

BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

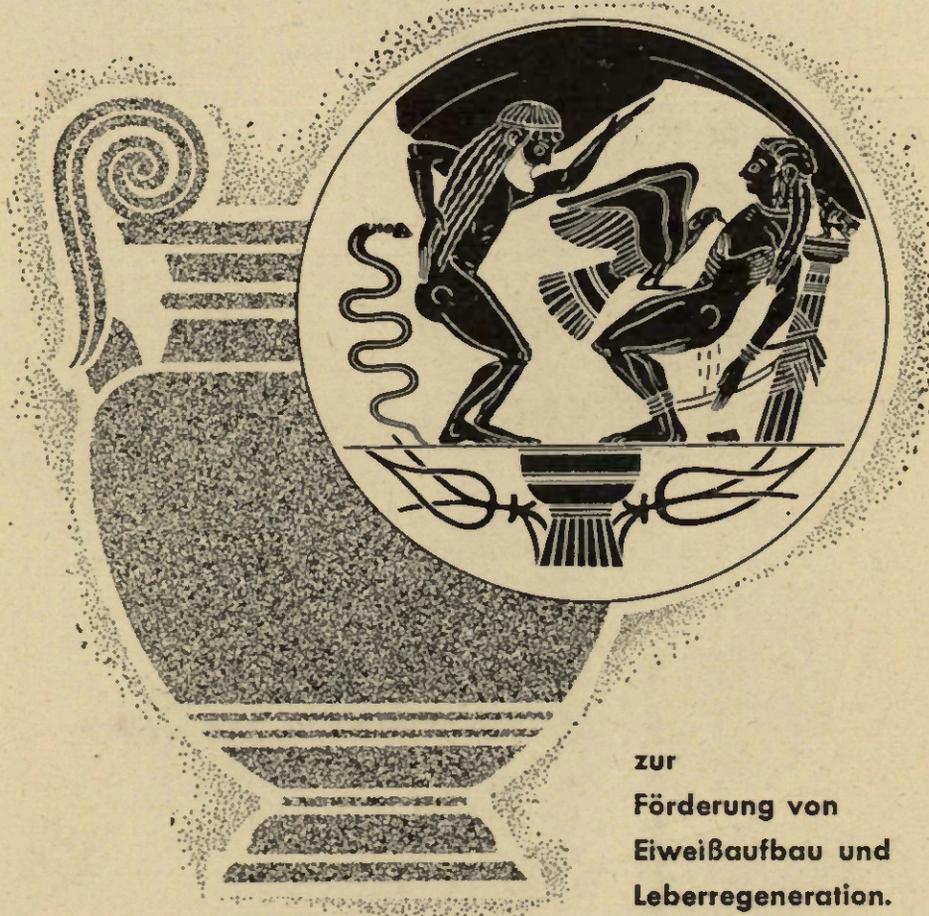
MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Nummer 10

München, Oktober 1961

16. Jahrgang

PURINOR LEBERTHERAPEUTICUM



zur
Förderung von
Eiweißaufbau und
Leberregeneration.



Dr. Georg Henning
CHEM. PHARM. WERK GMBH
BERLIN-TEMPELHOF

Nachhaltige, aber risikofreie
und schonende Blutdrucksenkung

Erhöhung
der coronaren Durchblutung

Senkung
des peripheren Widerstandes

Verbesserung
der Energetik des Herzmuskels

viscoserpⁱⁿ

Rauwolfia serpentina · Crataegus oxyacantha · Viscum album mit 1% Rutin

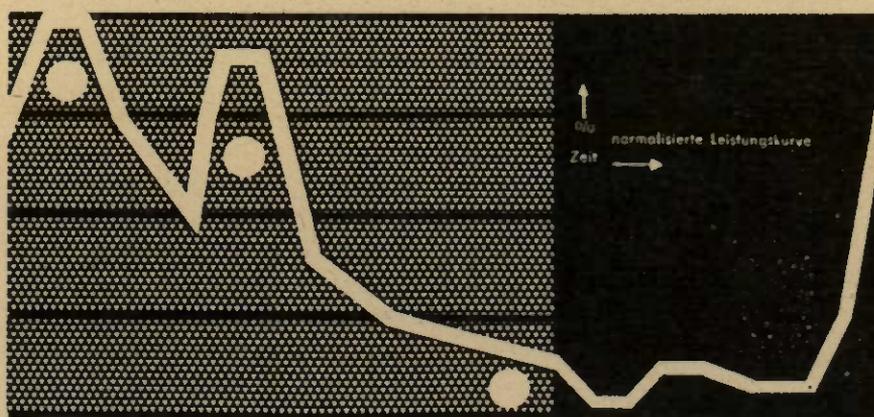
Tropfflasche 30 ccm DM 2,80
Tropfflasche 100 ccm DM 6,50
50 Dragées DM 2,80
Anstaltspackungen

LINDOPHARM KG HILDEN/RHLD



Muster und Literatur
auf Wunsch

Circovegetalin[®] compositum



**2-Phasen-Therapie
der funktionellen
Kreislaufstörungen**

Tagesform:
Kreislaufwirksam,
Kreislaufschützend,
ohne müde zu machen.

Nachtform:
Ruhigstellung zur
Erholung des Vegetativum,
Vertiefung
der Kreislaufwirkung.

Ergotoxinphosphat, China-Alkaloide,
Theobromin, Magnesium-Verla.

Secale-Alkaloide, Belladonna-Alkaloide,
Phenobarbital.

Handelsformen und Preise
45 Dragées DM 3,30
90 Dragées DM 6,00



VERLAPHARM

TUTZING/OBB.

Heilanzeigen deutscher Täler, Kurorte und Sanatorien

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

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

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

Das kleine Klimabuch der Schweiz

soeben erschienen: 116 Seiten, 48 Illustrationen

Aus dem Inhalt: Von der Alpenluft zum Heilklima. Allgemeines zum Heilklima der Schweiz. Mediz. und klimatolog. Indikationen. Gesundheitssport und Klimakur. - 42 lokale Klimadarstellungen. Erhältlich zum Preis von DM 2,- beim Schweizer Verkehrsbureau, Frankfurt/Main, Kaiserstraße 23.

Ärzte erhalten diese Publikation gratis

ER IST DA!



Der Winterprospekt

52 Seiten Großformat
120 Bilder aus aller Welt
Über 250 ideale Ferienzele
Schreiben Sie bitte sofort um
kostenlosen Reiseführer, der
Ihnen sehr interessante Ange-
bote für ganz Europa bringt
mit Flugreisen, Auto-Plan
Winterreisen usw.

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

Privatnervenklinik Gauting

Bergstraße 50

Hellschlaf, Elektroschock-
Therapie, Stickstoff-Anoxie,
Psychotherapie usw.
Alle Kassen.

Chefarzt Dr. med.
C. Ph. Schmidt
Anmeldung: Tel. München
86 12 26 oder 53 20 02

Kinderarzt Dr. Schede's Kindersanatorium

Klaus-Andreas-Helm
(17 b) Ohlgen,
Brühlwiesenhof, städt. Hoch-
schwarzw. 650-950 m, 35 Hekt.
0-13 J., Unterrichts- Ständ.
kinderärztliche Betreuung
im Haus Hallenschwimm.



DEATIN

cum Codein sine Codein

Gegen chronische Affektionen
der Atmungsorgane, Bronchial-
katarrh, hartnäckigen Husten
usw.

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

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Bauer: Aktuelle Rechtsfragen in der Chirurgie	333
Brentano-Hommeyer: Zur Nachwuchs- frage des Arztberufes	336
Reichstein: Die Bestimmungen des Jugendarbeitsschutzgesetzes über die gesundheitliche Betreuung sind in Kraft getreten	341
AUS DEM STANDESLEBEN	343
Sitzung des Vorstandes der Bayer. Landes- ärztekammer - Unbefristete Dienstver- träge für angestellte Ärzte in den Münchener städtischen Krankenhäusern - 65. Deutscher Ärztetag 1962 - Berliner Senat hat Ärztekammer-Gesetz verab- schiedet - Ärztliche Fortbildungstage in Augsburg - Vereinigung deutscher Sani- tätsoffiziere - Verlautbarung der Bundes- ärztekammer zur Honorierung ärztlicher Gutachtertätigkeit - V. Kongreß der Inter- nationalen Akademie für gerichtliche und soziale Medizin in Wien	
ZUR FORTBILDUNG -	
AUS DER KLINIK - FÜR DIE PRAXIS	348
Die diagnostische Bedeutung der Auskul- tation des Bauches - Ernährungstherapie bei Fettsucht - Klinische Erfahrungen mit der Knochenmarktransfusion bei malignen Erkrankungen	
AUS DER BUNDESPOLITIK	350
Vertrag über die ärztliche Versorgung von Angehörigen des zivilen Ersatz- dienstes - Allgemeine Verwaltungsvor- schriften über die Grundsätze, die dem Ausgleich des personellen Kräftebedarfs zugrunde zu legen sind	
AUS DER LANDESPOLITIK	353
Zahl der in Münchener Krankenhäusern vorhandenen Betten - Bau, Einrichtung und Instandsetzung von Krankenhäusern - Blindenschutzabzeichen - Mindestricht- sätze der öffentlichen Fürsorge - Sucht- krankenfürsorge - Genesungskuren - Erweiterungsbau des Müttererholungs- heimes Denkendorf - Grobe Verstöße gegen gesetzliche Arbeitszeitvorschriften - Prüfung von Arzthelferinnen	
FEUILLETON	356
Arzt im 18. Jahrhundert	
AMTLICHES	359
Hinweis des Kammervorstandes zu den Untersuchungen nach dem Jugendarbeits- schutzgesetz - Verordnung über die ärztl. Untersuchungen nach dem Jugendarbeits- schutzgesetz - Durchführung der ärzt- lichen Untersuchungen nach dem Jugend- arbeitsschutzgesetz und die Ausgabe der Untersuchungsberechtigungsscheine - Ver- zeichnis der verschreibungspflichtigen Arz- neimittel	
GESETZES- UND RECHTSFRAGEN . . .	367
Aus der Berufsgerichtsbarkeit - Ver- bot der Zweigpraxis	
KONGRESSE UND FORTBILDUNG . . .	370
Wissenschaftlicher Fortbildungskurs des Bundesgesundheitsamtes für Ärzte des öffentlichen Dienstes	



SONDERTARIFE FÜR ÄRZTE

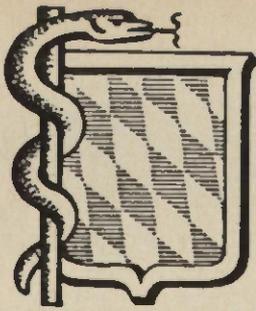
Krankentagegeld auch für hohe Ansprüche
Krankenhaustagegeld
Operationskasten bis DM 5000. -

VEREINIGTE
Krankenversicherung A. G.

München 22, Königl. Instr. 19 - Tel. 227625

Vertragsgesellschaft von ärztlichen Organisationen

**Was gibt's Neues
bei
Dolorgiet:**



BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Nummer 10

München, Oktober 1961

16. Jahrgang

Aktuelle Rechtsfragen in der Chirurgie

Von Univ.-Prof. Dr. Dr. K. H. Bauer, Direktor der Chirurg. Univ.-Klinik in Heidelberg

Prof. Dr. K. H. Bauer hielt auf dem Deutschen Chirurgen-Kongreß 1961 in München einen vielbeachteten Vortrag, dem wir folgendes entnehmen:

Wer wollte übersehen: Unter allen ehrbaren Berufen wohnt keiner so nahe beim Staatsanwalt wie der Chirurg! Kein Wunder! Es greift ja auch niemand in gleicher Weise in Leib und Leben seines Nächsten ein wie der Operateur. Gerade weil ärztliches Handeln in der Operation seine höchste Konzentration erreicht, gerade deshalb kulminiert andererseits die *Sonderstellung des Chirurgen* rechtlich und moralisch im *Höchstmaß an Sorgfaltspflicht* und im *Höchstmaß an Verantwortung*.

Gerade aber diese *Verantwortlichkeit des Chirurgen* wird fortgesetzt *größer*: Die Eingriffe werden immer größer. Der Instrumentalismus und Apparatismus nimmt ständig zu. Das arbeitstellige Angewiesensein auf Dritte, Vierte usw. wächst. Wir greifen immer tiefer ein in die großen Naturkonstanten des Organismus, in Körpertemperatur, Blutdruck, Herzaktion, Blutgerinnung usw., ja wir senken sie sogar auf Werte bis hart an der Grenze unmittelbarer Lebensgefahr. Was beinhalten allein der „künstliche Herzstillstand“ und die „Herz-Lungen-Maschine“ für ein Übermaß an Verantwortung!

Kurzum, die *Chirurgie* hat sich gewaltig gewandelt. Aus das *Arztrecht* muß sich *wandeln*, soll es den neuen Verhältnissen gerecht werden. Tatsächlich ist es auch im Begriff, sich zu wandeln, und zwar in vieler Hinsicht. Darüber einiges aus der Sicht der Chirurgen!

Operation gleich Körperverletzung?

Nun, Sie alle wissen — wenn wir von der Rechtfertigung durch die entschlußfreie Einwilligung des einsichtsfähigen Kranken absehen —, für die gerichtliche Praxis ist die *Operation tatbestandsmäßig* auch heute noch eine „*Körperverletzung*“ im Sinne der §§ 223 ff. des Strafgesetzbuches. Mit einer Körperverletzung hat eine *Operation* jedoch nur ein ureinziges Merkmal gemeinsam: Die Durchtrennung von Körpergeweben. Alles andere, wirklich alles andere, ist wesensmäßig diametral entgegengesetzt. Auch für den Rechtswissenschaftler ist der operative Eingriff „seinem sozialen Sinngehalt nach das Gegenteil einer Körperverletzung“ (Niese 1961).

Die *vorsätzliche Körperverletzung* erfolgt stets im Affekt, in Wut, in Eifersucht, aus Gewinnsucht, immer in Schadensabsicht, zeitlich in Sekundenschnelle, me-

thodisch roh, meist ungezielt. Sie trifft den *integren Körper*.

Eine planmäßige *Operation* erfolgt nie im Affekt, sondern immer nur aus dem Motiv, zu heilen und aus der gesetzlichen *Pflicht der Hilfeleistung*. Der Eingriff erstreckt sich oft über Stunden, verläuft minutiöspräparatorisch, immer unter Mitwirkung Dritter, stets vor Zeugen also, und somit ohne jede Verdunklungsfahr. Er trifft nie einen *integren*, sondern immer nur einen in seiner Integrität durch Verletzung oder Krankheit bereits *versehrten Körper* und *sucht* die *gegebene Versehrtheit* in *Unversehrtheit zurückzuwandeln*. Und wie oft wird dem Körper ja nicht nur nichts von seiner „*Unversehrtheit*“ weggenommen. Vielmehr wird ihm im Zeitalter der *Gewebs- bzw. Organüberpflanzung* und „*Substitutionstherapie*“ im Gegenteil oft genug etwas „*gegeben*“, was ihm bislang fehlte, z. B. Blut nach Blutverlust, Knochen bei Knochendefekt, Gefäßersatz bei Gefäßverschluß, eine Hirnanhangdrüse, wenn seine eigene versagte, Hormon bei hormoneller Insuffizienz usw. usw. Kann denn überhaupt — so fragen wir mit Bockelmann — „eine *Operation*, die den Patienten gesünder macht, als er war, tatbestandsmäßig Körperverletzung sein“?

So bliebe also von der *Operation* gleich *Körperverletzung* nur die Durchtrennung der Gewebe. Aber gerade die *durchtrennten Gewebe* werden — ganz im Gegensatz zum „*Messerstich des Raufboldes*“ (Eberhard Schmidt 1952) — vom Chirurgen *kunstvoll und kunstgerecht wieder vereinigt*. Selbst die *Durchtrennung der Gewebe* ist also dank ihrer *Wiedervereinigung* nur ein Durchgang zur Heilung.

Tatsächlich wird gegen die elementare Gleichsetzung *Operation gleich Körperverletzung* schon seit 1893 Sturm gelaufen. 1922 z. B. hat Gustav Radbruch, damals als Reichsjustizminister, in dem von ihm dem Reichstag vorgelegten Entwurf eines Allgemeinen Deutschen Strafgesetzbuches in § 235 — für ärztliche Eingriffe überhaupt — folgende Bestimmung vorgeschlagen:

„Eingriffe und Behandlungsweisen, die der Übung eines gewissenhaften Arztes entsprechen, sind keine Körperverletzungen oder Mißhandlungen im Sinne dieses Gesetzes.“

Auch die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie hat, basierend auf den hervorragenden Referaten der Strafrechtler Eberhard Schmidt und Karl Engisch, 1952 gegen die Gleichsetzung protestiert und nachstehende Resolution beschlossen und eingebracht:

„Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie richtet an die gesetzgebenden Organe der Bundesrepublik die dringende Bitte, dem StGB diejenigen in den Strafgesetzentwürfen von 1909—1930 vorbereiteten Bestimmungen einzufügen, die erforderlich sind, damit die ärztlichen Eingriffe und Behandlungen auf der Grundlage eines richtig verstandenen Verhältnisses von Arzt zu Patient rechtlich sachgemäß und dem Wesen ärztlichen Handelns entsprechend gewertet werden können. Diese Bestimmungen müssen lauten:

a) Ärztliche Eingriffe und Behandlungen, die zum Zwecke der Heilung notwendig sind und sachgemäß ausgeführt werden, sind weder Körperverletzungen noch Tötungen im Sinne des Gesetzes.

b) Wer einen anderen ohne seine Einwilligung zu Heilzwecken behandelt oder an ihm ohne seine Einwilligung einen Heileingriff durchführt, wird mit Gefängnis bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft. Ist die Erlangung der Einwilligung nicht möglich, ohne daß das Leben oder die Gesundheit des Kranken ernstlich gefährdet wird, so ist die Eigenmacht nicht strafbar. Die Tat wird nur auf Antrag verfolgt.“

Und nun das Paradoxe: Es handelt sich nicht um einen diametralen Meinungsgegensatz zwischen Juristen und Chirurgen schlechthin, vielmehr nur um eine „seit 1894 unüberwindbare Kluft zwischen Recht-Sprechung und Rechts-Lehre“ (Niese 1961). Noch vor kurzem hat sich der Bundesgerichtshof erneut der alten Auffassung von der Operation als tatbestandsmäßigen Körperverletzung angeschlossen, dazu noch mit der nach Eberhard Schmidt

„beinahe wegwerfenden Bemerkung“, daß er (der Bundesgerichtshof) sich nicht veranlaßt sähe, „die im (rechtswissenschaftlichen, d. Ref.) Schrifttum gemachten Einwände zu erörtern“ (Niese 1961).

Jetzt aber ist es nach fast 70jährigem Kampf verdienten Rechtswissenschaftlern, darunter Eberhard Schmidt, Engisch, Gallas, Bockelmann u. a., (erneut) gelungen, im neuen „Entwurf eines Strafgesetzbuches“ die Operation und andere einschlägige Behandlungen ausdrücklich aus dem Körperverletzungsparagrafen auszuklammern.

Der neue § 161 („Heilbehandlung“) des von der „Großen Strafrechtskommission“ verfaßten amtlichen „Entwurfs eines Strafgesetzbuches“ lautet:

„Eingriffe und andere Behandlungen, die nach den Erkenntnissen und Erfahrungen der Heilkunde und den Grundsätzen eines gewissenhaften Arztes zu dem Zwecke erforderlich sind und vorgenommen werden, Krankheiten oder Leiden zu verhüten, zu erkennen, zu heilen oder zu lindern, sind nicht als Körperverletzung strafbar.“

Dieser neue Paragraph „schafft eine völlig neue Rechtsgrundlage“. So heißt es wörtlich in der amtlichen „Begründung“ selber (S. 280). Worin besteht nun das „völlig Neue“ dieser neuen Rechtsgrundlage?

1. Für indizierte und kunstgerecht durchgeführte Eingriffe und für andere Behandlungen ist jetzt eine strafrechtliche Sonderstellung getroffen.

2. Der kunstgerecht behandelnde Arzt ist, sofern es sich um „Heilbehandlung im Sinne des Gesetzes“ handelt, „von der Strafbarkeit wegen Tötung oder Körperverletzung freigestellt“.

Besonders muß gerühmt werden, daß der Gesetzentwurf und seine Begründung tatsächlich nicht nur

Kranksein im medizinischen Sinne, sondern auch alle ausdenkbaren Krankheiten und Leiden, aber auch Mißbildungen und — unter Ausschluß von kosmetischen Operationen — auch Entstellungen mit umfaßt. Zudem werden, soweit das in einem Gesetz überhaupt möglich ist, nicht nur die eigentlichen therapeutischen, sondern auch alle diagnostischen, symptomatischen, palliativen und auch prophylaktischen Eingriffe, subsumiert. Sie müssen jedoch alle ärztlich angezeigt und kunstgerecht vorgenommen worden sein.

Noch etwas ist neu und sehr wichtig, nämlich, daß bei der juristischen Definition der Heilbehandlung nicht nur alle Leiden und Krankheiten und alle Eingriffe umfaßt werden, sondern daß bei den erforderlichen und vorgenommenen Eingriffen auch die „Erkenntnisse und Erfahrungen der Heilkunde“ und die „Grundsätze eines gewissenhaften Arztes“ in die Definition mit eingebaut sind. Damit erscheint von vornherein gewährleistet, daß im Rechtsfalle ärztliche Sachverständige ausreichend gehört werden müssen, und zwar in dreierlei Hinsicht: wissenschaftlich, technisch und ethisch. Das würde bedeuten: Es kann kein Arzt ohne einen Arzt (als Sachverständiger) verurteilt werden.

Beim Wort „ärztlicher Sachverständiger“ muß allerdings eine Forderung erhoben werden: „Sachverständiger“? „Ja! aber den richtigen!“ (Stich 1952.) Jeder erfahrene Gutachter kann schmerzliche Beispiele dafür anführen, daß Ärzte als Sachverständige fungierten, die weder die betreffende Krankheit noch die betreffende Operation bzw. Situation aus eigener Erfahrung kannten.

Alles in allem bedeutet der neue Entwurf nichts anderes und nichts Geringeres, als daß endlich nach langem Kampf von der indizierten und lege artis ausgeführten Operation das *Odium der Körperverletzung* und bei dem trotz richtiger Indikation und richtiger Durchführung tödlichen Ausgang das *Odium der fahrlässigen Tötung* genommen ist. Wenn es erlaubt ist, ein Bild aus der Begrüßungsansprache des Herrn Ministerpräsidenten Dr. jur. H. E h a r d aufzugreifen, so könnte man auch sagen: Von „kriminellen“ Fällen abgesehen — die „Paragraphenschlinge“ der Körperverletzung ist vom Hals des Chirurgen genommen.

„Eigenmächtige Heilbehandlung“ und Einwilligung des Kranken

Nun, jede Münze hat auch ihre Rückseite. Der neue Paragraph, der den kunstgerechten Eingriff „von der Strafbarkeit wegen Körperverletzung oder Tötung“ freistellt, ist andererseits natürlich kein Freibrief für vorwerfbare Fehlhandlungen. Auch in Zukunft kann eine Operation — in hoffentlich nur seltenen Fällen — noch als Körperverletzung gewertet werden, wenn sie nicht indiziert oder nicht lege artis ausgeführt war.

Was das Arztrecht neu fundiert, das ist der neue Paragraph über „eigenmächtige Heilbehandlung“. Der ausschlaggebende neue Gesichtspunkt liegt darin, „daß für die Straflosigkeit des Arztes“ im diagnostischen und therapeutischen Bereich seines Handelns „zwar nach wie vor die erteilte oder die mutmaßliche Einwilligung des Betroffenen entscheidend ist“, daß aber, wenn diese Einwilligung fehlt, der Chirurg nicht mehr wegen Körperverletzung strafbar ist, sondern nach § 162 wegen eigenmächtiger Heilbehandlung. Spielt die

Körperverletzung für die Strafbarkeit des Operateurs in Zukunft, von Sonderfällen abgesehen, also keine Rolle mehr, so spielt die „eigenmächtige Heilbehandlung“ von nun an eine um so größere.

Nehmen wir uns also den § 162 des Entwurfes sehr zu Herzen! Er lautet:

„1. Wer an einem anderen ohne dessen Einwilligung einen Eingriff oder eine andere Behandlung zu dem Zwecke vornimmt, Krankheiten oder Leiden zu verhüten, zu erkennen, zu heilen oder zu lindern, wird mit Gefängnis bis zu drei Jahren oder mit Straftaft bestraft.“

Wer diesen Paragraphen zum ersten Male liest, ist natürlich zunächst bestürzt darüber, daß bei unerlaubter Heilbehandlung nur Straftaft oder Gefängnis vorgesehen ist. Hier ist zu sagen, daß der Richter ganz allgemein Geldstrafe verhängen kann, wenn dadurch allein schon der Strafzweck erreicht zu werden vermag. Die Gesetzesvorschrift erfaßt — der Gesetzesbegründung nach — nicht nur eigenmächtige Operationen, „sondern auch alle nach ärztlichen Grundsätzen angezeigten oder kunstgerecht durchgeführten sonstigen eigenmächtigen Behandlungen“.

Für die eigenmächtige Heilbehandlung gibt es heute und wohl in aller Zukunft nur einen einzigen Rechtfertigungsgrund: das ist, daß „wegen Gefahr im Verzug“ die mutmaßliche Einwilligung unterstellt werden darf.

Die entsprechende Ziffer 2 des § 162 des Entwurfes lautet:

„2. Die Tat ist nicht nach Abs. 1 strafbar, wenn damit zu rechnen ist, daß der andere die Einwilligung erteilen würde, diese aber nur bei einem Aufschub der Behandlung eingeholt werden könnte, die ihn in die Gefahr des Todes oder einer schweren Schädigung an Körper und Gesundheit (§ 147, Abs. 2) bringen würde.“

Läßt sich die Operation ohne Einwilligung nur durch „das Merkmal der Gefahr im Verzug“ verantworten, so muß andererseits die Gefährdung a) tatsächlich bestehen, nicht nur eventuell irrig angenommen werden.

Die Ziffer 3 des § 162 lautet:

„3. Nimmt der Täter die Voraussetzungen des Abs. 2 irrig an und ist ihm der Irrtum vorzuwerfen, so wird er mit Gefängnis bis zu zwei Jahren oder mit Straftaft bestraft.“

Die Gefährdung muß aber nicht nur tatsächlich bestehen, sondern

- b) sie muß außerdem schwer und
- c) sie muß durch das „Merkmal der mutmaßlichen Einwilligung“ gedeckt sein.

Endlich noch — nach dem alten Sprichwort: „Wo kein Kläger, da ist kein Richter“ — die Ziffer 4 des § 162 besagt:

„4. Die Tat wird nur auf Antrag verfolgt.“

Soweit die neuen Paragraphen des Entwurfs! Skeptiker werden fragen: Läßt sich wirklich die ungeheure Verschiedenheit der Menschen, der Konstitutionen, der Krankheiten, der individuellen Reaktionen, läßt sich die große Variabilität der diagnostischen und therapeutischen Verfahren, die ständig wechselnden Situationen usw., läßt sich das alles — im Falle von Fehl-

handlungen — auf ein paar so einfache Formeln bringen? Klar ist: In dem Maße, wie die „Körperverletzung“ als Straftat absinkt, im gleichen Maße steigen drohend die Gefahren aus der „eigenmächtigen Heilbehandlung“.

Diese Gefahren lassen sich — juristisch gesprochen — nur abwehren durch die rechtswirksame, nötigungs- und täuschungsfreie Einwilligung in die ärztliche Behandlung. Diese Regel scheint zwingend, zwingend kann aber auch die Ausnahme sein. Bei schwerster Basedowscher Krankheit z. B. kann und darf dem Kranken überhaupt nicht gesagt werden, daß er und wann er operiert wird. Die Auslösung einer „Basedow-Krise“ ist immer gefährlich, die eines „Basedow-Komas“ fast stets tödlich. Nach Erreichung des optimalen Effekts der Vorbereitung muß der Kranke ohne Verzug operiert werden, ohne daß er es weiß. Man darf ihn erst „in letzter Sekunde“ vor dem Annarkotisieren informieren, wenn er sub firma „Blutentnahme“ ein Schlafnarkoticum injiziert bekommt und dann sofort operiert wird, selbstverständlich: nach ärztlichem Herkommen nach Einholung des Einverständnisses der nächsten Angehörigen. Ja, bei der immer tödlichen, perakuten Basedow-Psychose — die Bestellung eines „Pfleger“ käme zu spät! — muß der Kranke über die Narkose und Operation geradezu getäuscht werden. Befindet sich der Kranke, wie meist, wegen seiner plötzlichen „Psychose“ in der Psychiatrischen Klinik, so muß er durch unbemerktes Annarkotisieren vor dem schnell lebensbedrohlichen Toben bewahrt werden, wenn anders er dann in Narkose in die Chirurgische Klinik transportiert und dort durch die „eigenmächtige“ Operation als einzigen Weg der Heilung gerettet werden soll.

Juristisch mag das noch so anrühlich sein, ärztlich-ethisch ist in solchen, sonst letalen Fällen das „nil nocere“ und dann das Heilen oberstes Gebot. „Not bricht Eisen“, Not bricht in solchen Fällen auch Paragraphen.

Aufklärungspflicht

Wie die Rechtsprechung vor die Operation die Einwilligung, so hat sie vor die Einwilligung des Kranken unabdingbar die Aufklärungspflicht des Arztes gesetzt, und zwar a) im Hinblick auf den Befund, b) auf die Art und auf die Tragweite der Behandlung und c) beides unter „Berücksichtigung des körperlichen und seelischen Zustandes des Patienten bei der Aufklärung“. Diese Forderung ist leicht zu erfüllen bei Leichtkranken, bei ernster Kranken dagegen gibt es ernste Schwierigkeiten, denn bei letzteren ist der Arzt mit jener Maximalforderung weit überfordert. Wie oft ist, z. B. bei Schwerkranken und Schwerverletzten, allein ihres Zustandes wegen, Aufklärung objektiv unmöglich! Wie oft — man denke an den Darmverschluss, die Bauchfellentzündung, die innere Blutung oder dergl.! — will der Kranke gar keine lange Aufklärung, sondern sofortige Hilfe!

Speziell der Krebs-Kranke zieht das „Nichtwissen“ dem Wissen vor! Er will gar keine Gewißheit. Der Mensch weiß nichts von seiner Geburt, er will im allgemeinen auch nichts von seinem Sterben wissen. Der Krebskranke kommt mit der Furcht in den Augen, aber mit der Hoffnung im Herzen. Diese ihm nehmen,

hieß ihn in ausweglose Angst, Panik und Suicidgefahr stoßen.

Die Rechtsprechung kann unmöglich einerseits dem Arzt die Pflicht auferlegen, zu helfen, und zugleich andererseits von ihm fordern, daß er schadet.

'Οφελειν ου μη βλαπτειν, sagt schon Hippokrates: nützen, aber nie schaden! Seitdem ist das der Eckpfeiler ärztlicher Ethik! Über Standesethik aber sollte der Richter nicht zu Gericht sitzen!

