

BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN.
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

1611

Dr. Erdt Arnulf
Balndikirch

Nummer 11

München, November 1961

16. Jahrgang

E1 134



*Ein Blick
überzeugt*

ELASTOPLAST

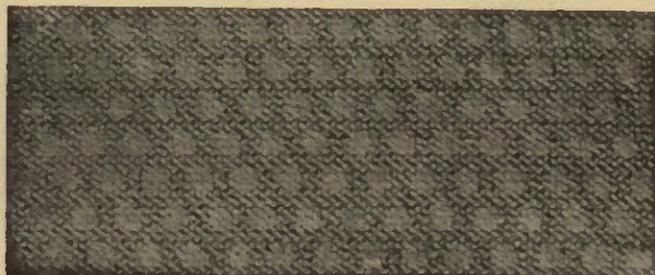
luftdurchlässig

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

Verschreiben Sie ausdrücklich

ELASTOPLAST L

in allen bisher gewohnten Abmessungen.
Muster auf Wunsch.



Beiersdorf

P. B e i e r s d o r f & C o. A. - G. H a m b u r g

Lemavit

®
das standardisierte
Calcium-Vitamin-Präparat

Zusammensetzung:

VITAMINE A + D₃ des Lebertrans (ohne Fettbestandteile)
VITAMIN C Konzentrat aus Citrusfrüchten
VITAMIN B₁ Extrakt aus diastaseverzuckertem Malz
CALCIUM gluconicum, Calcium phospholacticum
KOHLEHYDRATE (Maltose, Fructose, Saccharose)

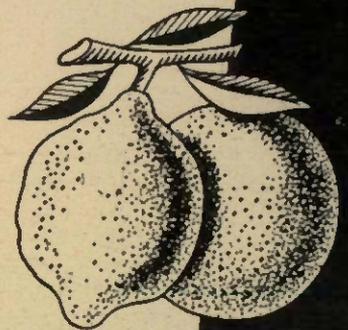
Vorzüge: Angenehm fruchtiger Geschmack, gute Verträglichkeit, optimale Resorption, ohne Konservierungsmittel, frei von Fettbestandteilen (wichtig bei Erkrankungen der Leber bzw. Galle), ideale Calcium-Vitamin-Kombination.

Indikationsgebiet:

Vitamin-Mangelercheinungen des Seniums, während Schwangerschaft und Stillzeit, bei Erkrankungen des Magen/Darmkanals und der Leber bzw. Galle, bei Anwendung der Chemotherapeutika und Antibiotika, bei chronischen Infektionskrankheiten. — Kalkmangel, Rachitis, Tuberkulosegefährdung.

Packungsgrößen: Originalflasche 200 g DM 2.95
Doppelflasche 400 g DM 4.95
Klinik/Kurpackung 1000 g DM 9.95

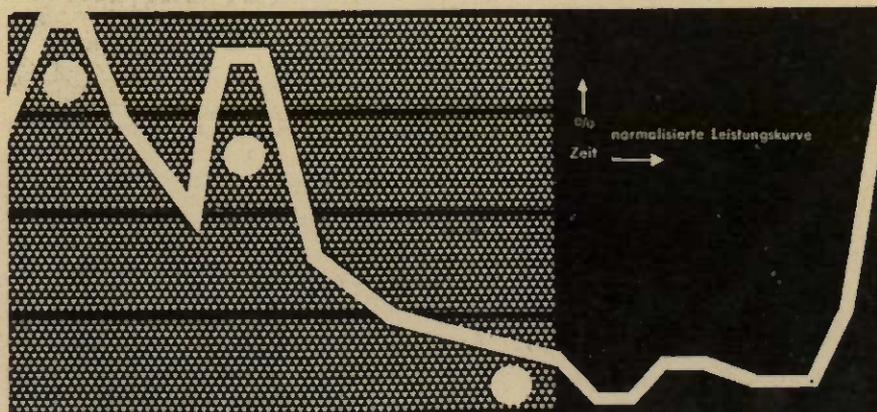
Arzteproben und Literatur auf Wunsch!



Maltextra

Dr. Schöpp & Böhringer GmbH., Freudenstadt/Schwarzw.

Circovegetalin® compositum



2-Phasen-Therapie der funktionellen Kreislaufstörungen

Tagesfarm:
Kreislaufwirksam,
Kreislaufschützend,
ohne müde zu machen.

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

Nachtfarm:
Ruhigstellung zur
Erhaltung des Vegetativum,
Vertiefung
der Kreislaufwirkung.

Secale-Alkaloide, Belladonna-Alkaloide,
Phenobarbital.

Handelsformen und Preise:
45 Dragees DM 3.30
90 Dragees DM 6.00



VERLAPHARM

TUTZING / OBB.

EUFLAT[®]

Dragées

Intestinale Störungen

Meteorismus, gastrocardiales
Syndrom; zur Röntgenvorbereitung.

30, 150 Dragées



**SÜDMEDICA G.M.B.H.,
MÜNCHEN-25**

EUPOND[®]

Dragées

Antiadiposium

zur unschädlichen Entschlackung
und Gewichtsminderung; Diurese-
Förderung bei der Herz-Kreis-
lauftherapie.

50, 250 Dragées

gallo *sanol*®

...wenn die Galle streikt

galla *sanol* normalisiert physiologisch die gestörte Leber-Gallenfunktion durch

- milde choleretische und cholekinetische Wirkung
- fördernden Einfluß auf die Darmmоторik
- Beseitigung von Spasmen und Meteorismus

Zusammensetzung:

Fel Tauri, Magnesium oleicum, Extr. Frangulae, Extr. Alaes, Trypaflavin® (Hoechst), Ätherische Öle



sanol

arznei-
mittel

Handelsformen: 50 und 100 Dragees

Dr. Schwarz GmbH · Monheim/Rheinland

AESCORIN®

Venöse Stauungen



„Steigerwald“

DARMSTADT



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

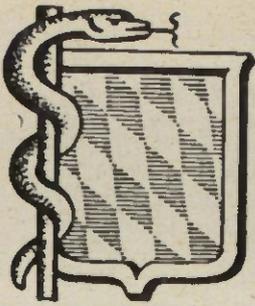


F E B E N A · K Ö L N

Inhaltsverzeichnis

Windorfer: Der Gesundheitszustand unserer Kinder und die Aufgabe der Gesundheits- erziehung	371
Oeter: Mütter und Kinder in der Marktwirt- schaft	377
AUS DEM STANDESLEBEN	379
Das Wohnbauwerk der Bayerischen Ärztever- sorgung mit Bildern und Plänen von Arzt- häusern — Bericht über das Regensburger Kol- legium für ärztliche Fortbildung vom 13.—15. 10. 1961 — Die Deutsche Gesellschaft für Geschichte der Medizin, Naturwissenschaft und Technik	
Koerting: Geh. Hofrat Prof. Dr. Ludwig Seitz †	388
ZUR FORTBILDUNG: AUS DER KLINIK — FÜR DIE PRAXIS	389
Augenverletzungen — Singultus	
AUS DER BUNDESPOLITIK	390
Tagung leitender Medizinalbeamter zur Imp- fung gegen die Kinderlähmung	
AUS DER LANDESPOLITIK	391
Landesgesundheitsrat für Schluckimpfung — Aus der Rede des bayerischen Finanzministers zum Staatshaushalt 1962 — Antrag zur Förde- rung des Baues von Krankenhäusern — Zum Jugendarbeitsschutzgesetz — Mitteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns	
FEUILLETON	394
Der Arzt der Kleingärten: Zu Dr. Schrebers 100. Todestag	
PERSONALIA UND FAKULTÄT	395
Butenandt — Hohmann — Marchionini — Lange — Becker — Zissler	
AMTLICHES	395
Ruhen der Befugnis zur Ausübung des ärzt- lichen Berufes — Richtlinien für die Beschäfti- gung von Arzthelferin-Anlernlingen — Prü- fungsrichtlinien für die Abschlußprüfung der Arzthelferin-Anlernlinge bei der Bayer. Lan- desärztekammer — Verordnung von Betäu- bungsmitteln	
GESETZES- UND RECHTSFRAGEN	399
Poellinger: Fachärzte müssen sich auf ihr Fachgebiet beschränken	
STEUERFRAGEN	403
Mayer: Was bringt das „Steueränderungs- gesetz 1961“ für die freien Berufe?	
MITTEILUNGEN	406
Kurt-Adam-Preis 1962 — Franz-Redeker-Preis 1962 — Ärzte und Medizinalassistenten nach dem Stande vom 1. Januar 1961 — Erfolgreiche Wiedereingliederung — Schweizer Beispiel macht Schule	
RUNDSCHAU	408
Hirndauerschäden nach Straßenverkehrsunfällen — Gesundheitsbonus für Versicherte?	
BUCHBESPRECHUNGEN	408
Rückblick und Ausblick — Erlebnisse und Be- trachtungen eines Arztes	

Was gibt's Neues bei Dolorgiet:



BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Nummer 11

München, November 1961

16. Jahrgang

Aus der Universitäts-Kinderklinik Erlangen (Direktor: Professor Dr. A. Windorfer)

Der Gesundheitszustand unserer Kinder und die Aufgabe der Gesundheitserziehung^{*)}

Von A. Windorfer

A) Der Gesundheitszustand

Eine Beurteilung des Gesundheitszustandes unserer Kinder ist am besten möglich, wenn man sich einen Überblick über die Krankheits- und Sterbeverhältnisse der Kinder verschafft.

Um eine Einteilung zu treffen, die dem Leben am besten entspricht, wählen wir die Gruppierung der Kinder nach dem Alter. Denn das Alter ist der entscheidende Faktor, der die Krankheits- und Sterbeverhältnisse beeinflusst. Dabei müssen die Zustände früherer Jahre als Vergleich mit einbezogen werden, damit man die Gegenwart richtig beurteilen kann.

I. Wir beginnen mit dem Gesundheitszustand unserer Säuglinge: Hier orientiert uns in erster Linie die Säuglingssterblichkeit, die zweifelsohne den besten Maßstab gibt über die Gesundheitsverhältnisse im 1. Lebensjahr. Denn Säuglingssterblichkeit ist die Anzahl der Todesfälle im 1. Lebensjahr, bezogen auf 100 Lebendgeborene. Diese Säuglingssterblichkeit betrug im Jahr 1880: 33%; d. h., genau $\frac{1}{3}$ der Neugeborenen starb vor Erreichung des 1. Lebensjahres. Durch Klärung ihrer Ursachen, Einführung von Heilmitteln, durch hygienische und fürsorgliche Maßnahmen ließen sich große Fortschritte erzielen, so daß die Säuglingssterblichkeit im Jahre 1900 auf 22%, 1910 auf 16% und 1938 auf 8% gesenkt werden konnte (Abb. 1). Dank der modernen Heilmittel beträgt sie heute in Westdeutschland im Durchschnitt 3,6%. Interessehalber darf ich einfügen, daß in Skandinavien und in der Schweiz noch günstigere Werte von 1,8 bis 2% erreicht werden. Es ist also kein Zweifel, daß hier ein großer Erfolg zu verzeichnen ist, der sich auf den Gesundheitszustand unserer Kinder entscheidend auswirkt.

Biologisch interessant ist jedoch die Tatsache, daß gleichzeitig mit der Säuglingssterblichkeit auch die Zahl der Lebendgeborenen fast parallel zurückgegangen ist. Im Jahre 1875 wurden beispielsweise noch 40 Kinder pro 1000 Einwohner geboren, 1910 nur noch 30, heute nur noch 16. Es hat sich erwiesen, daß diese bedauerliche Korrelation überall vorhanden ist und sich bisher nicht trennen ließ.

^{*)} Vortrag auf dem Zwei-Länder-Seminar für Gesundheitserziehung in Bad Reichenhall, Oktober 1961.

Die Krankheiten, die im 1. Lebensjahr früher so oft den Tod herbeiführten und heute bekämpfbar geworden sind, sind folgende:

1. Erkrankungen des Darmkanals, besonders die Säuglingsdurchfälle (Dyspepsie, Enteritis).

Es handelt sich dabei meist um echte Darminfektionen mit den sogenannten Dyspepsie-Coli-Keimen, die für die Säuglinge krankmachend sind. Es kommt zu Durchfällen und Erbrechen mit Fieber und Gewichtsverlust; Austrocknung und sogar Vergiftungserscheinungen können hinzutreten. Für die jungen Säuglinge im ersten Halbjahr sind diese Erkrankungen besonders gefährlich. Früher starben viele Säuglinge daran (in Findelanstalten und Waisenhäusern bis zu 50–90%). Die moderne Therapie mit den antibiotischen Stoffen und den Methoden der Flüssigkeitsauffüllung durch die Vene, so daß der Darm für mehrere Tage ganz ruhig gestellt wird, hat hier einen Wandel geschaffen. Zwar kommen jährlich noch viele darmkranke Säuglinge zu uns in die Klinik — die meisten leichten Erkrankungsformen werden daheim behandelt —, aber der größte Teil dieser Kinder läßt sich heilen, ohne daß Schäden zurückbleiben.

Die 2. wichtige Gruppe der Säuglingserkrankungen ist die Lungenentzündung, die Bronchopneumonie.

Verdauungswege und Luftwege sind also die Hauptkrankheitsgebiete bei Säuglingen. Die Bronchopneumonie ist ebenfalls um so häufiger und gefährlicher, je jünger der Säugling ist. Dies zeigt eine Alters-Tödlichkeits-Kurve der Krankheit (Abb. 2). Da die Krankheit meist durch Staphylokokken bedingt wird, ist sie sehr ansteckend. Brachte schon die Freiluftbehandlung in den zwanziger Jahren einen Fortschritt in der Therapie, so können heute die meisten Säuglinge mit Lungenentzündung, und sogar mit der komplizierenden eitrigen Pleuritis, dank der modernen Antibiotica gerettet werden (Terramycin, Leukomycin u. a.).

3. Unter den Ursachen der Säuglingssterblichkeit steht heute, nachdem die genannten Erkrankungen so erfolgreich behandelt werden können, die Frühgeburtlichkeit obenan. Diese kleinsten Säuglinge sind noch nicht lebensreif; man spricht deshalb auch von Unreif-Geborenen. Verständlich, daß sie allen

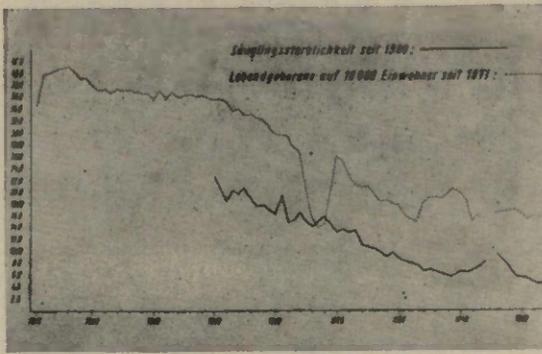


Abb. 1: Rückgang der Säuglingssterblichkeit in Deutschland seit 1900. Als Vergleich die Zahl der Lebendgeborenen, die parallel damit zurückgeht (seit 1871).

Gefahren des extrauterinen Lebens vermehrt ausgesetzt sind. Die Grenze der Reife ist bei 2500 g Geburtsgewicht und einer Länge von 50 cm. Je kleiner diese unreifen Kinder, desto schlechter die Überlebenschance. Unter 1000 g wiegende kommen nur selten mit dem Leben davon. Rechnet man die Lebenschancen aller Frühgeborenen zusammen, so ergibt sich eine Letalität von 30–40%. — Wir sehen, wie sehr gerade die Frühgeburtlichkeit die Säuglingssterblichkeit belastet, obwohl die Aufzucht der Frühgeborenen im Laufe der letzten 20 Jahre große Fortschritte gemacht hat. Antibiotica, Wärmemaßnahmen, leichtere Infusionsmöglichkeiten und die sogenannte Isolette haben wesentlich dazu beigetragen. Da 5–10% der Neugeborenen Frühgeborene sind, ist klar, daß den modernen Aufzuchtmaßnahmen dieser Kleinsten große Bedeutung zukommt. Frühgeborene sind auch im Laufe der ersten 3–4 Lebensjahre anfälliger gegen Erkrankungen; ferner ist die Zahl der Cerebralgeschädigten (z. B. Spastiker) etwas höher als bei Normalgeborenen, so daß die durchschnittliche Gesundheit dadurch beeinträchtigt wird; sowohl hinsichtlich Letalität, Morbidität und auch im Hinblick auf Dauerschäden stehen die Frühgeborenen also etwas schlechter da als die Ausgetragenen.

4. Als letzte Gruppe, die für die Säuglingssterblichkeit große Bedeutung hat, müssen wir die angeborenen Mißbildungen nennen. Es leuchtet ohne weiteres ein, daß sie den Gesundheitsstand der Kinder erheblich belasten und herabdrücken.

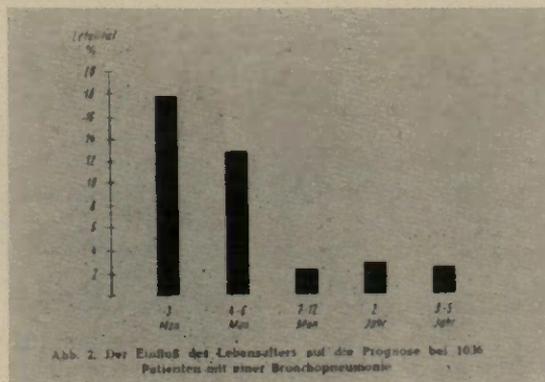


Abb. 2: Der Einfluß des Lebensalters auf die Prognose bei 1036 Patienten mit einer Bronchopneumonie

Abb. 2: Letalität der Bronchopneumonie bei Säuglingen. Je jünger die Säuglinge, um so bösartiger der Verlauf.

Bei Mißbildungen denken wir meist an Abnormitäten der Glieder, wie Klumpfüße, Fehien von Gliedern, Hüftluxation, Spaltbildungen des Kiefers und der Wirbelsäule. In neuester Zeit haben schwere Extremitätenmißbildungen und Spaltbildungen der Wirbelsäule auffallend zugenommen (Wiedemann; de Rudder). Aber auch Abartungen innerer Organe, so z. B. Nierenmißbildungen, die angeborene Pankreasfibrose, die renale Rachitis, Phenylketonurie, Glykogenose, also angeborene Organ- und Stoffwechselstörungen, gehören zu Mißbildungen. Gerade die letzteren, die sich meist erst nach Monaten oder Jahren nach der Geburt entdecken lassen, schaffen häufig chronisch kranke Kinder und vorzeitigen Tod.

Die Zahl der Mißbildungen hat verschiedenen Berichten zufolge im Laufe der letzten Jahrzehnte und Jahre zugenommen. Sie schwankt zwischen 1 und 3% (vereinzelt Maximalwerte bis 10–15%). Die Tatsache der Zunahme ist natürlich sehr bedauerlich; sie verschlechtert die Gesundheitsbilanz, wenngleich aus den Angaben nicht hervorgeht, ob es sich um schwere oder leichte Mißbildungen handelt. Auch werden durch die moderne Medizin mit verbesserter Operations- und Narkosetechnik, sowie die Antibiotica, viele Kinder mit Mißbildungen am Leben erhalten, die früher den Kinderinfektionen zum Opfer fielen.

Die Ursachen dieser Zunahme sind nur zum Teil erklärlich. Wir wissen jedenfalls, daß außer Erbmißbildungen, wie z. B. die Hüftluxation, der Klumpfuß, die Gaumenspalte, solche Störungen auch aus äußerer Ursache entstehen können: Durch Viruserkrankungen der Mutter in der Schwangerschaft, besonders bei Röteln; durch bakterielle Erkrankungen, wie Lues, Toxoplasmose, Listeriose; durch Eiweiß- und Vitaminmangel der Mutter während der Schwangerschaft; durch Schreck- und Angsterlebnisse während der ersten Schwangerschaftsmonate; durch Gifte; durch Placentastörungen und durch Strahleneinwirkung auf den Foetus. Schließlich möchte ich noch auf eine besondere Ursache hinweisen, die zu Mißbildungen führen kann: Das sind Abtreibungsversuche. Es leuchtet ein, daß es dabei nicht nur zu Schäden bei der Mutter, sondern auch beim Foetus kommen kann, wenn die Fruchtabtreibung mißlingt. Die Entwicklung des Kindes wird gestört, und es können aus exogener Ursache alle Mißbildungen entstehen, die wir als endogene Erbmißbildungen kennen. Wir nennen dies Phänokopien. Sicher geht ein Teil der Zunahme von Mißbildungen und von Frühgeborenen auf diese Rechnung (Windorfer, Gleis).

5. Dagegen hat eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes der Säuglinge der Kampf gegen die Rachitis mit sich gebracht. Die Rachitis war eine Mitursache, daß so viele Säuglinge an Lungenentzündung starben. 16mal häufiger trat früher der tödliche Ausgang bei derartigen Komplikationen auf, gegenüber nichtrachitischen Pneumonie-Säuglingen. — Die schweren Skelettverbiegungen der Beine, der Wirbelsäule und des Beckens, die früher an der Tagesordnung waren, sind praktisch ganz verschwunden. Man sieht keine rachitischen Zwerge mehr, keine schiefgewachsenen Kinder und keine schweren O-Beine. Mit der Rachitisbehandlung und Prophylaxe ist eine gefürchtete Volkskrankheit fast beseitigt. Ein glänzendes Beispiel, was systematische Forschungen der so oft geschmähten „Schulmedizin“ zustande gebracht haben.

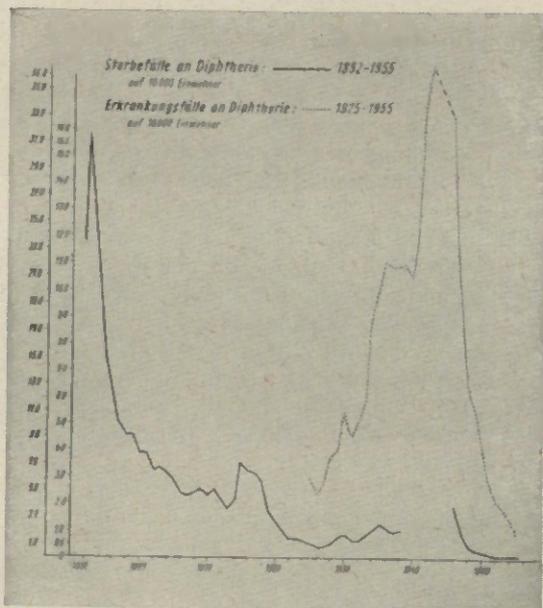


Abb. 3: Rückgang der Diphtherie-Mortalität und -Morbidity in Deutschland.

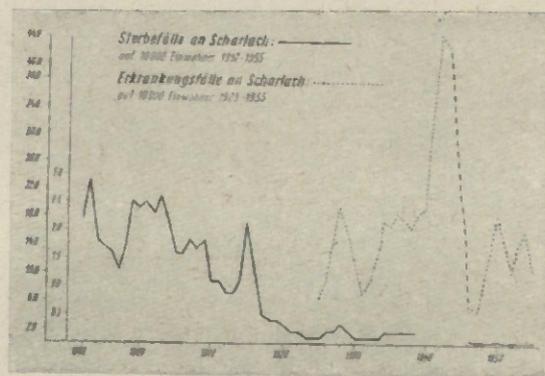


Abb. 4: Rückgang der Scharlach-Mortalität und -Morbidity in Deutschland

So können wir den Gesundheitszustand unserer Säuglinge insgesamt als gut bezeichnen; er ist viel besser als in früheren Jahrzehnten.

II. Wenden wir uns jetzt den Kleinen und Schulkindern zu.

a) Hier spielen die Infektionskrankheiten die überragende Rolle. Ich will die wichtigsten herausgreifen und in ihrer früheren und jetzigen Bedeutung besprechen.

Die Diphtherie war um die Jahrhundertwende eine der gefürchtetsten Seuchen, an der fast jede Familie Kinder verlor. Sie wurde geradezu als „Würgengel der Kinder“ bezeichnet (Diphtherischer Croup). 1893 starben in Deutschland 75 300 Menschen, vorwiegend Kinder; 1920 noch 8000, 1955 nur noch 188. Der starke Rückgang der Diphtherie-Todesfälle und -Erkrankungsfälle ist aus Abb. 3 ersichtlich. In den letzten Jahren wurden nur noch ca. 5000—6000 Fälle jährlich in Westdeutschland gemeldet; ich konnte im Kolleg seit 2 Jahren keinen Diphtheriepatienten mehr den Studenten vorstellen. Diesen großen Erfolg verdanken wir insbesondere der Diphtherieschutzimpfung.

Ein weiteres interessantes Beispiel ist der Scharlach. Er war ebenfalls eine bösartige Krankheit, die zahlreiche Kinder als Opfer forderte. Nach dem 1. Weltkrieg gingen die Todesfälle zurück. Jetzt besteht nur noch eine Letalität von unter 0,1%, d. h., auf 1000 bis 2000 Erkrankte kommt noch 1 Todesfall. Die Zahl der Erkrankungen ist zwar noch höher als bei Diphtherie; es sind rund 30 000 Erkrankungen pro Jahr. Aber dank

der Penicillinbehandlung ist die Krankheit kaum mehr gefährlich. Die Kinder sind nach 1wöchiger Behandlung nicht mehr ansteckend, nach 3 Wochen Bettruhe gesund. Die gefürchteten Komplikationen, wie Mittelohreiterung, Hirnhautentzündung, Drüsenvereiterung, Sepsis, Nierenentzündung, kommen bei Penicillin-behandelten Patienten praktisch nicht mehr vor. Ein glänzender Erfolg der modernen Therapie (Abb. 4).

Die Masern können wir zwar noch nicht verhüten, aber ihren schweren Verlauf verhindern, da die gefürchtete Lungenentzündungs-Komplikation der modernen Behandlung zugänglich ist. Die Masern-Lungenentzündung läßt sich heilen, Versuche, eine Masernschutzimpfung durchzuführen, sind in den USA im Gange und scheinen erfolgversprechend zu verlaufen.

Auch beim Keuchhusten hat die Behandlung der gefürchteten Lungenentzündung gute Erfolge gebracht, so daß die Gefahr um 75% gesunken ist (de Rudder). Hierbei haben wir außerdem noch eine wirksame Vorbeugung durch die Schutzimpfung. Die jährliche Erkrankungszahl liegt bei 35 000—40 000, die Zahl der Todesfälle beträgt 1%. Vorwiegend sind hiervon Säuglinge betroffen.

Ferner müssen wir die gefährlichen Hirnhautentzündungen erwähnen, die früher bei den Säuglingen und Kleinkindern meist zum Tode führten, bei Schulkindern aber oft mit Defekten, wie Hydrocephalus, Taubheit, Blindheit, abheilten. Auch hier haben die Antibiotica eine ganz andere Situation geschaffen. Die meisten dieser Patienten genesen heutzutage, mit- einbegriffen die Säuglinge.

Von den chronischen Erkrankungen ist die Tuberkulose von Bedeutung. Maßnahmen der Hygiene, Bekämpfung des tuberkulösen Viehbestandes, Behandlung durch Medikamente und Schutzimpfung haben einen großen Fortschritt erreicht (Abb. 5). Das Bild zeigt den Rückgang der Tuberkulose-Tödlichkeit bei Kindern, der seit 1914 ganz erstaunlich ist. 1914: 24%; 1948: 8%; 1955: 1%. Auch



BIONORICA KG
BIOLOGISCHE
ARZNEIMITEL
NURNBERG

Mastoparum

Breitenspektrum
bei Hyperfollikulinie, Mastodynie,
Mastopathia cystica

Phytotherapeutisches

Zusammensetzung: Cyclamen, Lupulinum, Caulophyllum, Agnus castus, Ignatia, Iris
i. h. v.

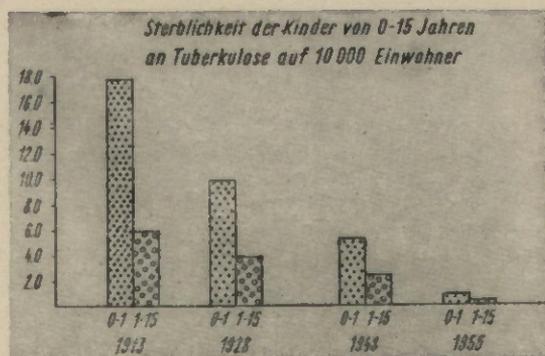


Abb. 5: Die Mortalität der Kinder an Tuberkulose

die Morbidität geht deutlich zurück. Jedoch ist die Situation bei uns noch nicht so gut wie in den skandinavischen Ländern und der Schweiz, dort ist die Tuberkulose dank der BCG-Impfung der Neugeborenen und des seit vielen Jahren Tbc-freien Viehbestandes noch wesentlich günstiger. In Bayern ist der Viehbestand jetzt zu 90% Tbc-frei. Von den Schulanfängern der Kinder sind erst 10% Tuberkulin positiv.

Daß aber die Tuberkulosegefährdung unserer Kinder immer noch besteht, zeigen die Beispiele von Schulinfektionen, wobei etwa $\frac{2}{3}$ der Schulklasse infiziert wird. Auch wir selbst erlebten kürzlich ein tragisches Beispiel: Dabei steckte eine 25jährige Frau, die an offener Tuberkulose litt, sich aber nicht behandeln ließ, 14 Kinder und Jugendliche und 5 Erwachsene an.

Eine andere Gruppe von Infektionskrankheiten hat nun leider im Laufe der letzten Jahrzehnte zugenommen. Das sind die Viruskrankheiten.

