in Davos (Schweiz) sucht zu baldigem Eintritt

## Röntgenassistentin

für die diagnostische Abteilung. Selbständige, interne Stelle. Bewerbungen mit Gehaltsansprüchen sind zu richten an

Dr. H. Geiger, Chefarzt

Beim Kreiskrankenhaus Krumbach (Schw.) ist die Stelle einer staatlich geprüften

## Krankengymnastin

nach Verg.-Gr. VII BAT mit Vorrückungsmöglichkeit nach Verg.-Gr. VI b BAT sofort zu besetzen. Unterkunft und Verpflegung zu angemessenen Vergütungssätzen, evtl. im Hause. Bewerbungen mit lückenlosem Lebenslauf, Zeugnisabschriften und Lichtbild baldmöglichst erbeten an den

Chefarzt des Kreiskrankenhauses Krumbach (Schwaben)

Für die

## medizin.-wissenschaftliche Abteilung

suchen wir Ideenreichen, wissenschaftl. interessierten und promovierten, jüngeren

# MEDIZINER

Bei der Durchführung vielseitiger Aufgaben kann sich der Bewerber in interessante medizinische, chemische und bakteriologische Gebiete einarbeiten. Es handelt sich um eine sehr entwicklungs-fähige und gut dotierte Dauerstellung.

Ausführliche Bewerbungen mit Lebenslauf, Lichtbild, lückenlosen Zeugnisabschriften und Gehaltswünschen an

## RAVENSBERG GMBH.

Chem. Fabrik, Konstanz, Postfach 228

Für das Kreiskrankenhaus Pfarrkirchen/Ndb. (160 Betten, Unfallkrankenhaus mit Durchgangsarztverfahren, Anrechnung von 3 Jahren für chirurgische Facharztausbildung) werden ab sofort oder später gesucht

## ein Assistenzarzt (-ärztin)

bei freier Verpflegung, Vergütung nach TO A II. Sicheres Nebeneinkommen

## ein Medizinalassistent (in)

(zugelassen für Chirurgie und Gynäkologie). Vergütung nach TO A III.

Bewerbungen mit Lebenslauf, Zeugnisabschriften und Lichtbild erbeten an das Landratsamt Pfarrkirchen.

Für anerkannte Wirbelsäulen-Therapie in chirurgisch-orthopädischer Fachpraxis mit Klinik, südd. Großstadt, wird zum 1. 10. 61

## Assistent

gesucht. Große Röntgendiagnostik incl. Röntgen-Kinematographie und zahlreiche elektro-physikalische Apparate vorhanden. Chirurgische, orthopädische, röntgenologische oder physio-therapeutische Ausbildung oder Fachausbildung erwünscht. Wissenschaftliche Mitarbeit. Bezahlung je nach Ausbildung TO A II oder I. Gutachten werden gesondert bezahlt. Zuschr. erbeten unter 331/285 über CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH, München 2, Karlsplatz 13

## Stellengesuche

Suche für meine Tochter, 23 J., ev., höhere Schulbildung (lat.), mittlere Reife

## examierte Krankenschwester

zum 1. 10. 1961 passende Stellung in München, möglichst in Werksambulanz oder groß. Facharztpraxis (Chirurg.). Besonderes Interesse für Arbeiten im Op. Perfekte Kenntnisse in Steno und Schreibmaschine, Gutachten und D-Arztverfahren.

Dipl.-Ing. Josef Aengeneyndt  
z. Z. Grünwald/München  
Hirtenweg 11a

Arztin sucht ab 1. 9. 1961

## Assistenzarztstelle

nach TO A, anrechenbar auf Facharztausbildung. Angebote erbeten unter 331/276 über CARL GABLER WERBEGES. MBH., München 2, Karlsplatz 13

## Medizinalassistentin

bisher chir. tätig, sucht int. und geb.-gyn. Stelle ab 1. 9. 1961. Angebote erbeten unter 331/286 über CARL GABLER WERBEGES. MBH., München 2, Karlsplatz 13.

## Arztsekretärin

Steno, Masch., Terminologie, D-Arzt-Verf., Gutachten, Tonband, s. neue St. z. Herbst. Zuschr. m. Gehalt unt. 331/288 über CARL GABLER WERBEGESELLSCH. MBH., München 2, Karlsplatz 13, erbeten.

## Verschiedenes

## Kinderfachärztin

übernimmt im Raum Bayreuth-Nürnberg Vertretung ab 1. 7. 1961. Zuschr. erbeten unter 331/275 über CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH., München 2, Karlsplatz 13

Mittelgroße

## Landpraxis

in Nähe Bad Stebens zum 1. 7. 61 oder später abzugeben.

Dr. med. Heinrich Morgenthum  
Geroldsgrün/Ofr.

Gutgehende

## Allgemeinpraxis

in München ab 1. 7. 1961 abzugeben. Zuschr. erbet. unt. M. M. 78961 über CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH, München 2, Karlsplatz 13

# LENICET<sup>®</sup> - Salbe



Wiederherstellung des normalen Säurewertes von Haut und Wundfläche. Förderung der baktericiden Abwehrkraft. Reizlos, kühlend, adstringierend.

## INDIKATIONEN

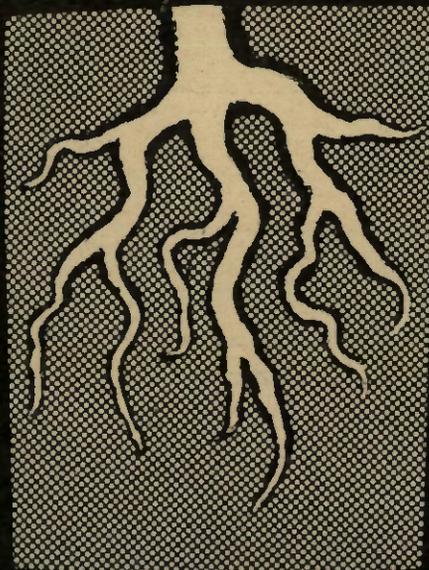
Dermatosen, Verbrennungen, Rhagaden, Verletzungen, Ekzeme, Massagen

1/4 Dose	DM 0.80	1/2 Dose	DM 1.95
1/2 Dose	DM 1.15	Tube	DM 1.70

(Unverbindliche Richtpreise)



„Wir wollen sein ein einzig Volk von Brüdern...“



## bei venösen Leiden

Tropfen · Dragees · Salbe  
mit Aesculus und Sulfur

# Aescosulf<sup>®</sup>

APOTHEKER MÜLLER ARZNEIMITTELFABRIK BIELEFELD