Der Konflikt zwischen dem, was juristisch *recht* und dem, was ärztlich *richtig* ist, wird aber noch dadurch verschärft, daß im neuen Gesetzentwurf für die Aufklärungspflicht unglückseligerweise weder gesetzliche Bestimmungen noch Richtlinien vorgesehen sind. Es heißt vielmehr: Die damit zusammenhängenden Fragen bleiben „der Rechtsprechung und der Rechtslehre überlassen“. Das bedeutet, es müßte alles erst an neuen Prozessen durchexerziert werden, bevor die Rechtswissenschaft gewisse Richtlinien, aber ohne Gesetzeskraft, formuliert. Gerade das aber ist in höchstem Grade unerwünscht, denn — überspitzt ausgedrückt — die überspannte Aufklärungspflicht ist der Haken, an dem man schließlich jeden Chirurgen und jeden Strahlentherapeuten aufhängen kann.

Die Ärzte sind vor allem durch das „Myomurteil“ und noch mehr durch das „Strahlenurteil“ alarmiert worden. In letzterem Falle handelte es sich um eine Frau mit einem Uteruscarcinom — 50% Heilchance! Die Frau wird durch Bestrahlung geheilt, bekommt aber strahlenbedingt eine Ureterstenose. Das Krankenhaus wird verurteilt, weil sie über die 5% dieses Risikos nicht aufgeklärt war. Wäre sie nicht geheilt, hätte sie die gleiche Ureterstenose *statt mit 5% strahlenbedingter mit mehr als 50% krebsbedingter Wahrscheinlichkeit, dann mit tödlichem Ausgang*, bekommen.

Neue Anforderungen an Standesmoral und Ethik des Arztes

Nun, wer neues Recht fordert, muß selber mithelfen, möglichem Unrecht auch von sich aus zu steuern. Ein neues Arzt-Recht beinhaltet natürlich zu den alten auch neue Arzt-Pflichten. Es ist längst klar, daß unsere heutigen sehr viel größeren und zum Teil riskanteren Eingriffe, vor allem aber auch unsere tief eingreifenden Methoden (künstliche Hypothermie, künstliche Hypotension, künstlicher Herzstillstand, Ungerinnbarmachung des Blutes usw.) manch neue und neuartige ex-ante-Sicherungen erfordern. Besonders ist dies auch notwendig beim „arbeitstilligen Zusammenwirken“ der „team-Arbeit“ (juristisch Näheres bei Engle 1958, Stratenwerth 1961) mit ihren besonderen Gefahren der Koordination und der wechselseitigen Verständigung.

Prof. K. H. Bauer machte dann auf den ärztlichen *Gewissenskonflikt* in Situationen aufmerksam, in denen es zwischen *juristischen Sollforderungen* und der *Pflicht der Hilfeleistung* — gewissermaßen „um jeden Preis“ — zu wählen gilt. Situationen, in denen sich der Arzt aus dem Geiste der Medizin auf seinen *moralisch-kategorischen Imperativ, zu helfen und zu heilen*, d. h. auf das Gesetz aller Arzt-Gesetze, auf die *Summa lex salus aegroti* beruft. Damit erklärte er, zugleich am neuralgischen Punkt im Wechselverhältnis Judikatur und Medizin angelangt zu sein.

Diskrepanz zwischen juristischem Denken und ärztlichem Denken

Es hieß die Augen verschließen, wollte man sich nicht eingestehen: Juristisches Denken und ärztliches Denken klaffen weit auseinander. Sie klaffen auseinander, weil Ausgangspunkt, Blickwinkel und Zielsetzung völlig andere, oft genug entgegengesetzte sind.

a) Der *Jurist* sieht — verständlicherweise! — nur das *Negative* und dieses in *verzerrter Größenordnung*. Wieviel Anzeigen gegen Ärzte — und wieviel Ansprüche — ich habe über 100 solcher Fälle begutachtet! — sind aufgeputscht (oft allerdings durch andere Ärzte) und zu über 90% ungerechtfertigt. Und passiert wirklich einmal etwas, so gehört der schuldhaftige Irrtum oder die Fehlhandlung in die Größenordnung — sagen wir ruhig — von 1 : 10 000. Bedenkt man, daß eine einfache Gallensteinoperation rein technisch im Durchschnitt für alle Beteiligten 450 bis 500 Einzelakte erfordert, daß an einer großen Klinik an einem einzigen Arbeitstag über 1000 Injektionen — der Einstich einer Kanüle ist ja juristisch „Körperverletzung“! — vorgenommen werden, bedenkt man endlich, daß es große Kliniken gibt, die über Jahrzehnte bei über 100 000 Operationen und mehr keinen einzigen Straf- oder Haftpflichtprozeß hatten oder gar verloren, so muß man zugeben, daß es eine extreme Seltenheit ist, daß etwas wirklich Strafbares — anderes interessiert ja den Juristen nicht — unterläuft.

Nicht ein Chirurg, der Strafrechtler Engle (1958) ist es, der auf die unübersehbare Diskrepanz in der *Reaktion der Öffentlichkeit* auf Unfälle sonst und auf Unfälle im Arztbereich aufmerksam macht. Wir haben in der Bundesrepublik z. Z. pro Tag 109 gewaltsam Getötete und allein im Straßenverkehr (auf 38 Getötete) täglich über 1000 Verletzte. Darüber regt sich, obwohl oft größtenteils Fahrlässigkeit, ja Frevelmut die Ursache ist, niemand groß auf, eben weil es, im buchstäblichen Sinne, etwas All-Tägliches ist. Ein nur durch Verkettung vieler Umstände entstandener Unfall im Operationsbetrieb — niemand bedauert ihn mehr als wir — füllt stets lange Spalten.

Umgekehrt erfährt der Jurist nur selten etwas von ärztlicher Aufopferung bis zum letzten — wie oft weit über die („juristische“) Pflicht hinaus — und schon gar nichts von Fällen, bei denen in der Abgeschlossenheit des Operationssaals höchster Wagemut und letzter Einsatz sonst verlorene Leben rettet. Er kann sie nicht kennen, weil der wahre Chirurg Operationssaal-Publizität verabscheut. Wie der langjährige getreue Eckhardt der Deutschen Chirurgen-Gesellschaft, Nordmann, zu sagen pflegte: „Für Reklame sorgen nur die, die sie nötig haben.“

b) Der praktische *Jurist* wertet alles *ex post*. Er hält sich an den Effekt, juristisch gesprochen an den „Erfolg“. Nur zu leicht ist ihm der Mißerfolg nicht bloß mögliches Indiz, sondern zugleich erster Beweis für die „Schuld“. Der Arzt — wir verdanken Engle (1952) die klare Herausarbeitung! — kann nur die Betrachtung *ex ante* gelten lassen, d. h. die Rekonstruktion aller Umstände in dem Augenblick, in dem etwas passierte oder etwas unterblieb.

Das chirurgische Musterbeispiel sind die *vielen Strafprozesse wegen Tetanus*. Für den *Juristen* ist offenbar

jeder Tetanusfall ein prima-facie-Beweis für die schuldhaftige Unterlassung der „Tetanusspritze“. Die Zahl der Tetanus-Todesfälle betrug 1958: 163. Bei einer Mortalität des Tetanus von 40–50% beträgt die Zahl der Tetanus-Krankheitsfälle jährlich höchstens 350–400. Für den Arzt dagegen ist — bezogen auf die ungeheure Zahl der jährlich anfallenden Wunden (im Straßenverkehr allein über 400 000 Verletzungen, oft mit mehrfachen Wunden, dazu Betriebs-, häusliche und vor allem die zahllosen Bagatellverletzungen) — die Tetanuswahrscheinlichkeit einer Wunde höchstens 1:25 000. Die auch nur entfernt möglicherweise tetanusgefährdeten Wunden werden ja alle lege artis versorgt. Wie aber soll der Arzt die Gefährdung voraussehen, wenn es sich, wie so sehr oft, um Bagatellverletzungen handelt? 30% späterer Tetanusfälle haben den Arzt ja überhaupt nicht aufgesucht. Und wie oft ist überhaupt keine Eintrittswunde auffindbar! Umgekehrt hat ja auch die „Tetanusspritze“ ihre Gefahren und ihre Todesfälle! Ist somit für den Staatsanwalt jeder Tetanus äußerst suspekt auf eine schuldhaftige Unterlassung, so geht umgekehrt für den Arzt der Tetanus zu Lasten der unvermeidbaren Gefahren des täglichen Lebens und kommt so gut wie nie auf das Schuldkonto des Arztes.

c) Groß ist die Diskrepanz bei den Irrtumsfolgen. Juristen sind auch Menschen, und als Menschen sind sie im Prinzip vergleichsweise gleichen Irrtümern und den gleichen Fehlentscheidungen unterworfen. Nichts liegt mir ferner, als dicke Bücher über „Justizirrtümer“ zu zitieren. Immerhin, es war ein großer Jurist — v. Holtzendorf —, der gesagt hat: „Man kann der Justiz nicht oft genug sagen, wie sehr sie der Gefahr des Irrrens ausgesetzt ist.“

Der ceteris paribus menschlich gleiche Irrtum hat aber für Juristen und für Ärzte ganz verschiedene schwere Folgen:

Der Chirurg ist bei Begehung eines Kunstfehlers zivilrechtlich haftend und erscheint „kriminell belastet“.

Der Anwalt haftet zwar auch — selten genug! — ist aber bei gleichem Versagen „kriminell“ nicht belastet.

Der Richter haftet weder für einen Irrtum („Justizirrtum“), noch belastet dieser ihn „kriminell“.

Bei vergleichsweise gleichem Irrtum hat also der Richter praktisch nichts zu riskieren. Man nennt das das „Richterprivileg“. Würde nur einmal ein Richter für seinen, für den Betroffenen ja oft folgenschweren Irrtum haftbar gemacht, so wäre uns Ärzten viel geholfen!

Irrtümer und Fehler des Richters, auch folgenschwere, werden durch die nächste Instanz korrigiert. Fehler des Chirurgen dagegen, auch wenn sie nicht strafbar und zudem noch durch die Behandlung oder durch Nachoperation korrigierbar sind, kosten viele Sorgen und großen Prestigeverlust. Auch der nichtverurteilte Arzt ist stets „schwer gestraft“.

d) Ein vierter Unterschied betrifft die Vorausschau. Der Jurist wertet nur Vergangenes. Von ihm wird nie eine Vorausschau verlangt. Vom Arzt wird gesetzlich gefordert, daß ihm und auch allen seinen vielen Hilfskräften nichts unterläuft, was „bei Anwendung der gebotenen Sorgfalt hätte vorhergesehen

und vermieden werden sollen und können“ (Stratenwerth 1961).

Eine solche Forderung überfordert natürlich den Arzt. Man kann als Arzt bei schweren Krankheitsfällen fünf oder auch zehn Dinge vorhersehen, und dann ist die elfte Krankheitsfolge „unvorhergesehen“ und „unvorhersehbar“.

Eine Überspannung solcher Forderungen ist zugleich aber auch objektiv gefährlich. Gerade der gewissenhaft-ängstliche Arzt wird aus Sorge vor späteren Vorwürfen einer schuldhaften Unterlassung allem und jedem durch eine ex-ante-Polypragmasie — Antibiotica, Anticoagulantien und viele andere Antimittel — zuzukommen und vorzubeugen versuchen. Gerade aber durch eine solche prophylaktische Polypragmasie mit stets hochwirksamen Präparaten und notwendigerweise hohen Dosen wird dann in der Summe der Fälle mehr geschadet als genutzt. Es gibt eben nicht nur „Therapieschäden“, es gibt auch Schäden der Prophylaxe. Es wäre noch vieles Kritische zu sagen, aber ich möchte nicht mit Kritik, sondern mit Konstruktivem schließen.

Was tut not?

Letztlich geht der Konflikt zwischen Judikatur und Medizin darum, ob der Gesetzgeber die Berufsethik in das Arztrecht mit einzubauen bereit ist, d. h., ob er den Arzt nicht nur als passives Objekt der Rechtsprechung behandelt, sondern ihn auch als aktives Subjekt in die Wahrheitsfindung mit einschaltet. Hier zeigt sich im Entwurf erfreulicherweise tatsächlich ein „Silberstreifen am Horizont“. Es ist klar: Der Fortschritt in der Chirurgie ist an neue Operationsmethoden gebunden. Nun verstößt natürlich jede neue Methode zunächst gegen die alten Regeln der Kunst, zugleich bedeutet sie aber auch neue Risiken. Überraschenderweise befaßt sich der Entwurf mit solchen Eingriffen, bei denen „der Arzt medizinisches Neuland beschreiten“ muß. Wörtlich heißt es: Bei solchen neuen Eingriffen sollen „in dem Umfange, wie Erkenntnisse und Erfahrungen der Heilkunde fehlen“, neben den wissenschaftlichen und technischen „auch die ethischen Grundsätze des ärztlichen Berufes eingehalten werden“.

Dieser Rückgriff auf die ärztliche Ethik erscheint mir von grundlegender Bedeutung. Denn wie viele strittige Fragen gibt es, die, wie Eberhard Schmidt (1950) sagt, überhaupt „nur aus Gesichtspunkten der Standesethik zu beantworten sind“.

Gerade in der Frage der Aufklärung eröffnen sich hier neue Perspektiven. Denn wenn die Aufklärungspflicht juristisch festgelegt und wenn zugleich für die Begrenzung der Aufklärung die ethischen Grundsätze direkt oder indirekt anerkannt werden, dann geht ja alles schließlich in Ordnung.

Der Einbau der ethischen Arztgrundsätze wäre zugleich auch eine gute Brücke, auf der sich Juristen und Ärzte begegnen und verständigen könnten. Die Ärzte erkennen rückhaltlos an: Wir sind in unendlich vielem auf die Hilfe der Juristen absolut angewiesen. Die richtige Verantwortung des Arztes ist durch Paragraphen, Verordnungen und tausend Bestimmungen so kompliziert geworden, daß „Das gesamte Recht der Heilberufe“ (Kuhns 1958), ohne vollständig zu sein, heute bereits 1712 Druckseiten erfordert. Aus diesem

Labyrinth der Paragraphen kann uns nur der Ariadnefaden der Jurisprudenz herausfinden lassen. Abbau, Angleich und Vereinfachung können wir nur durch die Juristen erreichen. Umgekehrt kann im Wohlfahrtsstaat auch der *Jurist des Arztes nicht entraten*.

Wohl sind *Judikatur und Medizin polar verschieden*, andererseits *ergänzen sie sich komplementär*. Speziell für das neu sich abzeichnende Arztrecht gibt es nur eine rationelle Lösung: Sich zusammensetzen! Und dann durch Arbeitsteilung und Zusammenarbeit eine neue Atmosphäre wechselseitigen Verständnisses kreieren.

Halten wir uns, wie August Bier, an Heraklit! Er lehrt: „Aus dem Kampf des Entgegengesetzten entsteht alles Werden.“ Auch im Leben resultiert alle Leistung aus dem Wettstreit der Antagonisten. Gleich-

viel ob Beuger oder Strecker, Einatmen oder Ausatmen, Systole oder Diastole: Das Entgegengesetzte setzt sich wechselseitig voraus, muß aber andererseits zusammenarbeiten, soli eine ganze Leistung gemeinsam vollbracht werden. Judikatur und Medizin sind Antagonisten! Antagonisten müssen sein! Aber erst der *antagonistische Synergismus verbürgt den vollen Erfolg*.

Prof. Dr. K. H. Bauer schloß mit einem Wort eines großen Juristen! In seiner Arbeit „Der Kampf ums Recht“ schrieb v. Ihering 1872: „Alles Recht in der Welt ist erstritten worden. Jeder wichtige Rechtssatz hat denen, die sich ihm widersetzten, immer erst abgerungen werden müssen.“

Es ist klar, auch wir Ärzte bekommen ein *neues Arztrecht nicht einfach geschenkt*, sondern wir müssen auch *weiter bereit sein, darum zu kämpfen!*

Zur Nachwuchsfrage des Arztberufes

Eine Erwiderung auf fragwürdige Statistiken

Von Dr. med. Karl Brentano-Hommeyer, Stadtrat und Fraktionsvorsitzender im Bayerischen Landtag, Vorsitzender des Ausschusses für ärztliche Nachwuchsfragen bei der Bayer. Landesärztekammer

Das sozialdemokratische Presseorgan „Vorwärts“ in Bonn veröffentlichte am 19. 7. 61 einen Aufsatz mit der Überschrift „Mut zur freien Entscheidung“, mit dem Untertitel „Junge Ärzte fehlen an allen Ecken und Enden“. Diese Ausführungen dürfen nicht unwidersprochen bleiben. Der Aufsatz im „Vorwärts“ enthält u. a. die bekannte Kurzschnurparole

gelegentlicher Assistentenmangel = Ärztemangel, also verstärkte Propagierung des Medizinstudiums.

Noch bedenklicher und gefährlicher als der überwiegend polemische Aufsatz im „Vorwärts“ ist ein Bericht in der „Deutschen Zeitung“ vom 26. 7. 61 mit der Überschrift „Der Arztberuf ist nicht überfüllt. Genaue Untersuchung widerlegt Klagen der Bundesärztekammer“ (abgedruckt in den Münchner Ärztlichen Anzeigen Nr. 32). Dieser Bericht muß deshalb beachtet und auch widerlegt werden, weil ihm eine Untersuchung, veröffentlicht in der „Deutschen medizinischen Wochenschrift“, zugrunde liegt, auf die der Wissenschaftsrat seine Empfehlung aufbaute, sieben neue medizinische Akademien zu gründen.

Diese Untersuchung, für die Dipl.-Volkswirt Alfred Heim verantwortlich zeichnet, mag, rein statistisch betrachtet, richtig sein, trotzdem ist sie von einem umfassenderen standes- und allgemeinpolitischen Standpunkt aus als irreführend abzulehnen. Wollte man beiden Veröffentlichungen folgen, so würde das Ergebnis eine vollständige Verproletarisierung der freipraktizierenden Ärzteschaft sein.

Auf dem letzten Ärztetag in Wiesbaden habe ich in der Diskussion bereits darauf hingewiesen, wie widersinnig und gedankenlos die vom „Vorwärts“ aufgegriffene Kurzschnurparole bei näherer Betrachtung anmutet. Es ist falsch, von dem da und dort an kleinen Krankenhäusern zu beobachtenden Mangel an Assistenzärzten gleich auf einen allgemeinen Ärztemangel zu schließen. Vielmehr handelt es sich um strukturelle Fehlentwick-

lungen innerhalb der Gesamtärzteschaft, die zu einem solchen gelegentlichen Assistentenmangel geführt haben. Von einem Mangel an Assistenten an diesem oder jenem Krankenhaus gleich kurzerhand auf einen allgemeinen Ärztemangel zu schließen, zeugt von wenig Gründlichkeit und Sachkenntnis. Vielmehr muß man auch nach dem Karlsruher Urteil die sprunghaft ansteigende Zahl der praktizierenden Kassenärzte, insbesondere in Großstädten wie München, in Betracht ziehen, wenn man von einem allgemeinen Ärztemangel reden will. Ein noch größerer Trugschluß ist es aber, zu glauben, der Assistentenmangel könnte durch eine verstärkte Propagierung des Medizinstudiums beseitigt werden. Die Befürworter einer solchen These vergessen vor allem, daß sich ein verstärkter Zudrang zum Medizinstudium etwa erst in acht Jahren entlastend auf den Assistentenmangel auswirken könnte. Wer wagt aber zu behaupten, ob wir in acht Jahren überhaupt noch einen Assistentenmangel haben werden? Wir können annehmen, daß es bis dahin gelingen wird, die Vorschläge des Deutschen Ärztetages in Wiesbaden zur Neugestaltung des Krankenhauswesens in der Bundesrepublik wenigstens teilweise zu verwirklichen. Nicht nur auf dem Deutschen Ärztetag, sondern auch in vielen anderen fachlich zuständigen Gremien hat man sich Gedanken gemacht, wie das deutsche Krankenhauswesen gestaltet werden muß, um den derzeitigen strukturellen Schwierigkeiten wirksam zu begegnen, so z. B. im Bayer. Landesgesundheitsrat.

Es kann im Rahmen dieser Erwiderung nicht auf alle Vorschläge eingegangen werden, es sei nur darauf hingewiesen, daß allseits die Schaffung von Lebensstellungen an Krankenhäusern, die dem Krankenhausarzt eine angemessene Aufstiegsmöglichkeit gewährleisten, als wirksames Mittel angesehen werden, so manchen Assistenten vor dem Sprung in das Wagnis der freien Praxis abzuhalten und damit die Assistentenkrise rasch zu beheben. Die vom Krankenhausausschuß der Bundesärztekammer und vom Marburger



Leukoplast,
das Verbandpflaster
für Klinik und Praxis,
auch in

**luftdurchlässiger
Ausführung**
(DBP Nr. 974178)

Packungen:
5 m x 2 1/2 cm
5 m x 5 cm

Preise:
wie Leukoplast

Rezepturabkürzung:
Leukoplast L
Muster auf Wunsch

Neu!

bekämpft
den
Schmerz

IROCOPHEN[®]

gibt
neuen
Auftrieb

Die bewährte Kombination
gewährleistet bei bester
Verträglichkeit eine rasche
und ausgezeichnete
Wirkung.

IROCOPHEN belebend für den Tag

10 und 20 Tabletten:
IROMIN = Calc. acetylosalic.
carbamid. 0,25 g.
Coffein 0,05 g.
Acet.-p-Phenet. 0,20 g

IROCOPHEN c.c. beruhigend am Abend
und in der Nacht

10 und 20 Tabletten:
Calc. acetylosalic. carbamid. 0,25 g
Codein. phosph. 0,01 g.
Acet.-p-Phenet. 0,20 g

5 Supp. für Erwachsene:
Calc. acetylosalic. carbamid. 0,5 g.
Codein. phosph. 0,02 g.
Acet.-p-Phenet. 0,20 g

5 Supp. für Kinder:
Calc. acetylosalic. carbamid. 0,2 g.
Codein. phosph. 0,005 g.
Acet.-p-Phenet. 0,125 g



Dr. SCHMIDGALL GMBH CHEM.-PHARM. FABRIK STUTT GART-UNTERTÜRKHEIM

Bund vorgeschlagenen Maßnahmen sind wirklich geeignet, den Assistentenmangel rasch und gründlich zu beheben, ganz im Gegensatz zu der laienhaften, um nicht zu sagen naiven Vorstellung des „Vorwärts“, der einfach das Medizinstudium propagieren will, ohne sich Sorgen und Gedanken darüber zu machen, was ein Ärztoproletariat letzten Endes für verheerende Auswirkungen für das ganze Volk haben könnte.

Mit Recht stellt Dr. med. Fritz Beske in seiner statistischen Arbeit in den ärztlichen Mitteilungen „Der ärztliche Nachwuchs im Bundesgebiet und in Berlin“ (ÄM Nr. 20/1961) fest, daß die Zunahme der Medizinstudierenden allmählich einen Stand erreicht hat, der mit derzeit 22 000 deutschen Medizinstudenten noch niemals auch annähernd so hoch war und den noch so großzügig geschätzten Nachwuchsbedarf um ein Vielfaches übersteigt. Nicht mit Unrecht wurde deshalb auf dem Deutschen Ärztetag in Wiesbaden von einer „Studentenlawine“ gesprochen, die sich eines Tages in einer vollständigen Proletarisierung des Ärztestandes auswirken muß.

22 000 Medizinstudierende bei einer Gesamtzahl von mehr als 70 000 approbierten Ärzten aller Sparten im Bundesgebiet! Dabei ist zu bedenken, daß Deutschland mit seinen 70 000 Ärzten jetzt bereits mit an der Spitze aller Nationen steht, was die Arztdichte im Verhältnis zur Bevölkerung betrifft! Dieses ungesunde Verhältnis muß doch den größten Optimisten bezüglich der ärztlichen Berufsaussichten zu denken geben. Die Ärztekammer hat deshalb mit Recht und in voller Verantwortung eine Warnung an die Abiturienten herausgegeben, in der die vielfach illusionistischen Vorstellungen junger Menschen über die ärztlichen Berufsaussichten auf ein realistisches Maß zurückgeführt werden. Die Vorarbeiten hierzu wurden im Ausschuß für Nachwuchsfragen in Bayern geleistet. Ich habe auf dem Ärztetag in der Diskussion auch darauf hingewiesen, daß nicht nur die Ärztekammern, sondern auch die Anwaltskammern derartige Warnungsschreiben an die Abiturienten herausgeben. Auch die anwaltschaftlichen Berufsvertretungen haben die gleiche Sorge vor einer zunehmenden Proletarisierung und damit zwangsläufig Demoralisierung ihres Berufsstandes.

Nicht nur die ärztlichen Standespolitiker, sondern auch jeder weitsichtige und verantwortungsbewußte Politiker hat die Pflicht, wenn er die uferlose Ausweitung des ärztlichen Berufsstandes propagiert, wie es im „Vorwärts“ geschieht, sich über die wirtschaftlichen, sozialen und gesundheitspolitischen Auswirkungen gewissenhaft und exakt zu unterrichten. Dies wird aber vom „Vorwärts“ offenbar nur in einer sehr einseitigen Weise beachtet. Wir brauchen mehr Ärzte, weil es an Assistenten fehlt und weil der Mensch sozial schwacher Schichten besser betreut werden soll, so ungefähr lautet die Begründung. Wer diesen Ärzten aber eine ausreichende Existenzgrundlage bietet, die für eine gewissenhafte und wirklich sinnvolle Ausübung ihres Berufes eine unumgängliche Voraussetzung ist, darüber macht sich der „Vorwärts“ offenbar keine Gedanken. Er begnügt sich vielmehr mit Feststellungen wie „ein Risiko liegt in jeder Berufswahl“ und „es gehört zum Wesen des Arztes, daß er den Mut zur freien Entscheidung besitzt“, oder weiter „man be-

schneldet diesen Mut, wenn man dem jungen Menschen bereits mit dem Gespenst einer sozialen Unsicherheit droht“. Solch extrem liberale Parolen klingen merkwürdig in einem sozialdemokratischen Parteiorgan, und wir fürchten, daß man sie wohl nur den Ärzten gegenüber anzuwenden wagt, nicht aber z. B. der Masse der gewerkschaftlich organisierten Arbeitnehmerschaft gegenüber. Hier bören wir oft genug und mit Recht in den Gewerkschaftsblättern ganz andere Töne von der sozialen Sicherheit und von der Verantwortung hiefür. Derartigen, gelinde gesagt leichtfertigen Auffassungen dem Ärztestand gegenüber, darf ein Aufsatz im Bayer. Ärzteblatt „Ärzteangebot oder Ärzteüberhang“ in Erinnerung gebracht werden, in dem es u. a. hieß: „Man kann bei der Ermittlung des Bedarfs an ärztlichem Nachwuchs nicht von utopisch-sozialromantischen Vorstellungen ausgehen, wie viele Ärzte für die Betreuung unseres Volkes wünschenswert wären“.

Kürzlich stand in einer historischen Abhandlung, daß der Lebensstandard des heutigen Durchschnittsbürgers in der Bundesrepublik dem eines mittelalterlichen Fürsten gleichen würde. Die mittelalterlichen Fürsten hatten aber in der Regel auch Leibärzte, die sich meist nur der Familie und dem engeren Kreis ihrer fürstlichen Herrn zu widmen brauchten; und doch wird es niemandem einfallen, zu verlangen, daß wir nun entsprechend dem sonstigen Lebensstandard jeder Familie ihren Leibarzt beschaffen und entsprechend viele Ärzte ausbilden müßten, ohne daß wir uns wegen der wirtschaftlichen Sicherstellung dieser Ärzte Gedanken zu machen bräuchten. Dieses Beispiel mag in der Übertreibung verdeutlichen, daß wir eben nicht von schönen Wünschen, sondern nur von den realen Tatsachen unserer Wirtschaftsstruktur und des Kassenarztrechts ausgehen können.

Trotzdem hört man heute da und dort schon den Ruf, „bildet nur recht viele Ärzte aus, unser Volk kann gar nicht genug haben“. Wie diese Ärzte dann mit ihren Familien im Rahmen der gesamten Volkswirtschaft eingebaut und einigermaßen wirtschaftlich sichergestellt werden, darüber machen sich diese Sozialromantiker scheinbar keine Gedanken.

So kann man es nicht machen, wenn man verantwortungsbewußt und vorsichtig an die Zukunft unseres Standes und an die Entwicklung unserer Volksgesundheit denkt; denn auch diese würde durch ein Ärztoproletariat nicht gefördert werden. Man muß vielmehr von der nun einmal gegebenen gesetzlichen, wirtschaftlichen und politischen Struktur unseres Volkes und des Gesundheitswesens und insbesondere vom Kassenrecht ausgehen, wenn man eine vernünftige Planung des ärztlichen Nachwuchses betreiben will. Dazu kommen auch noch die Schwierigkeiten für eine ordnungsgemäße und sorgfältige Ausbildung des Ärztenachwuchses, wie sie sich aus der derzeitigen Überfüllung unserer Universitäten ergeben und die wiederum nur mit dem Einsatz von Milliardenbeträgen im Laufe von Jahren erst zu beheben wären. (Dr. Brentano-Hommeyer Bayer. Ärzteblatt, Heft 3/1960).

Die einzige Überlegung des „Vorwärts“, wie die von ihm geforderte Ärztelawine sinnvoll wirtschaftlich eingebaut und gesichert werden soll, scheint der Satz zu sein: „Das Einkommen der in freier Praxis tätigen Ärzte hat sich in den letzten zehn Jahren vervielfacht“.