Hier ist zuerst die Poliomyelitis zu nennen. Seit Ende vorigen Jahrhunderts ist die Zahl der Erkrankungen ständig höher geworden, so daß jährlich einige Tausend Erkrankungen vorkommen (Abb. 6). Davon verlieren wir etwa 6—8% der Kinder und Jugendlichen durch einen qualvollen Tod. Rund 40% behalten Lähmungen zurück. In den letzten 10 Jahren hatten wir in Westdeutschland insgesamt 34 000 Erkrankungen an Poliomyelitis. Diese Krankheit hat sich also zu einer bösartigen Seuche entwickelt, die jährlich einen hohen Zoll fordert und den Gesundheitszustand unserer Kinder und Jugendlichen erheblich belastet, da die Zahl der Körperbehinderten dadurch laufend zunimmt. Dies ist um so trauriger, als es seit 4—5 Jahren ganz anders aussehen könnte, wenn genügend geimpft würde.

Zugenommen hat leider auch die ansteckende Gelbsucht, die Hepatitis epidemica, an der viele Kinder erkranken. Wenn auch die Letalität mit ca. 0—1% gering ist, so bleiben die Genesenen doch oft lange in notwendiger Diät-Pflege, und vereinzelt kommt es zu schweren Leberschäden mit Recidiven oder Lebercirrhose.

Bei den Infektionskrankheiten ist also ein großer Wandel eingetreten. Die bakteriellen Erkrankungen haben wesentlich abgenommen, so daß der Gesundheitszustand der Kinder hierdurch viel besser geworden ist. Dies ist deshalb so bedeutungsvoll, weil von Infektionskrankheiten auch gesunde und kräftige Kinder befallen wurden, also keineswegs etwa eine Bevorzugung gesundheitlich geschädigter Kinder bestand.

b) Wir kommen nun zur Besprechung der nicht-infektiösen Erkrankungen bei Kindern.

Einige besondere Erkrankungen sollen als Beispiele herausgegriffen werden: Der Diabetes beim Kind. Je frühzeitiger der Diabetes in Erscheinung tritt, um so bösartiger ist er. So ist also der Diabetes des Kindes immer als schwer anzusehen, und früher sind praktisch alle Kinder mit Diabetes nach kurzer Zeit gestorben. Seit Einführung des Insulins gelingt es nun, die Kinder am Leben zu erhalten; sie werden erwachsen, haben Familie und geben ihr Stoffwechselleiden (recessiv vererbt) an einen Teil ihrer Nachkommen weiter. So muß es zwangsläufig zu mehr diabetischen Menschen kommen. Dies ist auch durch zahlenmäßige Untersuchungen (Krainick) bestätigt. Hier führt also die erfolgreiche Therapie zu einer Verschlechterung des Gesundheitsdurchschnitts der Kinder; eine eigenartige Tatsache, die eine Reihe von Krankheiten betrifft, die heute zu bessern, aber nicht ganz zu heilen sind. Ich denke hier auch an die cerebralgeschädigten Kinder, die dank der modernen Medikamente am Leben erhalten werden, während sie früher durch Kinderinfektionskrankheiten dahingerafft wurden.

Leider haben auch Blutkrankheiten, besonders Leukämien und bösartige Tumoren, im Kindesalter an Zahl zugenommen; an unserer Klinik z. B. die Tumoren um rund 50% (von 0,4 auf 0,6% der Klinikpatienten). Wenn die Zahl auch nicht groß ist — in 12 Jahren 120 Kinder mit Tumoren und 70 mit Leukämie —, so liegt die Tragik dieser Erkrankungen eben darin, daß sie immer zum Tode führen. — Als Ursachen solcher Zunahme spielen wahrscheinlich physikalische Schäden, also besonders ionisierende Strahlen, vielleicht auch chemische Schäden, eine Rolle. Untersuchungen in England haben ergeben, daß die Mütter von Kindern mit Leukämie in der Schwangerschaft doppelt so oft den Röntgenstrahlen ausgesetzt gewesen waren als Mütter gesunder Kinder.

Zugenommen haben offenbar auch allergische Erkrankungen bzw. Reaktionen, die nach Medikamenten, Serum und Impfungen, chemischen Nahrungsmittelzusätzen eintreten.

Wen sollte es ferner wundern, daß in einer Zeit, da Kriege ganze Familien, Sippen und Völker zerstörten, da Angst und Bedrohung alles Stabile wankend macht, da Lärm und Hetze das Leben beherrschen, daß zu solchen Zeiten das Nervensystem der Kinder auf das schwerste zu leiden hat? Es ist kein Zweifel, daß das moderne Leben die normale Entwicklung der Kinder

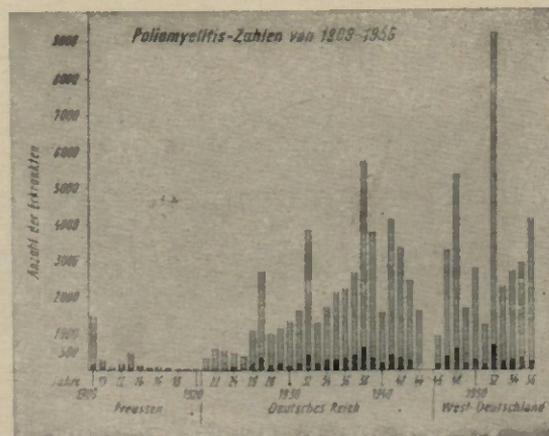


Abb. 6: Die Poliomyelitis in Deutschland

erheblich verändert: beschleunigt, beunruhigt und stört. Mehr und mehr entstehen so auf endogener, nervöser Grundlage, stimuliert durch die äußeren Reizfaktoren, Zustände, die das leibliche und seelische Wohl der Kinder beeinträchtigen, die Neurosen. Sprachstörungen, Schlafstörungen, Bettnässen, Einkoten haben zugenommen. Lehrer und Eltern klagen über zunehmenden Konzentrationsmangel bei den Kindern. So häufig und wichtig sind diese Zustände geworden, daß wir die Kinderärzte für diese Krankheiten besonders ausbilden müssen und an den Kinderkliniken besondere Abteilungen für Heilpädagogik und Jugendberatung eingerichtet haben.

Hier müssen wir auch die Entwicklungsbeschleunigung der Kinder erwähnen, die seit mehreren Jahrzehnten beobachtet wird (Bennholdt-Thomsen). Der Beginn der körperlichen Entwicklung ist bei Knaben und Mädchen vorverlegt; das Größenwachstum hat allgemein zugenommen; damit hält aber keineswegs die Reifung der charakterlichen Persönlichkeit Schritt, sondern die Kinder haben nur frühzeitiger andere Interessen, sind in ihrer Intelligenz stimuliert und imitieren allzufrüh die Erwachsenen. Ich halte diesen Vorgang nicht für günstig für die Gesamtentwicklung der Kinder. Es sind nicht frühgereifte Kinder, sondern unreife Jugendliche, die so entstehen. Daß diese Entwicklungsbeschleunigung die Neurosen begünstigt, dürfte sicher sein. Es fehlt den Kindern, besonders in Städten, zu oft der feste Halt in der Familie und auch die Autorität. Das schlechte Beispiel der Schulkameraden und -kameradinnen ist auch für normal geführte Kinder sehr schädlich.

Schließlich müssen wir statt von Krankheit bei Kindern auch von der Lebensbedrohung durch äußere Verhältnisse sprechen. Sie haben ungeheuer zugenommen. Dies betrifft alle Arten von Unfällen, in erster Linie Verkehrsunfälle, dann aber auch Unfälle durch Ertrinken und durch Vergiftungen aller Art. 1953 starben 3400 Kinder bis zu 15 Jahren auf diese Weise in der Bundesrepublik, davon 1134 durch Verkehrsunfälle. Unfälle sind bei den Kindern zwischen 1 und 15 Jahren heute die häufigste Todesursache geworden. Im 1. Lebensjahr sind die Unfälle meist Ersticken; von 1 bis 4 Jahren handelt es sich besonders häufig um Vergiftungen und Verbrühungen. Danach treten die Verkehrsunfälle besonders in den Vordergrund. Hinzu kommt, daß durch Verkehrsunfälle zahlreiche Kinder zu Körperbehinderten werden; auch dies ist eine Anzahl, die von Jahr zu Jahr sich höher auftürmt, wie bei der Poliomyelitis. 1955 wurden 91 000 Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre durch Unfälle im Straßenverkehr verletzt, 2500 davon starben. Auf diese Weise erhöht sich ständig die Zahl der körperbehinderten Kinder.

So sehen wir, daß sich ein großer Wandel hinsichtlich der Krankheiten und Lebensbedrohung unserer Kinder vollzogen hat. Sehr vieles ist besser geworden, anderes hat sich aber auch verschlechtert.

Insgesamt muß man aber sagen, daß die Gesundheitslage unserer Kinder, verglichen mit früheren Jahrzehnten, sicher viel günstiger geworden ist. Hinsichtlich der Todesfälle ist das Alter von 10 bis 12 Jahren das beste; in dieser Altersstufe ereignen sich die wenigsten Todesfälle.

Gegenüber diesen Feststellungen treten stichprobenartige Untersuchungen, die wir meist nur für Schulkinder haben, in ihrer Bedeutung für die Beurteilung des allgemeinen Gesundheitszustandes der Kinder zurück, sollen aber doch noch erwähnt werden. Denn erstens treffen diese Untersuchungen immer nur einen kleinen Ausschnitt von Kindern und zweitens sind die Ergebnisse dieser Übersichts-Untersuchungen sehr unterschiedlich. Dies betont auch Manecke, wenn er sagt: „Krankheiten gehören zu den Ausnahmen der schulärztlichen Befunde. Die vom Schularzt gefundenen Fehler und Abweichungen haben allermeist keinerlei direkten Krankheitswert. Vielmehr kann der jeweilige Gesundheitszustand der Schulkinder nur auf Grund einer laufenden Morbiditätsstatistik gemessen werden.“ Wenn Angaben über Haltungsschäden zwischen 20 und 80% schwanken, so zeigt dies, wie unsicher derartige Beurteilungen sind.

Oster berichtet über die Auswertung einer Schulleistungsuntersuchung in Nürnberg bei 151 Knaben und 129 Mädchen im Alter von 5 $\frac{3}{4}$ bis 6 $\frac{3}{4}$ Jahren. Er fand Größe und Gewicht dem Normaldurchschnitt entsprechend, das Facialisphänomen als Zeichen einer nervösen Übererregbarkeit bei 25–30% positiv; hypertrophe Tonsillen bei rund 44% (39% Mädchen) positiv, Zahngesundheit nur bei 9,3% (8,5% Mädchen); 9,3% (15,5% Mädchen) hatten ein vollsanieretes Gebiß, 73% vereinzelt kariöse Zähne; 6,6% überwiegend kariöse Zähne. Bei 22% wurde die Genehmigung zum Schuleintritt nicht gegeben wegen folgender Fehler: Sprachfehler, starke Form von Schüchternheit, Verhaltensschwierigkeiten.

Weitere Untersuchungen von Oster, die in dem bekannten Gemeinschaftswerk „Deutsche Nachkriegskinder“ veröffentlicht sind, ergaben folgendes: In 6 Städten wurden insgesamt 4446 Kinder auf ihren Allgemeinzustand untersucht, der bei 38% gut, bei 49% mittel und bei 12% schlecht befunden wurde. Der Entwicklungszustand war bei 71% normal, bei 15% verfrüht und bei 13% verzögert. So folgert Oster, daß nicht ganz $\frac{3}{4}$ aller Kinder sich in normalem Entwicklungsstand befinden, während $\frac{1}{7}$ in verfrühtem, knapp $\frac{1}{6}$ in verzögertem angetroffen wurden. Entwicklungsverfrühungen finden sich überwiegend bei Kindern mit gutem Allgemeinzustand, Entwicklungsverzögerung meist bei Kindern, deren Allgemeinzustand schlechter ist.

So möchte ich den Gesundheitszustand unserer Kinder folgendermaßen zusammenfassen: Aus den Angaben über Erkrankungen und Tod bei Kindern ergibt sich eine so starke Zurückdrängung der Säuglings- und Infektionskrankheiten, daß man darüber sehr froh sein muß. Andererseits haben andere Erkrankungen, wie Viruserkrankungen und Zivilisationskrankheiten (Neurosen), und besonders Unfälle zugenommen. Insgesamt kann der Gesundheitszustand unserer Kinder, auch auf Grund der schulärztlichen Untersuchungen, als zufriedenstellend und gut bezeichnet werden.

B) Die Aufgabe der Gesundheitserziehung

Es gibt nicht eine Aufgabe, sondern viele davon. Einige wichtige möchte ich herausgreifen.

1. Die erste Aufgabe der Gesundheitserziehung sehe ich darin, den Kindern von früh an durch Liebe und

Güte und Ordnung in der Familie das Milieu zu schaffen, in dem sie behütet, im Gefühl der sog. „Nestwärme“, aufwachsen. Dies allein ist heute bereits schwierig. Das, was früher selbstverständlich war, daß ein Kind auch gehorchen lernen muß zu seinem späteren Vorteil, ist zur Zeit fast etwas Ungewöhnliches. Die Erziehung zu Reinlichkeit, zur Regelmäßigkeit der Lebensführung und zur Ordnung soll beim Säugling bereits einsetzen. Daß die Kinder geführt werden müssen, sollte klar sein. So ist die Familie die erste Instanz, die die Gesundheitserziehung beginnen und vermitteln muß.

2. An zweiter Stelle stehen private und allgemeine Maßnahmen zur Vermeidung von Schäden: Schutz vor Vergiftungen im Kleinkindesalter, vor Unfällen bei Klein- und Schulkindern; durch Belehrung von Eltern und Kindern, durch Verkehrsübungen, wie sie in den meisten Städten stattfinden (Schülerlotsen); aber auch durch intensivere Appelle an alle Benützer von Fahrzeugen. Solche Appelle haben zwar nur Nutzen, wenn eine erhebliche Strafdrohung dahintersteht. Ich bin immer wieder erschüttert, zu lesen, wie glimpflich Motorrad- und Autofahrer davonkommen, die schuldhaft Kinder zu Tode fahren oder zu Krüppeln machen. So wie es bisher geschieht, sind die Kinder nicht genügend vor Unfällen, besonders im Straßenverkehr, geschützt, gegenüber den rücksichtslosen Fahrern. Viel schärfere Bestimmungen, wie in den USA, würden sicher manches Unglück verhindern helfen.

Zur Vermeidung von Schäden gehört ferner der Schutz vor ungesunden Lebensgewohnheiten: Hier ist das sattsam bekannte Fernsehen zu nennen, das für Kinder der reine Unfug ist. Auch Radiohören ist dann ausgesprochen schädlich, wenn es neben Arbeiten oder Lesen betrieben wird oder wenn Kriminal- und andere aufregende Hörspiele die Phantasie der Kinder zu stark erregen. Gleiches gilt in verstärktem Maße von Kinobesuchen, sofern es sich nicht um wertvolle Kultur- oder historische Filme handelt.

Alle diese Einrichtungen bringen nicht nur den Schaden, daß die Kinder viel zu früh Dinge hören und sehen, die nichts für sie sind, ihre Phantasie anormal und zu abnormen Dingen anregen; (Cowboy- und Wildwestfilme, Überfälle auf Autos, Morde und dgl.), sondern haben noch eine andere Folge: All dies sind reine passive Perzeptionen, die die Kinder nur aufnehmen. Sie sollten sich aber in diesem Alter viel mehr aktiv betätigen, wie dies beim Werken und Basteln so schön zur Geltung kommt. Früher mußten die älteren Kinder im elterlichen Betrieb auch schon etwas mit Hand anlegen, eine kleine Verantwortung übernehmen und in der Familie mitwirken. Das ist ein großer erzieherischer Vorteil, der durch die soziologische Umschichtung der Gegenwart fast ganz entfällt, da die meisten Väter in irgendeinem Betrieb als Arbeiter, Angestellte, Beamte arbeiten, also fern von der Familie ihre Tätigkeit ausüben, so daß die Kinder keine Vorstellung und keinen Anteil an dieser Tätigkeit mehr haben. Das ist sehr schade. — Die Kinder sollen auch dringend vor dem immer schlimmer werdenden Lärm geschützt werden, der viel zur Nervosität und Unkonzentriertheit beiträgt. Zweifellos ist der Lärm ein Schadensmoment, das viel zu gering eingeschätzt und noch ganz ungenügend bekämpft wird. —

Immer wieder soll man darauf hinweisen, wie wichtig ausreichender Schlaf für die Kinder ist. Ich halte 1 Stunde Mittagsruhe für die Kinder für notwendig.

3. Die dritte Aufgabe der Gesundheitserziehung ist die Vorbeugung vor Krankheiten. Hier spielen die größte Rolle die Schutzimpfungen.

Die einzige Pflichtimpfung ist die Pockenschutzimpfung, die im Laufe des 1. bis 2. Lebensjahres und im 12. Lebensjahr durchgeführt werden muß. Wie notwendig sie ist, haben die Einschleppung der Pocken nach Frankreich 1954 (67 Erkrankungen und 14 Todesfälle) und nach Deutschland 1959 (Heidelberg — 2 Todesfälle) und 1960 (Ansbach — 1 Todesfall) gezeigt. Der rasche Flugverkehr wird diese Gefahr weiter erhöhen, so daß man den Kindern diesen Schutz unbedingt gewähren soll.

Daß die Diphtherieschutzimpfung wesentlich an der Zurückdrängung der Diphtherie beteiligt ist, wurde schon erwähnt. Dies bedeutet, daß man diese freiwillige Impfung unbedingt weiterführen muß; denn kleine lokale Epidemieherde, wobei Todesfälle nur bei Ungeimpften auftreten, zeigen, wie notwendig der Schutz vor der Diphtherie noch ist.

Diese Impfung läßt sich bequem kombinieren mit derjenigen gegen Keuchhusten und Tetanus. Auch diese soll man dringend empfehlen. Der Keuchhusten ist für Säuglinge immer noch eine Gefahr. Es sterben jährlich 300—400 Kinder in Westdeutschland daran. — Dem Tetanus gegenüber aber ist jeder Mensch schutzlos, wenn er nicht die Impfung erhalten hat. Es gibt aber kein zuverlässiges Heilmittel gegen den ausgebrochenen Wundstarrkrampf, und jährlich sterben ca. 300 Personen in Westdeutschland unter schrecklichen Qualen an dieser Infektionskrankheit, die gerade bei Kindern mit ihren zahlreichen Verletzungen eine große Gefährdung darstellt.

Eine Schutzimpfung gegen Tuberkulose wird in Amerika und Skandinavien bei den Neugeborenen mit bestem Erfolg durchgeführt. Bei uns hat sie sich nur in einzelnen Städten, aber noch nicht allgemein eingebürgert. Sie sollte aber unbedingt in der Umgebung kranker Personen bei den Kindern durchgeführt werden, die bei der Tuberkulinreaktion noch negativ reagieren. Bei nichtgeimpften Kindern sind aktive Tuberkulosen 14mal häufiger; die gefürchtete Tuberkulosemeningitis sogar 25mal häufiger als bei geimpften.

Schließlich muß noch die neueste der Impfungen, die Poliomyelitis-Schutzimpfung besprochen werden. In Ländern, in denen sie im großen Stil durchgeführt wird, z. B. in Dänemark, in der Schweiz und Schweden, ist die Poliomyelitis, die dort sehr stark verbreitet war, weitgehend verschwunden. In der Bundesrepublik ist die Polioimpfung seit 1957 im Gebrauch. Aber nur 15 bis höchstens 25% der gefährdeten Jahrgänge der Zwei- bis Sechsjährigen sind geimpft worden. Das ist viel zu wenig. Wir hatten seit 1957 an der Kinderklinik 250 Kinder mit Poliomyelitis; von ihnen waren nur 8 geimpft. Bei diesen letzteren entwickelten sich entweder keine Lähmungen oder sie bildeten sich weitgehend zurück. Die Impfung verleiht einen Lähmungsschutz von 80 bis 90%.

Wir haben die Eltern unserer Patienten gefragt, ob sie von der Impfung gehört hatten und warum sie sie nicht machen ließen. Die meisten antworteten, sie hätten die Nachbarn gefragt; diese haben auch nicht imp-

**ES
BLEIBT
BEI**



SEDOVEGAN[®]

25 mg Phenobarbital
50 mg Chinaalkaloide
pro Dragée

Diese Kombination überließ Prof. G. v. Bergmann der Pharmazie nach
15jähriger Erprobung als

causal wirkendes
vegetatives Regulans

- **Keine schädigenden Nebenwirkungen**
- **Keine Ermüdungserscheinungen**
- **Volle Leistungen im biologischen Rhythmus bei angepaßter Dosierung**

NEU



OVOVEGAN[®]

Eine sinnvolle Kombination der bewährten Präparate:
SEDOVEGAN[®] und **OVO-VINCES[®]** mit 4 γ Oestriol

- **hormonelle Substitution**
- **vegetative Dämpfung**

Indikationen: vegetativ-endokrin bedingte ovarielle Dysfunktionen im
Praeklimax und in der Pubertät, juvenile Amenorrhöen, Hypo- und Oligo-
menorrhöen auf funktioneller Basis, Dermatosen bei ovarieller Insuffizienz.

DR. AUGUST WOLFF
Chem.-pharm.-Fabrik · Bielefeld

HÄDENSA - G E S E L L S C H A F T · B E R L I N - F R I E D E N A U



Qualvolle Schmerzen...

HÄDENSA

hilft bei

HÄMORROIDEN

SALBE DM 1,50 o. U. SUPPOSITORIEN DM 1,25 o. U.

fen lassen, deshalb unterblieb es. Einige hatten auch eine Vorladung wie bei der Pockenimpfung erwartet.

Wir müssen diese Impfung noch viel mehr propagieren, damit wir die Kinder vor dieser schrecklichen Krankheit mehr schützen können. Es ist zu hoffen, daß bei uns die perorale Impfung eingeführt wird, die sicher eine raschere Erfassung der Kinder ermöglicht.

4. Zuletzt noch ein Wort zu der Frage, wie die Gesundheitserziehung der Kinder durchgeführt werden kann. Wir brauchen dazu alle: Die Eltern, die in der Familie beginnen; wir brauchen die Erzieher, die auf die Kinder in gleicher Weise einwirken müssen, und wir brauchen vernünftige öffentliche Einrichtungen, z. B. die Mütterberatung, die Fürsorgerinnen, die Hebammen, die Presse und ggf. den Rundfunk. „Der Arzt als Erzieher des Kindes“ ist der Titel eines lesenswerten Buches, das der berühmte Kinderklinikler Czerny bereits 1911 verfaßt hat und in dem in klassischer Form niedergelegt ist, wie auch der Arzt hier mithelfen kann.

Ich glaube, es liegt weniger daran, daß gerade die eine oder andere Berufsgruppe auf die Kinder einwirken muß, sondern daß alle zusammenwirken, und zwar in vernünftiger Weise. Gesundheitserziehung ist ein Teil der allgemeinen Erziehung. Dabei ist es wesentlich, daß das Kind nicht nur mit Worten und Tadel erzogen wird, sondern es soll das Vorbild sehen. Denn Kinder brauchen Beispiele, nicht nur Kritik.

Literatur:

1. Bennholdt-Thomsen, C.: Das Großstadtkind und seine Umwelt. *Ärztl. Mitteilungen* 7, 202 (1959).
2. Gleis, J.: Biologische und soziale Faktoren bei der Genese der Frühgeburt. *Archiv für Kinderheilkunde*, Beiheft 30 (1955).
3. Krainick, H. G.: Zur Situation des kindlichen Diabetes mellitus in Westdeutschland. *Dtsch. Med. Wochenschr.* 85. Jg., 37, 1632 (1960).
4. Manecke, M. in Fiebig, Fr.: Vorbeugende Gesundheitspflege in der täglichen Praxis. Hippokrates Verlag Stuttgart 1960.
5. Oster, H.: In „Deutsche Nachkriegskinder“. Thieme Verlag Stuttgart 1954.
6. de Rudder, B.: Zur Frage einer Zunahme schwerer Mißbildungen. *Dtsch. Med. Wochenschr.* 84. Jg., 40, 1809 (1959).
7. Wiedemann, H. R.: Hinweis auf eine derzeitige Häufung hypo- und aplastischer Fehlbildungen der Gliedmaßen. *Die Medizinische Welt* 37, 1863 (1961).
8. Windorfer, A.: Zum Problem der Mißbildungen durch bewußte Keim- und Fruchtschädigung. *Med. Klinik* 48, 10, 293 (1953).
9. Windorfer, A.: Vom Wandel der Krankheiten des Kindesalters. *Dtsch. Med. Wochenschr.* 82, 37 u. 38, 1596 u. 1646 (1957).
10. Windorfer, A.: Über die Ursachen angeborener Mißbildungen. *Bundesgesundheitsbl.* 4, 6, 81 (1961).
11. Windorfer, A.: Kindliche Mißbildungen, ihre Genese und Behandlung. *Die Heilkunst* 3, 1 (1961).

Bilder mit freundlicher Genehmigung der Deutschen Medizinischen Wochenschrift.

Mütter und Kinder in der Marktwirtschaft

Von Dr. Ferdinand Oeter

Unter dem Einfluß der Konjunktur hat sich die Zahl der außerhäuslich erwerbstätigen Mütter in der Bundesrepublik zwischen 1950 und 1957 um die Hälfte erhöht. Dies geht aus der Stichprobenerhebung des statistischen Bundesamtes hervor, deren Auswertung bisher noch keineswegs abgeschlossen ist und die daher noch manche Überraschung erwarten läßt. Während 1950 jede zwölfte verheiratete Frau mit Kindern außerhäuslich erwerbstätig war, war es 1957 bereits jede achte, und der darin zum Ausdruck kommende Trend hält weiter an. Noch alarmierender erscheint es, daß von den verwitweten und geschiedenen Müttern mit Kleinkindern 1957 sogar jede zweite außerhäuslich erwerbstätig war. Die Zahl der Kinder unter sechs Jahren ohne ständige mütterliche Betreuung betrug 510 000 und die der unzureichend betreuten Kinder unter 18 Jahren 1 636 000.

Die Bedeutung dieser Zahlen kann nicht mehr bagatellisiert werden, wenn man sie mit dem Material vergleicht, das das höchste Forum des Weltärztebundes unlängst in Berlin über die Stellung des Kindes in der

technischen Zivilisation der Öffentlichkeit vorgelegt hat. Man ging dabei von schon vor Jahrzehnten gemachten Beobachtungen aus, daß Säuglinge aus angesehenen, unter ärztlicher Kontrolle stehenden Kinderheimen weit schlechter gedeihen als Säuglinge aus dem proletarischen Milieu der städtischen Armenbevölkerung. Scheinbar ohne Grund kommt es bei ihnen zu Nahrungsverweigerung, Schlafstörungen, Bewegungs- und Reaktionsarmut mit Apathie, erhöhter Anfälligkeit gegenüber Infektionen, Durchfällen, schwerem Gewichtsverlust und schließlich körperlichem Verfall. Bei der Untersuchung von Kindern der sogenannten Organisation „Lebensborn“, die, wie man geglaubt hatte, nach optimalen Erbanlagen gezüchtet und in ausgesuchten Sonderanstalten großgezogen worden waren, stellte sich heraus, daß sie im Alter von zwei bis drei Jahren trotz auffallend hübscher Physiognomie nahezu verblödet und als geistige und seelische Krüppel anzusehen waren. Aufsehererregende Beobachtungen ähnlicher Art wurden auch in den USA gemacht. Kinder, welche lange in Heimen aufgezogen werden, wel-

TROPFEN/TABL./AMP./SALBE

Gefavenin[®]

VENOSE STAUNUNGEN
THROMBOPHLEBITIS
HÄMORRHOIDEN
ULCUS CRURIS



CEFAK-KEMPTEN

sen auch im weiteren Kleinkindesalter schwere Rückstände in ihren statischen, manuellen, sozialen, gedächtnis- und intelligenzmäßigen Funktionen auf. Diese Rückstände sind um so stärker ausgeprägt, je früher die Kinder von der Mutter getrennt wurden und je länger sie in Anstalten lebten.

Es ist aber nun keineswegs so, daß nur die vollständige Trennung von Mutter und Kind zu Schäden führt. Vielmehr reagiert das Kleinkind schon auf eine zeitweise Trennung von der Mutter mit zahlreichen mehr oder minder schweren Abwegigkeiten. Besonders verhängnisvoll ist auch die Vorstellung, daß ein Säugling ja noch gar nicht „wissen“ könne, von wem er versorgt wird. Wissenschaftliche Untersuchungen haben vielmehr exakt bewiesen, daß es zwischen Säugling und Mutter schon sehr bald zu engsten Bindungen ganz eigener Art kommt, in denen geradezu das Grundschema alles späteren Verhaltens angelegt wird. Fehler, die in dieser Periode gemacht werden, bleiben somit nicht ohne ernste Folgen für das ganze Leben des betreffenden Kindes.

Die Enge des rationalen Wohnungsbaues bekommt bereits der Säugling zu spüren. Die heute bei Kleinkindern so verbreitete übermäßige Sckreckhaftigkeit erinnert an Erscheinungen, die bei eingesperrten Tieren beobachtet und als „Pferchungsschäden“ beschrieben wurden. In der modernen Wohnung, vor allem aber in der modernen Küche, findet das Kind keine Spielecke mehr, wo es im Blickfeld der Mutter seinen eigenen Lebensraum gestalten kann. Solches Spielen ist aber ein notwendiges Element menschlicher Reifungsvorgänge. Diese werden auch im weiteren Verlauf der kindlichen Entwicklung entscheidend behindert und verzögert, ja teilweise sogar unmöglich gemacht, wenn das Kind mit seinem Spiel den Vater, die Untermieter, die Wohnungsnachbarn nicht stören darf.

Weitere sehr ernste Gefahren für Kinder und Jugendliche sieht der bekannte Kinderklinikler Professor Bennholdt-Thommsen, Köln, in der modernen Reklame, die sich, vor allem in ihrer modernsten Form, der gesungenen Reklame, in das Unterbewußtsein einschleicht und hier zu schweren Depersonalisierungsprozessen führt. Unter Berufung auf A. Huxley spricht er von der Macht der Worte, die durch reißerische und einprägsame Melodien vermittelt werden: „Orpheus ist ein Bündnis mit Pawlow eingegangen, die Macht der Töne mit dem bedingten Reflex“, und dieser Reflex sei durch Druck auf einen Knopf jederzeit reproduzierbar. „Wir sind mitten im Problembereich der Technik gesteuerter Manipulationen. Unter Benutzung technischer Kommunikationsmittel wird die Technik genau berechneter, das Bewußtsein unter- oder überspielender Praktiken zur entscheidenden Gefährdung der Jugend der Welt.“

Nach diesen alarmierenden Feststellungen erscheint es verständlich, daß Alexander Rüstow auf einer Tagung der Aktionsgemeinschaft Soziale Marktwirtschaft allen Ernstes nach dem Gesetzgeber rufen und ein Ein-

stellungsverbot für Mütter mit kleinen Kindern fordern konnte. Aber träte ein solches Verbot wirklich den Kern des Problems? Muß man dazu nicht tiefer vorstoßen?

Das Kind ist heute im Gegensatz zur Vergangenheit, wo es schon im Alter von wenigen Jahren in der Familienwirtschaft mitarbeiten mußte und dadurch zur wirtschaftlichen Stärkung der sozialen Position der Familie beitrug, mehr oder minder ausschließlich Empfänger elterlicher Leistungen. Man hat errechnet, daß ein Kind bis zur Erlangung wirtschaftlicher Selbständigkeit mindestens 10 Prozent des lebenszeitlichen Arbeitseinkommens seiner Eltern aufzehrt. Dafür tragen die Kinder, wenn sie selbst ins erwerbsfähige Alter eingerückt sind, heute wie eh und je die Last der Altersversorgung. Während aber nun die Abgaben zugunsten der Altersversorgung gleichmäßig auf alle Lohn- und Gehaltseinkommen verteilt sind, ist die wirtschaftliche Belastung durch Kinder außerordentlich unterschiedlich. Nach den Ergebnissen der Bundesstatistik bleiben gegenwärtig 20 Prozent aller Ehen kinderlos. Die übrigen 80 Prozent verteilen sich wie folgt:

aus 22% mit 1 Kind	entst. 11% aller ehel. Kinder
aus 26% mit 2 Kindern	entst. 25% aller ehel. Kinder
aus 15% mit 3 Kindern	entst. 22% aller ehel. Kinder
aus 8% mit 4 Kindern	entst. 18% aller ehel. Kinder
aus 4% mit 5 Kindern	entst. 10% aller ehel. Kinder
aus 5% mit 6 u. mehr	entst. 14% aller ehel. Kinder

Allein auf die Ehen mit vier und mehr Kindern entfallen also 42%, auf die mit drei und mehr Kindern 64% aller ehelichen Kinder. Als Arbeitskräfte von morgen werden sie die Beiträge zur Altersversorgung auch für diejenigen zu tragen haben, die sich an ihrem Unterhalt in der Kindheits- und Ausbildungsphase ihres Lebens nicht beteiligt haben.

Hier liegt auch die Ursache dafür, daß der größte Teil der Eltern den verderblichen Einflüssen gegenüber machtlos ist, die heute die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen in immer stärkerem Maße bedrohen. Die äußeren Güter dieser Welt haben eben mittlerweile eine Bedeutung erlangt, die es nur noch ganz wenigen asketisch veranlagten Menschen gestattet, sich ihrem Einfluß zu entziehen. Es wäre daher auch verfehlt, sich von polizeilichen oder gewerbe-polizeilichen Verboten das geringste zu versprechen. Es geht nicht darum, Symptome zu unterdrücken, sondern Verhältnisse zu schaffen, in denen das Kind wieder über den für seine Entwicklung notwendigen gesunden Lebensraum in der Familie verfügen kann. Die einzige Möglichkeit, das zu erreichen, besteht in einer Stärkung der wirtschaftlichen und sozialen Position der Kinderfamilie, die nicht weiterhin wie bisher gezwungen werden darf, im Schatten der Marktwirtschaft dahinzuvegetieren, woanders unser System der „sozialen“ Marktwirtschaft sich nicht selbst ad absurdum führen soll.

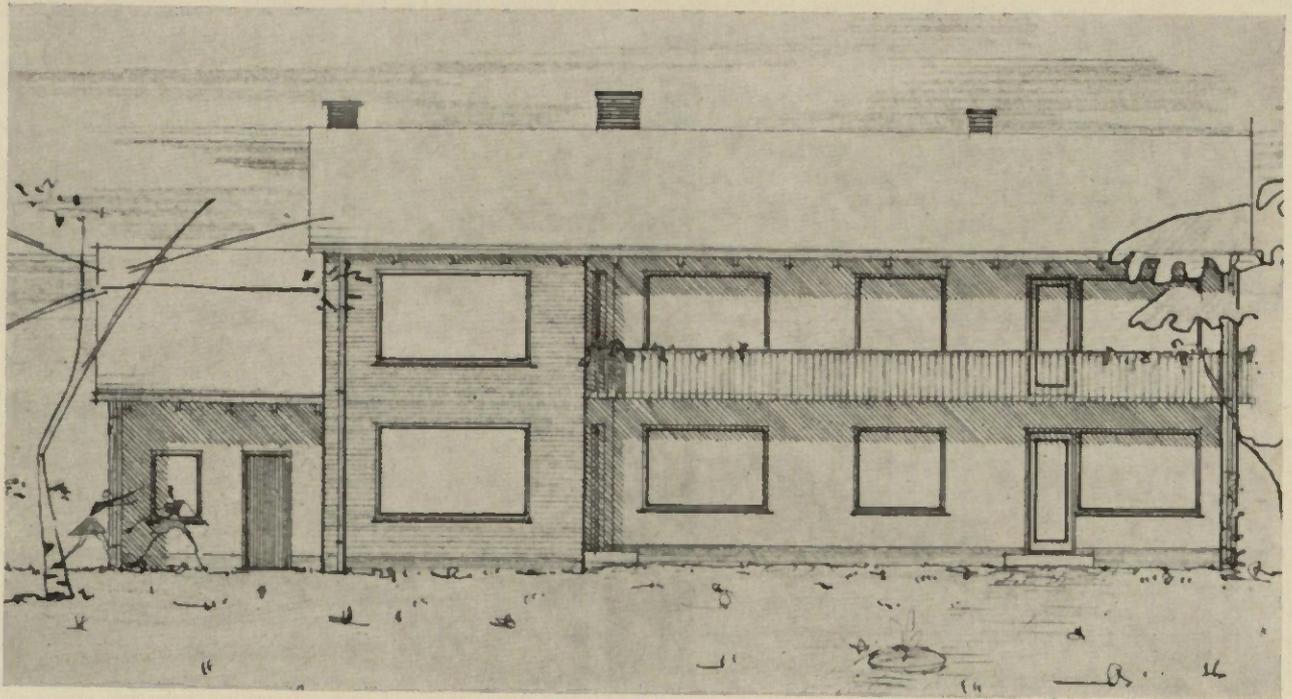
Anschrift: Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1

TYROSPIROL

freie
Atemwege



AUS DEM STANDESLEBEN



Zweifamilienhaus eines Arztes in Schwaben — Südansicht. Architekt: F. Führer, Buchloe.

Das Wohnbauwerk der Bayerischen Ärzteversorgung

Das Wohnbauwerk der Bayerischen Ärzteversorgung konnte im Juli 1961 auf sein einjähriges Bestehen zurückblicken. Seine bisherige Leistung spiegelt sich in eindrucksvollen Zahlen wider. Bis zum Oktober 1961 wurden in Zusammenarbeit mit der Bayer. Landesbausparkasse 65 Darlehensanträge erledigt und ein Betrag von 2 910 350 DM als 1. Hypothek ausgezahlt. Zum gleichen Zeitraum befanden sich noch 58 Anträge in der Bearbeitung, die die Bereitstellung von 4 262 700 DM erforderlich machen werden. In Zusammenarbeit mit der Bausparkasse GDF Wüstenrot werden z. Z. noch 9 Fälle bearbeitet, die einen Betrag von DM 593 000 umfassen.

Als der Präsident der Kammer, Herr Kollege Dr. Se-

wering, den bayerischen Kolleginnen und Kollegen das neugeschaffene Wohnbauwerk vorstellte, wies er bereits darauf hin, daß der Vorteil für die Kollegen darin liegt, ein im Verhältnis zu den Gesamtbaukosten nur relativ geringes Eigenkapital zu benötigen. Dadurch ist es leichter möglich, mit dem Bau eines eigenen Hauses als einer zusätzlichen Lebenssicherung frühzeitig zu beginnen.

Zur Anregung für die Kolleginnen und Kollegen zeigen wir in diesem und in kommenden Heften des Bayer. Ärzteblattes Bilder und Grundrisse von Ärzthäusern, die mit Hilfe des Bayerischen Wohnbauwerkes in verschiedenen Gegenden Bayerns errichtet worden sind.

Die wichtigsten Tatsachen des Wohnbauwerkes fassen wir noch einmal wie folgt zusammen:

Was bezweckt das Wohnwerk?

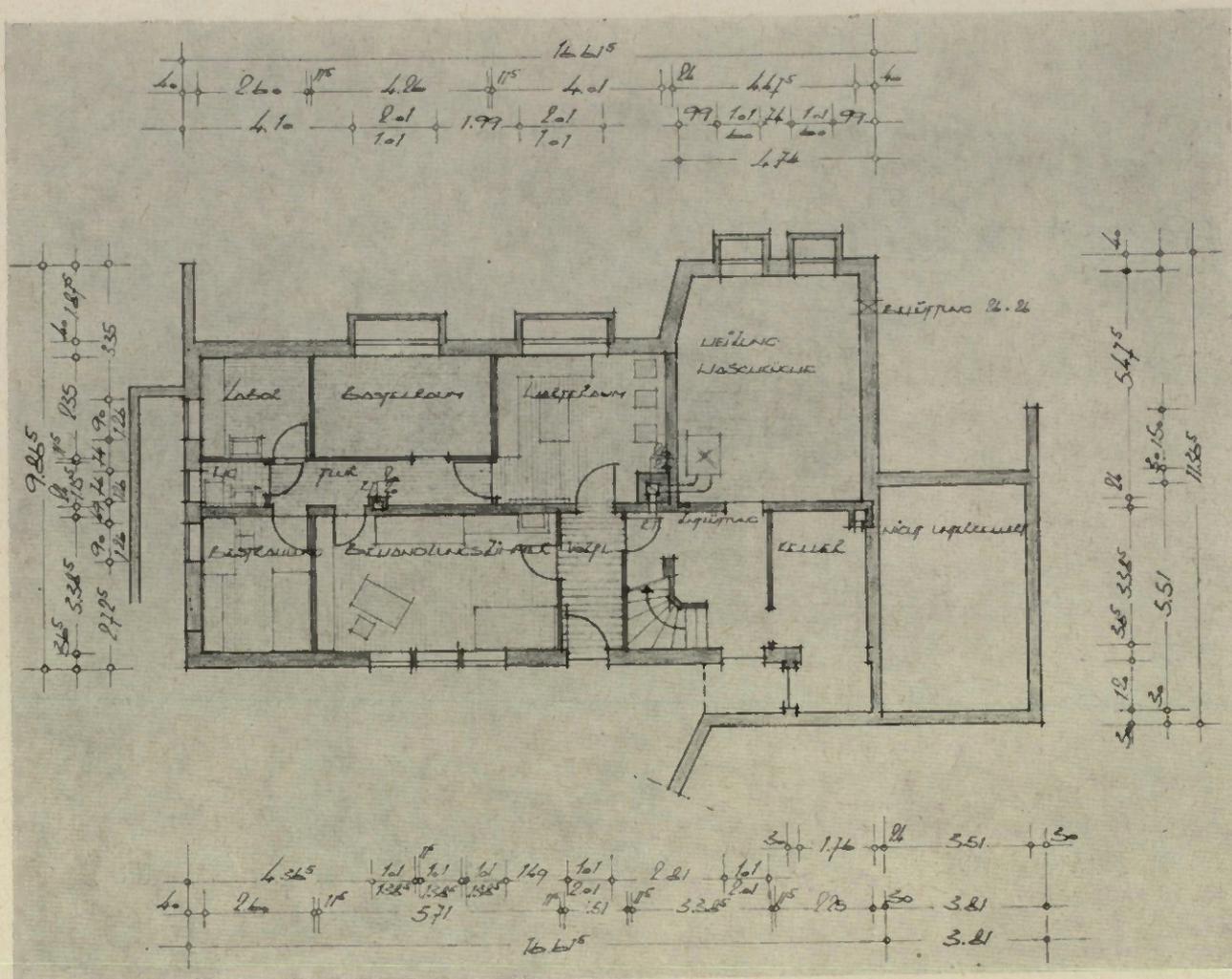
Das Wohnbauwerk der Bayerischen Ärzteversorgung hat den Zweck, den Neubau, Erwerb oder Ausbau eines Wohngebäudes*) mit oder ohne Praxisräume durch sofortige Finanzierung zu günstigen Bedingungen mit verhältnismäßig geringem Eigenkapital zu ermöglichen.

Mit dem Wohnbauwerk will die Bayerische Ärzteversorgung ihren Mitgliedern einen günstigen Weg zur Eigentumsbildung aufzeigen und ihnen eine stärkere Zukunftssicherung bieten.

Wer finanziert die Baumaßnahme?

Um die Voraussetzungen für günstige Bedingungen im Rahmen des Wohnbauwerkes zu schaffen, haben die Bayerische Ärzteversorgung und die Bayerische Landesbausparkasse entsprechende Vereinbarungen getroffen und stellen die erforderlichen Fremdmittel bereit.

*) Unter Wohngebäude im Sinne des Wohnbauwerkes sind in der Regel Ärzthäuser mit 1 bis 2 Wohnungen zu verstehen.



Zweifamilienhaus eines Arztes in Schwaben — Kellergeschoß

Wie erfolgt die Finanzierung?

Nach Maßgabe ihrer Beleihungsrichtlinien gewähren die **BAYERISCHE ÄRZTEVERSORGUNG** ein Darlehen bis zu 50%

und die

BAYERISCHE LANDESBAUSPARKASSE ein Darlehen bis zu weiteren 30%

der angemessenen Gesamtgestehungskosten*).

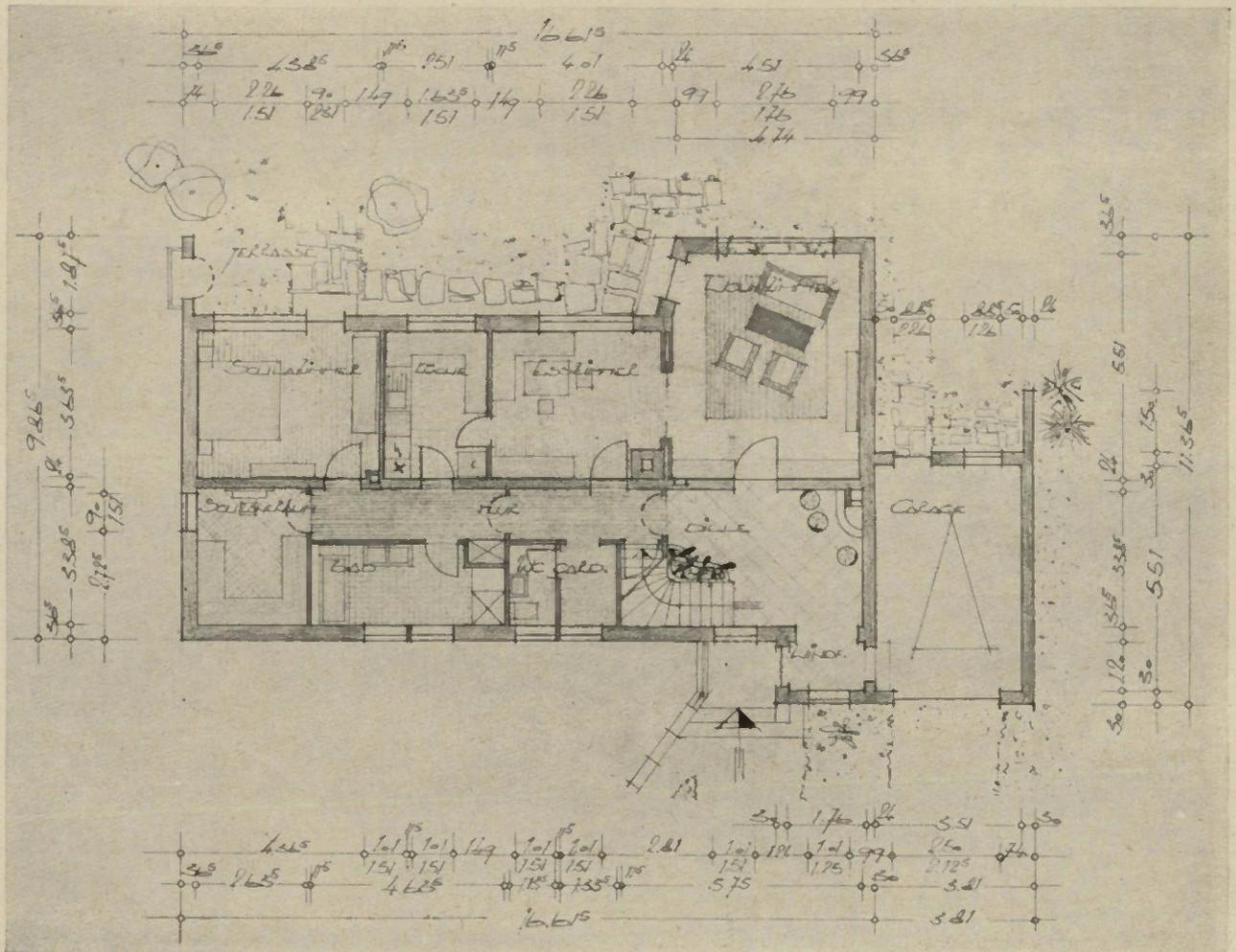
Das Darlehen der Bayerischen Ärzteversorgung ist durch Eintragung einer Hypothek an ausschließlich 1. Rangstelle, das Darlehen der Bayerischen Landesbausparkasse durch Eintragung einer Grundschuld an 2. Rangstelle am Grundstück dinglich sicherzustellen.

Voraussetzung für die Bewilligung dieser Mittel ist, daß die Gesamtfinanzierung der Baumaßnahme gesichert und die finanzielle Belastung für den Antragsteller tragbar ist.

(Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang die Finanzierungsbeispiele am Schluß dieser Ausführungen.)

*) Hierzu gehören nicht zusätzliche Kosten, die durch eine besonders aufwendige Art der Bauausführung bedingt sind.

Die gleiche Vereinbarung besteht jetzt auch mit der Badischen Landesbausparkasse und der Bausparkasse GDF Wüstenrot.



Zweifamilienhaus eines Arztes in Schwaben — Erdgeschoß

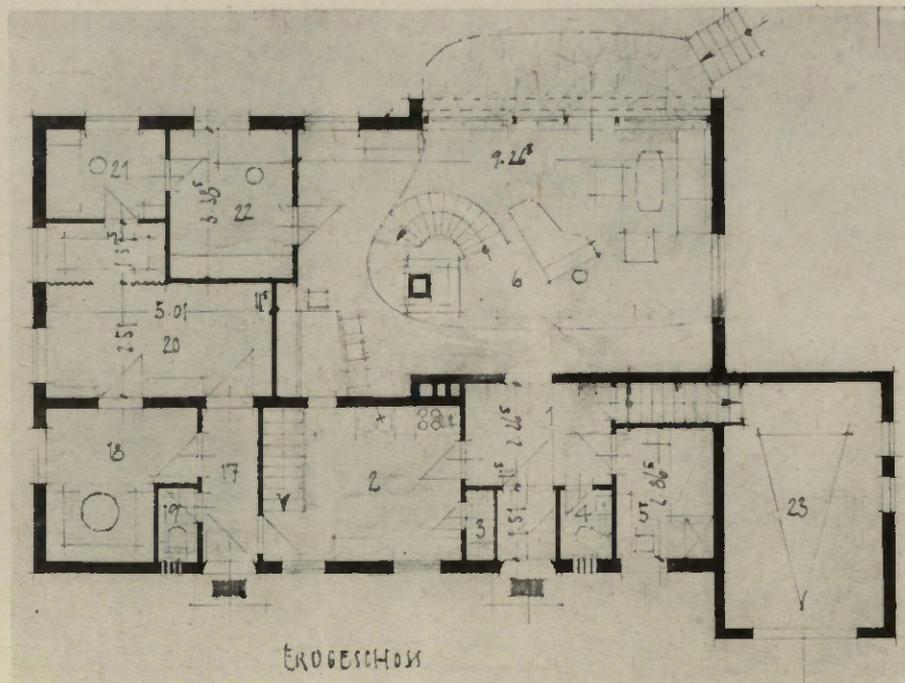
**Welche Belastungen
ergeben sich für den
Antragsteller?**

Das Darlehen der Bayerischen Ärzteversorgung ist zur Zeit mit 6% (einschließlich 0,5% Verwaltungskostenzuschlag) zu verzinsen und mit 1% zu tilgen. Der Auszahlungskurs beträgt 98%, jedoch wird durch Tilgungstreckung eine 100%ige Auszahlung erreicht.

Der Zinssatz kann bei wesentlicher Erhöhung des allgemeinen Kapitalmarktzinses entsprechend erhöht werden, jedoch höchstens um $\frac{3}{4}$ % jährlich. Im umgekehrten Falle erklärt sich der Gläubiger bereit, mit dem Schuldner neue Vereinbarung über die Zinssätze zu treffen.

In Höhe des erforderlichen, nachrangigen Darlehens ist bei der Bayerischen Landesbausparkasse ein Bausparvertrag abzuschließen. Die monatlichen Mindestleistungen auf den Bausparvertrag betragen bis zur Zuteilung DM 4.— pro tausend DM Vertragssumme (Sparleistung), nach Zuteilung DM 6.— pro tausend DM Vertragssumme (Zins- und Tilgungsleistung). Das Bausparguthaben wird mit 3% verzinst, für das Bauspardarlehen werden 5% Zinsen berechnet. Der Bausparvertrag wird sofort vorfinanziert (Zwischenkredit) und zu 100% ausbezahlt. Die Mittel für den Zwischenkredit stellt die Bayerische Ärzteversorgung der Bayerischen Landesbausparkasse zur Verfügung. Für den Teil des Zwischenkredites bis zu 65% der angemessenen Gesamtgestehungskosten sind zur Zeit 5,5% Zinsen, für den diese Grenze übersteigenden Teil des Zwischenkredites 5,25% Zinsen zuzüglich einer Risikogebühr von 1,5% zu entrichten.

Die einmalige Abschlußgebühr für den Bausparvertrag in Höhe von 1% der Vertragssumme kann mit den Sparraten verrechnet werden. Mit Zuteilung des Bausparvertrages tritt die Vertragssumme an die Stelle des Zwischenkredites. Für das bei der Zuteilung des Bausparvertrages gewährte Darlehen wird ein einmaliger Verwaltungskostenbeitrag von 2% der Darlehenssumme erhoben.



**Eigenheim
mit Arztpraxis
in Niederbayern**

*Kellergeschoß, Erdgeschoß,
Obergeschoß, Dachgeschoß
Architekt: C. Hoffmann,
Grafenau*

Erdgeschoß:

1 Diele	7,38 qm
2 Küche	14,87 qm
3 Speisekammer	0,96 qm
4 WC	1,72 qm
5 Mädchenzimmer	6,12 qm
6 Wohnraum	54,77 qm

17 Vorplatz	4,27 qm
18 Warteraum	13,11 qm
19 WC	1,45 qm
20 Sprechzimmer	16,20 qm
21 Bestrahlungszimmer	5,30 qm
22 Büro	6,58 qm
23 Garage	19,34 qm

**Welche steuerlichen
Vorteile ergeben sich
für den Antragsteller?**

Durch den Abschluß eines Bausparvertrages sind auch während dessen Zwischenfinanzierung die Sparbeiträge im Rahmen der Sonderausgaben nach § 10 Einkommensteuergesetz steuerlich absetzbar oder können zur Erlangung der Wohnungsbauprämie bis zu DM 400.— jährlich als Aufwendung geltend gemacht werden.

Nach Bezug eines Neubaus kann ein hoher Prozentsatz der Baukosten nach § 7 b EStG steuerlich abgeschrieben werden. Unter gewissen Voraussetzungen kann der Bauherr von der Entrichtung der Grundsteuer auf die Dauer von 10 Jahren befreit werden.

Mit einem Bausparvertrag läßt sich eine günstige Risikoversicherung verbinden, bei der die dafür zu entrichtenden Beiträge ebenfalls steuerlich absetzbar sind. Durch diese Versicherung werden die Angehörigen des Bausparers bei dessen Ableben von den Verpflichtungen aus dem Zwischenkredit bzw. Darlehen der Bayerischen Landesbausparkasse befreit.

**Wo und wie wird der
Antrag gestellt?**

Der Finanzierungsantrag wird mit einem bei der Bayerischen Ärzteversorgung erhältlichen Formblatt und mit den erforderlichen Beleihungsunterlagen bei dieser eingereicht. Der Antragsteller erhält dann sowohl von der Bayerischen Ärzteversorgung als auch von der Bayerischen Landesbausparkasse entsprechenden Bescheid.