Demgegenüber werden jeder praktizierende Arzt und Facharzt sicherlich mit Empörung registrieren, daß diese oberflächliche Behauptung, die wir auch immer wieder bei Honorarverhandlungen zu hören bekommen, einfach an den wirklichen Tatsachen vorbeigeht. Dieser Hinweis im „Vorwärts“ kann nur so aufgefaßt werden, daß nach Auffassung der dahinterstehenden Kreise offenbar folgenderweise argumentiert werden will:

Da sich das Einkommen der praktizierenden Ärzteschaft angeblich vervielfacht hat, reicht die Gesamtvergütung ohne weiteres dazu aus, um noch viel mehr praktizierende Ärzte unterzubringen; oder anders ausgedrückt:

Es schadet nichts, wenn das Durchschnittseinkommen des freipraktizierenden Arztes infolge verstärkter Konkurrenz und noch größerer Zahl von Ärzten bei gleichbleibender Gesamtvergütung wieder gesenkt wird, weil sich das Einkommen des einzelnen Arztes ohnehin so sehr vervielfacht hatte und deshalb eine entsprechende Kürzung verträgt. Diese Gedankengänge und Konsequenzen, die vom „Vorwärts“ natürlich nicht in aller Deutlichkeit zum Ausdruck gebracht wurden, die sich aber bei genauerem Nachdenken zwangsläufig ergeben, liegen auf einer Linie mit der Einstellung des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen. Diese haben kürzlich eine Veröffentlichung des Frankfurter Journalisten Günther Wollny zum Abdruck gebracht, in der es unter anderem wörtlich heißt:

„Ob die Ärzteschaft ihren sogenannten „sozialen Besitzstand“ wahren können, muß in Zweifel gezogen werden. In dem Honorar, das die Ärzte gegenwärtig in der Kassenpraxis beziehen, ist nämlich eine Quote enthalten, die fälschlich Handwerkliches als ärztliche Kunst bezahlt . . . Der Umfang des Kassenhonorars ist also — für eine gesellschaftspolitisch korrektere Form — von zwei Seiten her fragwürdig geworden.“ Hier wird also die Katze aus dem Sack gelassen. Der „Vorwärts“ schreibt, daß sich das Durchschnittseinkommen der Ärzte vervielfacht habe und folgert daraus, daß der Kuchen für noch viel mehr Ärzte reichen würde, während der Bundesverband der Ortskrankenkasse einer Veröffentlichung Raum gibt, in der ganz deutlich gesagt wird, daß das Einkommen des praktizierenden Kassenarztes zu hoch ist und wieder reduziert werden müsse. Es ist an der Zeit, daß die Ärzteschaft solche alarmierenden Nachrichten zur Kenntnis nimmt, sie richtig bewertet und entsprechende Konsequenzen daraus zieht. Wenn aus Kreisen der Ärzteschaft selbst immer wieder die statistischen Schein- und Halbwahrheiten kritiklos aufgegriffen werden, daß wir zu wenig Ärzte haben und deshalb möglichst viele Mediziner ausbilden müssen, dann wird ja bald jeder einzelne Arzt die Folgen davon zu spüren bekommen. Aber auch das gesamte Gesundheitswesen und letzten Endes die Volksgesundheit werden auf lange Sicht eine nicht wiedergutmachende Schädigung erleiden. Jeder praktizierende Arzt weiß, daß nicht nur das nominelle Einkommen, sondern daß mindestens ebensosehr die Spesen angestiegen sind und daß sich hinter diesen Statistiken von der Vervielfachung des ärztlichen Einkommens beispielsweise auch Röntgen-Institute mit etwa acht bis zehn nichtärztlichen Angestellten und einem riesigen Aufwand an Unkosten verbergen.

Das Brutto-Einkommen eines Röntgenfacharztes, das also zum größten Teil für einen riesigen Spesenaufwand und für nichtärztliches Personal ausgegeben wird, zählt aber in solchen Statistiken als Einkommen eines Arztes und treibt scheinbar das ärztliche Durchschnittseinkommen gewaltig in die Höhe, so daß sich ein völlig falsches Durchschnittseinkommen der Ärzte ergibt. Nach einer Zusammenfassung über die Kassenstruktur der Röntgen-Praxen (herausgegeben vom Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung im Nov. 1960) betragen die durchschnittlichen jährlichen Gesamtunkosten einer Röntgen-Praxis 137 000 DM! Diese gewaltigen Summen belasten natürlich die Statistiken über das ärztliche Durchschnittseinkommen. Nur etwa 10 bis 15% dieses statistischen „ärztlichen Einkommens“ fließen tatsächlich dem Arzt zu! Nichts ist also gefährlicher, als eine gedankenlose Anwendung der Statistik durch fachlich Unkundige.

Ein weit besseres Bild als diese fragwürdigen Statistiken ergeben die Vergleiche der durchschnittlichen Fallpauschalvergütungen, wie sie heute und vor zehn Jahren ausgezahlt wurden. Bei den RVO-Kassen betrug die Fallpauschalvergütung für Praktiker pro Quartal vor zehn Jahren in München etwa 9.— DM und ist bis heute auf etwa 14.— DM angestiegen. Bei den Ersatzkassen ist sie im gleichen Zeitraum von durchschnittlich etwa 10.— DM auf heute 16.05 DM für Praktiker in München angestiegen. Diese Ziffern beweisen, daß von einer „Vervielfachung“ des Einkommens der freipraktizierenden Ärzteschaft, wie sie der „Vorwärts“ behauptet, überhaupt keine Rede sein kann. In Wirklichkeit ist nicht ein mal eine Verdoppelung des Einkommens eingetreten. Unter Berücksichtigung der gestiegenen Spesen hat die Steigerung des ärztlichen Einkommens nicht Schritt gehalten mit der durchschnittlichen Steigerung der Löhne und Gehälter oder der Anhebung der Renten. Dazu ist noch zu bedenken, daß die vom „Vorwärts“ und von manchen einseitigen Statistikern empfohlene Medizinstudentenlawine sich nach Abschluß des Studiums aus vielen Gründen ganz überwiegend in die Reihen der praktizierenden Ärzteschaft ergießen würde, wo sie am wenigsten benötigt wird.

Hat sich der „Vorwärts“ und auch der Wissenschaftsrat aber auch die Auswirkungen einer Ärztelawine und darüber hinaus ganz allgemein eines akademischen Proletariats in der richtigen Weise überlegt? Hier ist eine Debatte aufschlußreich, die vor nicht allzu langer Zeit im Bayerischen Landtag zur Situation an den bayerischen Hochschulen stattgefunden hat. Dabei wurden unter dem Beifall des ganzen Hauses Dinge gesagt, die sich der „Vorwärts“ hinter den Spiegel stecken sollte. So z. B.: „Ein akademisches Massenproletariat und eine Massenintelligenzschicht können auch ein guter Nährboden für den Kommunismus werden. Das sehen wir im Vorderen Orient. Die Führer der kommunistischen Parteien in den vorderasiatischen Ländern sind meistens Akademiker, und auch die Anhänger sind brotlose Akademiker und arbeitslose Intellektuelle. Schauen Sie nach Cuba, dort haben Sie genau dasselbe. Sie laufen Gefahr, wenn Sie die Dinge zu einseitig im Sinne einer wahllosen Ausweitung des akademischen Nachwuchses sehen, daß Sie das Gegenteil erreichen und dem Kommunismus Vorschub leisten!“

Die Bestimmungen des Jugendarbeitsschutzgesetzes über die gesundheitliche Betreuung sind in Kraft getreten

Von Dr. W. Reichstein

Der 6. Abschnitt des Jugendarbeitsschutzgesetzes, der die gesundheitliche Betreuung regelt, ist zwar bereits am 1. 10. 61 in Kraft getreten, zur Durchführung seiner Bestimmungen fehlten an diesem Tage aber noch notwendige Rechtsverordnungen. Diese unbefriedigende Situation war allerdings unvermeidlich, da der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung durch die Bestimmungen des Gesetzes erst ab 1. 10. 61 das Recht erhalten hatte, notwendige Rechtsverordnungen zu diesem Sachgebiet zu erlassen. Aus der Tatsache, daß aus diesen Gründen die Bestimmungen über die gesundheitliche Betreuung erst im Laufe des Monats Oktober durchführbar werden, dürfen natürlich weder den Jugendlichen noch den Arbeitgebern Nachteile erwachsen.

Im Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 80/1961 vom 3. 10. 61 ist nun die „Verordnung über die ärztlichen Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz vom 2. 10. 61“ veröffentlicht worden. Ihr Wortlaut ist unter der Rubrik „Amtliches“ auf Seite 359 dieses Heftes abgedruckt. Durch diese Verordnung wird für die Aufzeichnung der Untersuchungsergebnisse ein drei Seiten umfassender Vordruck vorgeschrieben, den der untersuchende Arzt in doppelter Ausfertigung ausfüllen und zehn Jahre lang aufbewahren muß (§ 3 der Verordnung). Das Zweitstück des Untersuchungsvordruckes muß der Arzt, sofern der Personensorgeberechtigte damit einverstanden ist, dem amtlichen Gewerbearzt oder einem anderen Arzt auf Verlangen zur Einsicht aushändigen (§ 51 des Gesetzes).

Auch die Mitteilung an die Eltern und die Bescheinigung für den Arbeitgeber muß auf den in dieser Rechtsverordnung vorgeschriebenen Vordrucken erfolgen.

Untersuchungen nach diesem Gesetz sind nur solche, deren Ergebnisse auf dem vorgeschriebenen Vordruck eingetragen werden. Das Bundesarbeitsministerium wird in Kürze noch ein Merkblatt herausgeben, in welchem die in dem Vordruck gestellten Fragen noch näher erläutert werden. In diesen Merkblättern wird insbesondere auch auf die noch etwa notwendigen Ergänzungsuntersuchungen eingegangen werden.

Der Jugendliche, der nach den Bestimmungen dieses Gesetzes untersucht werden soll, muß dem Arzt einen „Untersuchungsberechtigungsschein“ (§ 2 der Verordnung) vorlegen. Die Kosten der Untersuchung werden vom Land nur erstattet, wenn der Arzt diesen Untersuchungsberechtigungsschein vorlegt. In Bayern erhalten die Jugendlichen bzw. deren Eltern diesen Vordruck bei dem für ihren Wohnsitz zuständigen Ge-

werbeaufsichtsamt. Diese schon wegen der geringen Zahl dieser Ämter sehr unzuweckmäßige Regelung soll nur für eine Übergangszeit Geltung haben. Danach wird eine andere Stelle zur Ausgabe dieser Vordrucke bestimmt werden.

Nach den Übergangsvorschriften des Jugendarbeitsschutzgesetzes (§ 52) brauchen Jugendliche, die am 1. 10. 61 bereits 16 Jahre alt waren, nicht untersucht zu werden. Außerdem sind Jugendliche, die nach dem 30. 9. 45 geboren sind, von der Pflicht zur Einstellungs- und Nachwuchsuntersuchung dann befreit, wenn sie am 1. 10. 61 bereits in einem Beschäftigungsverhältnis stehen. Wechseln diese Jugendlichen jedoch ihren Arbeitgeber, dann müssen sie sich entsprechend den Bestimmungen dieses Abschnitts untersuchen lassen.

Aus diesen Gründen werden sich in Bayern zur Zeit nur wenige Jugendliche diesen Untersuchungen unterziehen müssen. In vollem Umfange sind diese Untersuchungen vorzunehmen für diejenigen Jugendlichen, die im Jahre 1962 aus der Schule entlassen werden und dann eine Beschäftigung aufnehmen wollen. Das werden im Jahre 1962 in Bayern etwa 110 000 Jugendliche sein. Damit sich diese Untersuchungen dann nicht auf wenige Wochen zusammenballen, wird man den Jugendlichen nahelegen müssen, sich im Laufe des letzten halben Jahres vor der Schulentlassung untersuchen zu lassen.

Der Vorstand der Bayer. Landesärztekammer hat sich in seiner Sitzung am 8. 10. 61 eingehend mit den Fragen der ärztlichen Untersuchung nach diesem Gesetz befaßt und als Hinweis für die Kollegen folgende Verlautbarung beschlossen:

„Es sind Unklarheiten darüber aufgetreten, welche Ärzte für die Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz zuständig sind.“

Der Vorstand der Bayer. Landesärztekammer weist darauf hin, daß es sich bei diesen Untersuchungen um allgemeinärztliche Tätigkeit im Sinne des § 34, Abs. 2 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns handelt.

Ergänzungsuntersuchungen, welche nach § 4 der Rechtsverordnung des Bundesarbeitsministers vorgesehen sind, können durch Fachärzte im Rahmen ihres Fachgebietes ausgeführt werden.“

Die Kosten der Untersuchung trägt nach § 50 des Gesetzes das Land. Über die Höhe des ärztlichen Honorars haben seit Monaten zwischen den einzelnen Landesärztekammern und den Arbeitsministerien der

Antiphlogistine

* eingetr. Wz.

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



Wärmepackung · Wärmeumschlag

bei: Gelenkentzündung
Nervenentzündung
Rippenfehlentzündung
Hals- und Brustschmerzen
Rheumatismus

LYSSIA-WERKE WIESBADEN

Länder Verhandlungen stattgefunden. Die Vorstellungen über die Höhe der Vergütung gingen dabei erheblich auseinander.

Auch in Bayern sind diese Fragen zwischen dem Präsidenten der Landesärztekammer, dem 1. Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und Vertretern der Bayer. Staatsministerien für Arbeit, Finanzen, des Innern und des Kultusministeriums eingehend erörtert worden. Am 13. 9. 61 hat der Präsident der Bayer. Landesärztekammer, Herr Kollege Dr. Sewering, an den Bayer. Staatsminister für Arbeit und soziale Fürsorge noch einen Brief gerichtet, in dem es u. a. heißt:

„Wie mir aus Ihrem Hause auf Anfrage telefonisch mitgeteilt wurde, haben sich die Arbeitsministerien der Länder dahin gehend abgesprochen, für die ärztlichen Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz ein Honorar von DM 20.— festzusetzen.

Diesem Beschluß gingen in allen Bundesländern eingehende Verhandlungen mit den zuständigen Landesärztekammern voraus, in denen diese darlegten, warum ein Honorar von DM 30.— für diese Untersuchungen notwendig und gerechtfertigt wäre. Auch hier in Bayern fanden diese Verhandlungen statt.

Nachdem ich glaube, daß die von unserer Seite vorgetragenen Argumente keineswegs leichtfertig konstruiert oder unbegründet waren, ist es für uns Ärzte außerordentlich enttäuschend, daß alle unsere Vorschläge und Begründungen praktisch in den Wind geschlagen wurden. Anders nämlich kann man es nicht auffassen, wenn die Arbeitsministerien von der Forderung der Ärzte auf ein Honorar von DM 30.— so weitgehend abgewichen sind. In Ärztekreisen verdichtet sich immer mehr der Eindruck, das Honorar könnte deshalb so nieder bemessen sein, damit möglichst wenig freipraktizierende Ärzte sich überhaupt an den Untersuchungen beteiligen und so der Beweis geliefert werden könnte, daß diese Aufgaben eben doch nur von der amtlichen Medizin zu meistern sind. Ich möchte mich diesen Vermutungen keineswegs anschließen, glaube aber, daß man für sie doch sehr viel Verständnis haben kann, wenn man sich die Vorgeschichte vergegenwärtigt und dabei daran denkt, daß die Einschaltung der freipraktizierenden Ärzteschaft in diese Untersuchungen nur gegen größten Widerstand durchgesetzt werden konnte.

Die nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz vorgesehenen ärztlichen Untersuchungen der Jugendlichen sind auf dem großen Gebiet der präventiven Medizin der erste Schritt im Rahmen der Gesundheitsgesetzgebung des Bundes. Die Verwirklichung der gesteckten Ziele ist — darüber sollte doch kein Zweifel bestehen — nur möglich, wenn die gesamte Ärzteschaft dabei zusammenwirkt. Dieses Zusammenwirken sollte aber nicht dadurch von vornherein erschwert werden, daß man den mitwirkenden Ärzten, welche, soweit sie in der freien Praxis stehen, ja Unkosten zu tragen haben, die sich vom heutigen Preisniveau ableiten, Honorare anbietet, die angesichts der heutigen Preise nahezu als eine Brückierung empfunden werden müßten.

Ich wäre Ihnen, sehr verehrter Herr Staatsminister, außerordentlich dankbar, wenn Sie sich in die Angelegenheit noch einmal persönlich einschalten und eine Überprüfung der getroffenen Entscheidung ermöglichen könnten.“

Die Vertreter der Arbeitsministerien der Länder haben sich jedoch trotz aller Gegenvorstellungen dahin gehend abgesprochen, für diese Untersuchungen den Betrag von DM 20.— zu zahlen. Die Arbeitsminister von Bayern und Niedersachsen haben sich bereit erklärt, über die Höhe der Vergütung weiter zu verhandeln.

Die Höhe des Honorars sowie die Regelung der Abrechnung wird in einer Rechtsverordnung der Staatsregierung festgelegt werden, die gegen Ende Oktober erlassen werden dürfte.

Erst nach dem Erlaß dieser Verordnung kann auch entschieden werden, welcher Weg für die Verteilung

JUGENDARBEITSSCHUTZGESETZ

1. Jugendliche, die am 1. Oktober 1961 bereits 16 Jahre alt sind, brauchen nicht untersucht zu werden.
2. Jugendliche, die nach dem 30. September 1945 geboren sind, brauchen nicht untersucht zu werden, wenn sie vor dem 1. Oktober 1961 bereits in einem Beschäftigungsverhältnis standen. Wechseln diese Jugendlichen jedoch während des ersten Beschäftigungsjahres den Arbeitgeber, dann müssen sie sich untersuchen lassen.
3. Jugendliche, die nach dem 30. 9. 1945 geboren worden sind und erst nach dem 30. 9. 1961 ein Beschäftigungsverhältnis aufnehmen, müssen untersucht werden.
4. Jeder Jugendliche muß dem Arzt vor der Untersuchung einen sog. „Untersuchungsberechtigungsschein“ aushändigen. Der Arzt erhält sein Honorar nur gegen Voriage dieses Scheines. Die Höhe des Honorars wird durch Rechtsverordnung gegen Ende Oktober festgelegt.
Die Jugendlichen bzw. die Eltern erhalten in Bayern diesen Schein bis auf weiteres bei dem zuständigen Gewerbeaufsichtsamt.
5. Der Untersuchungsbefund muß auf dem vorgeschriebenen Formular in doppelter Ausfertigung eingetragen werden. Der Arzt muß diese Formulare zehn Jahre lang aufbewahren.
6. Nach der Untersuchung:
Mitteilung an die Eltern auf vorgeschriebenem Vordruck,
Bescheinigung für den Arbeitgeber auf vorgeschriebenem Vordruck.
7. Zur Durchführung der Untersuchungen fehlen noch wichtige Landesverordnungen! Daher:
Beginn der Untersuchungen,
Bezug der Untersuchungsformulare,
Regelung der Abrechnung
gegen Ende Oktober beim zuständigen Ärztl. Kreisverband erfragen.

der vorgeschriebenen Untersuchungs- und Mitteilungsvordrucke möglich ist.

Wegen der großen gesundheitspolitischen Bedeutung dieses Gesetzes wird die Ärzteschaft diese Untersuchungen trotz der unzureichenden Honorierung sorg-

fältig durchführen; die Landesärztekammern werden sich aber weiterhin nachdrücklich bemühen, eine Honorierung zu erreichen, die der Art, dem Umfang und der Bedeutung dieser Untersuchungen entspricht.

Anschrift des Verf.: München 13, Heßstraße 42.

AUS DEM STANDESLEBEN

Sitzung des Vorstandes der Bayer. Landesärztekammer

Am 8. Oktober 1961 fand eine Sitzung des Vorstandes der Bayer. Landesärztekammer statt. Der Vorstand erörterte dabei u. a. eingehend die Fragen der ärztlichen Untersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz. Der Präsident der Landesärztekammer erstattete Bericht über die bisherigen Verhandlungen zur Erreichung eines angemessenen Honorars für die ärztliche Untersuchung. Diese Bemühungen werden fortgesetzt werden bis ein Honorar erreicht wird, das der Art, dem Umfang und der Bedeutung dieser Untersuchung entspricht.

Zur Frage, welche Ärzte nach der Berufsordnung diese Untersuchungen durchführen können, beschloß der Vorstand als Hinweis für die Kollegen eine Verlautbarung, deren Wortlaut unter der Rubrik „Amtliches“ dieses Heftes abgedruckt ist.

Der Vorstand befaßte sich sodann unter Festlegung des Termins für den 15. Bayer. Ärztetag, der auf Beschluß des 14. Bayer. Ärztetages in Passau stattfinden soll. Da es erforderlich werden kann, daß der Bayer. Ärztetag zu den Beschlüssen des Deutschen Ärztetages (18.—23. 6. 1962 in Norderney) Stellung nehmen muß, wurde in Abweichung eines früheren Beschlusses der Bayer. Ärztetag auf den Herbst verlegt. Als Termin wurde der 7., 8. und 9. September 1962 festgelegt.

Der Vorstand nahm dann einen Bericht über die Kindergeldkasse entgegen. Nach Überprüfung der Finanzlage stellte er fest, daß infolge günstiger Umstände die Beitragserhebung für das Jahr 1962 ausgesetzt werden kann, da der Kindergeldkasse neben den Beiträgen der Ärzte weitere Mittel zugeflossen sind.

Die vom Vorstand behandelten Änderungen und Ergänzungen von Richtlinien für den Anlernberuf der Arzthelferin werden im nächsten Bayer. Ärzteblatt veröffentlicht werden.

Unbefristete Dienstverträge für angestellte Ärzte in den Münchener städtischen Krankenhäusern

Der Münchener Stadtrat hat in seiner Sitzung am 20. 9. 61 einstimmig beschlossen, alle Oberärzte und Assistenzärzte, die in städtischen Diensten stehen, auf unbefristete Zeit einzustellen. Mit diesem Beschluß wurde den langjährigen Wünschen und Forderungen

der Gewerkschaft ÖTV, des Marburger Bundes und der Landesärztekammer endlich Rechnung getragen.

Der Präsident der Bayer. Landesärztekammer, Herr Dr. med. Sewering, hatte Anfang September in einem an alle Stadträte Münchens gerichteten Brief noch einmal dringend gebeten, endlich auch für die nachgeordneten Ärzte normale Beschäftigungsbedingungen einzuführen. Er bezog sich in seinem Brief auch auf die Beschlußfassung des Deutschen Ärztetages, der die Beseitigung der Limitierung von Verträgen für angestellte Ärzte als ein wesentliches Element der dringend gebotenen Reform des deutschen Krankenhauswesens gefordert hatte.

In München werden nun ab sofort nach einer Probezeit von sechs Monaten alle Ober- und Assistenzärzte unbefristet angestellt. Die bisherigen befristeten Dienstverträge werden nach einer Überprüfung der persönlichen und fachlichen Voraussetzungen der betreffenden Ärzte in unbefristete Dienstverträge umgewandelt.

65. Deutscher Ärztetag vom 18.—23. Juni 1962 auf Norderney

Köln (ÄPI) — Der 65. Deutsche Ärztetag wird vom 18.—23. Juni 1962 auf Norderney stattfinden. Dieser Termin wurde vom Vorstand der Bundesärztekammer festgelegt, nachdem Norderney durch Beschluß des 64. Deutschen Ärztetages zum Tagungsort gewählt worden war. Eine Besichtigung hat ergeben, daß auf der Insel Norderney alle technischen Voraussetzungen gegeben sind, die Plenarsitzungen des Deutschen Ärztetages, die Tagungen ärztlicher Organisationen, die Sitzungen ärztlicher Gremien, ein Film-Fortbildungsprogramm und ein vielfältiges Rahmenprogramm durchzuführen.

Berliner Senat hat Ärztekammer-Gesetz verabschiedet

Der Berliner Senat hat am 20. September 1961 das Berliner Ärztekammer-Gesetz verabschiedet und dem Abgeordnetenhaus zur Beschlußfassung zugeleitet. Das Gesetz sieht vor, je eine Kammer für Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker zu schaffen. Alle Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker, die in Berlin wohnen oder in Berlin ihren Beruf ausüben, werden Mitglieder der jeweiligen Kammer.

Cefadysbasin®

TROPFEN
TABLETEN
AMPULLEN



CEFAK
KEMPTEN

PERIPHERE UND KORONARE DURCHBLUTUNGSSTÖRUNGEN



Ärztliche Fortbildungstage in Augsburg

Vom 22. bis 24. September 1961 fand in Augsburg die 28. Vortragsreihe der „Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin“ unter der Leitung von Prof. Dr. A. Schretzenmayr, dem Präsidenten des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung, statt. Die Vorträge waren dem Thema „Aktuelle Therapie“ zugeordnet. Sie waren durchweg, sogar noch am Sonntag nachmittag und trotz des andauernd schönen Wetters, sehr gut besucht.

Eingeleitet wurde die Tagung durch einen Filmabend. „Krebszellen im strömenden Blut“ (Bayer), „Diurese“ (Ciba) und „Tumoren des Harntraktes“ (Pflizer) waren die Themen der instruktiven Filme, die eine interessierte Zuhörerschaft fanden.

Prof. Dr. Schretzenmayr begrüßte am nächsten Tage, von großem Beifall unterbrochen, die Tagungsteilnehmer aus dem ganzen Bundesgebiet, Ärzte aus Berlin, aus Österreich, der Schweiz, aus Schweden und Jugoslawien. Mit großem Bedauern wurden die Kollegen aus der Sowjetzone vermißt. Eine große Zahl von Ärzten aus den USA folgten der Einladung. Mit Befriedigung wurde vermerkt, daß es gelang, mit dem USA-Hospital in Augsburg Verbindung aufzunehmen, dessen Ärzte mit Colonel John R. Hall, Jr., MC., an der Spitze auch an zahlreichen Vorträgen teilnahmen.

Den ersten Vortrag hielt Dr. Karl Hermann Spitzky (Wien) über „Sulfonamid- und Antibiotikatherapie, wann indiziert, wann überflüssig, wann gefährlich?“ Seine temperamentvollen Ausführungen kamen zu dem Schluß, daß die Sulfonamid- und Antibiotikatherapie nicht nur dann indiziert ist, wenn der Bakteriologe sein Urteil abgegeben hat, sondern auch dann, wenn der sorgfältig abwägende Arzt sie aus therapeutischen, prophylaktischen oder aus Sicherheitsgründen als notwendig erkannt hat. Sie ist überflüssig, wenn sie ohne Überlegung nur bei Auftreten von Fieber und Unwohlsein verschrieben wird, obwohl keine Gefahr einer bakteriologischen Infektion, bei der allein Antibiotika wirksam sind, anzunehmen sind. Gefährlich ist die Chemotherapie mit Sulfonamiden und Antibiotika für den Einzelfall, wenn Antibiotika unkontrolliert gegeben werden und Zwischen-

fällen allergischer oder toxischer Natur nicht sofort und energisch entgegengetreten wird. Sie sind selten, aber erfordern sorgfältige Behandlung. Gefährlich nicht nur für den Einzelfall, sondern auch für die Allgemeinheit ist jede Verzettelung der Dosen und wahllose Verschreibung. „Die Reinzüchtung resistenter virulenter Keime hat besonders in den USA schon reichlich Todesopfer gekostet. Mögen wir noch lange von solchen Epidemien, die Finland heute schon als weltweite Pandemie bezeichnet, verschont werden.“

Ein zweiter Vortrag Dr. Spitzkys beschäftigte sich mit der Frage: „Gibt es viruzide Mittel?“ (Hinsichtlich dieses und anderer Vorträge sei auf den Abdruck in den „Monatskursen für die ärztliche Fortbildung“ verwiesen, da der Vortrag wegen seines Gehaltes für ein Kurzreferat nicht geeignet ist.)

Dr. Hanns Kaiser (Alsbach) behandelte das Thema: „Wann soll man heute in der Praxis Cortison anwenden?“ In klarer und anschaulicher Gliederung wurden die Indikationen aufgezeigt, der Wert der Cortisontherapie gewürdigt, aber auch auf ihre Gefährlichkeit hingewiesen, die oft die Einweisung in die Klinik zwecks sinngemäßer Behandlung bzw. Weiterbehandlung erforderlich mache. (Auch hier sei an geraten, den Vortrag in den „Monatskursen“ nachzulesen.)

Über „Kleine und mittlere Chirurgie in der Antibiotika- und Cortisonära“ sprach Priv.-Dozent Dr. Werner Grill (von der Chirurgischen Universitätsklinik Prof. Dr. Zenker in München). Instruktive Bilder und Tabellen ergänzten die interessanten Ausführungen. Grill verwies darauf, daß Wundeiterungen nach streng aseptischen Eingriffen in den letzten Jahren eine besondere Aktualität gewonnen haben. Nach allgemeiner Erfahrung und eigenen Untersuchungen an der Münchner Klinik werden nahezu alle postoperativen Wundeiterungen nach aseptischen Operationen durch den Staphylococcus aureus hervorgerufen. Diese Eitererreger werden ausnahmslos während der Operation in die Wunde verschleppt. Sie sind in hohem Prozentsatz gegen alle im Handel befindlichen Antibiotika resistent. Die Hauptmenge der Staphylo-

coccon wird durch Ärzte, Schwestern und Pfleger und vor allem durch den Kranken selbst in die Operationsräume verschleppt. Eine erfolgreiche Bekämpfung beginnt mit der hermetischen Abtrennung des Operationsssaales. Er kann nur durch Operationssaalschleusen für das Personal bzw. den Kranken betreten werden. Sämtliche den Operationssaal betretende Personen müssen sich ausnahmslos völlig umkleiden, da schon nach einigen Stunden an der weißen Stationskleidung des Arztes sowie an den Schuhen und der Straßenkleidung der Besucher Staphylococcon nachweisbar waren. Hinsichtlich des Cortisons stellte der Vortragende fest, daß es sich besonders in der Traumatologie und bei akut bedrohlichen Situationen bewährt habe. Die Nachteile und Nebenwirkungen fordern eine strenge Indikation. Die Antibiotica haben sich bei richtiger Anwendung bewährt, doch zwingt die Gefahr der Ausbreitung der neuen Form des Hospitalismus zur radikalen Einschränkung der Applikation, nicht nur in der Chirurgie, sondern für die ganze Medizin. Die alten chirurgischen Grundsätze gelten eher in verstärktem Maße.

Prof. Dr. F. De Rom, Direktor der Gynaekologisch-geburtshilflichen Universitätsklinik in Gent (Belgien), konnte in Fortsetzung seiner Vorträge bei den Fortbildungstagen in Bad Gastein und Davos die „Moderne orale Gestagentherapie in der Gynäkologie“ aus reichem Wissen behandeln. Gesondert wurde die Behandlung bei abnormen genitalen Blutungen (Menorrhagien, Polymenorrhoe), bei pathologischen Amenorrhoeen oder zu geringer Blutung und bei gynäkologischen Schmerzen besprochen, illustriert durch zahlreiche Tabellen.

Prof. Dr. J. Vonkennel, Direktor der Dermatologischen Univ.-Klinik Köln, behandelte die „Akute dermatologische Therapie“ in überaus anregender und kritischer Weise. Es folgten Vorträge von Priv.-Dozent Dr. A. Matthes (Univ.-Klinik Heidelberg) über die moderne Therapie der Epilepsie und epileptiforme Erkrankungen, von Prof. Dr. W. Siede über die The-



Überreichung der Vesalius-Gedenkmünze durch Prof. Schretzenmayr an Prof. De Rom. In der Mitte Prof. Dr. Heberer (Köln).

rapie der akuten und chronischen Leberkrankheiten und Prof. Dr. Arnold über die Therapie der Wassersucht. Weiter folgten Vorträge von Prof. Dr. A. Kleinschmidt über die pathogenetische Bedeutung und Therapie der Pyelonephritis und von Prof. Dr. C. E. Alken zum Thema „Medikamentöse Nierensteinauflösung?“ In Prof. Dr. G. Heberer fand die Therapie der Arterienverschlußkrankheiten einen kenntnisreichen Referenten, Dozent Dr. Giebel (Chirurg. Univ.-Klinik Hamburg) sprach über die „Therapie der Osteochondrose und Osteoporose“. (Ein Film zu diesem Thema der Fa. Schering war vorausgegangen.) Dr. Kirchmair (Innsbruck) berichtete über „Neues in der internistischen Notfalltherapie“. Wie immer wurden klinische Visiten in den Krankenanstalten Augsburg mit Demonstrationen zum Tagungsthema durchgeführt.