Ulcruisan®

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



CHEMISCHE FABRIK
"BAYARIA"
MÜNCHEN-GRAFELFING

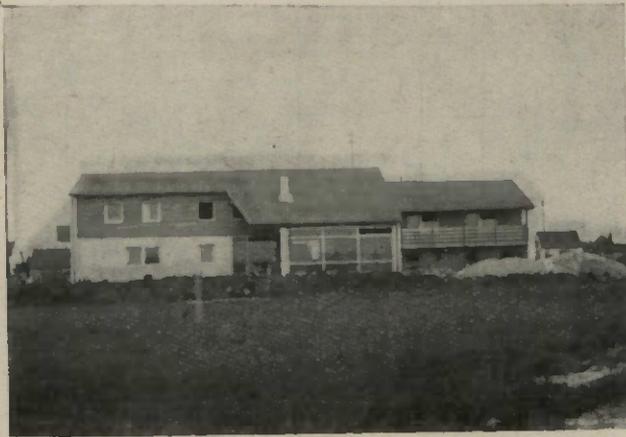
Finanzierungsmodell, bezogen auf DM 10 000.- (DM 2000.- Eigenkapital, DM 8000.- Fremdmittel)

Jahr	Hypothek der Bayer. Ärzteversorgung	Zwischenkredit bzw. Baudarlehen der Bayerischen Landesbausparkasse vor Zuteilung des Bausparvertrages				nach Zuteilung		jährliche u. monatliche Belastung des Antragstellers	
		7 ¹ / ₂ % (6 ¹ / ₂ %) Zinsen 1 ¹ / ₂ % Tilgung bzw. Tilgungsstreckung) aus DM 5000.-	5 ¹ / ₂ % Zinsen für Zwi-schenkredit aus DM 1500.-	5 ¹ / ₄ % Zin-sen für Zwi-schenkredit aus DM 1500.-	1 ¹ / ₂ %/o Avalprovision für das 65 ¹ / ₂ % der ange-messenen Gesamt-gestehungskosten über-stiegende Ausfallrisiko aus DM 1500.- = 22,50	Sparleistung auf*) Bausparvertrag über DM 3000.- (DM 4.- pro DM 1000.- Ver-tragssumme monatl.)	Zins- und Tilgungs-leistung auf Bauspar-vertrag über DM 3000.- (DM 6.- pro DM 1000.- Vertragssumme monatl.)	Summe der Aufwen-dungen jährlich:	Summe der Aufwen-dungen monatlich:
1. mit 8.	DM 350.-	DM 82,50	DM 78,75	DM 1500.-	DM 144.-	—	DM 877,75	DM 56,48	
9. mit 19.	DM 350.-	—	—	—	—	DM 216.-	DM 566.-	DM 47,17	
20. mit 34.	DM 350.-	—	—	—	—	—	DM 350.-	DM 29,17	

Einzelbeispiele für die jährlichen und monatlichen Belastungen des Antragstellers

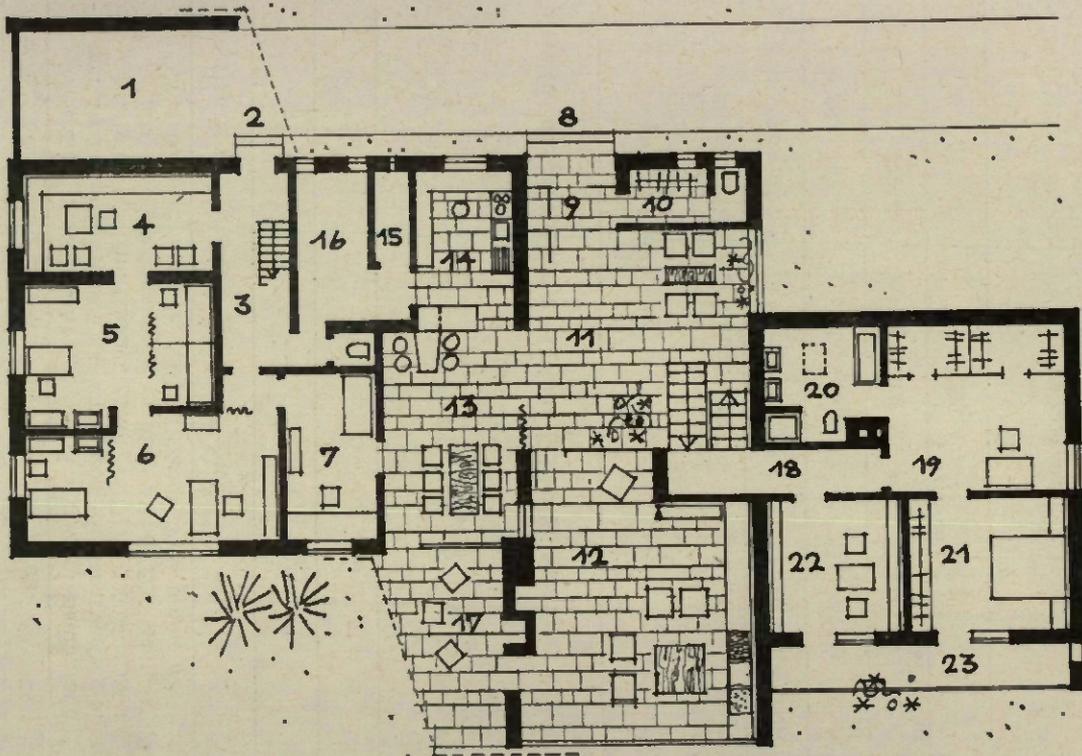
Zeiddauer	angemessene Gesamtgestehungskosten		angemessene Gesamtgestehungskosten		angemessene Gesamtgestehungskosten		angemessene Gesamtgestehungskosten	
	DM 60 000.- Eigenkapital DM 48 000.- (80 ¹ / ₂ %) Fremdmittel	DM 12 000.- (20 ¹ / ₂ %)	DM 80 000.- Eigenkapital DM 64 000.- (80 ¹ / ₂ %) Fremdmittel	DM 18 000.- (20 ¹ / ₂ %)	DM 100 000.- Eigenkapital DM 80 000.- (80 ¹ / ₂ %) Fremdmittel	DM 20 000.- (20 ¹ / ₂ %)	DM 150 000.- Eigenkapital DM 120 000.- (80 ¹ / ₂ %) Fremdmittel	DM 30 000.- (20 ¹ / ₂ %)
ca.	jährlich	monatlich	jährlich	monatlich	jährlich	monatlich	jährlich	monatlich
1. mit 8. Jahr	DM 4066,50	DM 338,88	DM 5422.-	DM 451,84	DM 6777,50	DM 564,80	DM 10 166,25	DM 847,19
9. mit 19. Jahr	DM 3396.-	DM 283.-	DM 4528.-	DM 377,34	DM 5660.-	DM 471,70	DM 8 490.-	DM 707,50
20. mit 34. Jahr	DM 2100.-	DM 175.-	DM 2800.-	DM 233,34	DM 3500.-	DM 291,67	DM 5 250.-	DM 437,50

*) Hierbei wird davon ausgegangen, daß für den Bausparvertrag nur die Mindestleistungen erbracht werden. Durch jederzeit mögliche Sonderleistungen, die schon im Hinblick auf die steuerlichen Begünstigungen in Erwägung zu ziehen sind, kann die Laufzeit des Zwischenkredites bzw. Bauspardarlehens abgekürzt werden.



Arzthaus in Mittelfranken

Architekten:
Popp u. Süß, München



Erdgeschoss:

- | | | |
|---|----------------------------|---------------------|
| 1. Garage | 8. Wohnungseingang | 16. Wirtschaftsraum |
| 2. Patienteneingang | 9. Windfang | 17. Freisitz |
| 3. Flur | 10. Garderobe und Toilette | 18. Schlafflur |
| 4. Wartezimmer | 11. Diele | 19. Ankleideraum |
| 5. Sprechzimmer | 12. Wohnzimmer | 20. Bad |
| 6. Behandlungs- und Bestrahlungsraum | 13. Essplatz | 21. Schlafzimmer |
| 7. Arbeitszimmer und zweites Sprechzimmer | 14. Küche | 22. Bibliothek |
| | 15. Speisekammer | 23. Balkon |

RECORSAN®

RECORSAN-LIQUID

zur Crataegus - Kombinationstherapie des Altersherzens

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

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

Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung

Vom 13. bis 15. Oktober 1961 fand unter dem Präsidium von Prof. Dr. D. Jahn der 27. Fortbildungskurs des Regensburger Kollegiums für ärztliche Fortbildung im Auftrag der Bayer. Landesärztekammer statt. Die Veranstaltung begann mit dem Empfang der Vortragenden und Kursteilnehmer durch den Oberbürgermeister der Stadt Regensburg im historischen Reichssaal des Alten Rathauses. Den Festvortrag hielt Prof. Dr. H. J. Schoeps, Universität Erlangen, über das Wandelbare und Ewige im Menschen. Prof. Schoeps setzte sich mit Fragen auseinander, die zum ewigen Bestand des menschlichen Wesens gehören, wer bin ich, wo komme ich her, wo gehöre ich hin und wie ist es um mich selbst bestellt.

Zu Beginn des Kurses begrüßte Prof. Dr. Jahn die Teilnehmer und Vortragenden aus dem In- und Ausland und bedauerte sehr, daß es den Kollegen aus der Sowjetzone jetzt nicht mehr möglich ist, an den Regensburger Fortbildungskursen teilzunehmen. Prof. Jahn führte weiter aus, daß das Regensburger Kollegium die erste Initiative zur ärztlichen Fortbildung nach 1945 ergriffen hat. Eine Vereinbarung mit der Landesärztekammer war die Grundlage der Veranstaltungen. Die Zusammenarbeit der Standesorganisation mit den Universitäten hat sich als wirksamste Organisation der Fortbildung gezeigt. Es wird gefordert, daß diese Form der ärztlichen Fortbildung erhalten bleibt. Das Fortbildungswesen muß von den bewährten Prinzipien der Universitäten getragen werden, denn die Programmgestaltung erfordert eine akademische Freiheit in der Berufung der Referenten.

Drei Hauptthemen wurden behandelt:

Polyneuritis

Das morphologische Bild der Erkrankung peripherer Nerven entwarf Prof. Dr. W. Krücke, Direktor des Max-Planck-Instituts für Hirnforschung — Neuropathologische Abteilung, Frankfurt/Main. Mit der Diagnose und Differentialdiagnose der Polyneuropathie setzte sich Prof. Dr. Bannwarth, Chefarzt der Neurologischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses rechts der Isar, München, auseinander. Die Polyneuropathie ist ein Syndrom. Klinisch ist klar zu unterscheiden zwischen entzündlicher Polyneuritis und Polyneuropathien, welche von toxischen oder vasculären Veränderungen im peripheren Nervensystem ausgehen.

Prof. Dr. Pette, Hamburg, der Nestor der deutschen Neurologen, berichtete über Fortschritte in der Erkennung der Pathogenese der Polyneuritis. Er konnte zeigen, daß der Krankheit ein allergisches Geschehen zugrunde liegt. Die therapeutischen Möglichkeiten in der Behandlung der verschiedenen Krankheitsbilder von Polyneuritis und Polyneuropathie wurden von Prof. Dr. Erbslöh, München, besprochen. Die Therapie



Oberbürgermeister Schlichtinger im Gespräch mit Prof. Dr. Schoeps, Erlangen (li.) u. Prof. Öbrink, Uppsala (re.)

der Polyneuritis gehört zu den dankbarsten Aufgaben des Neurologen. Sie hat ihre Grundlage in der ungenügenden Regenerationsfähigkeit des peripheren Nervengewebes und der Skelettmuskulatur. Vor Beginn der Behandlung sind die Ursachen festzustellen und auszuschalten. Neben übermäßigem Alkoholgenuß sind vor allem Infektionskrankheiten, allergische Vorgänge, Vergiftungen und Kreislaufstörungen zu nennen. Wesentlich ist die rechtzeitige Behandlung von Frühkomplikationen am Herzen und Kreislaufsystem. Prof. Dr. Schaltenbrand, Würzburg, referierte über das Krankheitsbild der serösen Polyneuritis. Es fällt auf, daß sich bei dieser Erkrankung häufig Herde an Mandeln, Zähnen, Gallenblase und den Harnwegen finden. Starke körperliche Belastung, Kälteeinwirkung, Alkoholismus und Begleiterkrankungen wie Tuberkulose bestimmen den Verlauf der Krankheit.

Mit Entstehung, Verlauf und Prognose infektiöser Polyneuritiden befaßte sich Prof. Dr. H. H. Wieck, Köln-Lindenthal. Unter den Infektionskrankheiten, die von einer Polyneuritis begleitet sein können, ist die Diphtherie hervorzuheben. Das Toxin der Diphtheriebakterien kann zu schweren Lähmungen und Sensibilitätsausfällen führen.

Dozent Dr. Mertens, Hamburg-Eppendorf, referierte über toxische Neuropathien mit besonderer Berücksichtigung von Therapieschäden. Neben der toxischen Wirkung des Alkohols, des Thalliums, des Arsens, des Tricresylphosphat sind auch einige Arzneimittel, wie Streptomycin, Isonicotinsäurehydracid und in letzter Zeit besonders das Schlafmittel Contergan, zu nennen. Die Erkrankung äußert sich zunächst nur durch Krib-



Mallebrin

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



Prof. Dr. Jahn bei der Eröffnung der pharmazeutischen Ausstellung. · Oberbürgermeister Schlichtinger, Prof. Baur, Dr. von Velasco.

bela in den Fingern. Bei weiterer Zufuhr der Substanz treten schwer zu beeinflussende brennende Schmerzen an Händen und Füßen auf. Unter den Erkrankten finden sich nicht selten Zuckerkranken und Alkoholiker. Eine gewisse Disposition für das Entstehen der Erkrankung ist offenbar gegeben. Es ist überraschend, daß dieses Schlafmittel an sich wenig giftig und z. B. für einen Selbstmordversuch ungeeignet ist. Wegen dieser guten Eigenschaft sollte man das Präparat vielleicht nicht fallen lassen, sondern seine Anwendung einschränken, das heißt Zuckerkranken, Alkoholikern, Lungenkranken und anderen gefährdeten Personen seine Einnahme verbieten.

Prof. Dr. H. Kalm, Chefarzt der Neurologischen Klinik der Städtischen Krankenanstalten Dortmund, befaßte sich mit dem Gefäßfaktor bei der Polyneuropathie.

2. Hauptthema:

Magen- und Duodenalerkrankungen

Mit den pathologisch-anatomischen Befunden und den Theorien der Gastritis- und Ulcusentstehung setzte sich Prof. Dr. Kucsko, Wien, auseinander. Die Entstehung der Magenschleimhauterosion und des Ulcus ist an die Einwirkung des Magensaftes gebunden. Sie können deshalb nur an jenen Stellen auftreten, die der Ätzwirkung des Magensaftes zugänglich sind. Da aber vollvitalen Gewebe niemals der verdauenden Wirkung des Magensaftes anheimfällt, so kann der Magensaft nicht — auch wenn er überwertig ist — zur Andauung der gesunden gastrointestinalen Schleimhaut führen. Zur Geschwürsentstehung ist die unabdingbare Voraussetzung, daß zuerst eine örtliche Schädigung alle normal vorhandenen Schutzvorrichtungen gegen eine Andauung zum Zusammenbruch bringt. Erst dann ist eine Situation geschaffen, die es dem Magensaft erlaubt, an dem nunmehr devitalisierten Gewebe seine Wirkung zu entfalten. Weder Gastritis erosiva noch das akute Geschwür sind ein selbständiges auf ein

Organ beschränktes Leiden, sondern vielmehr nur ein Teilereignis im Rahmen der gleichen Störung des neurohormonalen Steuerungsmechanismus. Causalgenetisch gesehen, ist das peptische akute Geschwür nur die monotone, stets gleichbleibende Reaktionsform des Magens und des Duodenums auf die Katastrophe des Zusammenbruchs der neurohormonalen Steuerung. Wird nur der nach Bykow-Kurzin an der Großhirnrinde, nach Selye am Diencephalon angreifende Reiz zu einem Dauerzustand oder gehen im Sinne von Bykow-Kurzin von dem geschädigten Organ in weiterer Folge enterorezeptive Dauerimpulse zentripetal zur Großhirnrinde und setzen sie so außer Funktion, so ist die Voraussetzung geschaffen, die der Heilung eines akuten Geschwürs entgegensteht und seine Überführung in das chronische Stadium verständlich erscheinen läßt.

Prof. Dr. Öbrink, Direktor des Physiologischen Instituts der Universität Uppsala in Schweden, erörterte pathophysiologische Gesichtspunkte zu den funktionellen Erkrankungen von Magen und Duodenum.

Prof. Dr. K. Greeff, Direktor des Pharmakologischen Instituts der Medizinischen Akademie Düsseldorf, berichtete über die pharmakologische Beeinflussung motorischer und sekretorischer Magenfunktionen. Die Motorik kann durch Spasmolytika, Atropin und Ganglienblocker beeinflusst werden. Eine Methode, um die Sekretion einzuschränken, gibt es heute noch nicht. Die überschüssige Salzsäure muß deshalb neutralisiert werden. Natrium bicarbonicum ist wenig geeignet, da es den Magen zu vermehrter Säureproduktion anregt. Am besten bewährt haben sich Aluminiumhydroxyd und Natrium-Aluminium-Silicat. Die Substanzen neutralisieren die zuviel gebildete Magensäure und bilden gleichzeitig einen Schutzfilm über der Schleimhaut.

Die Gastritisprobleme im Blick neuer diagnostischer und therapeutischer Erkenntnisse wurden von Dozent Dr. Heinkel, Medizinische Universitätsklinik Erlangen, besprochen. Die Saugbiopsie erlaubt es, ohne Schmerzen oder Risiko für den Patienten, ein kleines Stück der Magenschleimhaut zu entnehmen und mikroskopisch zu untersuchen. Die Methode hat unsere Erkenntnisse zur Problematik der Magenschleimhautentzündungen wesentlich bereichert.

Da Dr. Hafter, Zürich, wegen einer Erkrankung sein Referat über das Ulcus von Magen und Duodenum als örtliche Erkrankung und Ausdruck allgemein körperlicher Situation nicht halten konnte, nahm Prof. Dr. Jahn, Nürnberg, selbst Stellung zu diesen Fragen. Mit dem Ulcus tritt uns die Ganzheit des Menschen am deutlichsten entgegen. Bei keiner anderen Erkrankung stehen die psychosomatischen Probleme so sehr im Vordergrund. Der Zusammenhang zwischen Geschwürsentstehung und Lebererkrankungen wurde anhand tierexperimenteller Untersuchungen und eigener Er-

Gute Verträglichkeit
Gute Wirkung



Muster u. Literatur
auf Anforderung

Analgeticum · Antineuralgicum

Streemot

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

fahrungen am Krankenbett aufgezeigt. Ein frisches Magengeschwür heilt unter Ruhigstellung und diätetischen Maßnahmen in 80% der Fälle aus. Das größere Problem der Geschwürkrankheiten ist die Rückfallneigung. Bei diesen Patienten liegt eine Störung im hormonellen System vor, wobei Hypophyse, Schilddrüse, Nebenschilddrüsen und Nebennierenrinde beteiligt sind.

Mit hervorragenden Röntgenbildern konnte Prof. Dr. R. Prévôt, Direktor des Strahleninstituts der Universität Hamburg, zeigen, daß die Röntgenuntersuchung bei bestimmten Formen der Gastritis, trotz Gastroskopie und Saugbiopsie, nicht an Bedeutung verloren hat. Abschließend äußerten sich noch zwei Chirurgen, Prof. Dr. Gütgemann, Bonn, und Prof. Dr. Lindenschmidt, Hamburg, zum Thema. Das frische Magengeschwür sollte zunächst durch eine konservative Kur behandelt werden. Das chronische Geschwür, ein wiederholt blutendes oder maligne entartetes Geschwür, müssen operiert werden. Wesentlich für einen guten Operationserfolg erscheint eine sachgemäße Vorbereitung und eine sorgfältige Nachbehandlung über lange Zeit. Über die Bedeutung extragastraler Störungen für Magen- und Duodenalerkrankungen und ihre therapeutische Auswertung sprach Prof. Dr. Kuhlmann im Rahmen der Diskussion.

3. Hauptthema:

Hypertonie und Atherosklerose

Über Begriffsbestimmung und Fortschritte in der Morphologie von Hypertonie und Atherosklerose sprach Prof. Dr. H. Bredt, Direktor des Pathologisch-anatomischen Instituts der Universität Mainz. Der Vortragende konnte zeigen, daß durch die Arteriosklerose älteste phylogenetische Mechanismen, die Trophik und Haemodynamik, fehlgeleitet und fehlgenützt werden und daß erst das Zusammenwirken beider Gruppen das Vollbild der Krankheit herbeiführt. Wenn aber ein Krankheitsmechanismus so sehr phylogenetisch verankert ist, dann ist seine Begriffsbestimmung nur möglich, wenn der einzelne Mensch als historisches Wesen in all seinen Beziehungen zu Art, Alter, Geschlecht, Konstitution und individueller Anamnese ständig mitgedacht wird.

Über moderne Antihypertonica und die Grundsätze ihrer Anwendung referierte Prof. Dr. P. Holtz, Direktor des Pharmakologischen Instituts der Universität Frankfurt/Main. Es wurden tatsächlich neue und wirkungsvolle Möglichkeiten der Hypertoniebehandlung aufgezeigt. Ihre Wiedergabe ist in einem kurzen Referat nicht möglich, es wird deshalb auf das „Regensburger Jahrbuch für ärztliche Fortbildung“, in dem alle Vorträge zum Abdruck kommen, verwiesen.

Prof. Dr. Wollheim, Direktor der Medizinischen Universitätsklinik Würzburg, klassifizierte die Hypertonieformen nach praktischen und klinischen Gesichtspunkten. Über die essentielle Hypertonie in Diagnose, Beurteilung und Behandlung sprach Prof. Dr. F. Reubi,

Achtung! Steuern 1961!

Neben den Sonderausgaben können Sie u. a. für Beiträge zu Ihrer Altersversorgung zusätzlich 500 DM, bei Zusammenveranlagung von Ehegatten 1000 DM voll abzählen!

Nützen Sie diesen Steuervorteil für Zusatzzahlungen in die Bayer. Ärzteversicherung

zu Ihrer Sicherung im Alter
und
zur Sicherung Ihrer Familie!

Beachten Sie bitte den Aufsatz auf Seite 403 dieses Heftes.

Direktor der Medizinischen Poliklinik Bern. Die Blutdrucksenkung kann auf verschiedenen Wegen erfolgen. Die Bedeutung der Ruhe, Psychotherapie und medikamentöser Beruhigung, diätetischer Maßnahmen, chirurgischer Eingriffe und blutdrucksenkender Medikamente, wurde diskutiert.

Über den Hypertonus der Nierenkranken und seine Behandlung berichtete Privatdozent Dr. J. Schirmeister, Medizinische Universitätsklinik Freiburg i. Br. Über das Verhalten von Herz und Kreislauf bei Hypertonie und Atherosklerose gab Prof. Dr. K. Matthes, Direktor der Medizinischen Universitätsklinik Heidelberg, einen Überblick. Die Klinik der Atherosklerose, ihre Beurteilung und die Möglichkeiten ihrer Behandlung wurde von Prof. Dr. Schettler, Direktor der II. Medizinischen Klinik und Poliklinik der Freien Universität Berlin, behandelt. Über die allgemeine Therapie von Hypertonie und Atherosklerose im Hinblick auf die Probleme der Geriatrie referierte Prof. Dr. Nöcker, Chefarzt der Medizinischen Klinik im Städtischen Krankenhaus Leverkusen. Die Physiosklerose ist zunächst von der Arteriosklerose als Krankheit abzutrennen. Bei ungünstigen Umweltbedingungen kann die Physiosklerose zu einer echten Arteriosklerose werden. Unter den Zivilisationsschäden sind schlechte Ernährungsgewohnheiten mit fettreicher Kost und übermäßiger Gebrauch von Genußmitteln, mangelnde körperliche Bewegung und dauernde psychische Überlastung zu nennen. Die Kenntnis dieser Faktoren zeigte einen Weg zur Vorbeugung und Behandlung der Arteriosklerose auf. Die Kost sollte mäßig, gerade den Bedürfnissen entsprechend, fettarm und kochsalzarm sein. Eiweiß, Kohlehydrate, Obst und Gemüse verdienen den Vorzug.

Der Präsident der brasilianischen Gesellschaft für Cardiologie und Geriatrie, Dr. Leszek, sprach zur Diskussion. Die Situation in der Behandlung der Arteriosklerose entspricht heute der Diabetestherapie vor Einführung des Insulins. Diätetische Maßnahmen stehen deshalb im Vordergrund. Dr. Leszek äußerte

Strophadenyl

TROPFEN

Dr. Georg Henning

CHEM. PHARM. WERK GMBH. BERLIN-TEMPELHOF (WEST)



für die ambulante
Herztherapie

sich anerkennend über den Stand der deutschen Wissenschaften. Er beglückwünschte das Regensburger Kollegium zu seiner Fortbildungsarbeit und betonte, wie groß das Interesse der brasilianischen Ärzte an deutschen wissenschaftlichen Arbeiten sei. Dr. Ruhl

Die Deutsche Gesellschaft für Geschichte der Medizin, Naturwissenschaft und Technik hielt ihre 44. Tagung in Augsburg und anschließend in München ab. Ein großer, sehr interessierter Kreis aus dem In- und Ausland hatte sich zusammengefunden, um die auf hohem Niveau befindlichen Vorträge zu hören und selbst in der Diskussion wertvolle Beiträge zu geben. Der Vorsitzende der Gesellschaft, Prof. Dr. Bernhard Sticker, der Leiter des Institutes für Geschichte der Naturwissenschaften in Hamburg, behandelte im Eröffnungsvortrag „Bestand und Wandel im Rückblick auf 60 Jahre Wissenschaftsgeschichte“. Von den zahlreichen Vorträgen seien nur erwähnt: „Augsburger Instrumentenmacher des 16. bis 18. Jahrhunderts (Bo-

vinger, Augsburg), „Antoni Braun, ein mathematischer Instrumentenmacher und Opticus aus Schwaben am Kaiserhof in Wien“ (Maria Habacher, Wien), „Lehrsektionen für Barbierchirurgen in Augsburg zu Beginn des 18. Jahrhunderts“ (Stürzbecher, Berlin), „St. Leonhard als Krankheitspatron“ (Clemens Böhne, Fürstfeldbruck), „Die Rolle von Idee und Technik in der Geschichte der Anatomie“ (Prof. Herrlinger, Würzburg), „Zeiteinflüsse in der Pharmakologie des 16. bis 19. Jahrhunderts“ (Prof. Rath, Bonn), „Der Stilwechsel am chirurgischen Instrument im Laufe der Jahrhunderte“ (P. F. C. Wille, Hannover), „Aus der Frühgeschichte der Polarisationsapparate“ (Rösch, Wetzlar), „Der Einfluß von Ärzten auf die technische Entwicklung von Röntgenapparaten für diagnostische Zwecke“ (Goerke, Berlin). Leider konnten weder Vortragende noch sonstige Teilnehmer aus der sowjetischen Besatzungszone durch die politischen Maßnahmen derselben bei dieser bedeutsamen wissenschaftlichen, völlig unpolitischen Tagung erscheinen. K-g.

Geh. Hofrat Prof. Dr. Ludwig Seitz †



Einer der hervorragendsten Vertreter der Frauenheilkunde, Geheimer Hofrat Professor Dr. med., Dr. phil. h. c., Dr. rer. nat. h. c. Ludwig Seitz, starb im 90. Lebensjahre in seinem Geburtsort Pfaffenhofen a. d. Roth.

Er war am 24. Mai 1872 geboren. Nach dem Studium an den Universitäten München, Heidelberg und Berlin erhielt er in München im Jahre 1898 die Approbation. Hier promovierte er im gleichen Jahre. Anschließend war Seitz vorerst am Orthopädischen Ambulatorium der Münchner Chirurgischen Univ.-Klinik, sodann 1898/99 am Städtischen Krankenhaus in Augsburg tätig. 1899 kam er an die Univ.-Frauenklinik in München, wo er unter den berühmten Gynaekologen Franz von Winckel und Albert Döderlein als Assistent bzw. Oberarzt wirkte. 1903 habilitierte er sich hier. Schon 1910 wurde er, 38 Jahre alt, Ordinarius und Direktor der Univ.-Frauenklinik und der Hebammenschule in Erlangen. Von hier gingen zusammen mit Wintz (seinem späteren Nachfolger) wesentliche Impulse für die Behandlung mit Röntgen- und Radiumstrahlen aus.

Eine Vielzahl von Röntgenapparaten war damals der Klinik für ihre wertvollen Arbeiten zur Verfügung gestellt worden. In zahlreichen Arbeiten konnten wichtige und entscheidende Fragen der Klärung zugeführt werden. Gemeinsam mit Wintz erschien sodann 1920 die grundlegende Arbeit „Unsere Methode der Röntgentiefentherapie“.

Schon zu einer Zeit, als man noch nicht wußte, welche überragende Bedeutung die gynaekologische Endokrinologie erringen wird, befaßte sich Seitz mit einschlägigen Arbeiten. Auf dem Gynaekologen-Kongreß im Jahre 1913 in Halle fand sein Referat „Schwangerschaft und innere Sekretion“ größte Beachtung. Der Kongreß in Berlin (1920) brachte sein Referat (mit Wintz) über die Röntgenbestrahlung der Carcinome.

Im Jahre 1921 folgte Seitz der Berufung als Direktor der Univ.-Frauenklinik in Frankfurt/Main, wo er bis zu seiner Emeritierung im Jahre 1938 wirkte. Als Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gynaekologie leitete er den Gynaekologen-Kongreß in Frankfurt im Jahre 1931. Auf der Wiener Tagung der Gesellschaft (1941) sprach er über „Geschlechtliche Konstitution und geschlechtliche Hormone“. Aus der Fülle seiner tieferschürfenden wissenschaftlichen Arbeiten seien nur seine Beiträge in Winkels Handbuch der Geburtshilfe, in Döderleins Handbuch der Geburtshilfe, in Stoeckels Lehrbuch der Geburtshilfe, in Rieder und Rosenthals Lehrbuch der Röntgenkunde, in Hans Meyers Lehrbuch der Strahlentherapie, in Opitz' Handbuch der Frauenheilkunde erwähnt. Seitz war Herausgeber des vielbändigen Handbuchs der Biologie und Pathologie des Weibes (in der 1. Auflage gemeinsam mit Halban, bei der 2. Auflage mit Amreich). Er war Mitherausgeber der „Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie“.

Zahlreiche Ehrungen wurden Geheimrat Seitz zuteil. So wurde er Ehrenpräsident der Deutschen Gesellschaft für Gynaekologie. Er war Ehrenbürger und Ehrensensator der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität in Frankfurt/Main. Das Ehrendoktorat für Philosophie und jenes für Naturwissenschaften wurde ihm verliehen.

Er war eine in jeder Weise verehrungswürdige Gestalt. Mit seinem Tode hat die deutsche Ärzteschaft einen ihrer wertvollsten Angehörigen verloren, einen Mann, dessen Wirken in seinen Werken Zeugnis gibt von seinem großen Anteil an dem Aufbau der modernen Geburtshilfe und Gynaekologie.

Dr. Koerting

Zur Fortbildung · AUS DER KLINIK — FÜR DIE PRAXIS

Augenverletzungen

In Mitteleuropa sind etwa 20% aller Erblindungen durch Verletzungsfolgen hervorgerufen. Da sich das Schicksal eines verletzten Auges oft bereits innerhalb weniger Stunden entscheidet, muß jeder Arzt über die Voraussetzungen für eine sachgemäße Entscheidung über die therapeutischen Maßnahmen verfügen.

Verfasser unterscheidet oberflächliche, durchbohrende und stumpfe Verletzungen des Bulbus, Verätzungen und Verbrennungen. Von den oberflächlichen Verletzungen sind von praktischer Bedeutung insbesondere Fremdkörper an der Bulbusoberfläche und Erosionen der Hornhaut. Fremdkörper, die an der Bindehaut oder der Hornhaut haften bleiben oder oberflächlich eingesprengt werden, können mechanisch oder auch chemisch reizen und Eintrittspforten für bakterielle oder Virusinfektionen bilden.

Erosionen der Hornhaut verursachen Schmerzen, Lichtscheu, Tränenfluß, ziliare Injektion des Bulbus. Erkennung am besten nach Einträufeln von 2%iger Lösung von Fluoreszin-Natrium. Der Erosionsbezirk färbt sich dann grün.

Durchbohrende Verletzungen durch spitze Gegenstände (Messer, Schere, Nadel usw.) sowie durch Splitter.

Fremdkörper können intraocular oder bei doppelter Perforation auch in der Orbita liegen. Perforierende Verletzungen sind oft nicht leicht erkennbar. Deutliche Zeichen dafür sind Hornhaut- und Lederhautwunden, insbesondere wenn sie mit dem Verlauf der Iris oder der Uvea, mit Austritt von Linsenmassen oder mit fadenziehendem Glaskörper verbunden sind. Der Verfasser erläutert dann die Diagnose der Perforationsverletzung.