Bei einem festlichen Gesellschaftsabend überreichte Prof. Dr. Schretzenmayr die Vesaliusmünze in Silber an Prof. Dr. C. E. Alken (Homburg/S.), Prof. Dr. O. H. Arnold (Essen), Prof. Dr. G. Heberer (Köln), Priv.-Dozent Dr. A. Matthes (Heidelberg), Dr. Karl Herm. Spitz (Wien), Prof. Dr. F. De Rom (Gent), Prof. Dr.



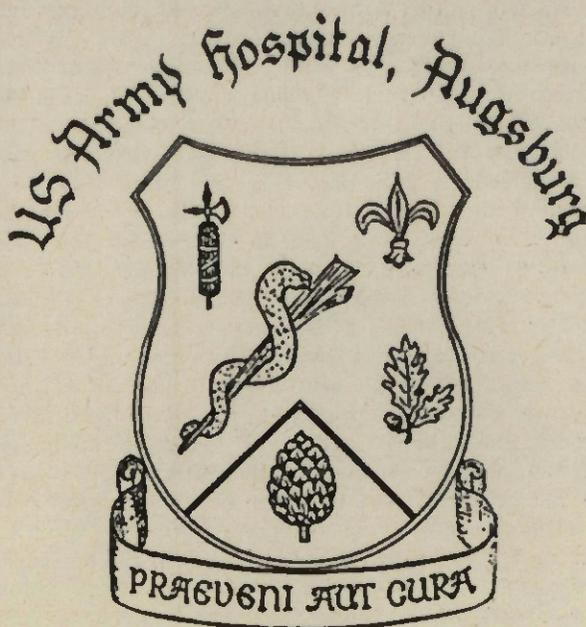
Beim Empfang in der Bücherei des US-Army-Hospitals in Augsburg. Von re. nach li.: Kommandant Colonel John R. Hall, Dr. Schubitz und Frau (Los Angeles), Dr. Koerting, Prof. Dr. Schretzenmayr.



Prof. Dr. Schretzenmayr (re.) überreicht Colonel John R. Hall die Vesaliusmünze. In der Mitte Frau Prof. Alken.

J. Vonkennel (Köln), Dr. W. Teichmann (Bad Wörishofen), Colonel John R. Hall, Jr., M.C. (USA-Hospital Augsburg.) Die Vesaliusmünze in Bronze erhielten Priv.-Dozent Dr. Werner Grill (München), Dr. H. Kirchmair (Innsbruck), Prof. Dr. A. Kleinschmidt (Mainz).

Parallel mit der deutschen Fortbildungstagung gingen Vorträge im Augsburger US Army-Hospital in englischer Sprache, eingeführt von Prof. Dr. Schretzenmayr und Colonel John R. Hall, dem Commanding Officer. Es folgten Vorträge von Dr. Karl Hermann Spitzky über „Virostatics“, Prof. Dr. F. De Rom über „Hormone Therapy in the Practice of Gynecology“ und Captain John G. McGregor, Jr., M.C., Chief of Medical Services, US Army-Hospital Augsburg, über „The Pathophysiology of Drowning“. An die Vorträge schloß sich jeweils eine Diskussion an. An dieser Veranstaltung nahmen die Ärzte des Hospitals sowie Prof. Dr. Schretzenmayr, Dr. Siggelkow und Dr. Koerting teil. Eine Besichtigung des modernen, alle Fachdisziplinen umfassenden, geräumigen Hospitales schloß



sich an. Ein Programm in englischer Sprache mit dem Titelbild der 28. Vortragsreihe und dem Hinweis, daß die ärztliche Fortbildung in Bayern im Auftrag der Bayer. Landesärztekammer veranstaltet wird, wurde eingeleitet durch ein „Welcome“ betitelt Vorwort, in dem u. a. darauf hingewiesen wurde, daß 10% der Augsburger Bevölkerung Amerikaner sind. Monatlich werden hier 70 Amerikaner geboren. Das Rednerpult war mit einem Wappen geschmückt, das sich auch auf dem Programm befand (siehe Abbildung). Die Teilnehmer erhielten ein von Colonel John R. Hall, dem freundlichen Gastgeber, unterzeichnetes Zertifikat über den Besuch der englischen Vorträge im Rahmen der Augsburger Fortbildungstage. K—g.

Vereinigung deutscher Sanitätsoffiziere (VdSO)

(Wehrmedizinische Gesellschaft) e. V., Sitz Bonn

Die „Vereinigung deutscher Sanitätsoffiziere (VdSO) e. V.“ hat mit Wirkung vom 1. 4. 1961 den Untertitel „(Wehrmedizinische Gesellschaft)“ angenommen. Sie bringt damit zum Ausdruck, daß sie im Sinne und in Fortentwicklung der Tradition der früheren „Deutsche militärärztliche Gesellschaft“ nicht nur eine gesellschaftlich-kameradschaftliche Vereinigung ist, sondern wie diese besonders für die Verbreitung der für das sanitätsdienstlich-wehrmedizinische Gebiet wichtigen wissenschaftlichen Erkenntnisse sorgen will.

Ihr Mitgliederkreis erstreckt sich nicht nur auf die aktiven und Res.-Sanitätsoffiziere der Bundeswehr (Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und Veterinäre) und die

ehemaligen aktiven und Res.-Sanitätsoffiziere, sondern auch auf die Ärzte, Zahnärzte und Apotheker, die im Kriege im Sanitätsdienst gestanden oder nach ihrem Kriegsdienst diese Berufe ergriffen haben, sowie auf solche Persönlichkeiten, die ein besonderes Interesse für die Fragen des Sanitäts- und Gesundheitswesens der Bundeswehr bekunden.

Die Vortragsveranstaltungen der VdSO (Wehrmed. Ges.) werden auch in den Standesblättern bekannt gegeben werden. Alle Kollegen sind herzlich dazu eingeladen.

Auskünfte über Mitgliedschaft usw. erteilt der Schriftführer Dr. Werner Heydt, Facharzt für Lungenkrankheiten, Oberstarzt a. D. Bad Godesberg, Enggasse 15, Fernsprecher 6 20 29.

Mirfulan[®] DIE VITAMINREICHE WUND- UND HEILSALBE

auch zur Säuglingspflege

L. MERCKLE GMBH BLAUBEUREN



Verlautbarung der Bundesärztekammer zur Honorierung ärztl. Gutachtertätigkeit

In zunehmendem Umfange erreichten die Bundesärztekammer in der letzten Zeit Klagen über die unzureichende Honorierung ärztlicher Gutachten durch staatliche Institutionen, Sozialversicherungsträger und andere Stellen.

Der Vorstand der Bundesärztekammer, der sich mit dieser Sachlage eingehend befaßte, mußte zu seinem Bedauern feststellen, daß die hierbei den Ärzten angebotene Honorierung vielfach in keinem Verhältnis zu dem geforderten fachlichen Können, dem Arbeitsaufwand und der Verantwortung des sich gutachtlich äussernden Arztes steht und auch im Hinblick auf die allgemeine Lohn- und Preisentwicklung keineswegs als angemessen betrachtet werden kann. Diese Feststellung muß insbesondere in dem Bereich getroffen werden, in dem die Honorierung ärztlicher Gutachten auf Grund überholter staatlicher Verordnungen aus der Vorkriegszeit angeboten wird.

Ständige Bemühungen der Bundesärztekammer und der Landesärztekammern um eine Änderung dieses unbefriedigenden und im Hinblick auf die Qualität der Gutachten bedenklichen Zustandes waren bisher leider

erfolglos. Das ist um so befremdlicher, als dort, wo der Staat von Privatpersonen auf Grund gesetzlicher Vorschriften Gutachten staatlicher Untersuchungsstellen verlangt, hierfür ungleich höhere Gebühren gefordert werden, als der Staat andererseits durch seine verschiedenen Institutionen für benötigte ärztliche Gutachtertätigkeit selbst zu zahlen bereit ist. Daher sieht sich der Vorstand der Bundesärztekammer zu seinem Bedauern gezwungen, öffentlich und gegenüber der Ärzteschaft festzustellen, daß die derzeitige Honorierung ärztlicher Gutachten vielfach unwürdig und nicht mehr länger tragbar ist.

Die Bundesärztekammer hält sich für verpflichtet, darauf hinzuweisen, daß die häufig beobachtete Übung, Gutachten zu den billigst erreichbaren Sätzen in Auftrag zu geben, keineswegs deren Qualität und damit dem öffentlichen Interesse dient. Die Bundesärztekammer ist gemeinsam mit den Landesärztekammern um eine Änderung dieser unbefriedigenden Verhältnisse bemüht; sie bittet die Ärzteschaft, ihre Bemühungen im Rahmen der dem einzelnen Arzt gegebenen Möglichkeiten zu unterstützen.

V. Kongreß der int. Akademie für gerichtliche und soziale Medizin in Wien, vom 22.—27. 5. 61

Die Bedeutung der gerichtlichen Medizin innerhalb der Staatsorganisationen überhaupt wurde nicht nur durch den festlichen Rahmen unterstrichen, sondern vor allem durch die Beteiligung der österreichischen Staatsführung, durch die Anwesenheit geistlicher und weltlicher Würdenträger, des diplomatischen Korps, der Vertreter der Universität und insbesondere der medizinischen Fakultät. Die gerichtliche Medizin in Österreich, mit dem Namen Haberdar verknüpft, strahlt auch heute noch der traditionellen Verpflichtung entsprechend eine weltweite Wirkung aus. Dieser Wirkung entsprach auch die wissenschaftliche Bedeutung der Vortragenden aus verschiedenen Nationen. Beiträge lieferten fast ausschließlich die Leiter und wissenschaftlichen Mitarbeiter der jeweiligen Gerichtlich-Medizinischen Institute. Neben den Österreichern waren vor allem die Franzosen, die Italiener, die Belgier, die Deutschen (West und Ost), die Russen, Polen, Ungarn und Rumänen beteiligt, ferner Südamerikaner und Japaner. Die Angelsachsen traten in den Hintergrund, wobei aber die Teilnahme aus Großbritannien wesentlich die Teilnehmer aus USA an Zahl übertrafen. Die große Zahl der Vorträge nötigte zu einer Kürzung der Redezeit und zu einer gleichzeitigen Verteilung der Vorträge auf 3—4 Säle.

I. Über den Stand der Gerichtlichen Medizin in den einzelnen Ländern wurde 2 Tage gesprochen, vor allem bedeutungsvoll war der einleitende Vortrag von de Villée Frankreich, und der Diskussionsvortrag von Breitenecker, Wien. Die gerichtliche Gutachtertätigkeit ist in den meisten Ländern an die Gerichts-Medizinischen Institute gebunden, die den Kultusministerien unterstehen. Eine Unterstellung unter das Justizministerium soll vermieden werden, wenn auch Portugal z. B. die wissenschaftliche Unabhängigkeit des Gutachters trotzdem gesichert sieht. Bei

der Behandlung der Themen II und IV, der gewaltsame und der natürliche Tod und Verletzungen der Geschlechtssphäre, Fruchtabtreibung und Kindsmord kam die forensische Medizin alter Prägung jedoch mit neuen Funden und neuen Deutungen, sowie die Pathologie zum Zuge. Thema

III Toxikologie, nahm einen ungewöhnlich breiten Raum ein. Der wachsende Einfluß der Chemie und der immer stärker werdende Zug zur Toxikologie innerhalb der gerichtlichen Medizin ist sehr deutlich. Die Verfeinerung der Untersuchungsmethoden (z. B. Einführung der Gaschromatographie) führt auch innerhalb der gerichtlichen Medizin zu einer ausgeprägten Spezialisierung. Das gleiche gilt für Thema

V Blutgruppen und Haptoglobine. Hier wie an anderer Stelle gewann man den Eindruck, daß die gerichtliche Medizin ihren Erfordernissen ganz allgemein befruchtend auf manchen Gebieten der medizinischen Forschung wirken kann. Thema

VI Kunstfehler, Rechtsprechung, Haftpflicht brachte Vorträge über rechtliche Probleme bei der Bluttransfusion. Das an sich wichtige Thema wurde aber im Rahmen der Vortragsfolge nicht ausgeschöpft. Bei der Behandlung des Themas

VII Kriminaltechnik und Laboratoriumsmethoden, dominierten vor allem die Vorträge von Mueller und Schleyer über den Fibrinnachweis und die Präzipitinreaktion.

VIII Gerichtliche Psychiatrie und Kriminologie sowie IX Versicherungs-, Arbeits- und Verkehrsmedizin kamen innerhalb des Kongresses nicht zu der Bedeutung, die sie haben.

Reg.Med.Dir. Dr. Gerweck



Chinin- Veralgät

- Grippe u. Erkält.-infekte (virotrop)
- kupierend, falls im Beginn genom.
- verhütend, „vorher“ „ „
- anolgetisch-antipyretisch (u. subjektiv erleichternd)

-Dragées

Zur Fortbildung · AUS DER KLINIK – FÜR DIE PRAXIS

Die diagnostische Bedeutung der Auskultation des Bauches

Die einfachen diagnostischen Möglichkeiten gewinnen in Notfallsituationen insbesondere für den Praktiker und Landarzt ohne apparative Möglichkeiten besondere Bedeutung. Neben der Palpation leistet bei akuten Zuständen im Bauchraum die Auskultation wertvolle Dienste. Bei unklaren Zuständen im Bauchraum sollten der Arzt und Facharzt — insbesondere in der postoperativen Phase — auch diese Untersuchungsmethode nach der Injektion, Palpation und Perkussion anwenden. Es genügt dazu ein einfaches Schlauchstethoskop. Die Kenntnisse der normalen Tonverhältnisse im Darm ist die Voraussetzung für die Erkennung der pathologischen Zustände. Das Auskultationszentrum des Bauches liegt jeweils 2 cm unterhalb und rechts neben dem Nabel. An dieser Stelle soll wenigstens 2–3 Minuten abgehört und danach das „Punctum maximum“ der pathologischen Darmgeräusche gesucht werden, da es dann wertvolle Hinweise auf Veränderungen und deren Lokalisation gibt. Geduld ist insbesondere bei allgemeiner oder lokaler Fettsucht erforderlich.

Der Patient soll entspannt mit ausgestreckten Beinen liegen, ruhig und langsam atmen, weder sprechen noch jammern. Der Arzt soll neben dem Patienten sitzen. Der Verfasser unterscheidet folgende Auskultationsbefunde:

1. Die normalen aktiven peristaltischen Tonscheinungen

Sie sind kurz, trocken, nie gurgelnd-klatschend. Solche Geräusche sind zwischen zwei Hauptmahlzeiten am Zentralpunkt alle 3–5 Sekunden zu hören. Die Darmtätigkeit ist bereits bedeutend vermindert, wenn auf mehrere Atemzüge nur ein peristaltisches Geräusch erfolgt.

2. Übergang zu pathologischen Zuständen

Verminderung der Tonscheinungen sind möglich als Folge von Arzneien (Opiate, Äthernarkose, Alkoholabusus, Nausea). Übergang zu lauten, längeren, vor allem wässrig-spritzenden Geräuschen: bei viel Magensekret, Aerophagie. Geräusche werden häufiger lauter und nasser bei Beschleunigung der Peristaltik: nach Gebrauch von Abführmitteln, bei deutlicher Ausprägung als pathologisches Zeichen von Enteritiden, Dysenterie und dem Frühstadium der Pneumokokken-Peritonitis. Reiz-Peristaltik findet sich häufig auch bei mäßiger Magen-Darmblutung, die auskultativ deutlich von der Bauchhöhleneiterung zu unterscheiden ist: Bauchhöhleneiterung geht mit Darm lähmung einher.

Tonscheinungen einer Reizperistaltik findet man auch bei großen inkarzierten Hernien.

3. Auskultationsbefunde nach Bauchoperationen

2–3 Tage nach der Operation sind keine oder nur geringe aktive Darmgeräusche zu hören. Die Verminderung

der Geräusche ist proportional der Größe der Operation. Bei glattem Verlauf sind zeitweise am dritten Tag nach der Operation normale oder beschleunigte peristaltische Geräusche zu hören. Sind keine Geräusche feststellbar, so ist eine Komplikation wahrscheinlich. Wenn am vierten Tag keine Geräusche zu hören sind, so ist der Verdacht auf eine lokale Komplikation mit Peritonitis gegeben. Verstummen bereits vorhandene Geräusche, so bedeutet das ein Aufhören der Darmtätigkeit und damit den Verdacht auf drohende Komplikationen — nach den Erfahrungen des Verfassers insbesondere Naht- oder Stumpfsuffizienz.

4. Auskultationsbefund bei Darmlähmung

Mindestens 5 Minuten lang an mehreren Stellen auskultieren. Bei stummem Bauch sind dann die einzigen Tonscheinungen die Pulsschläge der Aorta („Hora mortis“).

Zur Beseitigung von Zweifeln soll nach genügend langer Auskultation die Bauchdecke mehrmals energisch beklopft oder mit Äther beträufelt werden (Provokationsverfahren), evtl. danach noch 5 VE Pituitrin i. v. Nach diesen Maßnahmen treten Darmgeräusche auf, wenn es sich nicht um eine irreversible Lähmung handelt.

Wenn bei sorgfältiger Auskultation das Abdomen zuverlässig als stumm befunden wird, ist das stets ein Zeichen einer schweren drohenden Bauchveränderung. Ein stummes Abdomen ist bei diffuser eitriger Peritonitis bzw. paralytischem Ileus bei Perforations-Peritonitis vorhanden. Beim Ileus: Stethoskop rechts vom Nabel fest auf die Bauchwand drücken und die linke Fossa iliaca mehrmals energisch eindrücken. Dabei sind oft frühzeitig Plätschergeräusche hörbar, die den Ileus begleiten. Ausnahmen bilden die massive Magen-Darmblutung, die Pneumokokken-Peritonitis (bei dieser oft profuse Durchfälle), der mechanische Darmverschluss und Abszesse, die mit Durchfällen einhergehen. Peritonitis nach Perforation von Magen-Darm-Gallenblase in die Bauchhöhle sind also mit Hilfe der sorgfältigen Auskultation frühzeitig festzustellen.

Nach Reponierung einer Hernie kann durch die Bauchauskultation die Funktionsfähigkeit des reponierten Darmes festgestellt werden. Sind normale und peristaltische Geräusche hörbar, dann ist die Reposition gelungen und der Darm ist lebensfähig. Bleiben pathologische Geräusche bestehen oder wird das Abdomen stumm, dann ist die Reposition nicht gelungen oder die reponierten Darmschlingen sind nicht mehr lebensfähig. Vorsicht vor Täuschungen durch passive Geräusche, z. B. bei paralytischem Ileus durch Pulsation der Aorta (Hora mortis), bei passiv hin- und herbewegtem Darm (dabei leise, kurze, kratzende Geräusche), Reibgeräusche im linken Hypochondrium bei Milzinfarkten.

Bei
RHEUMA

Thermulsion

Die zuverlässig
wirkende Einreibung

5. Aktiv-pathologische, sogenannte Ileuseräusche

Diese Geräusche haben einen charakteristischen metallischen Klang. Sie sprechen meist für das Vorhandensein eines mechanischen Ileus. Fehlen sie, so spricht das aber nicht gegen einen Darmverschluß. Die Geräusche können auch infolge Erschöpfung des Darmes nach 6—8 Stunden — insbesondere bei Strangulation — aufhören. Beim Volvulus und Mesenterialinfarkt können Geräusche wegen gleichzeitiger reflektorischer Darmlähmung auch unterbleiben. Aktive pathologische Geräusche findet man daher oft im Frühstadium eines Ileus, bevor Lähmungen auftreten. Diese Möglichkeit der Frühdiagnose kann daher auch zur Frühoperation führen. Beim mechanischen Ileus sind zuerst hyperperistaltische crescendoartige Töne zu hören, die nach ein bis zwei Stunden ohrenreißenden, metallischen, lautgurgelnden, klatschenden Charakter annehmen. Danach tritt eine Pause ein, an die sich sog. Decrescendogeräusche anschließen: Die leer gewordene Darmschlinge füllt sich von oben her wieder. Ist ein nasses, metallisches Geräusch zu hören, wird es durch einen dünnen Flüssigkeitsstrahl hervorgerufen, der das noch nicht total stenosierte Darmvolumen passiert. Es ist vergleichbar einem Geräusch, das beim Einspritzen von Wasser aus einer großen Spritze in einen Topf entsteht (Crescendo-Geräusche).

Die Geräusche beim mechanischen Verschluß ähneln denjenigen einer Brandungswelle. Bei Dickdarmverschluß — meist durch Tumoren bedingt — sind die Geräusche wegen des größeren Lumens noch lauter.

Verfasser weist dann noch darauf hin, daß die Auskultation des Abdomens auch als Ergänzung zur Irrigoskopie dienen kann. Nach Einführen des Einlaufschlauches wird das Stethoskop am „Hörzentrum“ aufgesetzt. Es wird dann das Geräusch am Ende des Wassereinflusses beurteilt. Ist das Geräusch ganz ohrnahe, stark und laut, dann ist es ein Zeichen, daß das Wasser den Blinddarm erreicht hat und daß kein Dickdarm-Ileus vorliegt. Ist kein Geräusch hörbar und kann das Wasser nicht gehalten werden, so ist das häufig ein Zeichen für einen Verschluß des Colon descendens oder des Sigmas.

Dr. E. Kelemen jr., Budapest VIII, Chr.-Univ.-Klinik, „Die diagnostische Bedeutung der Auskultation des Bauches“, Münchener Medizin. Wochenschrift Nr. 19 vom 12. 5. 1961.

Ernährungstherapie bei der Fettsucht

Die einzige wirksame Behandlung Fettsüchtiger ist eine richtige Ernährung. Die Verordnung von Medikamenten ist problematisch und von untergeordneter Bedeutung. Durch eine Bewegungstherapie kann weitere Gewichtszunahme und fortschreitende Muskelschwäche verhindert werden. Eine wesentliche Gewichtsabnahme soll man nach Ansicht des Verfassers von ihr aber nicht erwarten. Auch Bäder, Sauna, Massagen und andere physikalische Prozeduren führen nicht zur Entfettung. Dem Patienten soll daher bei Beginn der Behandlung deutlich gesagt werden, daß seine Fettsucht nur durch richtige Ernährung erfolgreich behandelt werden kann. Jede Entfettung dauert lange. Die Patienten müssen daher eine Ernährungsvorschrift erhalten, die sie auch auf längere Zeit einhalten können. Nach Ansicht des Verfassers ist daher eine großzügige Kostvorschrift besser als eine strengere, die nur theoretisch schneller erfolgreich ist. Dem

Patienten soll auch nicht nur eine gedruckte Diätvorschrift übergeben werden, er soll vielmehr in einem eingehenden Gespräch mit dem Sinn und der erwarteten Wirkung der verordneten Ernährung vertraut gemacht werden. Bei Patienten, die ihrer üblichen Tätigkeit nachgehen, muß auch berücksichtigt werden, daß Hunger und Schwächegefühl vielleicht in einem Sanatorium, nicht aber am Arbeitsplatz zu ertragen sind. Zur Entfettung soll der Patient nicht nur weniger essen, sondern er soll auch anders essen. Dabei ist zu berücksichtigen, daß der Mensch pro Kilo Körpergewicht pro Tag 1 Gramm Eiweiß braucht, das nicht durch Fette oder Kohlehydrate ersetzt werden kann. Nach Ansicht des Verfassers sollte man zufrieden sein, wenn der Fettsüchtige in der Woche 0,5 kg an Gewicht verliert. Für eine Gewichtsabnahme von 25 kg ist dann etwa 1 Jahr erforderlich. Alle wesentlich schnelleren Gewichtsverluste sind nur kurzdauernd und beruhen nicht auf Fettverlust, sondern auf Wasserverlust. Wenn ein Patient z. B. nach dem Obstag 2 kg an Gewicht verloren hat, so ist der Verlust an energiereicher Substanz dabei nur etwa 0,3 kg. Der Rest ist reversibler Gewichtsverlust durch Wasserverlust. Gemüse-, Obst- und Saft-Fastentage führen zu einer unausgeglicheneren Eiweißbilanz und stören den gleichmäßigen Gang der Entfettung. Diese Methoden sind daher höchstens bei Bettrube und stationären Entfettungskuren anzuwenden. Auch gegen sog. Fastenkuren bestehen Bedenken. Sie sind auch nicht geeignet, das Gewicht um 10, 20 oder mehr kg zu vermindern. Der Patient lernt nämlich dabei auch nicht, wie er danach die ihm gemäße Ernährung durchführen soll. Bei der Entfettungsbehandlung ist in erster Linie die Aufnahme von Kohlehydraten zu vermindern, während eine besondere Reduzierung von Fett nicht erforderlich ist.

Verfasser gibt dann im einzelnen folgende Vorschriften. Völlig wegzulassen sind: Zucker, Marmelade, Honig, Schokolade, süße Spelsen, gesüßtes Obst, gesüßtes Gebäck, Kuchen. Sehr einzuschränken sind die stärkehaltigen Produkte Brot, Teigwaren, Mehlspeisen, Mehlsaucen, Nahrungsmittel, Kartoffeln, Hülsenfrüchte. Vorzuziehen sind: Eiweiß, Gemüse, Salate. Reichlich zu verordnen sind: mageres Fleisch, Fisch, Eier, magerer Käse, Quark, Buttermilch (Vollmilch oder Joghurt nur $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Liter täglich), magere Fleischwurst, Würstchen.

Gemüse dünsten ohne Mehlzusatz, aber mit ausreichendem Fett zubereiten. Obst höchstens 300 g täglich. Bier und süße Obstsäfte müssen weggelassen werden, nichtsüßer Wein ist in kleinen Mengen erlaubt. Grundlage jeder Mahlzeit — richtige und sättigende Mahlzeiten, keine Zwischenmahlzeiten —: Fleisch, Fett, Eier, magere Milchprodukte. Kohlehydrate nur als sparsame Beigabe. Mit einer Mehlspeisenküche ist eine Entfettung unmöglich! Magen mit Gemüse und Salaten füllen. Als Beispiel einer Tageskost empfiehlt der Verfasser z. B. folgende Speisen:

Morgens: 1 Joghurt (oder eine Quarkspeise), aus dem Glas entleert, sämig geführt, grob hineingeschnitten ein großer, geschälter Apfel oder eine Handvoll anderes Obst, $\frac{1}{2}$ Scheibe Brot mit Butter, Kaffee ohne Zucker, mit oder ohne Milch.

Mittags: Ein großes Stück Fleisch (etwa 150 g) oder Fisch (etwa 250 g) oder eine Quarkspeise (150 bis 200 g) oder 2—3 Eier, viel Gemüse oder Salat (1 bis 2),

Kartoffeln von Hühnereigröße oder 2 Eßlöffel Teigwaren, Reis, Mehlspeise, 1 Handvoll Obst.

Abends: Soviel wie möglich Salat, z. B. 1 ganzer Kopf grüner Salat oder 500 g Tomaten als Salat usw. oder beides zusammen, 1 Scheibe Brot (kleiner als 50 g) mit Butter, gut belegt mit Fleisch, Käse, Quark, alles ganz mager, oder Ei.

Mit dieser „Standard-Entfettungskost“ erreicht man bei einem normal Tätigen eine Gewichtsabnahme in der Größenordnung von 0,5 kg in der Woche, sie muß je nach Körpergröße, Aktivität, Geschmacksrichtung variiert werden.

Prof. Dr. med. Friedrich Banner, Heidelberg, Medizin. Univ.-Poliklinik, Hospitalstraße 3, „Die Ernährungstherapie bei der Fettsucht“ Dtsch. Medizin. Journal, Heft 5 v. 5. 3. 61, S. 123.

Klinische Erfahrungen mit der Knochenmarkstransfusion bei malignen Erkrankungen

Kurzfassung des Vortrags von Dozent Dr. S. Witte, Erlangen, auf dem Salzburger Krebs-Kongreß 1961.

Die zytostatische Therapie maligner Erkrankungen findet oft ihre Grenze an den Nebenwirkungen der Substanzen auf die Blutbildung. Besonders die Hemmung der Granulopoese mit einer starken Granulopenie kann zur Unterbrechung oder völligen Absetzung einer zytostatischen Therapie zwingen und hierdurch eine wirksame Beeinflussung des malignen Pro-

zesses verhindern. Eine höher dosierte und länger dauernde Chemotherapie mit Zytostatika wäre oft möglich, wenn man die Hemmung der Hämatopoese verhindern oder zumindest bessern könnte. Ausgehend von den Erfahrungen nach experimenteller oder akzidenteller Strahlenschädigung untersuchten wir, ob durch Zufuhr von normalem, frisch entnommenen Knochenmark eine zytostatisch verursachte Leukopenie beeinflusst werden kann. Die Technik der Gewinnung und Übertragung des Knochenmarkblutes, das möglichst von nahen Blutsverwandten des Kranken entnommen wurde, ist gefahrlos und klinisch ohne Schwierigkeiten durchzuführen. In Fällen von malignen Erkrankungen, bei denen durch eine hochdosierte zytostatische Therapie eine schwere Granulopenie entstanden war, haben wir die Knochenmarkstransfusion mehrfach angewendet und eine eindrucksvolle Besserung des weißen Blutbildes beobachtet. Auch bei primären Erkrankungen des Knochenmarks, die hochdosierte zytostatisch behandelt werden, haben wir entsprechende Marktransfusionen in einem Teil der Fälle mit Erfolg angewendet. Die geschilderte Behandlung vermindert die Gefahren der zytostatischen Therapie und erlaubt eine intensivere Anwendung dieser Mittel. In der Behandlung zytostatisch verursachter schwerer Granulopenien halten wir die skizzierte Behandlung für die wirksamste Maßnahme.

AUS DER BUNDESPOLITIK

Vertrag über die ärztliche Versorgung von Angehörigen des zivilen Ersatzdienstes

Zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der KBV wurde nachstehender Vertrag abgeschlossen:

§ 1

(1) Dieser Vertrag regelt die ambulante ärztliche Versorgung von Ersatzdienstleistenden sowie deren stationäre ärztliche Versorgung, soweit diese nicht durch den großen Pflegesatz abgegolten wird (Belegärzte).

(2) Voraussetzung für eine Tätigkeit im Rahmen dieses Vertrages ist die Niederlassung als Arzt in freier Praxis, die Erfüllung der Voraussetzung für die Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit sowie die Abgabe einer schriftlichen Erklärung gem. Anlage II.

(3) Der BMA teilt der KBV diejenigen Orte, ggf. Ortsteile mit, in welchen Vertragsärzte benötigt werden. Die KBV veranlaßt, daß die zuständigen kassenärztlichen Vereinigungen für die genannten Orte, ggf. Ortsteile, eine hinreichende Anzahl von für die Durchführung des Vertrages in Betracht kommenden Ärzten (Vertragsärzten) benennen.

§ 2

(1) Von den Ersatzdienstleistenden darf innerhalb der gemäß § 1 Abs. 3 bezeichneten Orte, ggf. Ortsteile, nur der ihnen bekanntgegebene Vertragsarzt, im übrigen nur ein Kassenarzt, aufgesucht werden.

(2) Wird ein anderer als der nach § 2 Abs. 1 zuständige Vertragsarzt in Anspruch genommen, so ist dieser Arzt, soweit er ordentliches oder außerordentliches Mitglied einer Kassenärztlichen Vereinigung ist, durch die Annahme des Krankenscheines für Ersatzdienstleistende den Bestimmungen dieses Vertrages unterworfen.

(3) Die Ersatzdienstleistenden weisen sich vor Beginn der Behandlung durch den Krankenschein, der nur in Verbindung mit dem Dienstaussweis gilt, aus. Der Krankenschein trägt den Aufdruck: „Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung — Ziviler Ersatzdienst —“. Er ist bis zum Ende des laufenden Kalendervierteljahres, längstens jedoch bis zur Entlassung aus dem Ersatzdienst, gültig. Wenn die Behandlung nach Ende des laufenden Kalendervierteljahres fortgesetzt werden muß, ist ein neuer Krankenschein vorzulegen.

Ulcrurisan®

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



CHEMISCHE FABRIK
„BAVARIA“
MÜNCHEN-GRAFELFING

(4) Hält der In Anspruch genommene Vertragsarzt die Beratung oder Behandlung durch einen anderen Arzt, insbesondere durch einen Facharzt, für notwendig, so kann er den Ersatzdienstleistenden an diesen Arzt überweisen. In diesen Fällen hat der Ersatzdienstleistende bei dem Arzt, zu dem er überwiesen wurde, einen neuen Krankenschein vorzulegen.

(5) Wird der Krankenschein vor Beginn der Behandlung ausnahmsweise in dringenden Fällen nicht vorgelegt, so ist er innerhalb einer Frist von zehn Tagen nachzureichen.

§ 3

Den Ersatzdienstleistenden ist die ärztliche Versorgung zu gewähren, die zur Heilung oder Linderung nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßig und ausreichend ist. Leistungen, die zur Erreichung des Heilerfolges nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, darf der behandelnde Arzt nicht bewirken oder verordnen.

§ 4

Der BMA kann die Dienstunfähigkeit und die Verordnung von Leistungen durch einen Arzt (Vertrauensarzt) nachprüfen lassen. Die vertrauensärztliche Tätigkeit wird durch Vertrauensärzte ausgeübt, die vom BMA bestellt werden.

§ 5

(1) Die ambulant ausgeführten ärztlichen Leistungen werden als Einzelleistung nach der Verordnung PR Nr. 7/56 über Entgelte der Ärzte bei der Durchführung der freien Heilfürsorge für Soldaten der Bundeswehr und für heilfürsorgeberechtigte Vollzugsbeamte des Bundesgrenzschutzes und deren heilfürsorgeberechtigte Familienangehörige vom 11. Juni 1956 (Bundesanzeiger Nr. 111 vom 13. Juni 1956) in der Fassung der Verordnung PR Nr. 9/59 vom 3. Juli 1959 (Bundesanzeiger Nr. 129 vom 10. Juli 1959) vergütet.

(2) Die Vergütung der stationären belegärztlichen Behandlung, soweit diese nicht durch den großen Pflegesatz abgegolten ist, erfolgt nach den in Anlage I zu diesem Verträge, die Vertragsbestandteil ist, festgelegten Bestimmungen.

(3) Die aufgrund eines Krankenscheines in Anspruch genommenen Ärzte legen die ordnungsgemäß ausgefüllten Krankenscheine nach Ablauf eines Kalendervierteljahres der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung in einer von dieser festgesetzten Frist vor.

(4) Die Kassenärztliche Vereinigung überprüft die von den Ärzten auf der Rückseite des Krankenscheines abgerechneten Leistungen, insbesondere auch im Hinblick auf § 3, und stellt sie sachlich und rechnerisch richtig. Auf Antrag des BMA überprüft sie die ihr vorgelegten Verordnungen und verhängt für den Fall einer unwirtschaftlichen Verordnungsweise einen Regreß. Für das Prüfverfahren gelten die bei der Kas-

senärztlichen Vereinigung aufgestellten Bestimmungen über die Abrechnung der ärztlichen Leistungen für die Krankenkassen sinngemäß. Die Kassenärztliche Vereinigung übersendet dem BMA innerhalb eines Monats nach Ablauf der Einreichungsfrist (Absatz 3) eine Gesamtzusammenstellung der ärztlichen Abrechnungen nebst Unterlagen.

(5) Der BMA ist verpflichtet, den Gesamtbetrag der Abrechnung spätestens innerhalb von sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung an die Kassenärztliche Vereinigung zu zahlen. Die Zahlung erfolgt mit befreiender Wirkung gegenüber den in Anspruch genommenen Ärzten.

(6) Die Kassenärztliche Vereinigung ist berechtigt, von den abrechnenden Ärzten den in ihrem Bezirk geltenden Verwaltungskostenbeitrag durch Abzug von dem festgestellten Rechnungsbetrag zu erheben.

§ 6

Erfüllt ein Vertragsarzt die ihm aus diesem Vertrag obliegenden Pflichten nicht oder nicht ordnungsgemäß, so bedient sich die Kassenärztliche Vereinigung zur Ahndung solcher Vertragsverletzungen der ihr auch im übrigen zustehenden Disziplinarmaßnahmen. Hierbei kann ein Vertragsarzt wegen gröblicher Verletzung seiner Pflichten auch von der Teilnahme an diesem Vertrag ausgeschlossen werden.

Ist ein Verfahren wegen einer Vertragsverletzung aufgrund eines Antrages des BMA anhängig geworden, so ist dem BMA eine Mitteilung über den Ausgang des Verfahrens zuzuleiten.

§ 7

Dieser Vertrag tritt mit Wirkung vom 1. April 1961 in Kraft. Er ist mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Kalendervierteljahres kündbar.

Anlage I zum Verträge

(1) Für die Vergütung der stationären belegärztlichen Behandlung, soweit diese nicht durch den großen Pflegesatz abgegolten ist, gilt folgende Regelung:

Es werden vergütet:

- a) für jeden Kalendertag der stationären Behandlung durchlaufend eine Behandlungsgebühr in Höhe von 1,50 DM; werden während des stationären Aufenthalts Leistungen nach Abs. b) und c) 2 abgerechnet, so beträgt die Behandlungsgebühr 1,10 DM;
- b) Sonderleistungen, die in der Amtlichen Gebührenordnung (Preugo) mit 12 DM und mehr bewertet sind;
- c) Röntgentätigkeit, und zwar
 1. Diagnostik: nach Ziffer 21 d (Preugo) für den Honorarteil;
 2. Therapie: nach Gruppentarif III des Deutschen Röntgentarifs vom 1. 6. 1930, mit einem Aufschlag von 60% für den Honorarteil;

Pepsaldra®

Pepsaldra-Pepsin-Salzsäure-Dragees

Pepsaldra compositum

gegen Subacidität, Achylie und Dyspepsie

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

Original-Packungen zu 45 Stück und 125 Stück

Original-Packungen zu 40 Stück und 100 Stück

Fabrik
pharmazeutischer
Präparate
Karl Engalhard
Frankfurt a. M.

- d) die mündliche Beratung zweier oder mehrerer Ärzte (Konsilien) nach Ziffer 6 (Preugo) ggf. zuzüglich der Gebühr nach Ziffer 2 und 4 (Preugo);
 e) ärztliche Assistenz nach Ziffer 7 (Preugo);
 f) Narkose und Betäubung (ausgenommen Vereisung). (Zu Assistenzen und Narkosen zugezogene Ärzte können, sofern sie nicht an demselben Krankenhaus angestellt sind, ebenfalls Gebühren nach Ziff. 2 und ggf. nach Ziffer 7 und 4 [Preugo] berechnen);
 g) bei Nacht verlangte Besuche nach Ziffer 11a, 2b oder c (Preugo).

(2) Die Abrechnung der stationären Leistungen erhält (entsprechend § 5, 1 des Vertrages) einen Aufschlag von 40 Prozent.

Allgemeine Verwaltungsvorschriften über die Grundsätze, die dem Ausgleich des personellen Kräftebedarfs zugrunde zu legen sind

Aufgrund des § 13 Abs. 1 Satz 3 des Wehrpflichtgesetzes in der Fassung vom 14. Januar 1961 (Bundesgesetzbl. I, S. 29) erläßt die Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates folgende allgemeine Verwaltungsvorschriften:

1. Zum Ausgleich des personellen Kräftebedarfs für die Aufgaben der Bundeswehr

einerseits

und zur Erfüllung anderer im öffentlichen Interesse liegender notwendiger Aufgaben

andererseits

kann ein Wehrpflichtiger nach Maßgabe der nachstehenden Bestimmungen im öffentlichen Interesse für den Wehrdienst unabhkömmlich gestellt werden.

II. Allgemeines

1. Bei Unabhkömmlichstellungen (Uk-Stellungen) sind das öffentliche Interesse an der Heranziehung des Wehrpflichtigen zum Wehrdienst und das öffentliche Interesse an der Ausübung der Tätigkeit, für welche die Unabhkömmlichstellung vorgeschlagen wird, miteinander in Einklang zu bringen.

2. Bei allen Uk-Vorschlägen sind die beiderseitigen Belange genau zu prüfen und sorgfältig gegeneinander abzuwägen. Dabei ist die jeweilige Lage zu berücksichtigen, die die Notwendigkeit der Uk-Stellungen weitgehend beeinflussen wird. Verschiedene Maßstäbe sind anzulegen:

- a) bei Uk-Stellungen für Spannungszeiten und für den Verteidigungsfall (Abschnitt III.)

und

- b) bei Uk-Stellungen für Friedenszeiten (Abschnitt IV.)

3. Ein öffentliches Interesse an der Uk-Stellung eines Wehrpflichtigen besteht nur, wenn und solange der Wehrpflichtige für die von ihm ausgeübte Tätigkeit nicht entbehrt und bei seiner Einberufung die Durchführung der Aufgaben nicht durch Einsatz anderer Kräfte (z. B. älterer oder weiblicher Arbeitskräfte) sichergestellt werden kann.

4. Mit Rücksicht auf die Technisierung moderner Streitkräfte und die dadurch bedingte Spezialausbildung können Wehrpflichtige, die in der Bundeswehr Wehrdienst geleistet haben oder für eine Verwendung in der Bundeswehr bereits einen Einberufungsbescheid für den Verteidigungsfall erhalten haben, nicht uk-gestellt werden. Dies gilt nicht, soweit es sich um unentbehrliche Führungs- oder Schlüsselkräfte im zivilen Bereich handelt, die nicht anderweitig ersetzt werden können, und das öffentliche Interesse an einer Uk-Stellung überwiegt.

III. Uk-Stellungen für Spannungszeiten und für den Verteidigungsfall

1. Uk-Stellungen sind auf die Fälle zu beschränken, in denen sonst die Fortführung der in Spannungszeiten oder im Verteidigungsfall notwendigen Betriebe oder die Erledigung der in Spannungszeiten oder im Verteidigungsfall notwendigen Aufgaben gefährdet würde.

2. Ein öffentliches Interesse an der Uk-Stellung eines Wehrpflichtigen ist in der Regel nur anzuerkennen, wenn der Wehrpflichtige eine in Spannungszeiten oder im Verteidigungsfall notwendige Tätigkeit insbesondere in einem der nachstehenden Betriebe oder Aufgabenbereiche — ohne daß durch die Reihenfolge die Dringlichkeitsstufe festgelegt wird — ausübt:

- a) Versorgung mit Wasser, Elektrizität und Gas, Abwasser- und Abfallbeseitigung,
- b) Sicherung der Ernährung,
- c) Sicherung der Versorgung mit gewerblichen Gütern und Leistungen einschließlich Lagerhaltung und Bevorratungswirtschaft,
- d) Bergbau auf Kohle, Erz, Salz, Erdöl, Erdgas und sonstige wichtige Mineralien (Spezialtone, Schwespat, Flußspat, Kieselgur, Graphit),
- e) Reparatur und Instandsetzung in dem im Verteidigungsfall benötigten Umfang,
- f) Post- und Fernmeldewesen,
- g) Rundfunkanstalten,
- h) Verkehrswesen,
- i) Verwaltung und Rechtspflege,
- j) Gesundheitswesen, insbesondere Kranken-, Heil- und Pflegeanstalten,
- k) Forschungs- und Entwicklungsaufgaben, die der Verteidigung dienen,
- l) ziviler Bevölkerungsschutz.

3. Uk-Vorschlägen oberster Bundes- oder Landesbehörden für das nach den Alarmplanungen unbedingt benötigte eigene Personal ist zu entsprechen. Vorschlägen auf Uk-Stellung von Angehörigen des Zollgrenzdienstes soll stattgegeben werden.

IV. Uk-Stellung für Friedenszeiten

1. Für Friedenszeiten kann ein Wehrpflichtiger, auch wenn er nicht in einem der unter Abschnitt III Nr. 2,

DYSURGAL[®]

DYSURIE · REIZBLASE
 DYSMENORRHOE

20 ccm DM 3.— o. U.

GALENKA Dr. HETTERICH · FÜRTH/B.

genannten Betriebe oder Aufgabenbereiche tätig ist, uk-gestellt werden, wenn

- a) seine Heranziehung zum Wehrdienst die Fortführung des Betriebes gefährden würde, oder
- b) durch die Heranziehung zum Wehrdienst die Fortführung des Betriebes so erschwert würde, daß eine unzumutbare Beeinträchtigung des Betriebes oder wegen der Auswirkungen auf andere eine nicht unwesentliche Störung des Wirtschaftslebens eintreten würde, oder

c) die Fortführung einer bestimmten Tätigkeit durch ihn dringend notwendig erscheint, es sei denn, daß das öffentliche Interesse an seiner Heranziehung zum Wehrdienst überwiegt.

2. Ein Wehrpflichtiger, der im öffentlichen Dienst des Bundes, eines Landes, einer Gemeinde, eines Gemeindeverbandes oder einer anderen Körperschaft, Anstalt oder Stiftung des öffentlichen Rechts steht, kann in Friedenszeiten uk-gestellt werden, wenn seine Heranziehung zum Wehrdienst die Fortführung der öffentlichen Aufgaben gefährden würde.

AUS DER LANDESPOLITIK

Der Bayerische Staatsminister des Innern, Alfons Goppel, hat in einem Schreiben an den Bayerischen Landtag auf eine schriftliche Anfrage des Abgeordneten Dr. Rudolf Soehning über die Zahl der in den Münchener Krankenhäusern vorhandenen Betten geantwortet:

Frage: Wie viele Krankenbetten, aufgeteilt nach solchen in staatlichen, kommunalen, freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern stehen in München zur Verfügung?

Antwort: In der Landeshauptstadt München sind in den allgemeinen und Fachkrankenhäusern insgesamt 11302 Betten vorhanden.

Dabei verfügen die staatlichen Krankenanstalten über 2563 Betten die kommunalen Krankenanstalten über 4837 Betten die freigemeinnützigen Krankenanstalten über 2258 Betten und die privaten Krankenanstalten über 1644 Betten.

In den Krankensonderanstalten, z. B. Nervenheilanstalten und Tuberkulose-Heilstätten, gibt es 223 Betten kommunaler Krankenanstalten und 211 Betten freigemeinnütziger Krankenanstalten 434 Betten insgesamt.

Frage: Wie viele Krankenbetten stehen im Landkreis München in den benachbarten Landkreisen zur Verfügung?

Welche Belegstärke haben diese Krankenhäuser außerhalb Münchens?

Antwort: Von den 338 Betten der im Landkreis München befindlichen allgemeinen und Fachkrankenanstalten entfallen 183 Betten auf gemeinnützige und 155 auf private Krankenanstalten.

Eine Krankenanstalt ist die Heil- und Pflegeanstalt in Haar mit 3119 Betten.

Als der Stadt benachbarte Kreise werden neben dem Landkreis München die Landkreise Dachau und Für-

stenfeldbruck angeführt. In den allgemeinen und Fachkrankenanstalten des Landkreises Dachau gibt es insgesamt 408 Betten. Davon gehören 390 Betten zu kommunal geleiteten und 18 Betten zu privat geleiteten Krankenanstalten. In den Krankenanstalten, deren Träger freigemeinnützige Krankenanstalten sind, stehen 37 Betten zur Verfügung.

Im Landkreis Fürstenfeldbruck sind in den allgemeinen und Fachkrankenanstalten insgesamt 238 Betten vorhanden. Davon stehen 231 Betten in kommunalen und 7 Betten in privaten Krankenanstalten.

Die Krankenhäuser außerhalb Münchens haben folgende Belegschaftsstärke:

Landkreis München:

1. Homöopath. Krankenhaus Höllriegelskreuth (Gde. Pullach) (freigemeinnützig), innere Medizin	88 Betten
2. Krankenhaus Ottobrunn (freig.) innere Medizin	95 Betten
3. Privatklinik Dr. Nehmann (priv.) Furth b. Deisenhofen, chirurgisch-gynäkologisch	70 Betten
4. Privatklinik Dr. Wolfart, (priv.) Gräfelfing (chirurgisch-gynäkologisch)	54 Betten
5. Chirurgische Privatklinik Dr. Schmidt, Gräfelfing	6 Betten
6. Privatklinik Dr. Saller, Großhesselohe (Gde. Pullach), innere Medizin	14 Betten
7. Privatklinik Dr. Molenaar, Gräfelfing, innere Medizin	3 Betten
8. Privatkrankenanstalt Geiselsgasteig (Gde. Grünwald) Kinder- und Säuglingskrankenanstalt	8 Betten
	ges. 338 Betten

(Das Kreiskrankenhaus des Landkreises München liegt in der Stadt München und wurde dabei dort mitgezählt).

-Heel

Bei Schwindel jeder Genese,
Menière, Reisekrankheiten -

Vertigoheel®

-Heel

Otitis media. Dentition.
Unruhezustände

Viburcol®

„KINDERZÄPFCHEN“

Suppositorien

Landkreis Dachau:

1. Kreiskrankenhaus Dachau	170 Betten
2. Kreiskrankenhaus Markt Indersdorf	100 Betten
3. Kreiskrankenhaus Deutenhofen (Gde. Hebertshausen) Allgemeinkrankenanstalt m. Infektions- u. Tbc.-Abt.	120 Betten
4. Isolieranstalt Schönbrunn (freig.), Tbc.-Krankenanstalt für Insassen der Pflegeanstalt	37 Betten
5. Privatklinik u. Entbindungsheim Dr. Koschade, Dachau gynäkologisch-geburtshilflich	18 Betten
	<hr/> ges. 445 Betten

Landkreis Fürstfeldbruck:

1. Kreiskrankenhaus Fürstfeldbruck	217 Betten
2. Gemeindekrankenhaus Egenhofen	14 Betten
3. Privatklinik Dr. F. Lederer, Fürstfeldbruck	7 Betten
	<hr/> ges. 238 Betten

Frage: Wie viele Kranke mußten in München in den letzten Monaten im Durchschnitt täglich abgewiesen werden? Wurden auch Patienten abgewiesen oder nicht sofort aufgenommen, bei welcher Lebensgefahr besteht?

Antwort: In den Monaten Januar bis Oktober 1960 mußten von den Krankenanstalten der Landeshauptstadt München 42 v. H. der aufnahmesuchenden Kranken wegen Bettenmangels abgewiesen werden; diese Zahl umfaßt auch die Kranken, die sich bei mehreren Kliniken um Aufnahme bemüht haben. Angaben über Abweisungen an den sonstigen Krankenanstalten könnten nur nach längeren zeitraubenden Erhebungen gemacht werden. Wegen des Fehlens einer gemeinsamen Bettenzentrale müßte jede Krankenanstalt erst einzeln angeschrieben werden. Trotz des der Öffentlichkeit bekannten großen Bettenmangels der Landeshauptstadt München werden häufig Kranke aus den benachbarten Landkreisen, die in einem der dortigen Kreis- oder Gemeindekrankenhaus ebenso gut untergebracht werden könnten, in Münchener Krankenanstalten eingewiesen. Nach einem Bericht des Kreisverbandes des Bayer. Roten Kreuzes, Abt. Krankentransport, mußten in der Zeit vom 15. 8. bis 15. 11. 1960 82 Kranke in auswärtige Krankenhäuser eingeliefert werden, die in Münchener Krankenanstalten nicht mehr aufgenommen werden konnten. Lebensbedrohliche Fälle waren nicht darunter. Auch im übrigen wurde kein einziger Fall bekannt, in dem ein Patient, der lebensbedrohlich erkrankt war, von einer Krankenanstalt abgewiesen worden ist. Die Aufnahme konnte in vielen Fällen durch die Bereitstellung eines Nothettes ermöglicht werden.

Frage: Sind der Staatsregierung Fälle bekannt, daß durch den Krankenbettenmangel in München eine rechtzeitige Hilfe zu spät kam?

Antwort: Nach übereinstimmenden Angaben sind keine Fälle bekannt geworden, in denen wegen des Krankenbettenmangels in München eine Hilfe zu spät gekommen ist. Auch dem Bayer. Staatsministerium des Innern sind solche Einzelfälle nicht berichtet worden.

Frage: Besteht ein Krankenbettenmangel in den anderen bayerischen Großstädten, zum Beispiel Augsburg, Nürnberg und so weiter?

Antwort: Die Ermittlungen haben ergeben, daß die Stadt Nürnberg zur Zeit über 3515 Krankenbetten verfügt. Nach eigenen Angaben fehlen der Stadt somit noch 1000 Krankenbetten. Nürnberg zählt 441 367 Einwohner.

Die Stadt Augsburg (ca. 205 280 Einwohner) verfügt in ihren städtischen Krankenanstalten über 1573 Betten, die im Durchschnitt zu 44% von auswärtigen Patienten belegt sind. Die Zahl der Betten der freigemeinnützigen und privaten Krankenanstalten in der Stadt Augsburg beträgt 993, die wiederum zu ca. 48% von auswärtigen Kranken in Anspruch genommen werden. Es werden noch etwa 800 Krankenbetten benötigt.

Die obengenannte fehlende Bettenzahl der beiden Städte errechnet sich nach dem Bundesdurchschnitt von 10,7 Betten für 1000 Einwohner.

Ein mit München, Nürnberg und Augsburg vergleichbarer ernsthafter Krankenbettenmangel anderer größerer bayerischer Städte ist dem Bayer. Staatsministerium des Innern nicht bekannt.

Frage: Was hat die Staatsregierung bisher unternommen oder was will sie unternehmen, um einen vorhandenen Krankenbettennotstand in München und eventuell in anderen bayerischen Großstädten zu überwinden?

Antwort: Nach bayerischem Verfassungs- und Kommunalrecht (Art. 83 Bayer. Verfassung; Art. 57 Gemeindeordnung) fallen der Bau und die Unterhaltung öffentlicher Krankenhäuser in den eigenen Wirkungskreis der Gemeinden und Landkreise. Die Hilfe, die der Staat zur Beseitigung eines Krankenbettennotstandes leisten kann, ist subsidiär und setzt in jedem Fall die Initiative einer Gemeinde oder eines Landkreises voraus. Es muß dem Staat ein zur Baureife gediegenes Projekt zur Förderung vorgeschlagen worden sein. Ist das nicht der Fall, sieht sich der Staat mit Rücksicht auf das kommunale Selbstverwaltungsrecht außerstande, zur Beseitigung des örtlichen Mangels an Krankenbetten beizutragen.

Seit 1955 wird der Krankenhausbau in der Stadt München nach Art. 10 FAG gefördert. Vorher (von 1948 bis 1954) hat München für den Bau von Schulen, Krankenhäusern und sonstigen öffentlichen Einrichtungen und für die Trümmerbeseitigung insgesamt 33,42 Millionen DM an Zuschüssen und 3,68 Millionen DM an Darlehen erhalten. Eine Aufteilung dieses Be-

Geratol *seit über 50 Jahren*
BEI MAGEN-, DARM-, LEBER-, GALLENLEIDEN u. STOFFWECHSELSTÖRUNGEN
 ARZNEIMITTELFABRIK CHR. LUDWIG JACOBI, BERLIN SW 61, HASENHEIDE 54

trages auf die einzelnen Zwecke liegt nicht vor. Auch die übrigen drei Großstädte Nürnberg, Augsburg und Würzburg erhielten Zuschüsse und Darlehen aus den für die 4 Großstädte Bayerns im Rahmen von Globalsummen zugewiesenen Millionenbeträgen, die zum erheblichen Teil für das Krankenhauswesen verwendet wurden. Von 1955 an hat München Beihilfeanträge gestellt nur für den Ausbau des Krankenhauses rechts der Isar und des Schwabinger Krankenhauses. Hierfür bekam die Stadt München insgesamt 4,23 Millionen DM an Darlehen. Erstmals im Jahre 1960 wurde ein Neubauprojekt (Krankenhaus Harlaching) vorgelegt; für diese Maßnahme wurde ein Darlehen von 20 Millionen DM in Aussicht gestellt.

Das Bayer. Staatsministerium des Innern sichert zu, jede Maßnahme im Rahmen der dafür bereitgestellten Staatsmittel tatkräftig zu unterstützen, die zur Verbesserung des Bettenstandes und der Einrichtung der Krankenanstalten in den bayerischen Großstädten beiträgt.

Im Entwurf des außerordentlichen Haushalts 1962 ist der Ausgabe-Ansatz für Darlehen an Gemeinden und Gemeindeverbände für den Bau, die Einrichtung und Instandsetzung von Krankenhäusern und sonstige lebenswichtige kommunale Einrichtungen von bisher 20 Millionen DM auf 40 Millionen DM verdoppelt worden. Von diesen 40 Millionen DM sind 34 Millionen DM für den Bau und die Einrichtung und 5 Mill. DM für die Instandsetzung bzw. Modernisierung von Krankenhäusern bestimmt. Die restliche 1 Million DM soll für die Förderung sonstiger lebenswichtiger, kommunaler Einrichtungen zur Verfügung stehen.

Das Bayerische Staatsministerium des Innern hat den Landesverband Bayerischer Kraftfahrerschulen e. V. gebeten, den Fahrschulen zu empfehlen, im theoretischen Unterricht besonders auf die Blindenschutzabzeichen hinzuweisen. Wie immer wieder festgestellt wurde, sind diese Abzeichen den Verkehrsteilnehmern noch nicht hinreichend bekannt.

Gemäß § 2 Absatz 3 der Straßenverkehrs-Zulassungs-Ordnung können blinde Fußgänger ihre Behinderungen durch

einen weißen Stock oder durch gelbe Abzeichen (gelbe Armblinden an beiden Armen oder andere geeignete, deutlich sichtbare, gelbe Abzeichen mit 3 schwarzen Punkten)

kenntlich machen. Stock und Abzeichen können gleichzeitig verwendet werden.

Das Bayerische Staatsministerium des Innern hat die Mindestrichtsätze der öffentlichen Fürsorge mit Wirkung vom 1. August neu festgesetzt: Die Richtsätze werden von den Fürsorgeausschüssen

der Bezirksfürsorgeverbände in den Landkreisen und kreisfreien Gemeinden festgesetzt. An sie gab das Bayerische Staatsministerium des Innern folgenden Beschluß des Bayerischen Landtags vom 14. Juni 1961 weiter: „Bei der Richtsatzfestsetzung wolle berücksichtigt werden, daß ein erheblicher Abstand der Richtsätze auf dem flachen Land gegenüber den Großstädten im bisherigen Ausmaß sachlich nicht gerechtfertigt ist.“

Der Bayerische Staatsminister des Innern, Alfons Goppel, hat dem Landesverband Bayern e. V. des Deutschen Caritasverbands 40 000 DM und dem Landesverband der Inneren Mission e. V. 20 000 DM als Zuschüsse für ihre Arbeit für die Suchtkrankenfürsorge bewilligt.

Dem Deutschen Mütter-Genesungswerk (Elly-Heuss-Knapp-Stiftung) bewilligte der Minister einen Zuschuß in Höhe von 35 000 DM für Genesungskuren für Mütter nach Operationen.

Für Bauarbeiten im Altbau und für die Inneneinrichtung im Erweiterungsbau des Müttererholungsheimes Denkendorf stellte Staatsminister Goppel der Katholischen Arbeitsgemeinschaft für Müttererholung in Eichstätt einen Zuschuß in Höhe von 20 000 DM zur Verfügung.

Grobe Verstöße gegen gesetzliche Arbeitszeitvorschriften

Wie das Pressereferat des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und soziale Fürsorge mitteilt, stoßen die Beamten der Gewerbeaufsicht bei Betriebskontrollen, insbesondere bei der Überprüfung von Lohn- und Schichtenbüchern, gelegentlich auf Arbeitszeitüberschreitungen bedenklichster Art. Wenn auch — wie es in einer Mitteilung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und soziale Fürsorge heißt — in Einzelfällen Arbeiter selbst, vornehmlich von auswärts kommende, die nicht nach jeder Schicht, mitunter nicht einmal an jedem Wochenende nach Hause fahren können, längere Arbeitszeiten verlangen, muß gleichwohl im Interesse der Gesundheit und Erhaltung der Schaffenskraft der werktätigen Bevölkerung auf die Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen geachtet und gegen Verstöße unnachlässig vorgegangen werden. Wie nötig das ist, beweisen einige Feststellungen im Tätigkeitsbericht der Gewerbeaufsicht für das 1. Vierteljahr 1961. Beispielsweise ist es in einer großen Maschinenfabrik vorgekommen, daß Arbeiter bis zu 32 Stunden durcharbeiteten; in einem kleineren Betrieb der gleichen Branche betrug die tägliche Arbeitszeit für 30 Beschäftigte 11, die wöchentliche 65 Stunden. — Eine Rundfunk- und Fernsehreparaturwerkstätte beschäftigte Arbeiter gar 90 Stunden wöchentlich. — In einer Wirkerei, die in 3 Schichten zu je 8 Stunden arbeitet, begannen die Beschäftigten am Sonntagabend statt



Hyperämol®

u. -Salbe

Das regulierbare
Total-Hyperämikum
zur transkutanen
Hyperämie-Erzeugung

KREWEL-WERKE · Eitorf b. Köln

um 22.00 Uhr bereits um 18.00 Uhr mit der Schichtarbeit, um höhere Stücklöhne zu erzielen; dadurch ergab sich eine tägliche Arbeitszeit bis zu 12 Stunden. Um einem Abwandern von Beschäftigten vorzubeugen, duldete der Betrieb diese Regelung seit längerer Zeit. — Ein nacharbeitender Bäckereibetrieb wollte den Kontrollen zwischen 2.00 und 4.00 Uhr dadurch entgegen, daß er eine Schicht von 12.00 Uhr mittags bis 2.00 Uhr nachts einfügte.

Verhältnismäßig oft wurden bei Betriebskontrollen auch Zuwiderhandlungen gegen die Dauer und Lage der Arbeitszeit für Frauen und Jugendliche festgestellt und es bedurfte in einigen Fällen energischer Maßnahmen, um ihre Abstellung zu erreichen. Obwohl es im allgemeinen schwer ist, Verstößen der erwähnten Art auf die Spur zu kommen — die dazu benötigten Unterlagen geben nicht immer die erwünschten Aufschlüsse, ihre Durchsicht ist deshalb oft sehr zeitraubend —, werden die Beamten der Gewerbeaufsicht bei Betriebskontrollen die Arbeitszeitverhältnisse künftig noch eingehender als schon bisher prüfen, um den gesetzlichen Bestimmungen überall zu der Beachtung zu verhelfen, die sie im Interesse der sozialen Sicherheit verdienen, zu der nicht zuletzt die Erhaltung der Gesundheit und die Bewahrung vor vorzeitiger Invalidität durch Überbeanspruchung der Schaffenskraft gehören.