Kontusionen: Diese werden durch direkte oder indirekte Einwirkung von stumpfer Gewalt hervorgerufen, am häufigsten durch Wurfverletzungen. Zum klinischen Bild gehören: Lidhämatome, Bluterguß, subkonjunktivale Blutungen, retrobulbäre Hämatome mit Exophthalmus, Hornhauterosionen, Blutungen in die Vorderkammer, Abriß der Iris, Risse im Sphincter pupillae, Verlagerung der Linse, Kontusionsstarre, Blutungen in den Glaskörper oder Augenhintergrund, Adernhautrisse, Commotio retinae, Optikusläsionen. Bei schwerer Kontusion (Eindringen grober, spitzer Gegenstände in die Orbita mit großer Gewalt, z. B. Stoß durch Rinderhorn, Skistockverletzung) entstehen von der Bindehaut gedeckte oder offene Lederhautrepturen mit schweren intraocularen Blutungen, Uvea- und Glaskörperverfall, Linsenluxation. Bei Schädeltraumen besteht die Gefahr einer

partiellen oder totalen Optikusatrophie. Sehnervenverletzungen werden insbesondere nach scheinbar harmlosem Sturz mit Krafträdern beobachtet.

Verätzungen durch Kalk, ätzende Chemikalien, Kosmetika, Tintenstift. Betroffen sind meist die Haut der Lider, die Bindehaut und Hornhaut. Es sind alle Übergänge von harmloser Conjunktivitis bis zu schwersten nekrotisierenden Formen zu finden. Bei Verbrennungen sind analoge Verhältnisse.

Therapie bei oberflächlichen Fremdkörpern: was durch Lidschlag oder Tränen nicht hinausbefördert wird, haftet meist an der Innenseite des Oberlides: Dann das Oberlid umstülpen, Fremdkörper mit feuchtem Wattetupfer entfernen.

Therapie bei Fremdkörpern an der Hornhautoberfläche: Tropfen-Anaesthetie mit 3%igem Kokain, 1%igem Pantokain oder 0,4%igem Novesin, dann fortspülen oder fortwischen. Eingesprengte Fremdkörper unter Lupenbetrachtung mit Fremdkörpernadel entfernen. Danach ein Tropfen Orivin oder Visadron.

Besteht eine Hornhauterosion, dann wegen der Gefahr einer bakteriellen Infektion prophylaktische Behandlung mit antibiotischen Mitteln oder Sulfonamiden und Verband, bis Hornhautoberfläche wieder geheilt ist.

Verletzungen im Bereich der Lider und der Tränenwege erfordern fachärztliche Behandlung. Personen mit perforierenden Augenverletzungen sind nach Anlegen eines sterilen Verbandes schnellstens in die nächste Augenklinik zu schaffen. Auch stumpfe Augenverletzungen erfordern stationäre Fachbehandlung.

Bei Verätzungen des Auges: erste Hilfe durch Spülen des Bindehautsackes mit Wasser, am besten mit einer Spritze, deren Ansatz in die Lidspalte eingeführt wird. Jeden Fremdkörper mit Wattebausch entfernen. Anaesthetica sind wegen der vorhandenen Gewebsschädigung unzweckmäßig. Nach der ersten Hilfe ist sofortige fachärztliche Behandlung zu veranlassen. Der Verfasser erörtert dann nach Darstellung des Verlaufes die Prognose der verschiedenen Augenverletzungen und die prophylaktischen Maßnahmen. Er nennt dabei insbesondere Verletzungen bei Kindern (die Zahl schwerer Augenverletzungen ist bei Kindern sehr groß). Auch größere Kinder sollten zum Basteln nur Werkzeuge mit abgerundeten Ecken verwenden. Pfeile, Schleudern, Kinderrevolver und Wurfgeschosse bleiben gefährliche Spielzeuge. Tintenstifte gehören auch in der Schule nicht in die Hände von Kindern. Tragen von Schutzbrillen bei Arbeit, die die

Pepsaldra®
Pepsin-Salzsäure-Dragees

Pepsaldra®
compositum

gegen Subacidität,
Achylie und Dyspepsie

Original-
Packungen
zu 45 Stück
u. 125 Stück

Fabrik
pharmazeutischer
Präparate



Karl Engelhard
Frankfurt a. M.

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

Original-
Packungen
zu 40 Stück
u. 100 Stück

Augen gefährdet, Enthornung der Rinder, Sturzhelm für Motorradfahrer und Sicherheitsgurte für Autofahrer sind unbedingt erforderlich.

K. Hruby, Univ.-Augenklinik, Graz (Vorstand: Prof. Dr. med. K. Hruby), „Augenverletzungen“. Med. Klinik Nr. 39 vom 29. 9. 1961, S. 1653.

Singultus

Beim Singultus handelt es sich um einen pathologischen Atemtyp, der durch eine Störung in der zentralen Atemregulation zustande kommt. Beim Menschen tritt er am häufigsten im Säuglingsalter auf. Als symptomatischer Singultus ist er eine Begleiterscheinung von Erkrankungen im Bereiche des Hirnstammes sowie bei Affektionen der Brust- und oberen Bauchorgane. Sehr häufig sind zentrale und periphere Störungen gemeinsam am Zustandekommen des symptomatischen Singultus beteiligt (Singultus im Anschluß an die Nahrungsaufnahme bei Hirnstamm-erkrankungen, Störung der höheren Anteile des Atemzentrums durch die narkotisierende Wirkung erheblichen Alkoholgenusses und verstärkter peripherer Reize durch den gefüllten Magen).

Die Therapie muß daher zwei Ziele haben: Förderung der zentralen Erregung und periphere Dämpfung. Ersteres wird oft bereits durch das schon vielfach geübte Luftanhalten erreicht. Dabei ist weniger die Ruhigstellung des Zwerchfelles als vielmehr die Anreicherung des Blutes mit CO₂ von Bedeutung. Der Verfasser weist auf die Erfahrungen der Chirurgen hin, daß ein Singultus während einer Operation durch CO₂-Atmung beseitigt werden kann. Zur Förderung der zentralen Erregung kommen in Frage: Lobelin und Micoren.

Für den zweiten Teil — die Dämpfung der peripheren Erregung — hat sich dem Verfasser Novalgin bewährt. In schweren Fällen wurde Lobelin 0.003 zusammen mit Novalgin 5.0 teils zusammen i. v., teils auch Lobelin subcutan verabreicht. In leichteren Fällen sind Micoren-Kapseln vorzuziehen, die mit 30 Tropfen Novalgin gegeben wurden.

Dr. E.-G. Hultsch, Dr. J. Hartmann, Universitätsnervenklinik Göttingen, Münchner Medizinische Wochenschrift 40/61, S. 1916.

AUS DER BUNDESPOLITIK

Tagung leitender Medizinalbeamter zur Impfung gegen die Kinderlähmung

In Bad Ems fand am 26. und 27. 10. eine Arbeitstagung der leitenden Medizinalbeamten der Länder unter dem Vorsitz von Min.-Rat Dr. Mayer, Stuttgart, statt. Als Gesprächspartner nahmen Vertreter des Innenministeriums und des Bundesgesundheitsamtes Berlin teil.

Auf dem Tagungsplan stand als Hauptthema die von der deutschen Bevölkerung so stark vernachlässigte Impfung gegen die Kinderlähmung.

Während in anderen Staaten eine Impfbeteiligung bis zu 70% erreicht wird, gilt die Bundesrepublik mit einem Durchschnitt durch alle Altersgruppen von 3,6% als ausgesprochen „impfmüde“.

In Anlehnung an das Votum des Bundesgesundheitsrates vom 24. 10. 1961 beschäftigte man sich vor allem eingehend mit der geplanten Einführung der Schluckimpfung, deren einfache Anwendungsmethode vielleicht zu einer Erhöhung der Impfquote führen könnte. Allerdings dient sie nur der Bekämpfung der Erkrankungen, die durch die Erregertypen I und II hervorgerufen werden. Um auch eine Wirkung gegenüber der Infektion durch den 3. Typ von Erregern zu erzielen, ist zur Schaffung einer Grundimmunität weiterhin die Methode nach SALK zu empfehlen. Die Schluckimpfung soll deshalb nur in Gegenden durchgeführt werden, in denen mit periodischem oder (und) sehr starkem Auftreten zu rechnen ist.

Die Schluckimpfung, für deren Durchführung die Impfstoffe in Amerika auf Abruf bereitstehen, hängt im wesentlichen von drei Punkten ab:

1. Von der Festlegung einer geeigneten Impfzeit. Virologisch am geeignetsten erscheinen hierfür die Monate Februar und März, da dann die Vorjahrserkrankungen als beendet anzusehen sind und neue Fälle nicht vor Mai — und auch das nur in Ausnahmefällen — zu erwarten sind.
2. Müssen noch organisatorische Fragen behandelt werden, z. B. die erforderliche Aufsicht und die Handhabung der bei uns besonders strengen Prüfungen bei der Durchführung der Impfung.
3. Da bei der Schluckimpfung lebende, abgeschwächte Erreger Verwendung finden, wodurch nicht nur der Personenkreis der Freiwilligen, sondern auch unbeteiligte Dritte mittelbar in die Impfung mit einbezogen werden können, müssen die in Betracht kommenden Rechtsfragen, vor allem der Art. 2 GG einer genauen Überprüfung unterzogen werden. Eine juristische Kommission, deren Zusammen-treten ab etwa 8. 11. auf dieser Tagung beschlossen wurde, wird zu entscheiden haben, ob eine jeweilige Ermächtigung der Länder zur Durchführung der Schluckimpfung erforderlich sein wird oder nicht. Die Eindämmung dieser folgenschweren Krankheit hängt aber im wesentlichen — und das war der Tenor der Emser Tagung — vom guten Willen der gesamten deutschen Bevölkerung ab, die sich ernsthaft auf ihre Pflichten gegenüber ihren Kindern und Mitmenschen besinnen muß.

DYSURGAL®

DYSURIE · REIZBLASE
DYSMENORRHOE

20 ccm DM 3.— o. U.

GALENKA Dr. HETTERICH · FURTH/B.

AUS DER LANDESPOLITIK

Landesgesundheitsrat für Schluckimpfung

Unter Bezugnahme auf einen Landtagsbeschuß vom 16. Mai 1961 hat der Bayerische Landesgesundheitsrat, wie sein Vorsitzender Dr. Rudolf Soening dem Landtag berichtete, folgenden Beschluß gefaßt:

„Der Bayerische Landesgesundheitsrat begrüßt die auf Grund des einstimmigen Landtagsbeschlusses vom 16. Mai 1961 durch die Bayerische Staatsregierung ergriffene Initiative, die Schluckimpfung in Bayern baldmöglichst einzuführen. Nach Kenntnisnahme und Anhören zahlreicher fachwissenschaftlicher Ausschüsse und Gremien steht der Landesgesundheitsrat auf dem Standpunkt, der Bayerischen Staatsregierung zu empfehlen, noch in diesem Jahr bzw. spätestens im Frühjahr 1962 mit der Schluckimpfung zu beginnen.“

Der Bayerische Staatsminister der Finanzen Dr. h. c. Rudolf Eberhard hielt zum Entwurf des Staatshaushaltes 1962 vor dem Bayerischen Landtag am 17. Oktober 1961 eine Rede, der wir folgendes entnehmen:

„Wie in meinen Haushaltsreden 1959 und 1960 und in meinen Ausführungen zum Nachtragshaushalt 1961 muß ich von den auf kulturellem Gebiet drängenden Aufgaben auch heute wieder die Förderung der Lehre und Forschung an unseren wissenschaftlichen Hochschulen in erster Linie nennen. Der Entschluß der beteiligten Ministerien, den Empfehlungen des Wissenschaftsrates zum Ausbau der wissenschaftlichen Hochschulen — vorgelegt im November 1960 — weitgehend zu entsprechen, hat in diesem Bereich, der bereits in der Regierungserklärung vom 17. Januar 1961 entsprechend herausgehoben wurde, mächtige Impulse gegeben. Ich darf daran erinnern, daß ich noch im Februar d. J. bei der Vorlage des Nachtragshaushalts 1961 ausführte, die Staatsregierung werde bei den Verhandlungen den Landtag um die grundsätzliche Zustimmung bitten, daß im Haushalt 1962 mindestens 20 Lehrstühle an den wissenschaftlichen Hochschulen neu geschaffen werden. Es ist nicht bei der Zahl 20 geblieben! Der Kultushaushalt 1962 sieht bei den wissenschaftlichen Hochschulen eine Mehrung um 70 Lehrstühle vor und ferner Stellenmehrungen für

Privatdozenten mit Vergütung	22
wissenschaftliche Assistenten und Oberassistenten	169
sonstige Beamte (einschließlich 31 Volontärassistenten)	123
Angestellte	1 056
Arbeiter	209.

Das bedeutet für unsere wissenschaftlichen Hochschulen eine Erhöhung des Personalsolls um insgesamt 1649 neue Stellen. Ich sage bewußt „des Personalsolls“, denn es wird teilweise nicht leicht sein, die erforderlichen qualifizierten Kräfte für diese Stellen zu gewinnen.

Die Bestrebungen für die Förderung der Studierenden, die Ihnen insbesondere unter dem Stichwort „Honnefer Modell“ bekannt sind, erfordern sehr erhebliche Beträge. Die Stipendienmittel, die u. a. auch für ausländische Studierende, nicht zuletzt für Studenten aus Entwicklungsländern, bestimmt sind, sollen von 6,9 Mio DM (1961) um rd. 3,8 Mio DM auf 10,7 Mio DM (1962) erhöht werden.

Aus der Fülle des Kultushaushalts greife ich noch einen weiteren Aufgabenbereich heraus, dem ebenfalls unser aller stärkstes Interesse gilt, der in den vergangenen Jahren in diesem Hohen Hause in zahlreichen Anträgen und Beschlüssen gewürdigt und der in der Regierungserklärung vom 17. Januar 1961 an bevorzugter Stelle mit Nachdruck angesprochen wurde — die Förderung des Sports. Die Staatsregierung hat im Juli 1961 der Öffentlichkeit einen — zunächst auf 5 Jahre abgestellten — Landes-sportplan vorgelegt, der die ernsthaften Bemühungen um diese wichtige Aufgabe deutlich erkennen läßt. Ich darf das Ausmaß unserer Bestrebungen noch mit wenigen Zahlen unterstreichen: Die Mittel für den Schulsport sollen von 1,7 Mio um 3,3 Mio auf 5 Mio DM, die Mittel für den Vereinssport sollen um über 2,5 Mio auf 8 Mio DM erhöht werden. Bei den Regierungen sind übrigens nunmehr 7 Stellen für hauptamtliche Fachberater für Leibeserziehung vorgesehen.

Lassen Sie mich im Anschluß an den Landes-sportplan noch auf zwei weitere wesentliche Initiativen der jetzigen Regierung kurz hinweisen, die im Haushalt 1962 ebenfalls ihren Niederschlag finden: es sind dies der Landesjugendplan und der Landesplan für Altenhilfe.

Für den Landesjugendplan ist eine weitere beträchtliche Erhöhung der Mittel vorgesehen. Zusätzlich zu einer bei den Stammansätzen der Einzelpläne vorgesehenen Aufstockung um rd. 1 Mio DM sollen die schwerpunktmäßig einzusetzenden Verstärkungsmittel von 2 Mio DM auf 4 Mio DM verdoppelt werden, so daß im Rechnungsjahr 1962 der Landesjugendplan ein Gesamtvolumen von fast 20 Mio DM erreichen wird. Das bedeutet gegenüber 1961 eine Erhöhung um mehr als 3 Mio DM. Im Rechnungsjahr 1962 sollen mit diesen Mitteln auf dem Gebiet der Jugendfürsorge insbesondere Anstalten, Einrichtungen und Vereine der Jugendwohlfahrt in verstärktem Um-

Jacosulfon ist die heilende Hand des Arztes

Beachten Sie

den beiliegenden Aufruf mit der Bitte um eine WEIHNACHTSSPENDE!

fang gefördert, die Erholungsverschickung gesundheitsgefährdeter Kinder und die Familienferienholung weiter intensiviert sowie die Errichtung von 2 Heimen für spastisch gelähmte Kinder bezuschußt werden. Im Bereich der Jugendpflege ist beabsichtigt, vor allem die Förderung von Jugendheimen einschließlich der Studentenwohnheime weiter voranzutreiben.

Ein besonderes Anliegen der Staatsregierung wird die Altersfürsorge sein. Die umwälzende Veränderung unserer Bevölkerungsstruktur und die Wandlung der gesellschaftlichen Situation der alten Menschen macht diese Frage zu einem Problem, das ohne die Mitwirkung des Staates nicht mehr gelöst werden kann. Zur Durchführung umfangreicher Abhilfemaßnahmen hat die Staatsregierung daher im Benehmen mit den Verbänden der öffentlichen und freien Wohlfahrt einen Landesplan für Altenhilfe erarbeitet. Er sieht den Neubau und die Erweiterung von Altersheimen, die Instandsetzung und Modernisierung bestehender Heime sowie Maßnahmen der offenen Altersfürsorge vor. Die Durchführung dieser Maßnahmen, deren Träger die öffentlichen und freien Wohlfahrtsverbände sein müssen, soll durch Gewährung von Zuschüssen und Ausreichung von Darlehen zu günstigen Bedingungen angeregt und gefördert werden.

Für das Rechnungsjahr 1962 hat die Staatsregierung zur ersten Deckung dieses Bedarfs Mittel in der Gesamthöhe von 5,2 Mio DM eingeplant. Mit diesem Betrag können die Errichtung von ca. 1000 neuen Altersheimplätzen gefördert und Finanzhilfen für die Instandsetzung und Modernisierung bestehender Altersheime gewährt werden.“

Die Koalitionsparteien (CSU, GDP, FDP) haben im Bayer. Landtag folgenden Antrag eingebracht:

Die Staatsregierung wird ersucht, im Haushalt 1962 zur verstärkten Förderung des Baues von Krankenhäusern den Finanzausgleich in der Weise zu verbessern, daß

- Darlehen in Höhe von 20 Mill. DM in Zuschüsse umgewandelt und damit Zuschüsse gem. Art. 10 FAG von 18 Mill. DM in 1961 auf 50 Mill. DM in 1962 angehoben werden,
- die restlichen Darlehen zu noch günstigeren Bedingungen gegeben werden.

Durch die zu erwartende Annahme dieses Antrages durch den Bayer. Landtag würde eine große finanzielle Hilfe zur Förderung des Krankenhauswesens in Bayern geleistet werden.

Zum Jugendarbeitsschutzgesetz

Der Landtagsabgeordnete Dr. Soenning hat folgende schriftliche Anfrage an den Herrn Arbeitsminister gerichtet:

Nach § 53,2 des Jugendarbeitsschutzgesetzes können die Landesregierungen durch Rechtsverordnungen Pauschbeträge für die Kosten der ärztlichen Untersuchungen im Rahmen der geltenden Gebührenordnungen, d. h. der Preugo, festsetzen. Auf einer Konferenz der zuständigen Länderressorts ist eine Abgeltung der ärztlichen Leistungen mit DM 20.— je Untersuchung in Aussicht genommen worden. Dieser Satz von DM 20.— liegt aber außerhalb des Rahmens der Preugo, dessen Einhaltung das Gesetz in § 53 vorschreibt. Von weiten Teilen der freipraktizierenden Ärzteschaft, besonders der Bayer. Landesärztekammer und dem Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund), wird ein Satz von mindestens DM 30.— gefordert. Im Haushaltplan 1962 des Bayerischen Arbeitsministeriums sind für diesen Zweck nur 1,5 Millionen DM vorgesehen, so daß bei angenommenen 100 000 Untersuchungen nur DM 15.— für eine Untersuchung bezahlt werden würden.

Ich frage den Herrn Arbeitsminister, ob er bereit ist, eine Erhöhung des Ansatzes im Haushaltplan vorzuschlagen, der ausreicht, die berechnete Forderung der freipraktizierenden Ärzteschaft zu erfüllen.

Die Rechtsverordnung der Bayer. Staatsregierung, in welcher u. a. die Höhe des ärztlichen Honorars und die Regelung der Abrechnung festgelegt werden wird, dürfte erst etwa Mitte November erlassen werden. Bis zu diesem Zeitpunkt fehlen also auch weiterhin die notwendigen Voraussetzungen zur Durchführung der Untersuchungen.

Der Präsident der Bayer. Landesärztekammer, Herr Kollege Dr. Sewering, hatte am 23. 10. 61 noch einmal eine Unterredung mit dem Bayer. Staatsminister für Arbeit und soziale Fürsorge, in welcher er unsere Auffassungen über noch immer strittige Fragen bei der Durchführung dieses Gesetzes noch einmal eindringlich darlegte. Im Anschluß an diese Unterredung hat der Präsident der Landesärztekammer an den bayerischen Arbeitsminister folgenden Brief gerichtet:

„Sehr geehrter Herr Minister!

Für die mir gewährte Unterredung, bei welcher Fragen der Durchführung der ärztlichen Untersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz besprochen wurden, darf ich Ihnen verbindlich danken. Ich möchte die angesprochenen Fragen noch einmal zusammenfassen: Zur Honorierung der ärztlichen Untersuchungen habe ich mir erlaubt, Ihnen nochmals vorzutragen, daß die Ärzteschaft Ihre Forderung auf ein Honorar in Höhe von DM 30.— nach wie vor aufrechterhält und der Überzeugung ist,

Cor-Vel

Herzsalbe

bei Herzneurose, Angina pectoris und im Klimakterium

daß der Umfang der geforderten Leistung, die Zeit, welche darauf verwendet werden muß, die Tatsache, daß solche Untersuchungen nur außerhalb der Sprechstunde durchgeführt werden können und die Verantwortung, die mit dem ärztlichen Urteil verbunden ist, ein solches Honorar — ganz abgesehen von den Ziffern der Gebührenordnung — rechtfertigen.

Des weiteren habe ich darauf hingewiesen, daß nach unserer Überzeugung die reibungslose Durchführung der Untersuchungen nur dann gewährleistet ist, wenn die Ärzte selbst mit allen vorgeschriebenen Formularen (abgesehen vom Untersuchungs-berechtigungsschein) versorgt werden und nicht gezwungen sind, für jeden einzelnen Fall sich solche von irgendeiner ihnen zunächst nicht bekannten Stelle beschaffen zu müssen. Die Bayerische Landesärztekammer erklärte sich schon früher bereit, ihren Beitrag zur Durchführung des Gesetzes durch Beschaffung und Verteilung dieser Formulare zu leisten, wenn für die Ärzte eine angemessene Honorierung gewährleistet ist. Die augenblicklich vorgesehene Regelung, wonach die Ärzte nicht nur mit einem völlig unzureichenden Honorar von DM 20.— abgefunden werden sollen, sondern darüber hinaus mit diesem Betrag auch noch die Kosten der Formblätter und die Verwaltungskosten der Abrechnung abgegolten sein sollen, ist für uns unzumutbar und würde zur Folge haben, daß weder die Bayerische Landesärztekammer noch die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns bereit wären, auch nur im geringsten Umfange an der Durchführung des Gesetzes mitzuwirken.

Wir nehmen diesen harten Standpunkt nicht etwa deshalb ein, weil wir glauben, hier eine besonders günstige Gelegenheit zu haben, um materielle für die Ärzte möglichst viel herauszuholen, sondern ausschließlich deshalb, weil wir es nicht hinnehmen können, daß die geistige Leistung des Arztes, ohne die ein so wichtiges und für unsere Volksgesundheit bedeutendes Gesetz überhaupt nicht durchgeführt werden kann, in einer solch krassen Weise unter- und damit abgewertet wird. Ich darf ausdrücklich betonen, daß diese unsere Weigerung, an der reibungslosen Durchführung des Gesetzes mitzuwirken, nicht bedeutet, daß wir als Einzelärzte den Wunsch von Eltern, ihre Kinder zu untersuchen, ablehnen werden. Eine Boykottaufrufung an die Ärzte ergehen zu lassen, wurde von den verantwortlichen Vorständen der Landesorganisationen in Deutschland übereinstimmend abgelehnt. Es kann

uns aber nicht zugemutet werden, darüber hinausgehende Beiträge zu leisten unter Bedingungen, wie sie uns augenblicklich bekannt sind. Wir glauben demnach mit gutem Gewissen behaupten zu können, daß die Verantwortung dafür, wenn das Gesetz nicht in der gewünschten Form durchgeführt werden sollte, sicher nicht bei uns Ärzten liegt.

Ich wäre Ihnen, sehr geehrter Herr Staatsminister, außerordentlich dankbar, wenn Sie in der nächsten Kabinettsitzung der Bayerischen Staatsregierung und in der kommenden Konferenz der Arbeitsminister der Länder die angesprochenen Fragen nochmals zur Diskussion stellen könnten und danke Ihnen ausdrücklich und herzlich für das Verständnis, welches Sie unseren Argumenten entgegenbrachten.

Mit vorzüglicher Hochachtung
gez. Dr. Sewering.“

Im Entwurf des Haushaltsplanes des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und soziale Fürsorge ist der Betrag von DM 1,500 000.— für die Einstellungsuntersuchungen von Jugendlichen eingesetzt. Der Finanz- und Haushaltsausschuß des Bayerischen Senats hat die Staatsregierung gebeten, diesen Haushaltsansatz entsprechend dem notwendigen Bedarf festzulegen.

In der Sitzung des Bayerischen Senats vom 11. 10. 1961 hatte Herr Kollege Dr. Dr. von Gugel u. a. folgendes ausgeführt:

„Für die im Jugendarbeitsschutzgesetz vorgesehenen ärztlichen Untersuchungen hat ein technischer Arbeitsausschuß der Arbeitsministerien einen Ansatz von je 20 DM empfohlen, und zwar auf Grund der Tatsache, daß es andere Gutachten gibt, die auch pauschal mit 20 DM abgegolten werden. Es handelt sich dabei um die Gutachten für Renten, insbesondere bei der Bundesanstalt für Angestellte, und dergleichen ähnliche Untersuchungen, die alle im alltäglichen Erfahrungsbereich des Arztes liegen und etwa 20 Minuten bis eine halbe Stunde an Arbeitsaufwand erfordern. Von diesen bisherigen Untersuchungen unterscheiden sich nun die neuen Untersuchungen für Jugendliche auf deren Einsatzfähigkeit im Erwerbsleben grundsätzlich. Erstens einmal ist der Fragebogen, der erarbeitet worden ist, so umfangreich, daß nach unseren Testuntersuchungen für die Erledigung einer derartigen Untersuchung eine ganze Stunde benötigt wird. Unter Umständen ist es möglich, daß bei vielen Untersuchungen ein Erfahrungsgut anwächst und die Untersuchung etwa in dreiviertel Stunden erledigt wer-

Salistoperm

Das percutane Heilanaestheticum

Unterbrechung des circulus vitiosus:

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

Inasthmon

Das percutane Expectorans

Umfassender spasmolytischer, analgetischer, antiphlogistischer
und sekretolytischer Effekt

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

Mitteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Die Fa. **Winthrop** beschäftigt sich in Nr. 24/61 ihrer Werbezeitschrift „Winthrop puls“ mit der Arzneimittelverordnung in der Kassenpraxis. Unter der Überschrift „Müssen Arme früher sterben?“ werden Feststellungen getroffen und Ansichten vertreten, die der Sache und Rechtslage nicht entsprechen.

Um die Kollegen vor Nachteilen zu bewahren, machen wir darauf aufmerksam, daß die vom Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen gem. § 368 p Abs. 1 RVO am 12. 12. 1960 beschlossenen „Richtlinien über die Verordnung von Arzneimitteln in der kassenärztlichen Versorgung“, welche eine wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln in der Kassenpraxis gem. § 368e RVO gewährleisten sollen, für die Kassenärzte verbindlich sind.

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

den könnte. Es genügt aber nicht nur, diese Untersuchungen einfach auf sich zukommen zu lassen; sondern wir haben uns verpflichtet gesehen, wegen der völlig neuen Materie auch die Ärzteschaft entsprechend auszubilden.

Wir haben von seiten sowohl unseres Verbandes als auch von seiten der Landesärztekammern und der Bundesärztekammer mehrere große Schulungskurse einrichten müssen, um die Ärzte auf diese neue Aufgabe hinzuführen. Wir haben errechnet, daß nach den Ansätzen der gegenwärtig gültigen Gebührenordnung, der **Preugo**, ein Betrag von 38 DM für diese Untersuchung herauskommt. Dieser Berechnung der **Preugo** ist ein Ergebnis der Arbeitsministerien entgegenzustellen, die einen Betrag von 18 DM errechnet haben, und zwar, indem sie einfach die Gutachtenhonorare addiert haben, ohne darauf Rücksicht zu nehmen, daß ja in diesem großen Fragebogen Einzeluntersuchungen verlangt sind, die immer neben der Gutachtengebühr berechnet werden können. Außerdem muß dazu gesagt werden, daß auch die Ärztekammern im letzten halben Jahr immer wieder darauf hingewiesen haben, daß der in Wiesbaden gefundene Ansatz unzureichend ist. Ich darf daran erinnern, daß der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer erst vor wenigen Tagen einen scharf formulierten Brief an das Arbeitsministerium mit der Bitte gerichtet hat, diesen Ansatz anzuheben.“

Am 19. 10. 61 haben alle ärztlichen Abgeordneten im Bayerischen Landtag einen Antrag eingebracht, nach welchem der im Haushalt 1962 für die ärztliche Untersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz eingesetzte Betrag von 1,5 Mill. DM auf 4 Mill. DM erhöht werden soll.