SICHERHEIT *im Alter*

SICHERHEIT *für die Familie*

durch die

BAYERISCHE ÄRZTEVERSORGUNG

Prüfung von Arzthelferinnen

Nach den Übergangsbestimmungen der Richtlinien der Bayer. Landesärztekammer für die Abschlußprüfung der Arzthelferin-Anlernlinge können Arzthelferinnen, die das 18. Lebensjahr vollendet und vor Errichtung der Fachklassen für Arzthelferinnen an verschiedenen Berufsschulen in Bayern ihre Anlernzeit bei einem praktizierenden Arzt abgeschlossen haben, auf Antrag zu einer Prüfung zugelassen werden. Die nächste außerordentliche Prüfung ist für Ende November 1961 in München vorgesehen. Der genaue Zeitpunkt wird noch rechtzeitig bekanntgegeben werden.

Die Prüfung gliedert sich in einen schriftlichen und mündlich-praktischen Teil und wird an einem Tag abgehalten. Sie erstreckt sich auf die in der Einzelaufstellung der in der Anlernzeit zu vermittelnden Kenntnisse und Fertigkeiten angegebenen Gebiete. Diese Aufstellung kann bei der Kammer angefordert werden.

Für den Antrag auf Zulassung zu dieser Prüfung sind Vordrucke vorgesehen, die bei der Geschäftsstelle der Kammer bereitliegen. Der Antrag ist vom Arbeitgeber der Arzthelferin zu stellen und bei der Bayer. Landesärztekammer, München, Königinstr. 85, einzureichen. Letzter Termin für die Einreichung der Anträge ist der 31. Oktober 1961.

Wir bitten alle Kolleginnen und Kollegen, die bei Ihnen beschäftigten Helferinnen, sofern sie die vorgenannten Voraussetzungen erfüllen, auf die Möglichkeit hinzuweisen, sich einer Prüfung durch die Bayerische Landesärztekammer zu unterziehen, um damit ein Zeugnis als geprüfte Arzthelferin zu erwerben, und für eine rechtzeitige Anmeldung bei der Kammer besorgt zu sein.
Bayerische Landesärztekammer

FEUILLETON

Arzt im 16. Jahrhundert

Die Autobiographie des Basier Felix Platter, Arzt und späteren Professors an der Universität, der von 1532—1614 gelebt hat, gibt uns ein anschauliches Bild über das Leben der Gesellschaft jener Zeit und die Beschwerden bei der Gründung einer ärztlichen Praxis. Der Vater, ein Bürger, Buchdrucker, Schullehrer und Hausbesitzer zu Basel, hatte seinen Sohn in sehr jungen Jahren an die damals berühmteste medizinische Fakultät der Universität Montpellier geschickt. Mit allem, was die medizinische Wissenschaft seinerzeit wußte, kehrte er in seine Vaterstadt zurück und wurde dort — erst 21 Jahre alt! — zum Doktor promoviert. Dann heiratete er ein Mädchen, das er schon seit seiner Kinderzeit kannte und wurde nach schweren Anfangsjahren ein angesehener Arzt und Professor, den auch viele Adelige und Fürsten aus Deutschland und Frankreich aufsuchten. Um seine Vaterstadt Basel hat er sich durch aufopfernde Tätigkeit während schwerer Pestepidemien große Verdienste erworben.

Doch lassen wir einmal durch seine eigenen Worte jene Zeit vor unseren Augen und unserer Phantasie neu erstehen. Er berichtet uns über sein Leben nach seiner Rückkehr von Montpellier nach Basel:

„Es empfingen mich meine Nachbarn und war große Freude in der Gasse, und wie ich später erfuhr, lief die Magd der Hebamme Dorly Becherer vor das Haus meines künftigen Schwiegervaters und gewann meiner Zukünftigen das Botenbrot*) ab, weiche darüber erschrak, weil sie zu laut dabei schrie. — Man rüstete das Nachtessen. Dabei blieben meine Gesellen, die meine Ankunft erfahren hatten und mich gleich besuchten. Nach dem Nachtessen gaben wir ihnen das Geleit zur Krone und gingen die Freienstraße hinab, dort sah mich meine Zukünftige vorübergehen in meiner spanischen Kappe und floh. Der Wirt, welcher selbst um meine Zukünftige geworben hatte, vexierte mich, so daß ich wohl merkte, der Handel sei ziemlich bekannt; ich zog danach wieder nach Hause.

*) Das Botenbrot war die Belohnung für das erste Überbringen einer guten Nachricht. Es zu fordern und zu geben war im ganzen deutschen Mittelalter Brauch.

Bald, nachdem ich Doktor geworden, drang mein Vater darauf, daß auch die Heirat zwischen mir und Jungfer Magdalene geschlossen würde, und redete zu Ende September ihren Vater darum an; weil ich nun alles mit Lob und Ehre vollbracht hätte und die Sache nicht geheim geblieben wäre, so möchte er's nunmehr abmachen helfen. Darauf gab er guten Bescheid, zog aber doch die Sache alizeit hin, da er seine Tochter, wie oben gemeldet, ungern aus dem Hause gab. Ich durfte unterdes ohne Scheu wohl in sein Haus gehn, was mich verwunderte, daß es ihm nicht mißfiel, da es noch keine beschlossene Ehe war und wohl nichts hätte daraus werden können. Es geschah jedoch in allen Züchten und Ehren, daß ich sie sprach, wir hielten über allerlei Sachen ehrliches Gespräch und trieben Neckerei, manchmal half ich ihr Latwerge machen; so vertrieben wir die Zeit. Insonderheit geschah mir ein guter Possen, als man die Messe einläuten wollte am Abend von Simon Judä und ich ihr das Meßgeschenk abgewinnen wollte. Da ihr Vater abwesend war, zog ich um neun Uhr am Morgen heimlich hinten in ihr Haus, das stets daselbst offen war, und als ich niemand sah, da alle in der unteren Stube waren, schlich ich die Stiege hinauf bis auf den Estrich und lugte zum Tageloch hinaus, um zu hören, wann man um zwölf die Messe einläutet. So wartete ich drei Stunden, mich verlangte und fror. Sobald man anfang zu läuten, schlich ich still herab und tat die Stube auf mit dem Geschrei: „Mir die Bescherung“, vermeinte sie daselbst zu erwischen. Da war niemand da, und die Magd sagte, sie wäre ausgegangen, wie sie ihr gesagt hätte. Sie aber hatte sich heimlich unter die Stiege verborgen und gewartet. Bald darauf eilte sie mit dem Ruf in die Stube und gewann mir die Bescherung ab. Diese schenkte ich ihr reichlich, wie sie denn auch mir eine Bescherung gab. Ich wollte ihr das Kettlein, das ich von Paris gebracht, verehren, da bat sie mich, ich möchte es behalten, es möchte ihr ein Gerede verursachen und könne ihr wohl noch einmal werden. Sie nahm aber das schön gebundene Testamentlein, das ich ihr auch beschert hatte. So hatten wir unser Spiel eine Zeit lang, wie die jungen Leute pflegen.

Man rüstete streng zur Hochzeit, die am Montag nachher gehalten werden sollte, mit Einkaufen und Schlachten; denn mein Vater ließ sich vernehmen, weil er einen einzigen Sohn habe, so wolle er, obgleich wir von unserer Linie keine Blutsverwandten oder nahen Freund hatten, doch andere gute Gönner und meinem Schwiegervater zu Gefallen auch dessen Freunde vollständig einladen. Und so lud man am Samstag die Verwandten, die Nachbarn, unsere guten Gönner, die Meister und Ratsherren von der Zunft zum Bären, einige von der hohen Schule, vom Adel, vom Rat, von der Schule und von den Gesellen und ihren Weibern und Kindern, die sie hatten.

Am Sonntag nachher, den 21. Oktober, bot man uns auf, wie gebräuchlich. Und man rüstete die Tische in meines Vaters beiden Häusern zu und was zur Hochzeit gehört, wobei viele halfen; und es kochte Meister Batt Oesy, Wirt zum Engel. Am Abend zog ich in meines Schwiegervaters Haus, sah zu, wie sie Sträuße machten, blieb so über das Nachtessen bei ihnen. Als ich heim kam, fand ich den Herrn Schreiber Rust, meines Vaters alten Bekannten, der von Burtolf uns zu



Arzt. 16. Jahrhundert.

(Holzschnitt aus: Joß Amman, Wappen- und Stammbuch. Frankfurt a. M., 1589.)

Liebe auf die Hochzeit gekommen war und einen schönen Emmentaler Käse mitbrachte. Der saß noch bei Tische mit meinem Vater, welcher in großem Ärger war, wie er morgen so eine große Anzahl Leute, die geladen waren, speisen und traktieren sollte; er beredete sich selbst, es wäre unmöglich, er werde damit zu Schanden werden, und tat gar unwirsch. Besonders da ich heim kam, empfing er mich gar rauh mit Schelten, ich säße bei meiner Braut, ließe ihn sorgen und hülf ihm nicht, und war über mich erzürnt, daß der Herr Rust genug abzuwehren und zu trösten hatte. Mir war bei diesem dritten Anstoß und Verbitterung meiner Hochzeitfreuden so bange, weil ich noch nicht gewöhnt war, so gescholten zu werden, und bisher in der Regel geiobt und gut gehalten worden war; ich sah wohl, wie es fortan gehen werde, wenn ich zu zweien auf Kosten meines Vaters leben müßte, so daß mir alles verleidet wurde. Ich ging mit Trauer schlafen und dachte oft wie ein Narr, ich wollte wieder von dannen ziehen, wenn nur das Tor offen gewesen wäre.

Am Morgen des 22. Oktober, es war St. Cäcilientag, war ich noch ganz unmutig, weil ich nicht viel geschlafen hatte. So legte ich mein Bräutigamhemd, das man mir geschickt hatte, an mit einem goldenen Kragen und viel goldenen Spangen an einem kurzen Brustlatz, wie damals im Brauch war, und zog ein rotseidenes Atlaswams und leibfarbene Hosen an. So kam ich herab und fand meinen Vater nicht mehr so unrichtig; denn als er wieder klagen wollte, während doch alles in Überfluß da war, hatte er einen guten Filz von der Frau Dorothea Schenkin bekommen, die auch haif und ein barsches Weib war. Als sich die Hochzeitsleute bei uns versammelt hatten, gingen wir in Prozession vor meines Schwiegervaters Haus, und mit mir ging Dr. Oswaldus Berus, der trotz seinem gar hohen Alter auch rot gekleidet war, mit einem oben ausgeschnittenen seidenen Atlaswams und einem camelotnen Rock, wie ich einen anhatte, nebst dem samtnen Barett, das man mir vor der Hochzeiterin Haus auf-

setzte, worauf eine Borte von Perlen mit Blumen war. So zogen wir um neun Uhr in den Münster, darauf die Hochzeiterin in einer leibfarbenen Schaub, die führte Herr Heinrich Petri. Nach der Predigt gab man uns zusammen, ich schenkte ihr einen gewundenen Ring für acht Kronen. So zogen wir zum Jagdhof, wo man uns zu trinken gab und ich die Hochzeiterin hineinführte, der man in der obern Stube reichlich spendete.

Es waren fünfzehn Tische gedeckt, die alle wohl besetzt waren, mit mehr als hundertundfünfzig Personen, ohne die, welche aufwarteten, von denen auch eine gute Anzahl zum Nachtschiff kam. Die Bewirtung geschah in folgender Weise. Man setzte viermal auf, in folgender Ordnung: einen gehackten Lummel (Nierenstück), Suppe, Fleisch, Hühner, gesottene Hecht, Braten, Tauben, Hähne, Gänse, Reismus, Lebersülze, Käse, Obst. Man hatte allerlei guten Wein, darunter Rangenwein, der ihnen gar wohl schmeckte. Die Musik war Christelin, der Bläser, mit seiner Viola, Cantores waren die Schüler, sie sangen unter anderem den Gesang vom Löffeln.

Nach dem Essen, das nicht so lange währte, wie jetzt im Brauch ist, dankte Jakob Meyer, Ratsherr zum Bären, ab. Es führte Dr. Myconius die Hochzeiterin in des Dr. Oswaldus Berus Haus, da tanzte man unten im Saal, es war viel Volk und stattliche Leute dabei. Meister Lorenz schlug die Laute und der Christelin geigte dazu, denn damals war die Viola noch nicht so im Brauch wie in jetziger Zeit. Ich wollte artig tun mit meiner Hochzeiterin, wie ich in Frankreich bei den Tänzern gewöhnt worden war, weil sie mich aber freundlich abmahnte und sich schämte, ließ ich ab, tanzte auch, doch allein, eine Gaillarde auf Myconii Anstiften.

Danach zogen wir wieder zum Nachtsessen in meines Vaters Haus. Als es ziemlich spät war, nahm man von einander Abschied, und damit es nicht viel Lärm und Neckerei gebe, verbarg ich mich in meines Vaters Kammer, wohin man auch stillschweigend meine Hochzeiterin versteckte, von der ihr Vater mit so großem Weinen Abschied nahm, daß ich meinte, sie würde sich ganz zerweinen. Ich führte sie in meines Vaters Stüblein daneben, und es kamen etliche Frauen von ihrer Bekanntschaft zu ihr und trösteten sie; denen gab ich von einem Claret zu trinken, welchen ich in einem Fäßlein hinter dem Ofen verwahrte und den ich selbst sehr gut gemacht hatte. Und als sie hinwegschieden, kam meine Mutter, die allezeit fröhlich war, und sagte, die junge Burschenschaft suchte mich, wir sollten uns verbergen und schlafen gehn, und führte uns heimlich die Hinterstiege hinauf in meine Kammer. Dort saßen wir eine Weile, und weil es kalt war, fror uns übel; da legten wir uns im Namen Gottes schlafen, und wußte niemand von der Burschenschaft, wo wir hingekommen waren. Wir hörten eine Weile nachher meine Mutter hinaufkommen über das verborgene Gemach, dort saß sie und sang mit heller Stimme wie eine junge Tochter, da sie doch schon im höchsten Alter war, worüber meine Hochzeiterin herzlich lachte.

Am Dienstag Morgen brachte die Magd meiner Hochzeiterin, das Käthlein, ihr andere Kleider; die ließen wir ein, und da es ein holdseliges Frauenzimmer war, trieb es viel seltsamen Schnack. Hernach sammelte sich das Hochzeitsvolk wieder zum Mittagessen, das um elf Uhr anfang, denn damals hatte man nicht so



Operation on einem Steinleidenden.

verkehrte Zeit, wie jetzt im bösen Brauch ist. Es waren ebenso viel Tische besetzt als am ersten Tag, und die Traktation nicht geringer, dazu das Brautmus, das man jetzt anstatt des Weinwarmen aufsetzte. Man tanzte aber nach dem Essen bis zur Nacht, und bei dem Nachtsessen war noch eine gute Zahl Volk und sonderlich alle Jungfrauen, die alle bei guter Zeit Urlaub nahmen und heimzogen.

Man hatte reichlich Geschenke gegeben auf der Hochzeit. Davon habe ich nichts bekommen als ein Becherelein und zwei Dukaten, das übrige nahm mein Vater zur Bestreitung der Unkosten, soweit es reichen wollte, und später, sobald ich etwas erwarb, habe auch ich noch für die Kleider ihm viel abbezahlt. Mein Vater nahm auch die hundert Gulden, die meine Frau mir zugebracht hatte, und bezahlte gleichfalls damit ab. Mein Schwiegervater hatte mir nichts geschenkt, wie er mir nachher anzeigte, weil er für mich fünf Gulden beim Doktormahle bezahlt hatte, damit sollte ich mich begnügen. Meine Frau brachte etwas schlechten Hausrat, eine alte Pfanne, worin man ihre Pappe gekocht, und eine breite hölzerne Schüssel, worin man ihrer Mutter, wenn sie Kindbetterin gewesen, das Essen gebracht hatte, und sonst einiges schlechte Geschirr, das sie in unserer Kammer hinter einen Rahmen steckte. Danach fing man sogleich an, die Hausordnung zu bestellen, dazu sollte meine Frau Rat und Anordnung geben. Da gab es allerlei Bedenken. So hatte mein Vater noch Tischgänger und allerlei Unruh im Hause, so daß wir beide jungen Eheleute sehr geplagt wurden; wir wären lieber allein in einer Haushaltung gewesen, aber wir konnten's nicht durchsetzen, mußten fast drei Jahre so bei meinem Vater am Tisch bleiben und ich mich mit meiner Kammer behelfen und, um die Kranken zu verhören, mit dem untern Saal, der im Winter kalt war. Da gab es zumeist allerlei Anstoß, weil ich nichts für die Küche zuschießen konnte, denn ich hatte genug zu tun, um uns zu kleiden, und manchmal, wenn ich etwas verdiente, an meinen Kleidern zu bezahlen, die ich noch in den Läden schuldig war, was mir vorgeworfen wurde, wenn ich es nicht

tat. Es gab also zu Zeiten Händel, wie sich gemeiniglich zuträgt, wenn alt und jung bei einander wohnen. Da hätte wohl meine Frau gern gehabt, daß wir allein wohnten, wollte sich mit Geringem behelfen, mein Vater sollte die versprochene Ehesteuer geben und die mir zugebrachten hundert Gulden, damit wollten wir auskommen; dies konnte aber mein Vater, da er kein bar Geld hatte, nicht tun. Ich aber wollte meinen Vater nicht erzürnen und redete also gut zu; wir wollten uns, bis ich in bessere Praxis käme, gedulden. Das bekümmerte mich, weil ich sie lieb hatte und gern gut gehalten hätte, wie eines Doktors Frau gebührt; weshalb ich sie auch lange Zeit nicht geduzt, sondern ge-ert habe; das sah mein Vater nicht gern und meinte, es sollte nicht sein. Ich hatte vor dem neuen Jahre, wie auch nachher im Frühling, noch nicht viel zu tun; doch tat ich mich redlich hervor, wenn etwa bei Mahlzeiten oder auch sonst Gelegenheit war, von Krankheiten zu reden und wie ihnen abzuhelpen, so daß ich manchmal, wenn ich's daheim tat im Beisein meines Schwiegervaters, wenn dieser bei uns aß, der ein guter Chirurg und auch viel erfahren war, von ihm etwas angegriffen und angetastet wurde: ich werde noch viel erfahren müssen, es habe bei uns eine andere Praxis. Das hörte ich als ein Junger nicht recht gern und widersprach manchmal, mußte mich jedoch demütigen, weil ich noch keine Praxis hatte. Doch begann die Praxis an mich zu kommen und zuzunehmen.

Es waren der Ärzte viel, da ich gen Basel kam, graduierte und Empirici, um die Zeit anno 1557 bei siebzehn. Da mußte ich Künste anwenden, wollte ich

mich von der Praxis ernähren, und Gott hat mir dazu seinen reichen Segen mitgeteilt. Es war auch sehr berühmt damals der Ammann, den man nannte den Bauer von Utzensdorf, zu dem zog merklich viel Volk, er konnte aus dem Wasser wahrsagen und gebrauchte seltsame Künste lange Zeit, wodurch er groß Gut erobert hat. Nach ihm ist der Jude von Alweiler lange Zeit mächtig gebraucht worden. Es war auch ein altes Weib im Gerbergäßlein, die Lülbüren genannt, die auch einen Zulauf von Kranken hatte, wie auch beide Nachrichten allhier, Wolf und Görg, Gebrüder Käse, deren ältester Bruder zu Schaffhausen berühmt gewesen in der Arznei, wie auch ihr Vater Wolf, Nachrichten zu Tübingen.

Ich fing an Kundschaft zu bekommen bei Bürgern und denen vom Adel, die mich besonders probierten durch Übersendung des Harns, woraus ich weissagen mußte. Dabei wußte ich mich so zu benehmen, daß etliche sich verwunderten und anfangen mich zu brauchen. Von Tage zu Tage bekam ich je länger desto mehr Praxis sowohl in der Stadt bei den Einwohnern als auch von Fremden, welche teils zu mir kamen und sich eine Zeit lang hier aufhielten, meine Mittel zu gebrauchen, teils auch gleich wiederum abreisten und meine Mittel samt meinen Ratschlägen mitnahmen. Auch Fremde forderten mich in ihre Häuser und Schlösser, wohin ich eilte und mich nicht lang bei ihnen aufhielt, sondern bald wieder nach Haus eilte, damit ich vielen zu Hause wie in der Fremde dienen könnte.“

(Aus: Gustav Freytag: „Bilder aus der deutschen Vergangenheit“.)

AMTLICHES

Hinweis des Kammervorstandes zu den ärztlichen Untersuchungen

Der Vorstand der Bayer. Landesärztekammer hat in seiner Sitzung am 8. 10. 1961 folgende Verlautbarung beschlossen:

„Es sind Unklarheiten darüber aufgetreten, welche Ärzte für die Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz zuständig sind.

Der Vorstand der Bayer. Landesärztekammer weist darauf hin, daß es sich bei diesen Untersuchungen um allgemeinärztliche Tätigkeit im Sinne des § 34, Abs. 2 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns handelt.

Ergänzungsuntersuchungen, welche nach § 4 der Rechtsverordnung des Bundesarbeitsministers vorgesehen sind, können durch Fachärzte im Rahmen ihres Fachgebietes ausgeführt werden.“

Verordnung

über die ärztlichen Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz vom 2. Oktober 1961

Auf Grund des § 53 Abs. 1 Nr. 1 des Jugendarbeitsschutzgesetzes vom 9. August 1960 (Bundesgesetzbl. I, S. 665) wird mit Zustimmung des Bundesrates verordnet:

§ 1

Durchführung der Untersuchungen

(1) Der Arzt, der einen Jugendlichen nach §§ 45 oder 48 des Gesetzes untersucht, hat unter Berücksichtigung der Vorgeschichte des Jugendlichen auf Grund eingehender Untersuchung zu beurteilen, ob dessen Gesundheit durch die Ausübung bestimmter Arbeiten

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

gefährdet wird und ob eine außerordentliche Nachuntersuchung nach § 45 Abs. 3 des Gesetzes und besondere der Gesundheit dienende Maßnahmen nötig sind.

(2) Als Tag der Untersuchung (§ 45 Abs. 1 Nr. 1 des Gesetzes) gilt der Tag der abschließenden Beurteilung.

§ 2

Untersuchungsberechtigungsschein

Die Kosten einer Untersuchung werden vom Land (§ 50 JASchG) nur erstattet, wenn der Arzt der Kostenforderung einen von der nach Landesrecht zuständigen Stelle ausgegebenen Untersuchungsberechtigungsschein beifügt.

§ 3

Untersuchungsbogen

(1) Für die Aufzeichnung der Untersuchungsergebnisse hat der Arzt einen Vordruck nach dem Muster der Anlage I zu verwenden.

(2) Von dem Untersuchungsbogen hat der Arzt ein Zweitstück herzustellen und als solches zu kennzeichnen. In den Fällen des § 51 Abs. 1 des Gesetzes darf er an Stelle des Untersuchungsbogens das Zweitstück aushändigen.

(3) Der Arzt hat den Untersuchungsbogen und das Zweitstück zehn Jahre lang aufzubewahren.

§ 4

Ergänzungsuntersuchung

Kann der Arzt den Gesundheits- und Entwicklungsstand des Jugendlichen nur beurteilen, wenn das Ergebnis einer Ergänzungsuntersuchung durch einen anderen Arzt oder einen Zahnarzt vorliegt, so hat er die Ergänzungsuntersuchung zu veranlassen und ihre Notwendigkeit im Untersuchungsbogen zu begründen.

§ 5

Mitteilung an die Eltern

Für die Mitteilung an die Eltern oder den Vormund (§ 46 Abs. 3 Satz 1 des Gesetzes) hat der Arzt einen Vordruck nach dem Muster der Anlage 2 zu verwenden.

§ 6

Bescheinigung für den Arbeitgeber

Für die für den Arbeitgeber bestimmte Bescheinigung (§ 46 Abs. 3 Satz 2 des Gesetzes) hat der Arzt einen Vordruck nach dem Muster der Anlage 3 zu verwenden.

§ 7

Geltung in Berlin

Diese Verordnung gilt nach § 14 des Dritten Überleitungsgesetzes vom 4. Januar 1952 (Bundesgesetzbl. I, S. 1) in Verbindung mit § 74 des Jugendarbeitsschutzgesetzes auch im Land Berlin.

§ 8

Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am 1. Oktober 1961 in Kraft.

Bonn, den 2. Oktober 1961

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung

Durchführung der ärztlichen Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz und die Ausgabe der Untersuchungsberechtigungsscheine

Das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge gibt im Einvernehmen mit dem Bayerischen Staatsministerium für Wirtschaft und Verkehr folgendes bekannt:

Die Vorschriften des Sechsten Abschnittes des Jugendarbeitsschutzgesetzes v. 9. August 1960 (BGBl. I, S. 665) — JArbSchG — über die gesundheitliche Betreuung der Jugendlichen treten am 1. Oktober 1961 in Kraft. Für den Anlauf sieht das Gesetz im § 52 eine Übergangsregelung vor. Danach gelten die Vorschriften nicht für Jugendliche, die bei Inkrafttreten des Sechsten Abschnittes des Gesetzes, also am 1. Oktober 1961, bereits 16 Jahre alt sind, für die übrigen Jugendlichen von 14 bis 16 Jahren nur dann, wenn sie erst nach dem 1. Oktober 1961 erstmalig eine Arbeit aufnehmen oder bis 1. Oktober 1962 einen Wechsel des Arbeitgebers vornehmen wollen.

Jugendliche, die am 1. Oktober 1961 noch nicht 16 Jahre alt sind und noch keine Beschäftigung aufgenommen haben oder bei einem anderen Arbeitgeber tätig werden wollen, dürfen von diesem Zeitpunkt ab nur beschäftigt werden, wenn sie gemäß § 45 Abs. 1 Ziff. 2 JArbSchG dem Arbeitgeber die in § 46 Abs. 3 des Gesetzes geforderte ärztliche Bescheinigung über die stattgefundene Untersuchung vorlegen. Das Gesetz sieht für diese Untersuchung grundsätzlich freie Arztwahl vor.

Über die Durchführung der Untersuchungen und die vorgeschriebenen Bescheinigungen und Mitteilungen wird das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung entsprechende Vorschriften in der Verordnung über die ärztlichen Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz erlassen. Diese Verordnung kann aus rechtlichen Gründen erst nach dem 1. Oktober 1961 verkündet werden.

Die Kosten der Untersuchungen trägt das Land; sie werden nur erstattet, wenn der Arzt der Kostenforderung den Untersuchungsberechtigungsschein (Anlage 1), den der Jugendliche zur Untersuchung mitzubringen hat, beifügt. Die Höhe der dem Arzt zustehenden Vergütung und die Abrechnungsstelle werden durch eine Verordnung der Landesregierung bestimmt.

Über die Ausgabe des Untersuchungsberechtigungsscheines wird bis zur endgültigen Regelung folgendes bestimmt:

1. Der Untersuchungsberechtigungsschein wird durch das Gewerbeaufsichtsamt, das für den Wohnsitz des Jugendlichen zuständig ist, ausgegeben.
2. Ist die Arbeitsaufnahme in einem bergbaulichen Betrieb beabsichtigt, wird der Untersuchungsberechtigungsschein von dem für den Wohnsitz des Jugendlichen zuständigen Bergamt ausgegeben.
3. Ist der Jugendliche in mehreren Gemeinden gemeldet, so ist das Gewerbeaufsichtsamt bzw. das Bergamt zuständig, in dessen Bezirk sich die Wohnung befindet, die gegenüber der Meldebehörde als Hauptwohnsitz bezeichnet wurde.
4. Pendlers aus dem Ausland, die in Bayern keinen ständigen Wohnsitz haben, erhalten den Untersuchungsberechtigungsschein bei dem für den Be-

Mit **Febenol**
die Ruhe selbst!

Rezeptpflichtiges Sedativum
Frei von Brom u. Barbitursäure
-Liquid-: Dragées-Suppositorien p.inf:

Nervöse Erscheinungen
Vegetative Dystonie
Neurosen
Erregungs- u. Angstzustände
Depressionen
Überarbeitung
Schlafstörungen
Spasmophilie
Hypersekretionsfluor



F E B E N A · K Ö L N

AESCORIN®

Venöse Stauungen



„Steigerwald“

DARMSTADT

Enzymkomplex-Präparat
für Magen und Darm

Helopanzym®

Dragées
früher Helozyman



HELOPHARM KG · ARZNEIMITTELFABRIK · BERLIN

Kathepsin
Pepsin

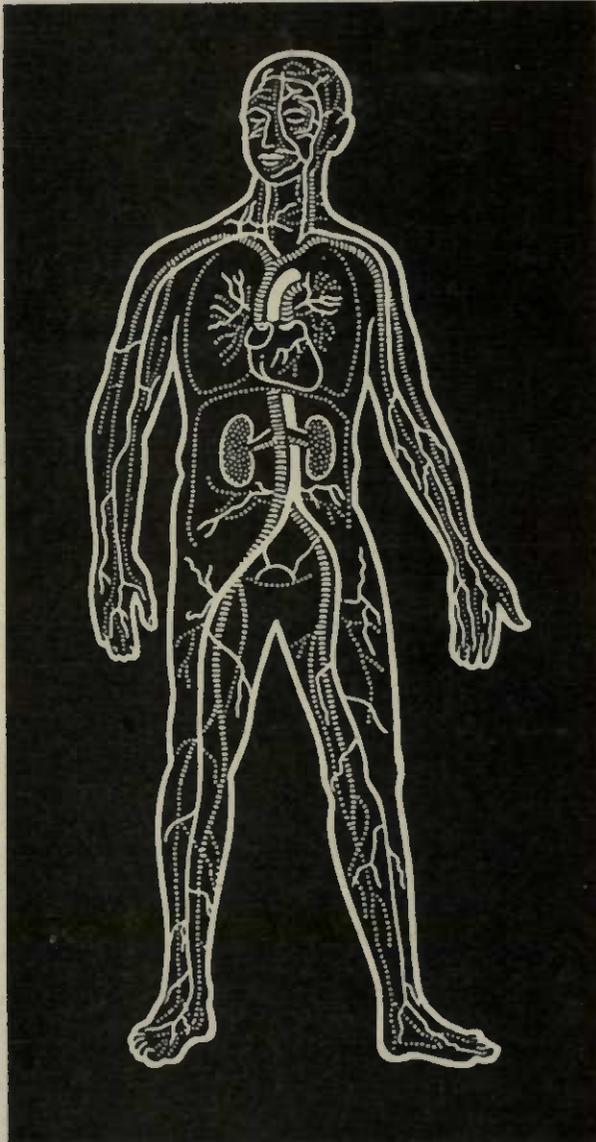
Tryptase

Lipase

Amylase

COMPLAMIN[®]

3-(Methyloxyäthylomino)-2-oxypropyltheophyllin-nikotinat



steigert das
Herz-Minutenvolumen
bei gleichzeitiger
Senkung
des peripheren
Widerstandes ohne
Blutdruckänderung.

Periphere
Durchblutungsstörungen,
Cerebralsklerose,
Apoplexie und sonstige
Arterienerkrankungen.

Tabletten und Ampullen

JOHANN A. WÜLFING • DÜSSELDORF

trieb zuständigen Gewerbeaufsichtsamt bzw. Bergamt ausgehändigt.

5. Der Antrag ist vom Personensorgeberechtigten schriftlich (formlos) zu stellen; hierbei sind die Geburtsdaten, die Wohnung des Jugendlichen, die zuletzt besuchte Schule und bei Pendlern nach Ziff. 4 der Arbeitgeber anzugeben.
6. Die Ausgabe der Untersuchungsberechtigungsscheine ist gebührenfrei. gez. Stain, Staatsminister

Anlage 1

**Untersuchungsberechtigungs-
schein Nr. ...
zur Kostenforderung**

Dienstsiegel der
ausgebenden
Behörde
ausgegeben am:

gemäß § 50 Jugendarbeitsschutz-
gesetz vom 9. August 1960 (BGBl. I
S. 665) für die ärztliche Unter-
suchung des/der Jugendlichen

Unterschrift

Name Vorname geb. am

Anschrift

An
Abrechnungsstelle*)

Der/Die vorgenannte Jugendliche wurde von mir am
.....**) nach der Verordnung des Bundesministe-
riums für Arbeit und Sozialordnung über die ärzt-
lichen Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutz-
gesetz (Datum, Fundstelle*) erstuntersucht/
nachuntersucht/außerordentlich nachuntersucht***).

Eine außerordentliche Nachuntersuchung nach § 45
Abs. 3 JArbSchG habe ich / nicht ***) für den
Zeitpunkt
angeordnet.

Um Überweisung des Pauschbetrages nach der Verord-
nung des Landes*) auf mein Konto Nr.
..... bel wird gebeten.
Datum

Stempel
Unterschrift des Arztes

- *) Wird von der ausgehenden Behörde eingesetzt;
- **) Als Tag der Untersuchung gilt der Tag der ab-
schließenden Beurteilung;
- ***) Nichtzutreffendes streichen.

**Verzeichnis der verschreibungspflichtigen
Arzneimittel**

Auf Grund der Landesverordnung über die Abgabe verschreibungspflichtiger Arzneimittel (Abgabeverordnung) vom 21. 7. 1961 (veröffentl. im BÄbl. Nr. 9/1961) dürfen die folgenden Arzneimittel nur in Apotheken und nur auf Verschreibung eines Arztes abgegeben werden.

Arzneimittel zum inneren Gebrauch, die im Verzeichnis mit einer Gewichtsangabe versehen sind, dürfen innerhalb von 6 Monaten, vom Tag des Verschreibens an gerechnet, höchstens weitere sechsmal gegeben werden, wenn die in der Gebrauchsanweisung vorgeschriebene Einzelgabe das im Verzeichnis angegebene Gewicht nicht übersteigt und die wiederholte Abgabe in der Verschreibung nicht für zulässig erklärt ist (§ 5 Abs. 2 der Abgabeverordnung).

Gewichts-
angabe nach § 5
Abs. 2

- Acetanilidum
- 5-Acetylamino-1,3,4-tbiodiazol-2-sulfonamid
und dessen Salze (Acetazolamid)
- Aconiti, Tubera
- Actinomycin C
- Adrenocorticotropes Hypophysenvorder-
lappenhormon (ACTH) 0,5 g
- Aethylbromid
- 3-Aethyl-3,4-dihydro-6-chlor-7-sulfamyl-1,2,4-
benzotriazolazin und dessen Salze (Aethylazidum)
- 3-Aethyl-5,5-dimethyl-oxazolidin-2,4-dion und
dessen Salze
- Aethyljodid — Einreiben in die Haut gilt als
innerer Gebrauch —
- β-Aethyl-β-methylglutarimid 0,1 g
- Agarizinsäure
- Akonitin, dessen Salze und Abkömmlinge
und deren Salze
- N-Aikyl-atropin und dessen Salze
(Atropinbrommethylyat)
- N-Allyl-normorphin und dessen Salze
- N-Allyl-3-hydroxy-morphinan und dessen Salze
- 4-Amino-benzolsulfonamid (Sulfanilamid), 4-
Amino-benzol-sulfocarbamid (Sulfanilcarb-
amid), 4-Amino-Benzolsulfoguanidid (Sulfanil-
guanidin), ihre Salze und Derivate und deren
Salze — die wiederholte Abgabe zum äußeren
Gebrauch ist nur zulässig, wenn das auf der
Verschreibung vermerkt ist —
- D-4-Amino-3-isoxazolidinon
- 4-Aminomethyl-benzolsulfonamid und dessen
Verbindungen
- 4-Amino-N¹⁰-methyl-pteroyl-glutaminsäure und
deren Salze (Ametbopterin)
- 4-Amino-pteroyl-glutaminsäure und deren Salze
- 4-Amino-salicylsäure (PAS), ihre Salze und
Abkömmlinge und deren Salze
- Amylenhydrat
- Amylnitrit 0,2 g
- Apiol
- Apomorphin und dessen Salze



Asthmo-Kranit

-Tabl.
-Pulv.

Bronchial-Antispasmodicum
Asthmaanfälle u.
asthmatische Zustände
KREWEL WERKE, Elberf. b. Köln

	Gewichts- angabe nach § 5 Abs. 2		Gewichts- angabe nach § 5 Abs. 2
Arekolin und dessen Salze		Bleiacetat — ausgenommen Bleiessig —	
Arsen und dessen Verbindungen — Abgabe auch auf Verschreibung eines Dentisten für den Praxisbedarf zulässig —		Bleijodid	
Askaridol		Bromoform	0,3 g
Aspidinolfilizin		Bruzin und dessen Salze	0,01 g
Atropin und dessen Salze	0,001 g	2-Brom-2-chlor-1,1,1-trifluor-aethan (Halothane)	
Barbitursäureabkömmlinge, ihre Salze und Molekülverbindungen als Arzneifertigwaren in fester Form (z. B. Tabletten, Dragées) auch auf Verschreibung eines Dentisten zum Gebrauch in der Zahnheilkunde		Butan-1,4-diol-bis-(methansulfonat)	
Belladonnae, Folia	0,2 g	Calabar, Samen	0,2 g
Belladonna-Zubereitungen	0,05 g	Calabar-Zubereitungen	0,02 g berechnet als Extractum Calabar Erg. Bd. 6
— ausgenommen zum äußeren Gebrauch —	berechnet als Extractum Belladonnae DAB 6	Cannabis sativa-Wirkstoffe und deren Verbindungen — ausgenommen zum äußeren Gebrauch —	
Benzaldehydcyanhydrin	0,005 g	Cannabis sativae var. indicae, Herba — ausgenommen zum äußeren Gebrauch —	
	berechnet als Zyanwasser- stoffsäure	Cantharides — ausgenommen zum äußeren Gebrauch in Pflastern, Saiben oder ähnlichen Zubereitungen —	
Benzaldehydthiosemicarbazon und dessen Abkömmlinge		Carzinophilin, Carzinophilin A	
1,2,4-Benzothiadiazin-1,1-dioxyd-Abkömmlinge, soweit es sich handelt um: 3-Benzyl-6-trifluor- methyl-7-sulfamyl-3,4-dihydro-1,2,4-benzo- thiadiazin-1,1-dioxyd und dessen Salze		Chloralformamid	
6-Chlor-7-sulfamyl-1,2,4-benzothiadiazin- 1,1-dioxyd und dessen Salze (Chlorothiazid)		Chloralhydrat	
6-Chlor-7-sulfamyl-3,4-dihydro-1,2,4-benzo- thiadiazin-1,1-dioxyd und dessen Salze (Hydrochlorothiazid)		Chloralose	
6-Trifluormethyl-7-sulfamyl-3,4-dihydro- 1,2,4-benzothiadiazin-1,1-dioxyd und dessen Salze (Hydroflumethiazid)		Chloramphenicol, dessen Ester und deren Verbindungen — die wiederholte Abgabe zum äußeren Gebrauch ist nur zulässig, wenn das auf der Verschreibung vermerkt ist —	
d-Benzoylpseudotropincarbonsäurepropylester und dessen Salze — nur zur Anwendung am Auge —		2-Chlor-9-(3'-dimethylamino-propyliden)- thioxanthen (Trans-Form) und dessen Salze	
Benztropin und dessen Salze		Chloroform — ausgenommen zum äußeren Gebrauch als höchstens 50 Gewichtsprozent enthaltende Mischung —	0,5 g
Bernsteinsäure-bis-(cholin-ester)-Salze		Chlortetracyclin und dessen Salze — die wiederholte Abgabe zum äußeren Gebrauch ist nur zulässig, wenn das auf der Ver- schreibung vermerkt ist —	
Bis-aethylsulfon-dimethyl-methan (Sulfonal)		Colchici, Samen	
Bis-aethylsulfon-methyl-aethyl-methan (Methylsulfonal)		Colchicumalkaloide, auch hydrierte und deren Salze	
3-[N-Bis-(2'-chloraethyl)-4-aminophenyl]- 2-aminopropionsäure und deren Salze		Colocynthis, Fructus	0,3 g
4-[N-Bis-(2'-chloraethyl)-4-aminophenyl]- buttersäure und deren Salze (Chlorambucil)		Colocynthis-Zubereitungen	0,05 g berechnet als Extractum Colocynthis DAB 6
N,N'-Bis-[2-(2'-chlorbenzyl-diaethyl-ammonium)- aethyl]-oxamid-Salze (Ambenonlumchlorid)		Conii, Herba — ausgenommen zum äußeren Gebrauch in Pflastern, Salben und ähnlichen Zubereitungen und als Zusatz zu erweichenden Kräutern —	
N,N-Bis-(2-chloroethyl)-N',O-propylen-phosphor- säureesterdiamid (Cyclophosphamid)		Convallaria-Glykoside	
Bis-[3,3'-(4-hydroxycumarinyl)]-essigsäure- aethylester		Cortisone, soweit es sich handelt um: 1-Dehydro-11-dehydro-17-hydroxy-cortico- steron und dessen Ester (Dehydrocortison, Prednison)	
2,5-Bis-methoxyaethoxy-bis-aethylenimino- benzochinon-(1,4)		1-Dehydro-9-fluor-16,17-dihydroxy-cortico- steron, dessen Aether und Ester (9-Fluor- 16-oxy-prednisolon)	
2,5-Bis-n-propoxy-3,6-3,6-bis-aethylenimi- nobenzochinon-(1,4)		1-Dehydro-9-fluor-16-methyl-17-hydro-	
Bittermandelwasser (auch als Kirschlorbeer- wasser)	2,0 g		

nach dem Genuß von



in vielen Fällen ...

kein Sodbrennen, keine Übelkeit
keine sonstigen Beschwerden!

auf Wunsch Literatur von J.J. Darbaven, Hamburg
(vgl. „Grüne Liste 1960“ S. 57)

para **sanol**[®]

novum

Differenzierte Bremsung der hyperaktiven Magenfunktionen

durch parasympathikolytische Wirkung, lokalen Schleimhauteffekt und zentrale Reizabschirmung. para **sanol** entspricht den neuen Anschauungen von Pathogenese und Therapie der Magenerkrankungen.

Zusammensetzung:

N-Diphenyl-methyl-atropinium-
bromid 7,5 mg

Meprobamat 150,0 mg

Aluminiumglycinat 300,0 mg

Indikationen:

Ulcus ventriculi et duodeni,

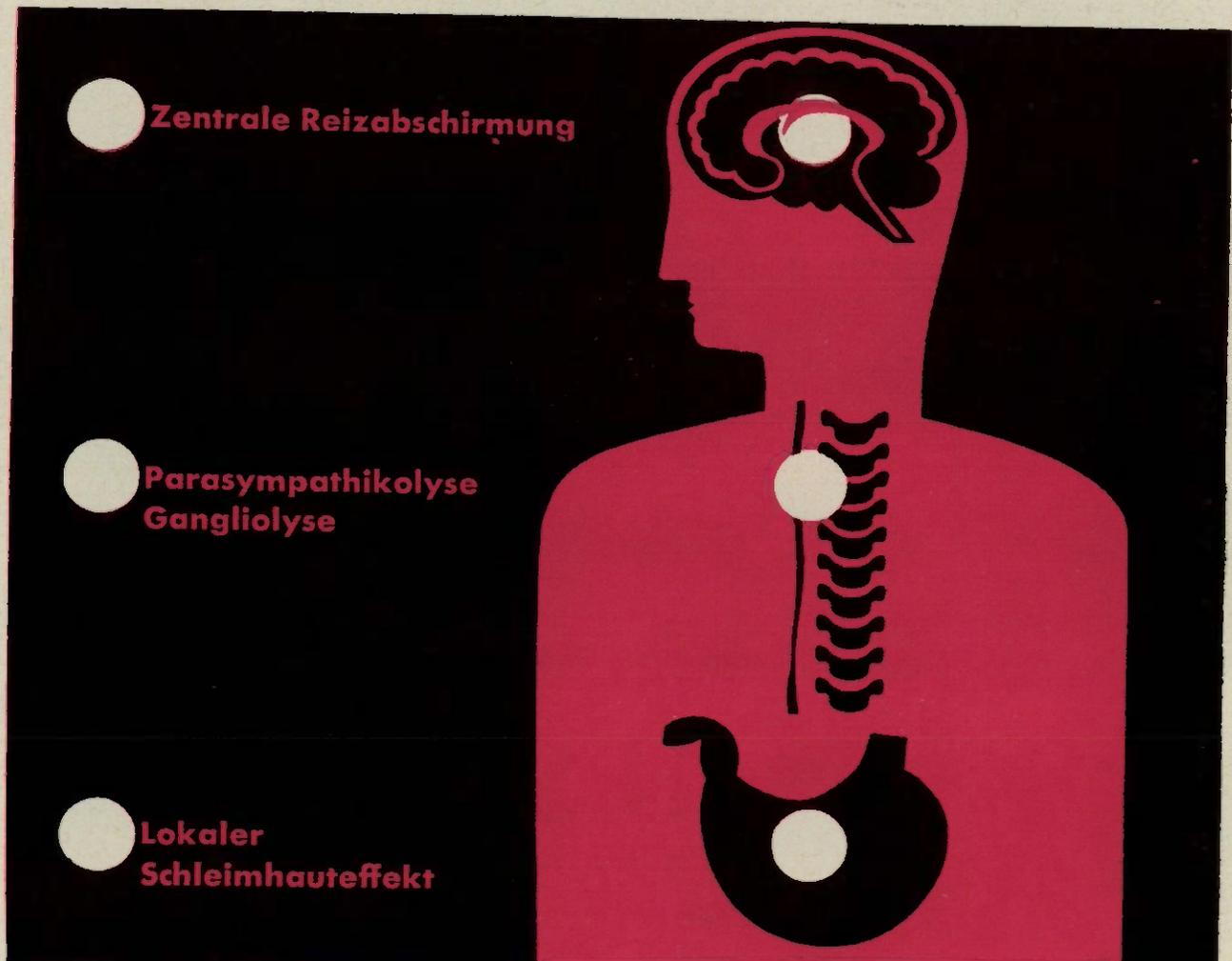
Gastritis acuta et chronica,

Gastritis nervosa, Gastroduodenitis,

Stumpfgastritis, Begleitgastritiden

versch. Genese

Handelsformen: 24 und 48 Tabletten

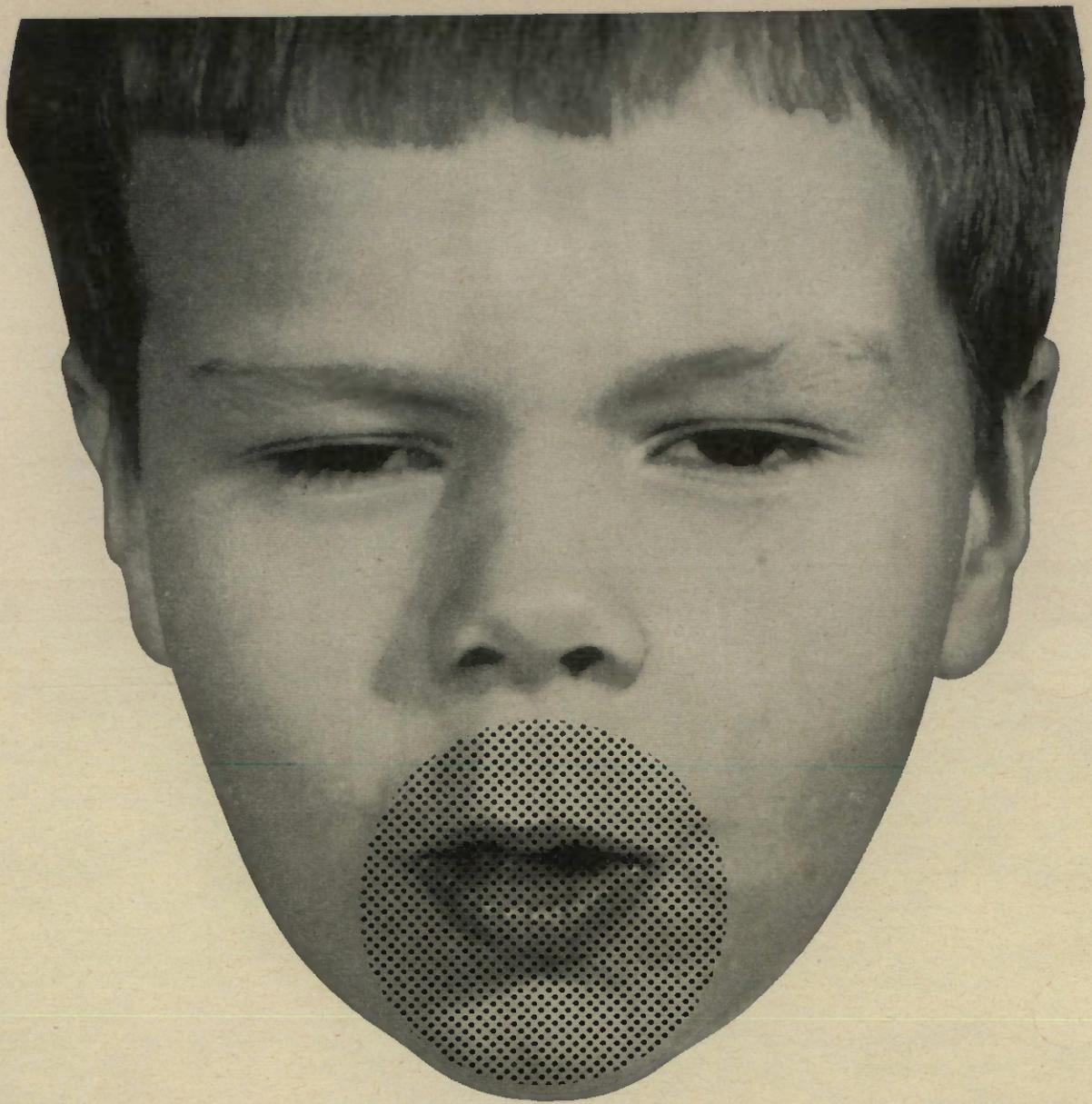


XS44 002

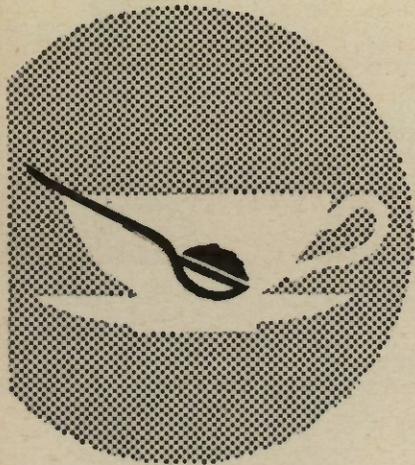
sanol

**arznei-
mittel**

Dr. Schwarz GmbH, Monheim (Rheinland)



Das Antitussivum der Wahl bei Husten jeder Genese — in jedem Lebensalter



TUSSOMPIN®

mit Hustenblocker

Die Verbindung der schleimlösenden und auswurfördernden Drogenextrakte mit einem synthetischen Antitussivum macht Tussompin zu einem potenziert wirkenden tassenfertigen Wirkstoffextrakt.

TUSSOMPIN stillt den Husten zentral ohne Beeinflussung der Atemkapazität · Verhindert bzw. löst Bronchialspasmen · Erweitert die Bronchiolen · Verflüssigt den Schleim · Fördert die Expectoration · Wirkt lokalanaesthetisierend · Keine Nebenwirkungen · Beste Verträglichkeit ·

Dose, Inhalt reicht für ca. 25 Tassen — DM 2.80 o. U.

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



	Gewichts- angabe nach § 5 Abs. 2	Gewichts- angabe nach § 5 Abs. 2
3-Methylamino-isocamphan und dessen Salze (Mecamylamine)		0,001 g
N-(4-Methyl-benzolsulfonyl)-N'-n-butylharnstoff und dessen Salze		
Methyl-bis-(2-chloroethyl)-amin und dessen Salze (N-Lost)		
Methyl-bis-(2-chloroethyl)-amin-N-oxyl und dessen Salze (N-Oxyd-Lost)		
3,3'-Methylen-bis-(4-hydroxy-cumarin)		
1-Methyl-2-mercapto-imidazol (Methylmazole)		
N-Methyl- α,α -methylphenylsuccinimid (Methsuximid)		
N-Methyl- α -phenyl-succinimid		
2-Methyl-2-n-propyl-propandiol-(1,3)-dicarbamat (Meprobamat)		
N-Methyl-skopolamin (N-Methyl-hyoscin)-Salze		
β -Naphthyl-bis-(2-chloroethyl)-amin und dessen Salze		
Narkotin und dessen Salze (vgl. Opiumalkaloide)		
Natrium-Goldchlorid	0,05 g	
Natriumnitrit	0,3 g	
Neomycin A, B und C und deren Salze — ausgenommen Zubereitungen zur örtlichen Anwendung auf Haut oder Schleimhaut, sofern sie je Stück abgeteilter Arzneiform (Pastillen, Tabletten, Ovula, u. ä.) oder bei sonstigen Zubereitungen je Gramm oder Milliliter nicht mehr als 5 mg Neomycin enthalten —		
Nikotin und dessen Salze — ausgenommen in Zubereitungen zum äußeren Gebrauch bei Tieren —	0,001 g	
3-[α -(4'-Nitrophenyl)- β -acetyl-aethyl]-oxycumarin (Acenocumarol)		
Novobiocin und dessen Salze		
Oleander-Glykoside		
Oleandomycin und dessen Salze		
Oleum Amygdalarum amararum aethereum, blausäurehaltiges	0,2 g	
Oleum Chenopodii anthelminticil		
Oleum Crotonis		
Oleum Sabinæ		
Opiumalkaloide und deren Salze — soweit die Abgabe nicht durch die Verordnung über das Verschreiben Betäubungsmittel enthaltender Arzneien und ihre Abgabe in den Apotheken vom 19. Dezember 1930, in der Fassung der Verordnung vom 26. September 1960 (BGBl. I S. 769) geregelt ist —		
Osmiumsäure und deren Salze		
1-Oxo-3-(3'-sulfamyl-4'-chlor-phenyl)-3-hydroxy-isoindolin und dessen Salze		
Oxytetracyclin (Hydroxytetracyclin) und dessen Verbindungen — die wiederholte Abgabe zum äußeren Gebrauch ist nur zulässig, wenn das auf der Verschreibung vermerkt ist —		
Papaverin und dessen Salze (vgl. Opiumalkaloide)		
Papaveris, Fructus, maturi et immaturi — soweit ihre Abgabe nicht durch die Verordnung über das Verschreiben Betäubungsmittel enthaltender Arzneien und ihre Abgabe in den Apotheken vom 19. Dezember 1930, in der Fassung der Verordnung vom 26. September 1960 (BGBl. I S. 769) geregelt ist —		
Paraldehyd		
Paromomycin und dessen Salze		
Penicillin G (Benzyl-Penicillin), dessen Salze und Abkömmlinge und deren Salze — die wiederholte Abgabe zum äußeren Gebrauch ist nur zulässig, wenn das auf der Verschreibung vermerkt ist —		
Penicillin-V-Säure (Phenoxy-methylpenicillin) und deren Salze		
N,N,N',N',3-Pentamethyl-N,N'-diaethyl-3-aza-penthylen-1,5-diammonium-Salze		
Pentamethylen-1,5-bis-(N-alkyl-pyrrolidinium)-Salze		
Perchlorsäure und deren Salze		
Penothiazin		
Phenothiazin, am Stickstoff substituiertes, dessen Salze und Abkömmlinge und deren Salze		
Phenylacetylharnstoff und dessen Salze (Phenacemid)		
3-[α -Phenyl- β -acetyl-aethyl]-4-oxycumarin und dessen Salze (Warfarin)		
Phenyläthyllessigsäure-(2-phenyl-3-methyl-morpholino-N-aethanol)-ester und dessen Salze		
α -Phenyl- α -aethyl-glutarimid (Giuthetimid)		
2-Phenyläthyl-hydrazin und dessen Salze		
1-Phenyl-cyclopentan-carbonsäure-(1)-(2-diaethylaminoäthyl)-ester und dessen Salze		
α -Phenyl- α -(2'-diaethylamino-aethyl)-glutarimid und dessen Salze		
2-Phenylisopropyl-bydrazin und dessen Salze		

Kausale Schleimhauttherapie des Magens

Azupanthenol®

Gastritis

vereinigt die spezifischen Heilfaktoren Azulen und Pantothen-säure

Sodbrennen, *Ulcus ventriculi et duodeni*

Tropfen 20 ccm / 250 ccm

2-3 x tägl. 15 Tropfen

und als **Rollkur**

ADENYL-
CHEMIE

ADENYL-CHEMIE
Stuttgart-Bad Cannstatt

	Gewichts- angabe nach § 5 Abs. 2		Gewichts- angabe nach § 5 Abs. 2
2-Phenyl-3-methyl-morpholin, dessen Salze und Verbindungen mit Purinen		Quecksilberverbindungen — ausgenommen rotes Quecksilbersulfid (Zinnober) und nicht mehr als 5 Gewichtsprozent weißes Quecksilberpräzipitat oder rotes Quecksilberoxyd enthaltende Salben zum äußeren Gebrauch —	
Phenyl-piperidyl-(2)-essigsäure-methylester und dessen Salze		Quellfähige Drogen und andere quellfähige Stoffe in Form von Stiften, Sonden, Melbellen oder dergl.	
Phosphor		Rauwolfia-Alkaloide (z. B. Deserpidin, Reserpamin, Reserpin) und deren Salze	
Physostigmin und dessen Salze	0,001 g	Sabinae, Summitates — ausgenommen zum äußeren Gebrauch in Salben —	
Pikrotoxin		Santonin	
Pilokarpin und dessen Salze	0,02 g	Scammoniae, Resina	0,3 g
(2-Piperidyl)-benzhydrol und dessen Salze (Pipradrol)		Schildrüsen-Wirkstoffe und deren Salze	
3-(1'-Piperidyl)-1,1-diphenyl-propanol-(1) und dessen Salze		Scilla-Glykoside	
2-(1-Piperidylmethyl)-1,4-benzodioxan und dessen Salze		Silbernitrat — ausgenommen zum äußeren Gebrauch und in Augentropfen zur Blennorrhoe prophylaxe; Abgabe auf Verschreibung eines Dentisten für den Praxisbedarf zulässig —	0,03 g
3-(1'-Piperidyl)-1-phenyl-1-bicycloheptenyl-propanol-(1) und dessen Salze		Skopolamin und dessen Salze	0,001 g
3-(1'-Piperidyl)-1-phenyl-1-cyclohexyl-propanol-(1) und dessen Salze (Trihexylphenidyl)		Stramonii, Folia et Semen — ausgenommen bei Folia Stramonii zum Rauchen und Räuchern —	0,2 g
Podophyllin	0,1 g	Stramonium-Zubereitungen	0,2 g berechnet als Folia Stramonii DAB 6
Polymethoniumverbindungen, soweit es sich handelt um Pentamethylen-1,5-bis-(tri-alkyl-ammonium)-Salze Hexamethylen-1,6-bis-(tri-alkyl-ammonium)-Salze		Streptomycin und dessen Salze — die wiederholte Abgabe zum äußeren Gebrauch ist nur zulässig, wenn das auf der Verschreibung vermerkt ist —	
Polymyxin B und dessen Salze — die wiederholte Abgabe zum äußeren Gebrauch ist nur zulässig, wenn das auf der Verschreibung vermerkt ist —		Strophanthi, Semen	
Propionsäure-(3'-dimethylamino-2'-methyl-1'-phenyl-1'-benzyl-propyl)-ester und dessen Salze (Propoxyphen)		Strophanthine, einschließlich Quabain	
4-Propylamino-benzoesäure-(3'-dimethylamino-2'-hydroxypropyl)-ester und dessen Salze		Strychni, Semen	0,1 g
Pteroyl-triglutaminsäure und deren Salze		Strychnos-Zubereitungen	0,05 g berechnet als Extractum Strychni DAB 6 0,01 g
Pulsatillae, Herba		Strychnin und dessen Salze	
Pulsatilla-Zubereitungen	0,2 g berechnet als Herba Pulsatillae Erg. Bd. 6	Strychnin-N-oxyd und dessen Salze	
Pyrazin-3-carbonsäureamid und dessen Salze (Pyrazinamid)		Strychninsäure und deren Salze	
Pyrophosphorsäure-tetra-isopropyl-ester		Tetraethylammonium-Salze	
Pyrrolidinometyl-tetracyclin und dessen Salze		Tetraethylthiuram-disulfid	
Quecksilbersalbe (graue Salbe) mit einem Gehalt von mehr als 10 Gewichtsprozent Quecksilber		Tetrachloräthylen — ausgenommen zum äußeren Gebrauch —	
		Tetrachlorkohlenstoff	



R-MALLEBRINETTEN

(Respectol-Mallebrinetten)

Adstringo-antiseptische Rachentabletten

	Gewichts- angabe nach § 5 Abs. 2		Gewichts- angabe nach § 5 Abs. 2
4,5,6,7-Tetrachlor-2-(2'-trimethylammonium- aethyl)-N-methyl-insoindolinium-dichlorid (Clorison-damin)		Tuberkuline, flüssige und trockene und alle sonstigen aus oder unter Verwendung von Tuberkelbazillen hergestellten Erzeugnisse	
Theophyllin und dessen Salze	0,5 g	d-Tubocurarin und dessen Salze	
Thiobarbitursäure-Abkömmlinge und deren Salze		d-Tubocurarin-dimethyläther und dessen Salze (Dimethyl-d-tubocurarin)	
Tetracyclin und dessen Verbindungen — die wiederholte Abgabe zum äußeren Gebrauch ist nur zulässig, wenn das auf der Verschreibung vermerkt ist —		Urethan (Aethyluretban)	
Thiouracil und dessen Abkömmlinge		Vancomycin und dessen Salze	
Thyreoideae, Glandulae, siccatae	0,5 g	Veratri, Rhizoma — ausgenommen zum äußeren Gebrauch bei Tieren und als Schneeberger Schnupf- tabak mit einem Gehalt von höchstens 3 Gewichtsprozenten Nieswurzel —	
2-(N-4'-Tolyl-N-3'-hydroxyphenyl-amino- methyl)-imidazolin		Veratrin und dessen Salze	
2,2,2-Tribrom-äthanol-(1) — ausgenommen zum äußeren Gebrauch —		Veratrum-Alkaloide und deren Salze	
1,1,2-Trichloräthylen		Viomycin und dessen Salze	
1,1,2-Trichlor-butyr-aldehyd-hydrat (Butylchloralhydrat)		Xanthencarbonsäure-diaethylaminoethyl- ester-methylbromid	
N-(3-Trimethylammonium-propyl)-N-methyl- camphidinium-dimethylsulfat		Yohimbin und dessen Salze	0,03 g
3,5,5-Trimethyl-oxazolidin-2,4-dion und dessen Salze (Trimethadion)		Yohimboasäure, deren Salze und Ester und deren Salze	
2,4,6-Tris-(äthylenimino)-1,3,5-triazin (Triäthylenmelamin)		Zinksalze, wasserlösliche — ausgenommen in Augentropfen und zum äußeren Gebrauch —	
Tris-(2-chloräthyl)-amin und dessen Salze		Zubereitungen pasten-, salbenartiger oder ähnlicher Beschaffenheit zur Einführung in die Gebärmutter — die Verschreibung muß den Vermerk tragen, daß die Zubereitung zu Händen des Arztes bestimmt ist —	
2,4,6-Tris-(methylolamino)-1,3,5-triazin (Trimethylolmelamin)		Zyanessigsäurehydrazid und dessen Salze	
1,2,3-Tris-(2'-triaethylammonium-aethoxy)- benzol-Salze		Zyanwasserstoffsäure und deren Salze	0,001 g
Tropasäure-(N-äthyl-N-4-picolyl)-amid			

GESETZES- UND RECHTSFRAGEN

Aus der Berufsgerichtsbarkeit

Verbot der Zweigpraxis

Urteil des Landesberufsgerichts für die Heilberufe beim Bayerischen Obersten Landesgericht vom 3. 7. 1961; Aktenzeichen: LBG — Ä — 2/61.