FEUILLETON

Der Arzt der Kleingärten

Zu Dr. Schrebers 100. Todestag

Jeder muß ein Gärtchen haben —
Wär es noch so klein —,
Wo er hacken kann und graben,
Herr und Schöpfer sein.

Ludwig Fulda

Um die Mitte des vorigen Jahrhunderts vermachte der Leipziger Arzt Dr. Daniel Gottlieb Moritz **Schreber** der Stadt Leipzig eine namhafte Summe, mit der Bestimmung, Terrain zu kaufen, in ganz kleine Gärtchen, etwa 200 qm, abzuteilen und an bescheidene Bürger zu verpachten.

„Kultur“ in des Wortes bodenständigem Sinne geht also auf einen Arzt zurück. Auch andere Ärzte als Dr. Schreber waren auf diesem Gebiet bahnbrechend tätig. So starb am 24. Jänner 1842 zu Wien der 1773 in Kärnten geborene Doktor der Medizin und k. k. Gubernialrat Dr. **Johann Burger**, einer der bedeutendsten landwirtschaftlichen Schriftsteller seiner und der unmittelbar folgenden Zeit; von dem deutschen Arzt und Reformator der deutschen Bodenkultur, Dr. **Albrecht Thaeer** (1752 bis 1828) nicht erst zu sprechen, dem **Goethe** zu seinem 50jährigen Doktorjubiläum im Mai 1824 die kostbaren Verse gewidmet hat:

Der Boden rührt sich ungesäumt
Im Wechsel jedes Jahr;
Ein Feld so nach dem andern keimt
Und reift und fruchtet bar:
So frucht's auch von Geist zu Geist
Und nutzt von Ort zu Ort.
Gewiß, ihr fragt mich, wie er heißt.
Sein Name lebe fort!

Der in Leipzig am 15. Oktober 1808 geborene Arzt Dr. Daniel Gottlieb Moritz **Schreber**, nach dem die Schrebergärten benannt sind, ist am 19. November 1861, also vor 100 Jahren, im 53. Lebensjahre gestorben, ohne selbst eine solche Anlage geschaffen und die großartige Entwicklung des **Kleingartengedankens** geahnt zu haben. Er hatte an der Leipziger Universität studiert, sich in Wien, Prag und Berlin weiter ausgebildet, hatte Belgien, Frankreich und England offenen Auges für die sozialen Einrichtungen, bereist und sich vor gerade hundert Jahren als praktischer Arzt und Privatdozent in seiner Vaterstadt festgesetzt. Selbst von schwächlichem Körper, hatte er zeitig die Wohltat der Heilgymnastik erkannt.

Was er „als eine Staatsangelegenheit“ im Interesse

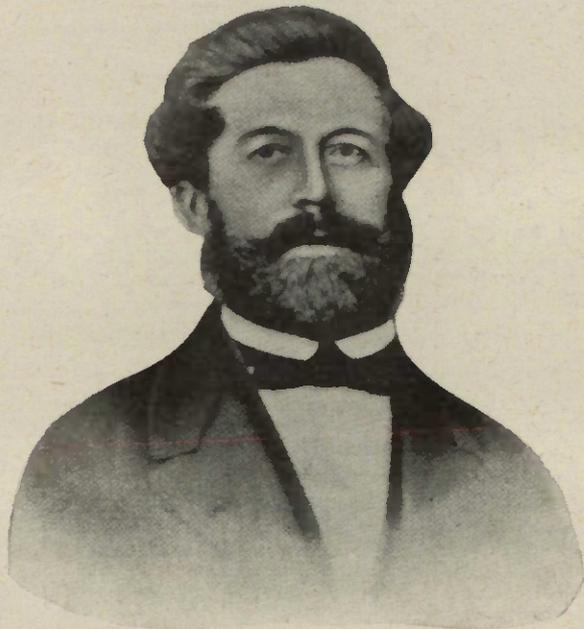


Hyperämol®

u. -Salbe

Das regulierbare
Total-Hyperämikum
zur transkutanen
Hyperämie-Erzeugung

KREWEL-WERKE · Eitorf b. Köln



Dr. Daniel Gottlieb Moritz Schreber

der aufwachsenden Jugend forderte, blieb zunächst ohne Wirkung, und erst in den Siebzigerjahren, lange nach seinem Tode, wurde der obligatorische Turnunterricht in seiner Heimat eingeführt. 1858 war Dr. Schrebers Hauptwerk: „Kallipädie oder die Erziehung zur Schönheit des Körpers und Geistes durch harmonische Veredlung der ganzen Menschennatur“ erschienen, eine wohlbegründete Mahnung zur harmonischen Durchbildung des Menschen in Geist, Charakter und physischer Vollkraft, zur Volksveredlung durch Volksstärkung und Volkserziehung.

Noch kurz vor seinem Tode im November 1861 ließ sich Dr. Schreber im Krankenstuhl nach dem Leipziger Rathaus fahren, um die Stadtväter daran zu erinnern, daß die leiblichen und geistigen Gefahren der Großstadt besonders die Jugend bedrohen und am besten durch Jugendspielplätze an der Peripherie der Stadt bekämpft würden. Wie Dr. Schreber damals Rufer in der Wüste war, zeigte sich, als man seine Forderung nach Gemeinschaftsspielen von Knaben und Mädchen — als unsittlich verpönte. Daß Schulmädchen turnen dürfen, turnen sollen, hatte erst Schrebers Freund und Mitarbeiter, der Schulmann Ernst Innozenz Hauschild im Jahre 1855 durchsetzen müssen, der am 1. November 1808, das ist einen halben Monat nach dem Leipziger Arzt, in Dresden geboren, ihn bis 6. August 1866 überlebt hat. (Von 1857 bis 1859 war er Schulleiter in Brünn.)

Und die Schrebergärten? Gegründet hat sie nicht Dr. Schreber, sondern, wenn auch unbedingt von ihm angeregt, der Lehrer, später Schuldirektor, Hauschild, der Schrebers Ideen verwirklichte und die erste derartige Anlage in Leipzig 1864 als westvorstädtischen Schreberverein ins Leben rief, ohne sich seines so weit gediehenen Werkes lange erfreuen zu können. Hauschild's Gattin, eine treue Hüterin und Pflegerin der Bestrebungen ihres Gatten, ist erst 1907, zweiundsiebzigjährig, gestorben. Aus den ersten „Laubenkolonien“, wie man sie gleichfalls nannte, die Spielplätze und Blumenbeete für Kinder mit Anlagen für Erwachsene,

die eigentlichen Schrebergärten, umfaßten, waren schon 1912 in der klassischen Schrebergartenstadt Leipzig mehr wie 15 000 geworden.

Der Kleingarten ist ein mächtiger Faktor im Leben der Großstadt und der Großstädter geworden. Ihnen rief der bekannte Physiologe der Universität Halle, Geheimrat Professor Dr. Emil Abderhalden, mahndend zu: „Hat es einen Sinn, Tuberkulose zu bekämpfen und zugleich ihre Ausbreitung zuzulassen? Was nützt die Aufklärung über Säuglingspflege und der nachdrückliche Hinweis darauf, daß Luft und Licht so außerordentlich wichtig für die heranwachsende Jugend sind, wenn nicht zugleich für ausreichende grüne Flächen und vor allem für Kleingärten gesorgt wird!?“ Und ein anderer deutscher Arzt faßt, was schon Dr. Schreber, edel und gut, wie der ideale „Herr Doktor“ für die Gesamtheit wollte, in den Merkwürdigen zusammen:

Nenn einen Schrebergarten dein,
Gesund und fröhlich wirst du sein!

PERSONALIA und FAKULTÄT

Der Präsident der Max-Planck-Gesellschaft und Ordinarius für Physiologische Chemie, Professor Dr. Dr. A. B u t e n a n d t, wurde zum Ehrenbürger seiner Vaterstadt Bremerhaven ernannt.

Außerdem wurde ihm durch die Deutsche Gesellschaft für Fettforschung die Normann-Medaille verliehen.

Dem emeritierten Ordinarius für Orthopädie, Professor Dr. Georg H o h m a n n, wurde durch den Bundesminister für Unterricht in Wien das Österreichische Ehrenzeichen für Kunst und Wissenschaft verliehen.

Der Ordinarius für Dermatologie und Venerologie und Direktor der Dermatologischen Klinik München, Professor Dr. Alfred M a r c h i o n i n i, wurde von der Académie Nationale de Médecine in Paris zum Membre Associé Étranger gewählt.

Der Ordinarius für Orthopädie und Direktor der Orthopädischen Klinik München, Professor Dr. Max L a n g e, wurde von der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft zum Präsidenten des Jubiläumskongresses und damit zum zweiten Male zum Präsidenten dieser Gesellschaft gewählt.

Würzburg: Die Amtsbezeichnung „außerplanmäßiger Professor“ wurde verliehen an
den Privatdozenten der Neurologie und Psychiatrie,
Dr. Hermann B e c k e r,
den Privatdozenten der Inneren Medizin,
Dr. Josef Z i s s l e r.

AMTLICHES

Ruhen der Befugnis zur Ausübung des ärztlichen Berufs

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

Dr. Hein, Regierungsmedizinischer Direktor

Richtlinien für die Beschäftigung von Arzthelferinnen-Anlernlingen

1. Geltungsbereich:

Diese Richtlinien gelten für den Bereich der Bayerischen Landesärztekammer.

2. Anlernzeit:

Die Anlernzeit beträgt bei Anlernlingen, die zum Zeitpunkt der Einstellung das 15. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, drei Jahre, ansonsten zwei Jahre.

3. Einstellung:

Über die Einstellung ist ein schriftlicher Anlernvertrag nach dem Mustervertrag der Bayerischen Landesärztekammer abzuschließen, der die Art der Tätigkeit, der Ausbildung und die Höhe der Ausbildungsbeihilfe festlegt. In jeder Praxis soll gleichzeitig nur ein Anlernling ausgebildet werden.

Die Beschäftigung eines zweiten Anlernlings bedarf der Genehmigung des Ärztlichen Kreisverbandes. Sie setzt voraus, daß eine ausgebildete Arzthelferin in der Praxis tätig ist.

4. Gesundheitliche Überwachung:

Vor Einstellung hat sich der Anlernling, soweit er das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, der durch das Jugendarbeitsschutzgesetz vorgeschriebenen Untersuchung auf seine Eignung für den Beruf als Arzthelferin zu unterziehen. Jeder Lehrherr, der einen jugendlichen Anlernling beschäftigt, ist verpflichtet, sich vor Beginn der Beschäftigung eine von einem Arzt ausgestellte Bescheinigung über die ärztliche Untersuchung vorlegen zu lassen. Vorher darf der Jugendliche nicht beschäftigt werden.

Vor Ablauf des ersten Beschäftigungsjahres hat sich der Jugendliche nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz einer Nachuntersuchung zu unterziehen. Die hierüber vom Arzt ausgestellte Bescheinigung hat der Jugendliche dem Lehrherrn vorzulegen.

Anlernlinge, die das 18. Lebensjahr bereits vollendet haben, sollen sich vor ihrer Einstellung durch einen anderen Arzt auf ihren Gesundheitszustand untersuchen lassen. Der Lehrherr hat bei diesen Anlernlingen dafür Sorge zu tragen, daß sie regelmäßig, mindestens einmal im Jahr, nachuntersucht werden.

5. Einstellungstermin:

Die Anlernzeit beginnt in der Regel am 1. September jeden Jahres. Die planmäßige Einstellung von Anlernlingen soll mit Rücksicht auf die Einschulung in die Fachklasse der Berufsschule an den Termin gebunden sein.

6. Zusammenarbeit mit den Berufsberatungsstellen der Arbeitsämter und den Berufsschulen:

Die Zusammenarbeit mit den Berufsberatungsstellen der Arbeitsämter ist anzustreben. Der Ausbilder hat berufsschulpflichtige Anlernlinge zum regelmäßigen Besuch der Berufsschule anzuhalten.

Auch berufsschulberechtigte Anlernlinge haben den Gesamtunterricht der Fachklasse während der Dauer der Anlernzeit zu besuchen. Der Ärztliche Kreisverband kann den Anlernling im Benehmen mit der Berufsschule und der Bayer. Landesärztekammer vom Besuch einzelner Unterrichtsfächer befreien, mit Ausnahme des Fachkundeunterrichts.

7. Pflichten des Lehrherrn:

Mit der Genehmigung zur Ausbildung eines Arzthelferinnen-Anlernlings und des mit diesem abgeschlossenen Anlernvertrages durch den Ärztlichen Kreisverband nach dem Mustervertrag der Bayer. Landesärztekammer übernimmt der Lehrherr die Verpflichtung, den Anlernling nach Maßgabe der Ausbildungsrichtlinien zu unterrichten und anzuleiten. Dies gilt insbesondere auch für die Gebiete Kassenärztliches Abrechnungswesen, Laborkunde und Erste Hilfe. Bietet die Praxis des Lehrherrn keine oder nur beschränkte Möglichkeiten dazu, so ist der Arzt verpflichtet, dem Anlernling Gelegenheit zu geben, innerhalb der Anlern-

zeit und der nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz zulässigen Arbeitszeit diese Kenntnisse bei einem anderen Arzt o. ä. zu erwerben.

Verletzt ein Lehrherr die in dem Anlernvertrag übernommenen Pflichten, so entscheidet der zuständige Ärztliche Kreisverband, ob ihm weiterhin die Genehmigung zur Ausbildung von Arzthelferinnen-Anlernlingen belassen werden kann. Über den Entzug der Genehmigung wird das zuständige Arbeitsamt, Weibliche Berufsberatung, unterrichtet. Gegen die Zurücknahme der Genehmigung steht dem betroffenen Arzt der Widerspruch bei der Bayer. Landesärztekammer innerhalb von vier Wochen nach Erhalt des Bescheides des Ärztlichen Kreisverbandes zu.

Als Verletzung der Ausbildungspflichten gelten insbesondere:

a) Verstoß gegen die Bestimmungen des Lehrvertrages, wie z. B. Beschäftigung mit berufsfremden Arbeiten, wiederholtes Fernhalten vom Besuch der Berufsschule und mangelhafte Ausbildung,

b) sittenwidriges Verhalten gegenüber dem Anlernling.

Ein Arzt, dem die Genehmigung zur Ausbildung von Arzthelferinnen-Anlernlingen entzogen worden ist, kann grundsätzlich erst nach Ablauf von zwölf Monaten die Wiedererteilung der Genehmigung zur Beschäftigung eines Anlernlings beantragen. Ausnahmen bedürfen der Genehmigung des zuständigen Ärztlichen Kreisverbandes.

8. Anlernvertrag:

Anlernverträge mit Arzthelferinnen-Anlernlingen sind nach dem Mustervertrag der Bayer. Landesärztekammer abzuschließen. Vordrucke können beim zuständigen Ärztlichen Kreisverband angefordert werden. Änderungen des Wortlautes des Anlernvertrages, Streichungen oder Zusätze sind nur mit Zustimmung der Bayer. Landesärztekammer statthaft. Der Anlernvertrag wird in vierfacher Form ausgefertigt, der vom Ausbilder und dem Anlernling und seinem gesetzlichen Vertreter (Eltern oder Vormund) zu unterschreiben ist. Ein Exemplar bleibt beim Ausbilder, das zweite wird dem Anlernling oder seinem gesetzlichen Vertreter ausgehändigt, das dritte verbleibt beim Ärztlichen Kreisverband, und das vierte Exemplar erhält die Bayer. Landesärztekammer.

Liegt die Genehmigung des Ärztl. Kreisverbandes zur Beschäftigung eines Arzthelferinnen-Anlernlings nach § 10 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns vor, so ist der Anlernvertrag bei Einstellung des Anlernlings abzuschließen und innerhalb von zwei Wochen dem zuständigen Ärztlichen Kreisverband zur Genehmigung vorzulegen.

9. Berufsschule:

Der ausbildende Arzt ist verpflichtet, jeden berufsschulpflichtigen und berufsschulberechtigten Anlernling nach der Einstellung bei der Berufsschule anzumelden. Die Verpflichtung des Anlernlings zum Besuch der Fachklasse an der Berufsschule besteht für die gesamte Dauer der Anlernzeit. Die Zeit für den Besuch der Berufsschule gilt als Arbeitszeit, ein Abzug von der vereinbarten monatlichen Vergütung ist nicht zulässig.

Die Berufsschule vermittelt als berufsbegleitende Schule die Grundlagen der Kenntnisse und Fertigkeiten entsprechend den Richtlinien der Bayer. Landesärztekammer nach Maßgabe der zur Verfügung stehenden Unterrichtsstunden. Der Unterricht an der Berufsschule stellt daher nur einen Teil der Ausbildung des Anlernlings dar, deren Schwergewicht in der Praxis liegt. Der Unterricht dient der allgemeinen Bildung und wird auf die Erfordernisse in der ärztlichen Praxis ausgerichtet. Der Fachunterricht wird von Ärzten erteilt.

Die Abschlußprüfung der Arzthelferinnen-Anlernlinge findet an der jeweiligen Berufsschule statt.

10. Beendigung des Anlernverhältnisses:

Eine Beendigung des Anlernverhältnisses wegen Nichteignung kann nur innerhalb der Probezeit erfolgen. Sie ist im übrigen zulässig in beiderseitigem Einverständnis der Vertragsparteien oder aus einem wich-

tigen Grunde im Sinne des Gesetzes. Das Anlernverhältnis endet ferner durch Tod des Ausbilders und durch Aufgabe der Praxis.

Ist die Abschlußprüfung bestanden, so endet das Anlernverhältnis mit der Aushändigung des Prüfungszeugnisses. Ist die Prüfung nicht bestanden, so endet das Anlernverhältnis durch Fristablauf. In diesem Falle kann das Anlernverhältnis in beiderseitigem Einvernehmen, längstens bis zu dem vom Prüfungsausschuß festgelegten Termin der Wiederholungsprüfung, verlängert werden. Wird eine Verlängerung des Anlernverhältnisses vereinbart, so hat der Anlernling lediglich Anspruch auf die ihm zuletzt gezahlte Anlernvergütung.

Hat der Anlernling die Abschlußprüfung vor Ablauf der Anlernzeit bestanden, so endet diese mit der Aushändigung des Prüfungszeugnisses. Das Zeugnis darf der Arzthelferin in diesem Falle nicht vorenthalten werden. Sie hat vom 1. des auf die Aushändigung des Prüfungszeugnisses folgenden Monats Anspruch auf das volle Gehalt einer geprüften Arzthelferin.

Endet das Anlernverhältnis vor der Abschlußprüfung, so kann die Arzthelferin weder Anspruch auf die von der Bayer. Landesärztekammer empfohlenen Gehaltssätze erheben, da hierzu die bestandene Abschlußprüfung Voraussetzung ist, noch darf ihr die Anlernlingsvergütung bis zur bestandenen Abschlußprüfung weiterbezahlt werden, sie hat vielmehr Anspruch auf das ihrem Alter entsprechende Entgelt nach der Tarifordnung für das Hilfspersonal der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Dentisten vom 1. 2. 1939 in der Fassung vom 3. 4. 1943.

Prüfungsrichtlinien für die Abschlußprüfung der Arzthelferin-Anlernlinge bei der Bayerischen Landesärztekammer

§ 1

Zweck der Abschlußprüfung

Arzthelferin-Anlernlinge (AA) weisen in einer Abschlußprüfung nach, daß sie die für den Beruf einer Arzthelferin notwendige Eignung besitzen und über die erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten verfügen.

§ 2

Prüfungsorgan

Die Abschlußprüfungen für Arzthelferin-Anlernlinge führt die Bayerische Landesärztekammer durch.

§ 3

Prüfungsausschüsse

- Jeder Prüfungsausschuß besteht aus
 - einem Vertreter der Bayerischen Landesärztekammer als Vorsitzenden,
 - einem Arzt aus einer Berufsschulklasse für AA und
 - einer Lehrkraft der zugehörigen Berufsschule.
- Die Abschlußprüfungen für AA sind Kollegialprüfungen und setzen die Anwesenheit aller Mitglieder eines Prüfungsausschusses voraus.
- Zu den Abschlußprüfungen für AA ist der Vorsitzende des entsprechenden Ärztlichen Bezirksverbandes einzuladen.
- Gäste können mit Zustimmung des Vorsitzenden teilnehmen.

§ 4

Prüfungstermin

Die Abschlußprüfungen finden statt

- für Anlernlinge, deren Anlernzeit vor dem 1. 10. beendet ist, in den beiden letzten Monaten des Berufsschuljahres,
- für Anlernlinge, deren Anlernzeit zwischen dem 1. 10. und dem 1. 2. beendet ist, in den Monaten Dezember und Januar.

§ 5

Zulassung

- Alle Anträge auf Zulassung zur Abschlußprüfung für AA sind vom Ausbilder bei der Geschäftsstelle der Bayerischen Landesärztekammer einzureichen. Sie müssen bei den unter § 4 Ziff. 1 fallenden Anlernlingen bis zum 1. 4., und bei den unter § 4 Ziffer 2 fallenden Anlernlingen bis zum 1. 10. gestellt werden.
- Den Zulassungsanträgen sind folgende Unterlagen beizufügen:
 - vom Prüfling
ein handgeschriebener lückenloser Lebenslauf, die Abgangszeugnisse allgemeinbildender und berufsbildender Schulen in beglaubigter Abschrift, das letzte Zeugnis aus einer Fachklasse für AA in beglaubigter Abschrift, das Berichtsheft;
 - vom Ausbilder
eine Beurteilung der Kenntnisse und Fähigkeiten des Prüflings sowie seines Verhaltens während der Anlernzeit (Formblatt).
- Über die Zulassung entscheidet die Bayerische Landesärztekammer. Voraussetzung für die Zulassung ist die Vorlage eines von einem Ärztlichen Kreisverband genehmigten Anlernvertrages über eine 2- bzw. 3jährige oder mit Zustimmung des Ärztlichen Kreisverbandes verkürzte Anlernzeit nach dem Vertragsmuster der Bayer. Landesärztekammer und der Besuch einer Fachklasse für Arzthelferinnen während der Anlernzeit.

Eine berufsnaher Ausbildung oder Tätigkeit (Krankenschwester, Kinderpflegeschwester o. ä.) kann von ihr auf Antrag (Nachweise in beglaubigter Abschrift beifügen) bis zur Dauer von einem Jahr angerechnet werden.

§ 6

Wiederholungsprüfung

- Wer die Abschlußprüfung für AA nicht bestanden hat, kann diese beim nächsten Prüfungstermin, frühestens nach einem halben Jahr, wiederholen. Sie kann nur einmal wiederholt werden.
- Jede Wiederholungsprüfung setzt einen entsprechenden Zulassungsantrag voraus, über den die Bayerische Landesärztekammer entscheidet.
- Soweit bereits vorher ausreichende Ergebnisse erzielt worden sind, können diese bei einer Wiederholungsprüfung anerkannt werden.
- Mit der Zulassung zur Wiederholungsprüfung sind der früheste Zeitpunkt und der Umfang dieser Prüfung anzugeben.

§ 7

Ausschluß

Von der Abschlußprüfung für AA sind die Prüflinge auszuschließen, die unerlaubte Hilfsmittel benutzen oder sich ungebührlich verhalten.

Der Prüfungsausschuß muß hierüber einstimmig beschließen.

§ 8

Prüfungsgebühren

- Die Prüfungsgebühr beträgt 25 DM.
- Diese ist mit dem Zulassungsantrag für die Teilnahme an der Abschlußprüfung für AA vom Ausbilder zu überweisen.
- Kann ein Zulassungsantrag nicht angenommen werden, so wird die Prüfungsgebühr unter Einbehaltung einer Verwaltungsgebühr in Höhe von 5 DM erstattet.
- Die Prüfungsgebühren werden nicht erstattet, wenn die Abschlußprüfung nicht erfolgreich abgelegt werden konnte. (§ 6 und § 11.)
- Für Wiederholungsprüfungen ist eine Prüfungsgebühr in Höhe von 20 DM zu zahlen, die der Prüfling trägt.

§ 9

Form und Bewertung

1. In der Abschlußprüfung werden alle AA schriftlich, mündlich und praktisch geprüft.
2. Die Abnahme der schriftlichen Prüfung einschließlich Themenvorschlag an die Bayer. Landesärztekammer sowie die Bewertung der Arbeiten obliegen
 - a) dem ärztlichen Lehrer,
 - b) dem Lehrer der Berufsschule.
3. Die unter Abs. 2 genannten Lehrkräfte reichen Vorschläge für Prüfungsthemen ein. Die Bayer. Landesärztekammer wählt aus diesen Vorschlägen die Prüfungsthemen aus und sendet sie dem Lehrer in verschlossenen Umschlägen zu.
4. Über den Verlauf der schriftlichen Prüfung ist eine Niederschrift anzufertigen und von den Prüfern unter Absatz 2 zu unterzeichnen.
5. Die zensierten Arbeiten sind dem Prüfungsvorsitzenden bis spätestens 14 Tage vor Beginn der mündlichen Prüfung zur Einsichtnahme zu überlassen.
6. Die schriftlichen Arbeiten, und die nach § 5 eingereichten Unterlagen müssen bei der mündlichen Prüfung vorliegen.
7. Die Abnahme der mündlichen Prüfung obliegt dem Prüfungsausschuß nach § 3.
8. Die mündlichen und praktischen Leistungen werden von den Mitgliedern des Prüfungsausschusses getrennt bewertet. Ein Notenausgleich ist möglich, jedoch nicht bei den Prüfungsfächern Labor, Kassenabrechnung, Kurzschrift und Maschinenschreiben. Das Mittel der einzelnen Noten ergibt die Bewertung des jeweils mündlich und praktisch geprüften Faches.
9. Das Mittel der mündlichen, praktischen und schriftlichen Noten ergibt das Prüfungsergebnis.
10. Über den Verlauf der mündlichen und praktischen Prüfung ist eine Niederschrift anzufertigen, die vom Prüfungsausschuß zu unterzeichnen ist.

§ 10

Bewertungsgrundlagen

Die Prüfungsleistungen sind auf folgender Grundlage zu werten:

- 1 = sehr gut
- 2 = gut
- 3 = befriedigend
- 4 = ausreichend
- 5 = mangelhaft
- 6 = ungenügend

§ 11

Gesamtbeurteilung

Die Abschlußprüfung gilt als

bestanden, wenn sowohl die schriftlichen als auch die mündlichen und praktischen Prüfungsleistungen mindestens „ausreichend“ sind;

nicht bestanden, wenn der Prüfling

- a) von dieser abgeschlossen worden ist (§ 7),
- b) während der Abschlußprüfung ohne zwingenden Grund zurückgetreten ist,
- c) in der schriftlichen Prüfung keine ausreichenden Leistungen erzielen konnte,
- d) wenn sowohl die schriftlichen als auch die mündlichen und praktischen Prüfungsleistungen nicht mindestens ausreichend sind,
- e) wenn die Leistungen in einem der Prüfungsfächer, die dem Notenausgleich nicht unterliegen, mangelhaft oder ungenügend sind.

§ 12

Prüfungszeugnis

1. Die Bayer. Landesärztekammer stellt über die erfolgreich abgelegte Abschlußprüfung für AA ein Prüfungszeugnis aus. Mit diesem ist die Anerkennung als Arzthelferin gegeben.

Verordnung von Betäubungsmitteln erfordert :

Name des Arztes:

Tag der Ausstellung — handschriftlich mit Tinte oder Tintenstift eingetragen;

Gebrauchsanweisung, aus der die Einzelgabe und die Häufigkeit der Anwendung ersichtlich ist;

Name und Wohnung des Kranken;

Eigenbändige und ungekürzte Namensunterschrift des Arztes mit Tinte oder Tintenstift.

2. Die Gesamtbewertung im Prüfungszeugnis lautet.
 - sehr gut bestanden,
 - gut bestanden,
 - befriedigend bestanden,
 - bestanden,
 - ausreichend.

Bei dieser Bewertung sind das Ergebnis der mündlichen und praktischen schriftlichen Prüfung, das Leistungsergebnis der Anlernzeit (siehe Zeugnis des Ausbilders) und die gesamt schulische Leistung zu berücksichtigen.

3. Das Prüfungszeugnis ist vom Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer zu unterzeichnen.

§ 13

Beschwerdemöglichkeit

Gegen den Entscheid und die Maßnahmen des Prüfungsausschusses ist innerhalb von zwei Wochen nach Zustellung des Prüfungsergebnisses eine begründete Beschwerde schriftlich an den Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer zulässig. Die Beschwerde ist gebührenfrei.

Der Prüfling ist auf die Beschwerdemöglichkeit hinzuweisen. Über die Beschwerde entscheidet der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer.

§ 14

Übergangsbestimmungen

1. Bewerberinnen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben oder während der Anlernzeit aus einem von ihnen nicht zu vertretenden Grunde eine Fachklasse für Arzthelferinnen nicht besuchen konnten und bis zum Prüfungstermin mindestens zwei Jahre als Arzthelferin oder Arzthelferin-Anlernling tätig waren, können auf Antrag zu einer Prüfung zugelassen werden.
2. Dem Antrag auf Zulassung zu einer Prüfung sind beizufügen: ein handschriftlicher Lebenslauf mit Angabe der bisherigen Tätigkeit, Zeugnisse der Arbeitgeber nach § 5 Abs. 2, Abschlußzeugnis der allgemeinbildenden Schulen, der Berufsschule u. a.
3. Über die Zulassung zu einer Prüfung nach Absatz 1 entscheidet die Bayerische Landesärztekammer.
4. Sonderprüfungen finden nur am Sitz der Bayerischen Landesärztekammer in München statt.
5. Für die Durchführung einer Sonderprüfung gelten im übrigen die Bestimmungen dieser Prüfungsrichtlinien.
6. Die Gebühr für Sonderprüfungen beträgt 25 DM.

Die vorstehenden Richtlinien enthalten die vom Kammervorstand am 8. 10. 1961 beschlossenen Änderungen und Ergänzungen.

ASTHMA



Befreiung durch

Puraeton **E**

Immer wieder bewährt!

Pulver 8 Stück DM 1.05 o.U. It. AT.
Ampullen 3 Stück DM 1.35 o.U. It. AT.
Inhalat 10 Stück DM 2.80 o.U. It. AT.

Enzymkomplex-Präparat
für Magen und Darm

Helopanzym[®]

Dragées

früher Helozyman



HELOPHARM KG · ARZNEIMITTELFABRIK · BERLIN

Kathepsin
Pepsin

Tryptase

Lipase

Amylase

Das Darmpädagogikum



Egmol

schult den Darm von Grund auf

EGMOL das milde darmspezifische
Regulans mit dem neuartigen Wirkungsprinzip:

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

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

INDIKATIONEN:

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

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

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

ZUSAMMENSETZUNG:

Di-oxyphenyl-methenyl-benzylalkohol

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

GESETZES- UND RECHTSFRAGEN

Fachärzte müssen sich auf ihr Fachgebiet beschränken

Bereits am 4. 7. 1952 (VerfGH 5, 161) hatte sich der Bayer. Verfassungsgerichtshof mit verfassungsrechtlichen Fragen der Facharztordnung — einer Ergänzung der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns — zu befassen. Er hat dabei insbesondere entschieden, daß die grundsätzliche Beschränkung der Berufstätigkeit des Facharztes auf sein Fachgebiet im Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege liege; sie stehe daher mit dem Grundrecht der Handlungsfreiheit (Art. 101 der Bayerischen Verfassung = BV) und dem Gleichheitsgrundsatz (Art. 118 BV) nicht in Widerspruch.

Ähnlich wie die Berufsordnung für die Ärzte Bayerns (von 1958, vgl. § 34) enthält auch die Fachzahnarztordnung für die bayerischen Zahnärzte (FZAO 1959) wie früher eine Bestimmung, wonach der Zahnarzt, der den Titel „Fachzahnarzt“ führt, ausschließlich auf seinem Gebiet tätig sein darf. Diese Bestimmung war in jüngster Zeit Gegenstand einer Popularklage, die der Bayer. Verfassungsgerichtshof durch Entscheidung vom 6. 7. 1961 (Vf 70 — VII — 60) verurteilte. Die Gründe dieses Urteils sind ohne weiteres auch auf das ärztliche Berufsrecht übertragbar und sind deshalb auch für den ärztlichen Bereich unbedingt bemerkenswert.

Sachverhalt:

Der Fachzahnarzt Dr. X in Y wurde vom Landesberufsgericht für Heilberufe beim Bayer. Obersten Landesgericht zu einer Geldbuße verurteilt, weil er sich seit Jahren als „Facharzt für Kieferkrankheiten“ bezeichnet, seine berufliche Tätigkeit aber nicht auf dieses Fachgebiet beschränkt hatte; dadurch hatte er das für Fachzahnärzte bestehende Verbot der Doppeltätigkeit übertreten. Nach seiner Verurteilung erhob Dr. X Popularklage zum Bayer. Verfassungsgerichtshof mit dem Antrag, die einschlägigen Vorschriften der Fachzahnarztordnung für verfassungswidrig und nichtig zu erklären, weil sie mit den Grundrechten auf Schutz der Handlungsfreiheit (Art. 101 BV) und des Eigentums (Art. 103 BV) nicht vereinbar seien.

Der Verfassungsgerichtshof wies die Popularklage ab.

Leitsatz:

1. *Standesrechtliche Vorschriften, nach denen der Facharzt seine berufliche Tätigkeit grundsätzlich auf sein Fachgebiet beschränken muß, verstoßen nicht gegen das Grundrecht der Handlungsfreiheit.*
2. *Sie verletzen die Eigentumsgarantie der Verfassung auch gegenüber solchen Fachzahnärzten nicht, die bereits vor dem Ende des zweiten Weltkrieges*

als solche anerkannt waren und die damals auch eine allgemeine zahnärztliche Tätigkeit ausüben durften.

Aus den Gründen:

IV.

„1. Nach Art. 98 Satz 4 BV, § 54 Abs. 1 VfGHG hat der Verfassungsgerichtshof Gesetze und Verordnungen für nichtig zu erklären, die ein Grundrecht verfassungswidrig einschränken. Seiner Kontrolle unterliegen auch Vorschriften, durch die berufsständische Körperschaften des öffentlichen Rechts im Auftrag des Gesetzgebers die Pflichten ihrer Mitglieder regeln (VerfGH 13, 10/13).

2. Voraussetzung für die Zuständigkeit des Verfassungsgerichtshofs und die Zulässigkeit des Antrags ist aber, daß es sich bei den angefochtenen Vorschriften um bayerisches Landesrecht handelt (vgl. VerfGH 4, 150/155). Die zahnärztlichen Berufsordnungen von 1950 und von 1955 einschließlic der ihnen jeweils zugehörigen Fachzahnarzt-Ordnungen beruhen auf Art. 4 Abs. 4, 29, 33 des Bayer. Ärztesgesetzes — BayÄG — vom 25. 5. 1948 (BayBS II S. 58). Die geltende Berufsordnung für die bayerischen Zahnärzte von 1959 — einschließlich ihres Abschnitts B: Fachzahnarzt-Ordnung für die bayerischen Zahnärzte — ist auf Grund der Art. 15, 21, 24 Abs. 1 des Gesetzes über die Berufsvertretung und über die Berufsgerichtsbarkeit der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker (Kammergesetz) vom 15. 7. 1957 (GVBl. S. 162) beschlossen worden. Der Landesgesetzgeber hat diese Vorschriften im Rahmen seiner Zuständigkeit erlassen. Die konkurrierende Zuständigkeit des Bundesgesetzgebers erstreckt sich nach Art. 74 Nr. 19 GG nur auf die Zulassung zu den ärztlichen und anderen Heilberufen. Er ist hiernach befugt, „die Vorschriften über die Approbation“ zu treffen (v. Doemming-Füßlein-Matz, Entstehungsgeschichte der Artikel des Grundgesetzes, JöR 1, 542; v. Mangoldt, Das Bonner Grundgesetz — 1953 — Anm. 1 zu Art. 74 S. 404; Eberhard DÖV 1959, 620/621). Er kann bestimmen, daß eine Approbation (Bestallung) Voraussetzung für die Befugnis zur Ausübung eines Heilberufs ist. Er regelt die Erteilung und die Zurücknahme der Approbation. Dagegen ist er nicht berechtigt, Normen zu erlassen, die über den Bereich des Zulassungswesens hinausgehen. Art. 74 Nr. 19 GG gestattet, wie das Bundesverfassungsgericht in seiner Entscheidung BVerfGE 4, 74/83 dargelegt hat, keine erweiternde Auslegung (vgl. auch W. Weber, DÖV 1952, 705/706 f.). Es ist demnach Sache der Länder, die Einrichtung von Kammern der Heilberufe zu ordnen und ihren Aufgabenbereich zu regeln (s. Koch, Das Berufsrecht der Zahnärzte



neu

Zur Herz-
therapie

Von besonderer Bedeutung für
 digitalis- und strophanthinrefrak-
 täre Patienten und zur Nach-
 behandlung von Myocardinfarkt

Cardiagutt®

Zusammensetzung:
 Adonis vernalis,
 Convallaria ma-
 jalis, Crataegus
 oxyacantha,
 Humulus lupulus,
 Rutin, Alcohol.,
 Corrigentia

TROPFEN

FABRIK PHARMAZEUTISCHER PRÄPARATE KARL ENGELHARD · FRANKFURT AM MAIN

— 1955 — S. 20; Weissauer in Sewering-Weissauer-Poellinger-Siggelkow, Handbuch für den bayerischen Arzt, A I S. 6 ff.; derselbe, Bayer. Ärzteblatt 1958, 77; Eberhard, DÖV 1958, 620; Seeger, DVBl. 1958, 487; vgl. auch die Ausführungen des Berichterstatters Dufhues zum Entwurf einer Bundesärzteordnung in der 231. Sitzung des Bundesrats vom 14. 4. 1961 — Stenogr. Ber. S. 94). Der Landesgesetzgeber kann die Kammern insbesondere ermächtigen, Berufsordnungen über die Art und Weise der Berufsausübung zu erlassen, vor allem also die standesrechtlichen Pflichten festzulegen, die bei der Berufsausübung zu beachten sind. Hierunter fallen auch die von der Landeszahnärztekammer beschlossenen Fachzahnarztordnungen von 1950, 1955 und 1959 (vgl. Venter, Zahnärztliche Rechtskunde — 1955 — S. 48, 51; derselbe, Zahnärztl. Mitt. 1952, 155/156). Sie regeln, unter welchen Voraussetzungen ein Zahnarzt eine Spezialisierung — die als solche keiner besonderen Anerkennung, geschweige denn einer besonderen Zulassung bedarf — öffentlich kundgeben und den zusätzlichen, auf besondere Spezialkenntnisse und -erfahrungen hinweisenden Facharztstitel führen darf, ohne hierdurch gegen seine Standespflichten zu verstoßen (s. §§ 1—5, 8 FZAO 1950; §§ 1—4, 7 FZAO 1955/FZAO 1959). Entschleßt er sich, einen solchen zusätzlichen Titel anzunehmen, den er nach freiem Belieben jederzeit wieder aufgeben kann (so ausdrücklich § 7 FZAO 1950; § 6 FZAO 1955/FZAO 1959), so obliegen ihm bei der Ausübung seiner zahnärztlichen Tätigkeit besondere Standespflichten. Er soll vor allem auf seinem freiwillig gewählten und den Heilung Suchenden öffentlich bekanntgegebenen Fachgebiet laufend weitere Kenntnisse und Erfahrungen sammeln und daher gerade auf ihm und grundsätzlich nur auf ihm praktizieren, so lange er den Fachzahnarztstitel führen will. Die vom Antragsteller beanstandeten Vorschriften, auf die unter V noch näher einzugehen sein wird, betreffen also die Art und Weise der Ausübung des zahnärztlichen Berufs; sie lassen sich nicht mehr unter den Begriff der Zulassung im Sinne des Art. 74 Nr. 19 GG bringen (ebenso Wehrmann — im Anschluß an ein unveröffentlichtes Gutachten Weissauers — BayVBl. 1959, 393/394; vgl. auch Seeger, Das Hess. Gesetz über die Berufsvertretungen und über die Berufgerichtsbarkeit der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker vom 18. 11. 1954, S. 22, 65; zweifelnd bezüglich der Anerkennung als Facharzt: Hopfner, BayVBl. 1957, 271/273). Dem entspricht es, daß sich der Bundesgesetzgeber — ebenso wie ehemals der Reichsgesetzgeber (vgl. unten V 2) — mit dem Landesrecht der Fachzahnärzte nicht befaßt hat. Das Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde vom 31. 3. 1952 (BGBl. I S. 221) regelt das Zulassungswesen für die Zahnärzte. Es bestimmt, daß für die Ausübung der Zahnheilkunde eine Bestallung als Zahnarzt oder als Arzt erforderlich ist. Es schreibt insbesondere vor, unter welchen Voraussetzungen die Bestal-

lung als Zahnarzt zu erteilen, zu versagen oder zurückzunehmen ist. Es regelt auch die Erteilung der zahnärztlichen Bestallung an bisherige Dentisten und Dentistenanwärter. Dagegen enthält es keine Bestimmungen darüber, unter welchen Voraussetzungen ein zugelassener Zahnarzt sich der Bezeichnung Fachzahnarzt bedienen darf und welche besonderen standesrechtlichen Pflichten ihm obliegen, solange er diesen Titel führt. Der Landesgesetzgeber war demnach befugt, die Landeszahnärztekammer zu ermächtigen, in einer Berufsordnung (Fachzahnarzt-Ordnung) auch die Anerkennung als Fachzahnarzt und dessen besondere Berufspflichten zu regeln. Die angefochtenen Bestimmungen der Fachzahnarzt-Ordnung beruhen also auf landesrechtlichen Ermächtigungsnormen und sind deshalb gleichfalls Landesrecht. Der Verfassungsgerichtshof ist daher befugt, ihre Verfassungsmäßigkeit zu prüfen.

.....

V.

1. Die Popularklage greift nach dem Wortlaut des Antrags den § 8 Satz 1 FZAO 1950, den § 7 Satz 1 FZAO 1955 und den § 7 Satz 1 FZAO 1959 an; hiernach unterliegt auch die Tätigkeit der früher anerkannten Fachzahnärzte für Kieferchirurgie, die zeitweilig auch Fachzahnärzte für Kieferkrankheiten genannt wurden, den Bestimmungen der Fachzahnarzt-Ordnungen. Aus der Begründung des Antrags ergibt sich, daß er sich gegen die Geltung dieser Vorschriften wendet, soweit sie das Verbot der Doppeltätigkeit enthalten (§ 1 FZAO 1950; § 1 Buchst. b FZAO 1955/FZAO 1959): Zahnärzte dürfen den Fachzahnarzttitel nur führen, wenn sie ausschließlich — auf eine Ausnahme wird noch einzugehen sein — auf ihrem Spezialgebiet tätig sind. Der Antragsteller meint, hierin liege ein Verstoß gegen das Grundrecht der Handlungsfreiheit (Art. 101 BV). Sein Vorwurf ist unbegründet.

Das Grundrecht der Handlungsfreiheit ist nur „innerhalb der Schranken der Gesetze und der guten Sitten“ gewährleistet. Nach der Rechtsprechung des Verfassungsgerichtshofs ist der Begriff „Gesetz“ im materiellen Sinn zu verstehen. Die Handlungsfreiheit ist also nur im Rahmen der positiven Rechtsordnung verbürgt, die auf gesetzlicher Grundlage beruhende Rechtsverordnungen und von den berufsständischen Körperschaften des öffentlichen Rechts erlassene Berufsordnungen einschließt (VerfGH 13, 10/13, 15 mit weiteren Nachweisen). Die Landeszahnärztekammer ist durch Art. 4 Abs. 4, 29, 33 BayÄG, nunmehr durch Art. 15, 21, 24 Abs. 1 des Kammergesetzes ermächtigt worden, die Berufspflichten der Zahnärzte und besonders auch der Fachzahnärzte zu regeln und dadurch ihre allgemeine Handlungsfreiheit zu beschränken (s. o. IV. 2; vgl. Venter a. a. O. S. 51; Weissauer in Sewering-Weissauer-Poellinger-Siggelkow a. a. O. A I 4 a Erl. zum Kammergesetz Vorbem. S. 5 f., Anm. II 2 a zu Art. 37). Die



L. MERCKLE GMBH
BLAUBEUREN

Mirfusot[®]

Hustensirup

ohne und mit Codein 0,1

Hustentropfen

ohne und mit Codein 0,75 %

Regelung muß sich im Rahmen der gesetzlich normierten Grundpflicht des Zahnarztes halten, nach der er zum Dienst an der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes berufen und gehalten ist, seinen Beruf gewissenhaft auszuüben und sich der Achtung, die er erfordert, würdig zu erweisen (Art. 4 Abs. 1, 2, Art. 33 BayAG). Ferner darf der Wesensgehalt des Rechtes auf Handlungsfreiheit nicht angetastet werden.

Die von dem Antragsteller beanstandeten Vorschriften halten sich in diesen Grenzen. Das Verbot der Doppeltätigkeit findet sich keineswegs nur in den bayerischen Fachzahnarzt-Ordnungen... Das Verbot der Doppeltätigkeit für Fachärzte findet sich auch seit geraumer Zeit im Ständerecht der Ärzte (s. § 34 der Facharztordnung für die Ärzte Bayerns — Bayer. Ärzteblatt 1958 III 58 —, der wiederum dem § 32 der vom Deutschen Ärztetag 1956 beschlossenen Berufsordnung für die deutschen Ärzte — Ärztl. Mitt. 1956, 943, s. auch Kuhns a. a. O. II 153 D 1 — nachgebildet ist; vgl. hierzu Wack, Bayer. Ärzteblatt 1957, 219/221; Weissauer, Bayer. Ärzteblatt 1958, 77; Kuhns a. a. O. I 424; wegen des früheren Rechts s. § 15 Abs. 2 der von den Deutschen Ärztetagen 1925 und 1926 beschlossenen Ständesordnung für die deutschen Ärzte — abgedruckt bei Staudter-Wirschinger, Bayer. Ärztesachenbuch, 1929, S. 292 sowie § 33 der Berufsordnung für die deutschen Ärzte vom 5. 11. 1937 — Deutsches Ärzteblatt S. 1031 —; vgl. hierzu auch Cropp in Bauer-Cropp-Walther, Der Arzt — 1938 — S. 48 f.). Die berufsständischen Körperschaften sind, als sie das Verbot aussprachen, mit Recht davon ausgegangen, daß die Doppeltätigkeit von Fachärzten (Fachzahnärzten) mit gewissenhafter Arbeit im Dienst an der Gesundheit des einzelnen und des gesamten Volkes nicht zu vereinbaren sei. Der Verfassungsgerichtshof hat bereits in seiner Entscheidung VerfGH 5, 161/165 dargelegt, daß die grundsätzliche Beschränkung der Tätigkeit des Facharztes auf sein Fachgebiet im Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege liege. Das gleiche gilt für den Fachzahnarzt (vgl. Müller, Zahnärztl. Mitt. 1954, 619/623; Borgmann, Zahnärztl. Mitt. 1981, 467/468 f.). Auch von ihm muß im öffentlichen Interesse und zum Nutzen der einzelnen Patienten verlangt werden, daß er sich in besonderem Maße über die Fortschritte auf seinem Spezialgebiet unterrichtet hält und auf ihm laufend besonders gründliche Erfahrungen sammelt. Bei dem erheblichen Umfang der zahnmedizinischen Wissenschaft, die seit ge-

raumer Zeit gegenüber der allgemeinen Medizin eine gewisse Selbständigkeit erlangt hat und ein eigenes Gebiet der Gesundheitspflege geworden ist (Koch a. a. O. S. 21; Kuhns a. a. O. I 947), ist diese Forderung nur dann in ausreichendem Maße zu befriedigen, wenn sich die Praxis des Fachzahnarztes grundsätzlich auf sein Fachgebiet beschränkt. Nur dann ist es gegenüber den Patienten und auch den übrigen Zahnärzten gegenüber gerechtfertigt, daß er durch die Führung seines Titels auf besondere Kenntnisse und Erfahrungen hinweisen darf, was allen anderen Zahnärzten untersagt ist. Nur dann erscheint auch die erhöhte Verantwortung und Haftung gerechtfertigt, die ihm aufgebürdet ist (vgl. Liertz-Pfaffrath, Handbuch des Arztrechts, S. 266, 267, 273; Venter a. a. O. S. 102; Larenz, Lehrbuch des Schuldrechts, Bd. 1, Allg. Teil — 4. Aufl. 1958 — § 19 III S. 183; Welzel, Das deutsche Strafrecht — 6. Aufl. 1958 — § 18 II c S. 115).

Der Antragsteller weist demgegenüber darauf hin, daß nunmehr alle Zahnärzte auf dem Gebiet der Kieferchirurgie ausgebildet und geprüft würden, so daß es auch von allen beherrscht werden müsse; der Titel des Facharztes für Kieferchirurgie werde daher nicht mehr verlehnen; die öffentliche Gesundheitspflege erfordere es daher nicht mehr, daß sich die bisherigen Fachzahnärzte für Kieferchirurgie (für Kieferkrankheiten) auf dieses Fachgebiet beschränkten. Richtig ist, daß nach den Fachzahnarzt-Ordnungen von 1950, 1955 und 1959 „neue Anerkennungen als Fachzahnarzt für Kieferchirurgie... nicht mehr erfolgen“. Ob diese Regelung zweckmäßig war, darüber besteht innerhalb der Zahnärzteschaft Streit... Es mag indes dahinstehen, welche Gründe schließlich zur Abschaffung dieser Facharztbezeichnung geführt haben. Es ist jedenfalls durchaus gerechtfertigt, daß sich diejenigen Zahnärzte, die sich ihrer weiterhin bedienen, auf dieses Fach beschränken müssen. Das Gebiet der Kieferkrankheiten und ihrer Therapie ist, wie auch der Antragsteller mit Recht bemerkt, umfangreich und schwierig, so daß es im Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege veranlaßt ist, daß wenigstens die Zahnärzte, die schon früher diesen Facharztstitel erworben haben und weiterhin freiwillig (s. § 7 Satz 1 FZAO 1950, § 6 Abs. 1 FZAO 55/ FZAO 1959) Fachärzte für Kieferchirurgie (für Kieferkrankheiten) bleiben wollen, ihre besonderen Kenntnisse und Erfahrungen auf diesem Gebiet in der auch sonst für Fachärzte und Fachzahnärzte geltenden Form der Beschränkung auf das Spezialgebiet erhalten und

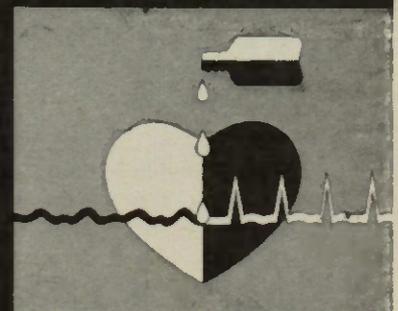
Myocardstoffwechsel - Coronardurchblutung

Adenylocrat®

Adenylsäuren-Organextrakt · Crataegus

- Sofortwirkung (Stenocardie)
- nachhaltiger Dauereffekt
- keine Nebenwirkungen, frei von Nitroglycerin

Kausale Nucleosidtherapie
- perlingual -



Tropfen 20 ccm / 50 ccm
2-3 x tägl. 20 Tropfen perlingual

ADENYL-
CHEMIE

Störungen des Myocardstoffwechsels, O₂-Mangel, Stenocardie, Infarkt-
prophylaxe - Nachbehandlung, hypo- und hypertone Regulationsstörungen

fördern. Dieses Interesse wird durch eine gründlichere Allgemeinausbildung des zahnärztlichen Nachwuchses nicht beseitigt. Die oben dargelegten Erwägungen, daß das Vertrauen der Patienten auf den öffentlich bekanntgegebenen Facharzttitel geschützt und auch die übrigen Zahnärzte vor einer nicht ausreichend gerechtfertigten Werbung mit diesem Titel bewahrt werden müssen, behalten ihr Gewicht, gleichviel, ob dieser nun künftig nicht mehr oder ob er wieder verliehen werden wird.

Der Antragsteller bringt ferner vor, der Fachzahnarzt für Kieferchirurgie (für Kieferkrankheiten) könne deshalb nicht von der allgemein-zahnärztlichen Tätigkeit ausgeschlossen werden, weil sein Gebiet sehr weit in deren Bereich eingreife. Es ist zwar, wie schon bemerkt, richtig, daß dieses Fachgebiet einen erheblichen Umfang aufweist. Aber es ist doch offensichtlich, daß es zahlreiche zahnärztliche Tätigkeiten gibt, die nicht zu ihm gehören. Die Abgrenzung des fachärztlichen Bereichs ist also durchaus möglich. Es trifft allerdings auch zu, daß der Fachzahnarzt für Kieferchirurgie jederzeit in die Lage kommen kann, in unmittelbarem Zusammenhang mit einer fachzahnärztlichen Behandlung eine Tätigkeit auszuüben, die in den Kreis der allgemein-zahnärztlichen Aufgaben fällt. Die Fachzahnarzt-Ordnungen von 1955 und 1959 bestimmen ausdrücklich, daß das Verbot der allgemeinärztlichen Tätigkeit alsdann nicht gilt (§ 1 Buchst. b Satz 2). Sie beruhen auf der richtigen Erwägung, daß es hier im Interesse des Patienten nicht nur nützlich, sondern sogar geboten sein kann, daß der Fachzahnarzt ihn nicht wegen eines Teils der Gesamtbehandlung zu einem anderen Zahnarzt schickt, sondern sie selbst einheitlich und ungesäumt durchführt. § 1 FZAO 1950 sah allerdings noch keine solche Sonderregelung vor. Es muß aber davon ausgegangen werden, daß er trotz der allgemeinen Fassung seines Wortlauts nur den Regelfall traf, daß also das Verbot, außerhalb des Spezialgebiets zu arbeiten, Ausnahmefälle der bezeichneten Art nicht erfaßte. Eine andere Auslegung wäre mit dem Wohl der Patienten nicht vereinbar, sie stünde daher zu den tragenden Grundregeln der Standesordnung (§ 1 Nr. 1, 6), die durch die Fachzahnarztordnung nur ergänzt werden sollte (s. Einleitung der FZAO 1950), und vor allem auch zu den zugrunde liegenden Bestimmungen des Ärztegesetzes (Art. 4 Abs. 1 Satz 1, Abs. 4, Art. 33) in Widerspruch. Fehlt aber der unmittelbare Zusammenhang mit einer kieferchirurgischen Behandlung, so ist es nach den vorstehenden Darlegungen nicht veranlaßt, dem Fachzahnarzt die allgemein-zahnärztliche Tätigkeit zu gestatten.

Schließlich kann auch keine Rede davon sein, daß das Verbot der Doppeltätigkeit den Wesensgehalt der Handlungsfreiheit verletzte. Denn der Fachzahnarzt hat sich ja gerade selbst die Aufgabe gestellt, auf einem wichtigen und ausgedehnten Spezialgebiet zu arbeiten. Daran wird er durch die Fachzahnarzt-Ordnung nicht gehindert. Sie will diese Tätigkeit im Gegenteil fördern. Es steht ihm zudem, wie schon oben ausgeführt, jederzeit frei, den Fachzahnarzttitel abzulegen, wenn er es vorzieht, sich bei seiner zahnärztlichen Tätigkeit keine Beschränkung auf ein bestimmtes Fachgebiet aufzuerlegen (§ 7 Satz 1 FZAO 1950, § 6 Abs. 1 FZAO 1955/FZAO 1959).

2. Der Antragsteller bringt ferner vor, die Fachzahnarzt-Ordnungen hätten auf jeden Fall die bereits an-

erkannten Fachzahnärzte für Kieferchirurgie (für Kieferkrankheiten) von dem Verbot der Doppeltätigkeit ausnehmen müssen. Durch die Anordnung des Reichszahnärztführers vom 4. 1. 1940 sei das früher bestehende Verbot aufgehoben worden. Es wieder in Kraft zu setzen, bedeute einen verfassungswidrigen Eingriff in den Besitzstand, in den Betrieb der Praxis, der den Eigentumsschutz der Verfassung (Art. 103, 159 BV) genieße.