Sachverhalt:

Der Facharzt für Frauenkrankheiten, Dr. X, seit Jahren niedergelassen in A, hält seit 1958 jeweils am Mittwochnachmittag in den Praxisräumen eines ihm bekannten Arztes in B Sprechstunden ab. B ist ca. 10 km von A entfernt.

Das Berufsgericht München (Urteil vom 17. 12. 1960, Aktenzeichen: BG — Ä 15/60) stellte fest, daß in die-

sem Verhalten des Dr. X eine Berufspflichtverletzung vorliegt. Es erkannte gegen Dr. X auf eine Warnung. Die Berufung des Dr. X gegen das Urteil des Berufsgerichtes wurde vom Landesberufsgericht verworfen.

Aus den Gründen:

II . . .

Vor allem führt der Beschuldigte zu seiner Verteidigung drei Argumente ins Feld:

1.) Er beruft sich auf die Entscheidung des Bayerischen Verfassungsgerichtshofes vom 20. 7. 1951 (GVBl. S. 139), durch die § 5 Abs. 1 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns von 1950 wegen Verstoßes gegen Art. 101 der Bayerischen Verfassung für nichtig er-

LARYNGSAN®

LARYNGSAN®

ZUR PROPHYLAXE UND THERAPIE

bei Grippe
bei Erkältungskrankheiten
ohne Nebenwirkungen
ohne Resistenzzeugung

ANGINASIN zur Aerosoltherapie
schleimlösend und desinfizierend

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

klärt wurde. Nach der bezeichneten Vorschrift der Berufsordnung 1950 war es dem Arzt nicht gestattet, an mehreren Stellen Sprechstunden abzuhalten. Der Verfassungsgerichtshof erblickte in der weiten Fassung dieser Bestimmung eine ungebührliche Einschränkung der Betätigungsfreiheit des Arztes ohne zureichenden Grund und führte hierzu aus (unter VI A 5): „Es kann im Interesse der die ärztliche Hilfe in Anspruch nehmenden Bevölkerung liegen, daß ein Arzt außerhalb des Ortes seiner Niederlassung sich zur Behandlung von Patienten bereithält, also Sprechstunden abhält. Die Gefahr des Mißbrauchs, der sich unschwer feststellen läßt und als Berufspflichtverletzung geahndet werden kann, rechtfertigt das Verbot des § 5 Abs. 1 BO in dieser allgemeinen Fassung nicht. Inwieweit eine Ausschließung des Mißbrauchs durch eine andere Fassung der Bestimmung in zulässiger Weise erreicht werden kann, ist hier nicht zu prüfen. In der vorliegenden Fassung kann ihr nur die Bedeutung einer Einschränkung des Wettbewerbs zukommen. Eine solche ist aber nur zulässig, soweit dieser einen unlauteren Charakter in sich birgt und aus diesem Grunde eine Verletzung der ärztlichen Berufspflicht beinhaltet. § 5 Abs. 1 BO ist sonach verfassungswidrig und nichtig.“

Der Verfassungsgerichtshof versteht mithin unter dem Abhalten von Sprechstunden nicht nur eine der Öffentlichkeit bekannte regelmäßig wiederkehrende Dienstbereitschaft des Arztes zu einer bestimmten Zeit an einem bestimmten Ort, sondern ganz allgemein ein Sich-bereit-Halten des Arztes zur Behandlung von Patienten. Wie in einer im Ersturteil wörtlich wiedergegebenen Entschließung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 25. 10. 1951 (Bay BS VI I S. 214) dargelegt, wäre bei dieser Auslegung unter das Verbot des § 5 Abs. 1 der Berufsordnung 1950 auch ein Facharzt gefallen, der mehr oder weniger regelmäßig in ein Krankenhaus außerhalb seines Niederlassungsortes zu bestimmten Kranken gerufen wird und sich hierbei auch zur Behandlung anderer Patienten zur Verfügung hält. Ein so weitgehendes Verbot der auswärtigen Berufsausübung scheidet der Verfassungsgerichtshof als unvereinbar mit dem in Art. 101 der Bayerischen Verfassung verbrieften Recht auf Handlungsfreiheit an.

Damit ist aber nicht gesagt, daß die Berufsordnung die Berufstätigkeit des Arztes außerhalb seines Niederlassungsortes überhaupt nicht einschränken, insbesondere also die Einrichtung einer Doppel- oder Zweitpraxis in keiner Weise behindern dürfe. Der Verfassungsgerichtshof hat dies nicht nur durch den angeführten Hinweis zum Ausdruck gebracht, daß hier nicht zu prüfen sei, ob Mißbräuchen durch eine andere Fassung der Bestimmung der Berufsordnung in zulässiger Weise begegnet werden könne; er hat vor allem an einer anderen Stelle der zitierten Entscheidung (unter VI A 3 g) die Verfassungsmäßigkeit des Art. 2 des Niederlassungsgesetzes vom 23. 12. 1948 (Bay BS II S. 62) bejaht, der die Begründung einer Niederlassung als Arzt usw. nur an einem Ort zuläßt — das Wörtchen „einem“ ist in den amtlichen Verlautbarungen des Gesetzes im GVBL 1949 S. 2 wie in der Bay BS II S. 62 jeweils gesperrt gedruckt —. Das macht volrends deutlich, daß die Nichtigklärung des § 5 Abs. 1 Berufsordnung 1950 und die hierauf bezüglichen

Telle der Begründung der VerfGH-Entscheidung einen anderen Sinn haben, als der Beschuldigte darin finden zu können glaubt: Nur insoweit ist dem Arzt gestattet, sich außerhalb seiner Niederlassung zur Behandlung bereitzuhalten, als er damit nicht gegen das Gebot verstößt, seine Niederlassung nur an einem Ort zu begründen. Das ist aber stets dann der Fall, wenn er aus eigener Initiative an einem anderen Ort als in seinen eigentlichen Praxisräumen regelmäßig zu bestimmter Zeit Sprechstunden abhält. Durch die Nichtigklärung des § 5 Abs. 1 Berufsordnung 1950 ist nicht etwa dem bayerischen Arzt die Möglichkeit eröffnet worden, nach Belieben auswärtige Sprechstunden einzurichten, vielmehr ist nur eine über die örtliche Bindung des Arztes an eine Niederlassung hinausgehende Reglementierung der außerhalb der Niederlassung sich abspielenden Berufsausübung gefallen.

Diese Anschauung hat nicht nur das Bayerische Staatsministerium des Innern in der erwähnten, durch die VerfGH-Entscheidung vom 20. 7. 1951 veranlaßten Entschließung vom 25. 10. 1951 vertreten, sie teilte auch der Bayerische Verwaltungsgerichtshof in einem Urteil vom 26. 5. 1954 (veröffentlicht in *ÄM* 1954, S. 705, siehe dazu auch Heitzer in *ÄM* 1954, S. 537), und sie hat sich auch das Berufsgesicht erster Instanz in dem angefochtenen Urteil zu eigen gemacht. Das Landesberufsgesicht schließt sich ihr an. Das Spannungsverhältnis, das dadurch entstanden ist, daß der Verfassungsgerichtshof einerseits den Art. 2 NiederlG für verfassungsmäßig, andererseits § 5 Abs. 1 der Berufsordnung 1950 für verfassungswidrig ansieht, kann sinnvoll nur in der Weise gelöst werden, daß man den Bereich der zulässigen auswärtigen „Sprechstunde“ auf die nicht organisierte, zufällige Dienstbereitschaft des Arztes aus Anlaß einer sonstigen auswärtigen Berufsausübung beschränkt. Jeder Versuch, die Grenze weiter zu ziehen, müßte zur Rechtsunklarheit und damit zu unübersehbaren Streitigkeiten unter der Ärzteschaft führen.

Die Fassung des jetzt gültigen § 6 Abs. 1 Berufsordnung 1958 vermeidet offensichtlich bewußt den Ausdruck „Sprechstunde“. Sie paßt sich in Satz 1 eng an den Wortlaut des Art. 2 NiederlG an und unterstreicht die positive örtliche Bindung noch durch das Verbot: „Eine weitere Niederlassung ist dem Arzt nicht gestattet.“ Diese Regelung engt die Handlungsfreiheit des Arztes nur innerhalb der Schranken der Gesetze — eben des Art. 2 NiederlG —, nicht auch darüber hinaus ein und verletzt demnach auch nicht den Art. 101 der Bayerischen Verfassung.

2.) Mit Nachdruck macht der Beschuldigte geltend, daß er sich aus seinem ärztlichen Berufsethos für berechtigt und geradezu verpflichtet gehalten habe, die Sprechstunde in B trotz der gesetzlichen und berufsrechtlichen Vorschrift und entgegen den darauf gestützten Anordnungen der Landesärztekammer beizubehalten. Er betont, wie wichtig es im Interesse der Volksgesundheit sei, daß gerade der Weg zum Frauenarzt den Patientinnen möglichst leicht gemacht werde, weil dadurch oft eine Frühdiagnose von Gebärmutter- oder Brustkrebs und so eine Heilung dieser sonst tödlichen Krankheit ermöglicht werde. Zwei solche Fälle seien in seiner Sprechstunde in B vorgekommen, beide Frauen hätten, weil das Krebsleiden bei

ihnen sehr frühzeitig erkannt und behandelt worden sei, gerettet werden können.

Der rechtliche Kern dieses Vorbringens besteht darin, daß der Beschuldigte in einer Art Pflichten-kollision dem höherwertigen Rechtsgut der Erhaltung der Volksgesundheit den Vorzug vor der Unterwerfung unter eine der Ordnung des Wettbewerbs dienende Vorschrift gegeben haben will. Allein damit läßt sich sein Verhalten nicht rechtfertigen. Bedenklich ist es schon, das Verbot, außerhalb der Niederlassung regelmäßige Sprechstunden abzuhalten, lediglich als Maßnahme zur Regelung des Wettbewerbs zu sehen. Ein schrankenloser Wettbewerb unter den Ärzten, wie er bei einer Aufhebung des Verbots einsetzen würde, wäre sicherlich auch der Volksgesundheit abträglich, etwa weil die tüchtigsten Ärzte ihre Kräfte verzetteln würden oder ein Überangebot an ärztlicher Versorgung einen Anreiz bieten könnte, den Arzt grundlos zu bemühen und ihn so den wirklich Kranken zu entziehen. Die positive berufsrechtliche Vorschrift (Art. 2 NiederlG, § 6 Abs. 1 Berufsordnung 1958) dient also letztlich dem nämlichen Zweck — der Erhaltung der Volksgesundheit —, den der Beschuldigte dadurch erreichen wollte, daß er der Bestimmung zuwiderhandelte. In einem solchen Falle liegt kein echter Pflichtwiderstreit vor, sondern eine Meinungsverschiedenheit über den zur Erreichung eines Zieles einzuschlagenden Weg. Bei einem derartigen Streit hat der Berufsangehörige die vom Gesetzgeber und der Standesorganisation zusammen mit der Aufsichtsbehörde getroffene Entscheidung zu respektieren.

Gewiß kann man über die Zweckmäßigkeit der durch Art. 2 NiederlG und § 6 Abs. 1 der Berufsordnung 1958 getroffenen Regelung geteilter Ansicht sein. Auch das Landesberufsgericht neigt der vom Berufsgericht des ersten Rechtszuges vertretenen Anschauung zu, daß es Fälle gibt, in denen die Einrichtung einer regelmäßigen auswärtigen Sprechstunde im Interesse einer besseren ärztlichen Versorgung der Bevölkerung läge. Indes kann der einzelne Arzt daraus nicht das Recht herleiten, sich für seinen Fall über das Gesetz hinwegzusetzen . . .

3.) Schließlich fühlt sich der Beschuldigte insofern von der Landesärztekammer ungleich und ungerecht behandelt, als diese den ebenfalls in A ansässigen Fachärzten Dr. Y und Dr. Z die Abhaltung regelmäßiger

Sprechstunden in B gestattete, während sie ihm eine solche Erlaubnis versagte.

Die Landesärztekammer glaubte, deswegen die Sprechstunden von Dr. Y und Dr. Z dulden zu sollen, weil . . . deren Tätigkeit bereits vor dem Inkrafttreten des Niederlassungsgesetzes ausgeübt und (sie) damit einen rechtlich geschützten Besitzstand erworben hätten . . .

Gleichviel aber, ob die Haltung der Landesärztekammer gegenüber Dr. Y und Dr. Z rechtlich zu billigen ist oder nicht, kann doch keinesfalls der Beschuldigte daraus für sich das Recht ableiten, entgegen dem Gesetz und der Berufsordnung regelmäßige Sprechstunden in B abzuhalten. Die Gleichheit aller vor dem Gesetz kann niemals dazu führen, daß ein rechtswidriges Verhalten des einen Rechtsgenossen als rechtmäßig zu gelten hat, weil das rechtswidrige Verhalten anderer geduldet wird. Auch wenn, entsprechend der Behauptung des Beschuldigten, die Landesärztekammer in den beiden anderen Fällen im Unrecht war, ist doch er nicht im Recht.

III. Die abschließende rechtliche Würdigung des Sachverhalts ergibt, daß der Beschuldigte gegen Art. 2 NiederlG und § 6 Abs. 1 der Berufsordnung 1958 verstoßen hat.

Wie im angefochtenen Urteil zutreffend dargelegt, halten diese Bestimmungen einer verfassungsrechtlichen Nachprüfung in jeder Hinsicht — nicht nur unter dem vorstehend unter II 1 behandelten Gesichtspunkt der Einschränkung der Handlungsfreiheit (Art. 101 Bay Verf) — stand; auf die einschlägigen Ausführungen des Berufsgerichts der ersten Instanz (unter III 1 S. 9 letzter Absatz bis Seite 10 vierter Absatz) wird Bezug genommen.

Die zitierten Ausführungen des Berufsgerichtes München im Urteil vom 17. 12. 1960, Aktenzeichen: BG Ä 15/1960, lauten:

Verfassungsrechtliche Bedenken gegen die Bestimmung des Art. 2 des Niederlassungsgesetzes bestehen nicht.

Das in der Bayer. Verfassung (Art. 109) und im Grundgesetz (Art. 11) gewährleistete Recht der Freizügigkeit, das nicht nur die persönliche und berufliche Bewegungsfreiheit, sondern auch die Niederlassungsfreiheit umfaßt (Mangoldt [2. Auflage], Anmerkung III, 3 zu Art. 11 GG), wird durch Art. 2 nicht beeinträchtigt (für Art. 109 BV Bayer. Verf. GH vom 20. 7. 1951 [GVBl. S. 139 ff.]); Entschliebung des

Zuverlässig stimuliert

Cholaktol

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

DR. IVO DEIGLMAYR CHEM. FABRIK NACHF. MÜNCHEN 25

BSTM des Innern vom 29. 12. 1948 (Bayer. Staatsanzeiger 1949 Nr. 2)).

Das Verbot der Zweigpraxis steht auch nicht in Widerspruch mit der in Art. 12 GG garantierten Berufsfreiheit. Art. 2 des Niederlassungsgesetzes stellt eine zulässige gesetzliche Regelung der Art und Weise der Berufsausübung dar.

In diesem Zusammenhang ist auch auf § 2 des Gesetzes zur Regelung der Niederlassung von Ärzten, Zahnärzten und Dentisten des Landes Nordrhein-Westfalen vom 17. 3. 1949 (GVBl. 1949 S. 83) zu verweisen, der die Gründung einer Niederlassung in mehreren Orten gleichfalls für unzulässig erklärt (BVerwG 4, 363 ff.).

Gegen die Zulässigkeit einer Zweigpraxis hat sich auch der Bayerische Verwaltungsgerichtshof in einem Urteil vom 26. 5. 1954 (ÄM 1954 S. 705 und Besprechung dieses Urteils von Heitzer in ÄM 1954 S. 537 ff.) ausgesprochen (vgl. auch Urteil des Landessozialgerichts München v. 26. 8. 1958; ÄM 1959 S. 25).

Für die Frage, ob die Abhaltung der Sprechstunden in B als „weitere Niederlassung“ anzusehen ist, kommt es allein darauf an, daß der Beschuldigte dort regelmäßig in bestimmten Räumen zu einer bestimmten Zeit für die ärztliche Versorgung beliebiger Patienten dienstbereit war. Unerheblich ist, ob er hier ausschließlich eine „Überweisungs“- oder „Consiliar“-Praxis betrieb. Der objektive Verstoß gegen Art. 2 NiederlG. und § 6 Abs. 1 Berufsordnung 1958 steht sonach fest.

Aber auch nach der inneren Tatseite hat sich der Beschuldigte gegen diese Bestimmungen verfehlt. Aus dem Schreiben des Ärztlichen Kreisverbandes A vom 13. 3. 1958 ging klar hervor, daß die ihm damals erteilte Genehmigung nur bis 1. 4. 1958 wirksam sein konnte. Jedenfalls wurde der Beschuldigte durch das Schreiben des Ärztlichen Kreisverbandes A vom 20. 4. 1959 darauf hingewiesen, daß die Fortführung der Sprechstunden in B unzulässig sei. Der folgende Briefwechsel mit dem Ärztlichen Kreisverband und mit der Landesärztekammer räumte auch die letzten Zweifel aus. Nach der Auffassung des Landesberufsgerichts hat der Beschuldigte eben bewußt wider den Stachel gelockt, also vorsätzlich seinen Berufspflichten zuwidergehandelt.

RA Poellinger, München

KONGRESSE UND FORTBILDUNG

Wissenschaftlicher Fortbildungskurs des Bundesgesundheitsamtes für Ärzte des öffentlichen Dienstes

vom 8. bis 10. November 1961

Wissenschaftliche Leitung:

Vizepräsident Professor Dr. Henneberg

Organisatorische Leitung: Direktor und Prof. Dr. Lundt
Rahmenthema: Wandel der wissenschaftlichen Grundlagen des Gesundheitswesens,
insbesondere der Seuchenbekämpfung

Mittwoch, 8. November 1961

9.30— 9.45 Begrüßung (Präsident Prof. Dr. Liese)

Hauptthema: Epidemiologie

10.00—11.00 Grundlagen und Methoden
(Wiss.OR Dr. Anders)

11.00—12.00 Infektionskrankheiten
(Wiss.R und Professor Dr. Raettig)

12.00—12.30 Epidemiologische Statistik
(Wiss.OR Dr. Mikat)

12.30—13.00 Einschleppung quarantänepflichtiger
Krankheiten auf dem Luftwege
(MinR Dr. Petzelt)

15.30—16.30 Gruppen-Diskussion zu den einzelnen
Themen.

Donnerstag, 9. November 1961

Hauptthema: Epidemiologie

9.00—10.00 Salmonellen (Wiss.R Dr. Hofmann)

10.00—11.00 Pockenschutzimpfung im internationalen
Reiseverkehr
(Ltd.Direktor und Professor Dr. Kunert)

11.00—12.00 Zoonosen mit besonderer Berücksichtigung
der Ornithosen
(Wiss.R und Professor Dr. Gildemeister)

14.00—16.00 Gruppen-Diskussion zu den einzelnen
Themen.

Freitag, 10. November 1961

Hauptthema: Serologie, Bakteriologie, Virologie

9.00—10.00 Neue serologische Begriffe und Nachweis-
methoden
(Ltd.Direktor und Professor Dr. Maaßen)

10.00—11.00 Aktuelle Forschungsfragen
(Vizepräsident Professor Dr. Henneberg)

11.00—11.45 Sterilisationsmethoden
(Dir. und Professor Dr. Heicken)

12.00—12.30 Embryopathien
(Wiss.OR Dr. Pettenkofer)

14.30 Allgemeine Diskussion
und Schlußbesprechung.

Der Fortbildungskurs findet im Robert-Koch-Institut, Berlin N 65, Nordufer 20, statt. Eine Teilnahmegebühr wird nicht erhoben.

Im Rahmen des Fortbildungskurses ist Gelegenheit zur Besichtigung der Laboratorien des Robert-Koch-Instituts gegeben.

Anmeldungen bis 25. Oktober 1961 erbeten an: Bundesgesundheitsamt „Fortbildungskurs“, Berlin-Grünwald 1, Postfach.

Bellagenhinweis

Dieser Ausgabe liegen Prospekte folgender Firmen bei:

Klinge, München 23
Klinge, München 23
Dr. R. Reiss, Berlin
Ehrl & Co., München
Temmler-Werke, Marburg
Deutsche Arzneimittel-Ges., Berlin
Belersdorf & Co., Hamburg
Dorsch & Co., München
Bika Arzneimittelfabrik, Stuttgart
Penicillin-Gesellschaft, Göttingen
L. Merckle GmbH, Blaubeuren
Pianohaus K. Lang, München
Concordia, Köln
Deutsche Bausparkasse eGmbH., Darmstadt

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, München 23, Königinstraße 85/III. Schriftleiter: Dr. med. Willy Reichstein, München 13, Heßstraße 42. Die Zeitschrift erscheint monatlich.

Bezugspreis für Nichtmitglieder der Bayerischen Landesärztekammer DM 1,40 vierteljährlich, zuzügl. Zustellgebühr. Postscheckkonto Nr. 52 53 Amt München, Bayer. Landesärztekammer (Abt. Bayer. Ärzteblatt). Anzeigenverwaltung: Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler, München 15, Sonnenstraße 29, Telefon-Sammel-Nr. 55 80 81, Fernschreiber 05 23662. Telegrammadresse: Gablerpreß. Für den Anzeigentell verantwortlich: Ernst W. Scharfing, München. Druck: Richard Pflaum Verlag, München. Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrokopie sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten.

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

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



Röntgen- und elektromedizin. Apparate

KURT PFEIFFER

Ärzte- und Krankenhausbedarf

NURNBERG, Gleißbühlstraße 7
FRANKFURT a. M., Elbestr. 50

Generalvertretung der Firmen: Röntgenwerk F. Hafmann GmbH., Erlangen
Elektrofrequenz F. Schwarzer GmbH., München, und Albert Dargatz, Hamburg

Projektierung und Ausführung kompletter Ärzte- und Krankenhauseinrichtungen

Besuchen Sie bitte unsere Ausstellungsräume!

Im Tuberkulose-Sanatorium Waldheim des Landkreises Rehau, in Silberbach/Ofr., ist sofort die Stelle eines(r)

Oberarztes - Oberärztin

zu besetzen.

Bezahlung nach Vergütungsgruppe II TO A zusätzliche Alters- und Hinterbliebenenversorgung wird gewährt. $\frac{2}{3}$ der Beiträge trägt der Landkreis. An Stelle der Zusatzversorgung könnte auch bis zur Höhe dieser Beiträge die Ärzteversorgung übernommen werden. Angestelltenversicherungsbeiträge werden vom Landkreis zusätzlich auf freiwilliger Grundlage getragen. Unterkunft und Verpflegung für Ledige im Haus.

Nebeneinnahmen sind möglich.

Bewerbungen erbeten an das Landratsamt Rebau (13 a).

Assistenzarzt (-ärztin)

für die chirurgische Abteilung des Städt. Krankenhauses Wasserburg am Inn gesucht. Gehalt nach BAT II + Nebeneinnahmen. Wohnung und Verpflegung im Hause. Bewerbungen mit Zeugnissen und Lichtbild erbeten an Chefarzt Dr. Döderlein, Städt. Krankenhaus Wasserburg am Inn (Obb.).

Im Kreis Krankenhaus Osterhofen/Ndb. ist baldmöglichst die Stelle eines

Assistenzarztes

mit Vergütungsgruppe nach TO A III mit Vorrückung in TO A II, zu besetzen. Unterkunft und Verpflegung im neu erstellten Ärztehaus. (Für Verheiratete steht eine 3-Zimmerwohnung mit Bad und Dampfheizung frei zur Verfügung.) Die Stelle kann auch zu den gleichen Bedingungen von einem strebsamen Praktikanten übernommen werden.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen sind an die Kreis-Krankenhausverwaltung Osterhofen/Ndb. zu richten. Das Krankenhaus ist zur vollen Medizinalpraktikantenzzeit zugelassen.

HNO-Ärztin (Arzt)

mit Interesse an Assoziation in angenehme HNO-Praxis Münchens gesucht. Kein Kapital erforderlich. Zuschriften erbeten unt. 331/420 üB. CABL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH, München 2, Karlsplatz 13.

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

Assistenzarztes (-ärztin)

zu besetzen. Vergütung erfolgt nach TO A II, Nebeneinnahmen durch den Chefarzt werden zugesichert. Besitzt der Bewerber die Anerkennung als Facharzt für Chirurgie oder Gynäkologie, so ist nach Ablauf der Probezeit bei entsprechender Eignung die Übertragung der Stelle eines Oberarztes (VergGr. I) möglich. Für ledige Bewerber ist Unterkunft im Krankenhaus vorhanden. Verheirateten Bewerbern wird eine Neubauwohnung (Küche, 2 Zimmer, Bad, Flur, Speicher- und Kelleranteil) zur Verfügung gestellt. Die Wohnung ist sofort beziehbar.

Bewerbungen mit Lichtbild, handgeschriebenem Lebenslauf, Nachweis der Bestattung als Arzt und über die Ableistung der Medizinalassistentenzzeit, evtl. Anerkennung als Facharzt sowie Zeugnisabschriften sind an das Landratsamt Viechtach zu richten.

Am Städtischen Medizinischen Krankenhaus in Freising ist ab 1. 11. 1961 eine

Assistenzarztstelle

zu besetzen. Das Krankenhaus hat 100 Betten einschließlich Isolierabteilung und außer dem Chefarzt 3 Assistenzärzte und 1 Medizinalassistenten.

Bezahlung nach BAT III. Auf die Fachausbildung können bis 3 Jahre angerechnet werden. Bewerbungen sind mit Lebenslauf, Zeugnisabschriften und Lichtbild an die Stadt Freising zu richten.

ZOLGHADAR



Teppiche aus Persien

MÜNCHEN · MAXIMILIANSTR. 33

Augenarzt

Praktiker und Chirurg,

sucht Praxis

Zuschriften erb. über Herbert Haas, Nürnberg, Maxfeldstraße 23.

Mittlere, ausbaufähige Internisten-Praxis

durch Todesfall frei geworden. (35 km vor München). Evtl. Einrichtungsgegenstände (Siemens EKG-Direktschreiber, Trockensterilisateur, Zentrifuge, Inhalationsapparat usw.) auch einzeln zu verkaufen. Zuschriften unter BKR 5768 an K. Demeter, Werbeagentur, Gräfelweg bei München, Würmstraße 13

200 Klaviere

alle Größen - alle Preislagen
Lieferung frei Haus.

Pianohaus Lang

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

Anzelgenschluss

Jewells am 5. des Monats

Preiselbeeren

aus schwedischen vollreifen Beeren 12,80
Schwarze Johannisbeer-Konfitüre 12,-
Heidel (Blau) beeren 12,-
Erdbeer-Konfitüre 10,50
Aprikosen-Konfitüre 10,-
Himbeer-Sirup 11,-
Pflaumen-Mus 6,85
Garantiert neue Ernte 1961
Fabrikfrische, toffelartige, feinste und ungefärbte Qualitätsware. (Nachnahme)
Bei Nichtgefall.: Kaufpreis 100%ig zurück.
H. Lucas A 46 Honnef/Rh. Postf. 66

10 Pfd. Himbeere
4,5 kg netto
gummielreinem
Kristallzucker
eingekocht

Mikroskope

Für alle Zwecke!

Präzisions-Instrumente mit
Wetzlarer Optik (Seibert),
modern und sorgfältig
durchdachte Konstruktionen.
Auch Mikro-Zubehör
Ausführlicher Katalog frel.



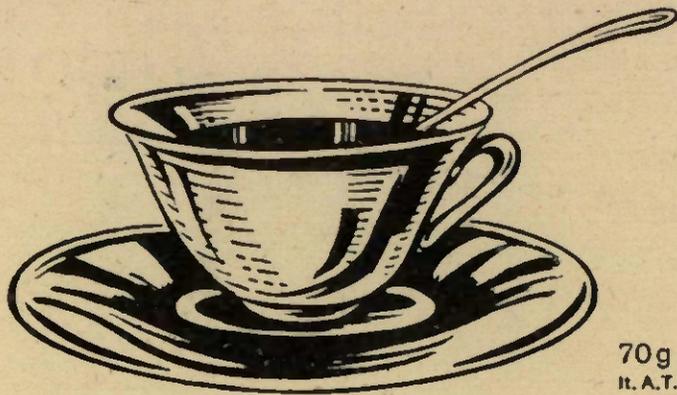
OPT. INSTITUT G. K. E. SCHRÖDER
HAMBURG 20 · DAMMBOCKSTRASSE 22



neu

BUCCOSPERIN-TEE

Zur
Förderung
der Diurese
bei Blasen-
und
Nieren-
leiden



70g DM 1.90
It. A.T.o.U.

vitaminisiert!



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



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



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



„Du nahnst die Pille Desmoid
Und bläulich der Urin erglöhht.
O gloube mir, dein Magensaft
Hat noch die echte alte Kraft.“

DESMOIDPILLEN „POHL“ zur Mogenfunktionsprüfung ohne Ausheberung
Pockungen zu 2, 4, 15 und 100 Pillen - Proben stehen zur Verfügung

G. Pohl-Boskamp · Hohenlockstedt/Holstein