Dem eingerichteten und ausgeübten Gewerbebetrieb wird in Rechtsprechung und Schrifttum die Eigentumsgarantie der Verfassung zugebilligt (vgl. VerfGH 13, 45/52; BGH JZ 1961, 374; Landmann-Rohmer-Eyermann-Fröhler, Gewerbeordnung — 11. Aufl. 1956 — Anm. 3 zu § 1 S. 72; Fuhr, Gewerbeordnung — 1960 — Einl. B S. 30 ff.). Die Praxis des Zahnarztes ist kein Gewerbebetrieb (Art. 4 Abs. 1 Satz 1 BayAG; § 1 Abs. 3 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde vom 31. 3. 1952; Landmann-Rohmer-Eyermann-Fröhler a. a. O. Anm. 14 a zu § 6 S. 139 f.; Koch a. a. O. S. 39). Aber auch wenn man den verfassungsmäßigen Eigentumsschutz auf die durch sie gebildete Sach- und Rechtsgesamtheit erstreckt, sie also grundsätzlich als eigentumsgleiche Vermögensposition anerkennt (vgl. W. Weber in Neumann-Nipperdey-Scheuner. Die Grundrechte Bd. 2 — 1954 — S. 353; v. Mangoldt-Klein. Das Bonner Grundgesetz — 2. Aufl. 1957 — Anm. III 1 b zu Art. 14 S. 424; s. aber auch Dürig, JZ 1958, 22 Nr. 2 Abs. 1), ist die Rüge des Antragstellers nicht begründet. Denn eine Vermögensposition kann des Eigentumsschutzes nur soweit teilhaft sein, wie das ihrem Inhalt entspricht (BVerfGE 11, 221/226). Der Inhaber einer fachzahnärztlichen Praxis kann die Möglichkeit, sie über sein Fachgebiet hinaus auszudehnen, jedenfalls dann nicht zum Inhalt der durch die Praxis gebildeten Vermögensposition rechnen, wenn sie ihm nicht in verbindlicher Weise eingeräumt worden ist. Es fehlt dann insoweit an einem der den Eigentumsbegriff konstituierenden Merkmale, nämlich an dem „Element der ökonomischen Sicherheit“ (vgl. VerfGH vom 25. 6. 1959 Vf. 60-VII-57 S. 16). Der Antragsteller glaubt, das Schreiben des Reichszahnärztführers Dr. Staub vom 4. 1. 1940 habe für die Fachzahnärzte ein öffentlich-rechtliches, unwiderrufliches Recht begründet, auch außerhalb ihres Faches tätig zu sein. Diese Auffassung ist irrig, wie auch das Landesberufsgericht für Heilberufe in seinem Urteil vom 22. 2. 1960 zutreffend ausgeführt hat. Daß sich Fachärzte und Fachzahnärzte grundsätzlich auf ihre Fachgebiete beschränken müssen, entsprach bereits vor dem Zweiten Weltkrieg der Überzeugung der deutschen Ärzte und Zahnärzte (vgl. o. 1). Sie kam u. a. auch in dem schon erwähnten § 13 Nr. 3 der Standes- und Berufsordnung für die Mitglieder der Deutschen Zahnärzteschaft zum Ausdruck, nach welchem dem Antrag auf Erteilung der Facharztbezeichnung außer den Ausbildungsnachweisen eine Erklärung des Antragstellers beizufügen war, daß er sowohl in der freien als auch in der Kassenpraxis nur auf dem Spezialgebiet tätig sein werde. Hiervon wich die Anordnung vom 4. 1. 1940 ab. Der Antragsteller verkennt ihre Bedeutung, wenn er aus ihr öffentlich-rechtliche Ansprüche ableiten will. Die Rechtsstellung des Reichszahnärztführers unterschied sich deutlich von der des Reichsärztführers. Dieser war nach § 21 der Reichsärzteordnung vom 1. 4. 1938 (RGBl. I S. 1433) der Leiter der Reichsärztekammer,

die als Körperschaft des öffentlichen Rechts errichtet war; er hatte ihre Befugnisse wahrzunehmen. Die Reichsärzteordnung war auf Zahnärzte (wenn sie nicht ausnahmsweise auch als Ärzte approbiert waren) nicht anwendbar (v. Tschammer und Quaritz bei Pfundtner-Neubert, Das neue Deutsche Reichsrecht, IV d 16, Anm. 1 zu § 1 RÄO; vgl. § 1 der Ersten Verordnung zur Durchführung und Ergänzung der Reichsärzteordnung vom 31. 3. 1936 — RGBl. I S. 338 —). Öffentlich-rechtliche Regelungen, wie sie für die Ärzte in der Reichsärzteordnung, für die Tierärzte in der Reichstierärzteordnung vom 3. 4. 1936 (RGBl. I S. 347) und für die Apotheker in der Reichsapothekerordnung vom 18. 4. 1937 (RGBl. I S. 457) galten, waren auch für die Zahnärzte und Dentisten geplant (s. Sauer bei Pfundtner-Neubert a. a. O. Anm. 1 zu § 1 DVO RÄO). Sie kamen aber nicht mehr zustande. Für diese Berufsgruppen bestanden Berufsorganisationen nur in der Form bürgerlich-rechtlicher Vereine, nämlich die Deutsche Zahnärzteschaft e. V. und der Reichsverband Deutscher Dentisten e. V. Daher fehlte auch der Standes- und Berufsordnung für die Mitglieder der Deutschen Zahnärzteschaft e. V. vom 5. 5. 1939 der öffentlich-rechtliche Charakter, welcher der auf Grund den § 14 der Reichsärzteordnung erlassenen Berufsordnung für die deutschen Ärzte vom 5. 11. 1937 (Deutsches Ärzteblatt S. 1031) zukam (vgl. Venter, Zahnärztl. Mitt. 1952, 155/156). Er fehlte insbesondere auch dem Abschnitt D der Standes- und Berufsordnung, der unter der Überschrift „Fachzahnarzt-Ordnung“ die Voraussetzungen und die Form der Anerkennung als Fachzahnarzt und dessen besondere Pflichten und Rechte behandelte. Der Verein und sein Vorstand, mochte dieser auch, der geplanten Entwicklung vorgreifend, bereits den Titel eines Reichs-

zahnärztesführers führen, konnten sich demnach auf keine öffentlich-rechtliche Grundlage stützen, die sie ermächtigt hätte, allgemeinverbindliche Berufsordnungen zu erlassen oder sonst allgemeinverbindliche Weisungen oder Genehmigungen zu erteilen. Dies wurde auch damals sehr wohl erkannt und in nationalsozialistischen Kreisen als Mangel empfunden, der je eher, desto besser beseitigt werden sollte (vgl. Ebner bei Pfundtner-Neubert a. a. O. IV d 45 Einl. zur VO zur Sicherstellung der zahnheilkundlichen Versorgung der Bevölkerung vom 5. 9. 1942, RGBl. I S. 547). Nach alledem muß das Schreiben des Reichszahnärztesführers Dr. Stuck vom 4. 1. 1940 als die Verfügung des Vorstands eines bürgerlich-rechtlichen Vereins an dessen Mitglieder gewertet werden. Sie hatte allerdings, praktisch gesehen, insofern eine erheblichere Bedeutung, als ein Vereinsmitglied, das sich bei der Ausübung einer Doppeltätigkeit auf sie berief, eines schuldhaft standeswidrigen Verhaltens nicht bezichtigt werden konnte. Ein subjektives öffentliches Recht für Fachzahnärzte, eine Doppeltätigkeit auszuüben, ist aber durch die Anordnung des Reichszahnärztesführers vom 4. 1. 1940 nicht begründet worden. Bei diesem Ergebnis kann es dahingestellt bleiben, ob die Anordnung das Gepräge einer auf die Dauer des Krieges begrenzten Maßnahme trug.

Die angefochtenen Vorschriften greifen deshalb nicht in die durch die Praxis des Fachzahnarztes gebildete Vermögensposition ein. Die Rüge, sie seien mit den Art. 103, 159 BV nicht vereinbar, ist also unbegründet.

Da auch keine anderen Verfassungsnormen ersichtlich sind, denen die angegriffenen Bestimmungen widersprechen, war der Antrag abzuweisen.“

RA Poellinger, München

STEUERFRAGEN

Was bringt das „Steueränderungsgesetz 1961“ für die freien Berufe?

Von Reg.-Rat Dr. Konrad Mayer

Bereits das Elfte Umsatzsteueränderungsgesetz vom 16. 8. 1961 (BGBl. 1961 I S. 1330) hat durch die Erhöhung des Freibetrags für die freien Berufe (§ 7a Abs. 2 UStG) eine nicht unwesentliche steuerliche Erleichterung gebracht. Nach dieser Bestimmung kann der Steuerpflichtige von seinen umsatzsteuerpflichtigen Umsätzen einen Betrag von 20 000 DM in Abzug bringen, wenn der Gesamtumsatz des Jahres 120 000 Deutsche Mark nicht übersteigt und darin nur Umsätze aus freiberuflicher Tätigkeit enthalten sind. (Diese Vergünstigung gilt bereits für das Jahr 1961.)

Ebenso enthält das Steueränderungsgesetz 1961 vom 13. 7. 1961 (DGBL. 1961 I S. 981) verschiedene steuerliche Maßnahmen, die — abgesehen von der Verbesserung der Gleichmäßigkeit der Besteuerung — insbesondere die Eigentums- und Vermögensbildung in den mittleren Einkommensgruppen begünstigen sollen und so gerade für die Mehrzahl der freien Berufe von Bedeutung sind.

Die folgenden Ausführungen beschränken sich entsprechend dem gesteckten Rahmen auf diejenigen Bestimmungen des Steueränderungsgesetzes 1961, die für die Steuerpflichtigen in den freien Berufen von Interesse sind.

1. Einkommensteuer

a) Zusätzlicher Sonderausgabenhöchstbetrag

Bei der Ermittlung des zu versteuernden Einkommens werden vom Gesamtbetrag der Einkünfte die

sogenannten Sonderausgaben (§ 10 EStG) abgezogen. Sonderausgaben sind diejenigen Aufwendungen des Steuerpflichtigen, die weder durch den Betrieb bzw. die freiberufliche Tätigkeit veranlaßt sind (Betriebsausgaben), noch zur Erwerbung, Sicherung oder Erhaltung der Einnahmen z. B. aus Vermietung und Verpachtung oder aus Kapitalvermögen geboten sind (Werbungskosten) und in § 10 Abs. 1 Ziff. 1—7 EStG aufgeführt werden. Von diesen Sonderausgaben sind die Beiträge zur Kranken-, Unfall-, Haftpflicht- und gesetzlichen Rentenversicherung, die Beiträge zu Versicherungen auf den Lebens- oder Todesfall sowie zu Witwen-, Waisen-, Versorgungs- und Sterbekassen zusammen mit den Beiträgen an die Bausparkassen zur Erlangung von Baudarlehen nur beschränkt abzugsfähig, und zwar können solche Beiträge nach dem schon bisher geltenden Recht nur bis zu 1100 DM, im Falle der Zusammenveranlagung von Ehegatten bis zu 2200 DM im Kalenderjahr in voller Höhe abgezogen werden; für jedes Kind, für das ein Freibetrag nach § 32 Abs. 2 EStG gewährt wird, erhöht sich der genannte Betrag um je 500 DM im Kalenderjahr. Bei einem zusammenveranlagten Ehepaar mit einem Kind ergäbe sich demnach ein Sonderausgabenhöchstbetrag von 2700 DM. Dieser Betrag verdoppelt sich, wenn der Steuerpflichtige, bzw. bei Zusammenveranlagung einer der beiden Ehegatten, vier Monate vor Ende des Kalenderjahres (also vor dem 1. September) das 50. Lebensjahr vollendet hat. (In dem eben angeführten Beispiel beläuft sich der Höchstbetrag also auf 5400 DM.)

Übersteigen die Aufwendungen an Versicherungs- und Bausparbeiträgen im Kalenderjahr die genannten Höchstbeträge, so kann der übersteigende Betrag nur

zur Hälfte, höchstens jedoch bis zu 50 v. H. der Höchstbeträge abgezogen werden.

Diese Regelung hatte zur Folge, daß die freien Berufe gegenüber den Nichtselbständigen benachteiligt wurden, da sie ihre gesamten zum Zwecke der Altersvorsorge aufgewendeten Versicherungsbeiträge in den Höchstbeträgen unterbringen mußten, während die Nichtselbständigen nur den von ihnen selbst zu tragenden Teil der Sozialversicherung als Sonderausgaben zu behandeln brauchten.

Um dieser Ungleichheit zu begegnen, fügt das Steueränderungsgesetz dem § 10 Abs. 3 Ziff. 3 EStG einen neuen Buchstaben d) an, der bestimmt, daß vom Veranlagungszeitraum 1961 an vor Anwendung der genannten Sonderausgabenhöchstsätze Beträge zu den oben aufgeführten Versicherungen im Kalenderjahr bis zu 500 DM, im Falle der Zusammenveranlagung bis zu 1000 DM vorweg voll abgezogen werden können.

Das folgende Zahlenbeispiel soll der Verdeutlichung dienen: Ein zusammenveranlagtes Ehepaar mit einem Kind hat 1961 Aufwendungen in Höhe von 5600 DM gemacht, die als Sonderausgaben beschränkt abzugsfähig sind (3600 DM Versicherungsbeiträge, 2000 DM Beiträge an Bausparkassen).

Davon können voll abgezogen werden als zusätzlicher Höchstbetrag für Versicherungsbeiträge	1000,— DM
als allgemeiner Sonderausgabenhöchstbetrag	2700,— DM
	3700,— DM
sowie die Hälfte des übersteigenden Betrags	950,— DM
insgesamt	4650,— DM

Es verbleiben in diesem Falle 950,—DM als nicht abzugsfähig.

b) Erhöhung einzelner Freibeträge

Von dem um die Sonderausgaben verminderten Gesamtbetrag der Einkünfte sind weiter die Kinderfreibeträge abzuziehen, wenn dem Steuerpflichtigen nach § 32 EStG solche zustehen. Während bisher für das erste Kind ein Freibetrag von 900 DM abzuziehen war, wird dieser Betrag für den Veranlagungszeitraum 1962 erstmals auf 1200 DM erhöht, um dadurch ein angemessenes Verhältnis zu den Kinderfreibeträgen für das zweite Kind (1680 DM) und für jedes weitere Kind (1800 DM) zu schaffen.

Um die Sonderverhältnisse der über 70 Jahre alten Steuerpflichtigen angemessen zu berücksichtigen, wird der Altersfreibetrag für diese Steuerpflichtigen erstmals für den Veranlagungszeitraum 1962 von 360 DM auf 600 DM erhöht. Bei zusammenveranlagten Ehegatten, die beide das 70. Lebensjahr vor dem 1. September vollenden, erhöht sich der Altersfreibetrag entsprechend auf 1200 DM.

Die in §§ 33a Abs. 1 bis 4 EStG bezeichneten Freibeträge von 900 DM jährlich, bis zu welchem Betrag Aufwendungen des Steuerpflichtigen für den Unter-

halt und eine etwaige Berufsausbildung von Personen, für die der Steuerpflichtige keine Kinderfreibeträge erhält, für die auswärtige Unterbringung einer in der Berufsausbildung befindlichen unterhaltenen Person, sowie für die Beschäftigung einer Hausgehilfin als außergewöhnliche Belastung vom Einkommen abgezogen werden können, waren nach der Höhe des Freibetrages für das erste Kind bemessen. Nachdem dieser Freibetrag auf 1200 DM angehoben worden ist, wurden auch die Höchstbeträge nach § 33a Abs. 1—4 EStG erstmals für den Veranlagungszeitraum 1962 auf 1200 DM erhöht.

2. Vermögensteuer

a) Änderungen des Bewertungsgesetzes

Bemessungsgrundlage für die Veranlagung zur Vermögensteuer ist das Gesamtvermögen des Steuerpflichtigen, wie es nach den Vorschriften des Bewertungsgesetzes anzusetzen ist, und zwar die für das Betriebsvermögen und das Grundvermögen festgestellten Einheitswerte und die Werte für das sonstige Vermögen.

Zum sonstigen Vermögen zählen — soweit nicht zum Betriebsvermögen gehörig — neben Wertpapieren, Bankguthaben und sonstigen Kapitalwerten insbesondere auch Ansprüche aus Kapital- und Rentenversicherungen.

Nach dem bisherigen Recht (§ 67 Abs. 1 Ziff. 6 BewG) konnten noch nicht fällige Ansprüche auf Lebens-, Kapital- oder Rentenversicherungen — abgesehen von Rentenversicherungen, die mit Rücksicht auf ein Arbeits- oder Dienstverhältnis abgeschlossen worden sind — bei der Feststellung des sonstigen Vermögens nur bis zu 5000 DM außer Ansatz bleiben.

Um auch hier eine gewisse Gleichbehandlung der privaten Altersversorgung mit der gesetzlichen zu erreichen, bleiben nach dem Steueränderungsgesetz 1961 bereits bei der Vermögensteuer-Hauptveranlagung 1960 noch nicht fällige Ansprüche aus Rentenversicherungen, die ihrem Charakter nach den Versorgungsansprüchen aus der Sozialversicherung oder den gesetzlichen Versicherungen entsprechen, ebenso wie diese bei der Ermittlung des sonstigen Vermögens außer Ansatz. Als Voraussetzung für diese Freistellung sieht das Gesetz deshalb nur vor, daß die Ansprüche aus der Rentenversicherung erst fällig werden, wenn der Berechtigte das 60. Lebensjahr vollendet hat oder erwerbsunfähig ist. Diese Befreiungsvorschrift kommt insbesondere den Steuerpflichtigen zugute, die innerhalb von beruflichen Organisationen Pflichtversicherungen abgeschlossen haben. Gleichzeitig wird die Freigrenze für nichtfällige Lebens- und Kapitalversicherungen sowie Rentenversicherungen, die noch zum steuerpflichtigen Vermögen zählen, von 5000 DM auf 10 000 DM (bei zusammenveranlagten Personen also auf 20 000 DM) erhöht.

Kausale Schleimhauttherapie des Magens

Azupanthenol®

Gastritis

vereinigt die spezifischen Heilfaktoren Azulen und Pantothensäure

Sodbrennen, *Ulcus ventriculi et duodeni*

ADENYL-
CHEMIE

ADENYL-CHEMIE
Stuttgart-Rud. Cannstatt

Tropfen 20 ccm / 250 ccm

2-3 x tägl. 15 Tropfen

und als **Rollkur**

Ebenfalls bereits zur Vermögensteuer-Hauptveranlagung 1960 wird der Freibetrag für das nichtbetriebliche Kapitalvermögen (Bargeld, Kapitalforderungen, Guthaben, Wertpapiere usw.) von 5000 DM auf 10 000 DM (im Falle der Zusammenveranlagung also auf 20 000 DM) erhöht (§ 67 Abs. 3 BewG).

Schließlich werden entsprechend der Behandlung der noch nicht fälligen Ansprüche auch bereits fällige Rentenansprüche aus Rentenversicherungen nicht mehr zum sonstigen Vermögen gerechnet, wenn sie unter den gleichen Bedingungen gewährt werden wie die Sozialversicherungsrenten und Beamtenpensionen, d. h., wenn nach dem Versicherungsvertrag die Leistungen nur dem Berechtigten selbst oder im Fall seines Todes seiner Ehefrau oder seinen Kindern bis zur Volljährigkeit bzw. bis zum Abschluß der Berufsausbildung zugute kommen. Unter diesen Voraussetzungen bleiben dann im Falle des Todes des Berechtigten auch die Ansprüche bei der Vermögensbewertung außer Ansatz, die der Ehefrau und den minderjährigen Kindern auf Grund der Rentenversicherung zustehen (§ 68 Ziff. 3 BewG).

Auch diese Änderung kommt bereits bei der Vermögensteuer-Hauptveranlagung 1960 zur Anwendung.

b) Änderungen des Vermögensteuergesetzes

Als wichtigste der vermögenssteuerrechtlichen Änderungen ist die Verdoppelung der allgemeinen Freibeträge anzusehen. Die Vermögensverhältnisse haben sich in den vergangenen Jahren so verbessert, daß sich die Zahl der Vermögensteuerepflichtigen ständig vergrößert. Um die Vermögensbildung in breiten Bevölkerungsschichten zu begünstigen, wurden die persönlichen Freibeträge für den Steuerpflichtigen, dessen Ehefrau und jedes Kind auf je 20 000 DM angehoben (§ 5 VStG). Dadurch kommt ein Ehepaar mit einem Kind auf einen Freibetrag von 60 000 DM, während die gleiche Familie bisher nur 25 000 DM als Freibetrag in Abzug bringen konnte.

Der zusätzliche Freibetrag von 5000 DM, der gewährt wurde, wenn der Steuerpflichtige das 60. Lebensjahr vollendet hat (Altersfreibetrag) oder voraussichtlich für mindestens drei Jahre erwerbsunfähig ist und das Gesamtvermögen 50 000 DM, bzw. 100 000 DM bei zusammenveranlagten Ehegatten nicht überstiegen hat, wird nach dem Steueränderungsgesetz 1961 bis zu einem Gesamtvermögen von 100 000 DM bei zusammenveranlagten Ehegatten bis zu 200 000 DM eingeräumt. Liegen die Voraussetzungen des Alters oder der Invalidität bei beiden zusammenveranlagten Ehegatten vor, so erhöht sich der Freibetrag wie bisher auf 10 000 DM. Der zuletzt beschriebene Freibetrag (Altersfreibetrag) von 5000 DM erhöht sich auf 25 000 DM, wenn der Steuerpflichtige das 65. Lebensjahr vollendet hat oder mindestens drei Jahre erwerbsunfähig ist, sein Gesamtvermögen 100 000 DM nicht übersteigt und die Ansprüche des Steuerpflichtigen

auf Renten aus gesetzlicher oder privater Alters- und Invaliditätsvorsorge (z. B. Sozialversicherung, Rentenversicherung, Versorgungsbezüge, Arbeitslosenversicherung, Kranken- und Unfallversicherung, Witwen-, Waisen- und Pensionskassen u. ä.) insgesamt einen Jahreswert von 3600 DM nicht übersteigen. Dieser zusätzliche Freibetrag wegen Alters oder wegen Erwerbsunfähigkeit stellt eine ausgleichende Vergünstigungsvorschrift für die Steuerfreiheit der Ansprüche aus der Sozialversicherung und Ansprüche auf gesetzliche Versorgungsbezüge dar. Bei zusammenveranlagten Ehegatten darf das Gesamtvermögen 200 000 DM nicht übersteigen. Außerdem erhöht sich der Freibetrag auf 50 000 DM, wenn die übrigen Voraussetzungen bei beiden Ehegatten vorliegen und der Jahreswert der genannten Ansprüche 7200 DM nicht übersteigt.

Alle diese durch das Steueränderungsgesetz 1961 in das Vermögensteuergesetz neu eingefügten Freigrenzen und Freibeträge sind erstmals bei der Hauptveranlagung 1960 anzuwenden.

Für die Vermögensteuer ist noch auf den neuen § 9 VStG hinzuweisen, der die Möglichkeit einräumt, ausländische Vermögensteuer auf die im Inland zu zahlende Vermögensteuer anzurechnen, wenn der betreffende im Ausland besteuerte Vermögensgegenstand im Gesamtvermögen enthalten ist.

Außerdem ist für die Zukunft zu beachten, daß die Vorauszahlungen auf die Vermögensteuer ebenso wie bei der Einkommensteuer vom Finanzamt der voraussichtlich zu erwartenden Steuerschuld angepaßt werden können (§ 17 VStG).

3. Sonstige Änderungen

Nach dem neu gefaßten Steuersäumnisgesetz wird für nicht rechtzeitig (bis zum Ablauf des Fälligkeitstages) entrichtete Steuern ein Säumniszuschlag von 1 v. H. für jeden angefangenen Monat erhoben. Bisher wurden für den ersten angefangenen Monat 2 v. H. verlangt.

Von allgemeinem Interesse sind schließlich noch die neu eingefügten §§ 155 und 251 a AO. Danach sind Überzahlungen vom Beginn der Rechtshängigkeit an nachträglich zu verzinsen, wenn die festgesetzte Steuerschuld durch rechtskräftige gerichtliche Entscheidung oder auf Grund einer solchen durch Bescheid des Finanzamts nachträglich herabgesetzt wurde. Entsprechendes gilt umgekehrt für Nachzahlungen, die der Steuerpflichtige auf Grund eines endgültig erfolglosen Rechtsmittels zu entrichten hat, soweit die Vollziehung bis zur Entscheidung des Rechtsmittels ausgesetzt worden war.

Der Zinssatz beträgt in jedem Fall $\frac{1}{2}$ v. H. im Monat.

Anschrift d. Verf.: München 22, Ludwigstraße 3, Bayer. Staatsministerium der Finanzen.

Bei allen
Erkrankungen
der Atmungs-
organe

ANTIBEX

SIMPLEX · FORTE · CUM EPHEDRINO

125 ccm enthalten
50 mg Dihydrokodein

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

MITTEILUNGEN

Curt-Adam-Preis 1962

Der im Jahre 1956 von der Kongreßgesellschaft für ärztliche Fortbildung gestiftete Curt-Adam-Preis ist für das Jahr 1962 erneut ausgeschrieben worden, und zwar für die beste Arbeit auf dem Gebiet der Kinderheilkunde, die eine besondere wissenschaftliche Leistung darstellt und gleichzeitig den Gesichtspunkt der ärztlichen Fortbildung berücksichtigt.

Arbeiten, die im Jahre 1961 fertiggestellt oder veröffentlicht werden, können bis zum 31. Dezember 1961 zur Bewerbung um den Preis (In dreifacher Ausfertigung als Sonderdruck oder Manuskript) eingereicht werden an:

Kongreßgesellschaft für ärztliche Fortbildung e. V.,
Berlin-Steglitz, Klingsorstraße 21.

Der Preis kann nur an deutsche Staatsangehörige verliehen werden.

Durch den Barpreis von 2000 DM soll vorwiegend ein Studienaufenthalt an einer deutschen oder ausländischen Klinik ermöglicht werden.

Franz-Redeker-Preis 1962

Das Präsidium des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose hat auch für das Jahr 1962 den Franz-Redeker-Preis in Höhe von 4000 DM für eine bisher noch nicht veröffentlichte wissenschaftliche Arbeit auf dem Gebiet der Tuberkulosebekämpfung mit Mitteln der Sozialhygiene gestiftet (unter Ausschluß der medikamentösen oder operativen Therapie). Dieser Preis kommt für eine oder mehrere, höchstens jedoch für drei Arbeiten zur Verteilung. Der Einsendeschluß für die Arbeiten zum Franz-Redeker-Preis 1962 ist der 31. Juli 1962.

Bewerbungsberechtigt sind alle Personen, die sich beruflich mit der Tuberkulosebekämpfung in Deutschland beschäftigen.

Die Manuskripte sind an das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose, Augsburg, Schießgrabenstraße 24, einzureichen.

Ärzte und Medizinalassistenten nach dem Stande vom 1. Januar 1961 (Gliederung nach Tätigkeitsmerkmalen)

Landesärztekammern	als Arbeitnehmer in Krankenanstalten tätig											
	Ärzte in freier Praxis		Leitende Ärzte		Oberärzte, planm. Assist.		Hilfsärzte Hospitanten, Voiontäre		Pflicht- und Med.-Assist. *)		Von der Gesamtzahl der Krankenhausärzte sind in eigener Praxis tätig	
	insges.	davon weibl.	insges.	davon weibl.	insges.	davon weibl.	insges.	davon weibl.	insges.	davon weibl.	insges.	davon weibl.
Schleswig-Holstein	1 894	241	177	6	700	131	7	1	105	35	130	5
Hamburg	2 004	373	178	3	862	120	23	7	210	70	162	1
Bremen	532	58	44	—	269	41	32	8	14	2	33	1
Niedersachsen	5 174	612	456	8	1 436	290	25	10	338	101	410	7
Westfalen	5 252	607	547	5	1 551	326	82	13	166	51	174	—
Nordrhein	7 096	1126	607	6	2 433	493	143	42	344	111	508	3
Hessen	5 456	750	396	8	1 537	286	29	7	135	35	247	5
Rheinland-Pfalz	2 534	310	144	1	719	154	34	10	92	22	115	1
Baden-Württemberg	6 605	1182	586	19	2 552	526	147	49	420	140	377	12
Bayern	8 066	983	645	12	2 338	479	248	91	541	162	640	9
Saarland	625	92	78	1	307	62	—	—	31	11	78	1
Bundesgebiet	45 238	6334	3858	69	14 702	2908	770	238	2396	740	2874	45
1960:	42 618	5959	3843	71	14 558	2731	1706	502	1562	443	3011	51

*) Die Zahl der Medizinal-Assistenten in den Ärztekammerbereichen Schleswig-Holstein, Hamburg, sowie Nord- und Südbaden wurden nach der Statistik der Krankenanstalten geschätzt.

Ärzte und Medizinalassistenten nach dem Stande vom 1. Januar 1961 (Gliederung nach Tätigkeitsmerkmalen)

Landesärztekammern	bei Behörden u. öffentl.-rechtl. Körperschaften angestellt									
	insgesamt		darunter mit eigener Praxis		In sonstiger abhängiger Tätigkeit		ohne ärztl. Tätigkeit		Gesamtzahl der Ärzte und Med.-Assistent. im Kammerbereich	
	insges.	davon weibl.	insges.	davon weibl.	insges.	davon weibl.	insges.	davon weibl.	insges.	davon weibl.
Schleswig-Holstein	191	22	13	1	80	35	300	150	3 503	621
Hamburg	244	50	67	3	166	54	264	173	3 970	850
Bremen	62	7	3	—	32	—	32	9	1 021	124
Niedersachsen	593	82	87	2	137	34	654	453	8 906	1 590
Westfalen	521	50	5	1	204	37	899	488	9 253	1 577
Nordrhein	707	126	29	1	323	62	1097	685	12 820	2 651
Hessen	439	33	45	2	188	26	445	169	7 661	1 314
Rheinland-Pfalz	263	19	7	—	57	23	69	20	3 980	559
Baden-Württemberg	542	47	73	4	236	38	993	812	12 098	2 613
Bayern	655	28	81	—	866	144	1 678	649	15 153	2 548
Saarland	97	16	—	—	6	—	123	68	1 267	250
Bundesgebiet	4314	480	410	14	2295	453	6554	3476	79 632	14 697
1960:	4895	543	383	11	2007	355	6225	3437	77 414	14 041

Ärzte und Medizinalassistenten nach dem Stande vom 1. Januar 1961
(Die Fachärzte nach den hauptsächlichsten Tätigkeitsmerkmalen)

Facharztgruppe	Ärzte in freier Praxis		Leitende Krankenhausärzte		Oberärzte und planm. Assist. *)		Krankenhausärzte m. eigener Praxis		Kassenärzte (in den Vorspalten enthalten)	
	insges.	davon weibl.	insges.	davon weibl.	insges.	davon weibl.	insges.	davon weibl.	insges.	davon weibl.
Fachärzte für Anästhesie	7	3	5	—	87	25	1	—	6	2
Augenkrankheiten	1 621	260	72	—	134	33	83	—	1 580	235
Chirurgie	1 204	23	1046	5	1 316	53	841	3	1 227	15
Frauenkrankh. u. Geburtshilfe	1 911	319	341	11	478	74	275	11	1 760	239
HNO-Krankheiten	1 664	73	107	1	157	7	91	1	1 628	65
Haut- u. Geschlechtskrankh.	1 372	137	52	—	165	30	41	—	1 298	112
Innere Krankheiten	3 602	413	993	6	1 679	243	766	8	2 703	246
Kieferchirurgie	53	—	17	1	22	—	10	—	23	—
Kinderkrankheiten	1 567	763	169	22	444	200	118	15	1 366	594
Laboratoriumsdiagnostik	75	7	27	1	41	5	18	—	76	6
Lungenkrankheiten	581	61	203	5	403	66	125	1	541	54
Nerven- und Gemütskrankh.	835	153	164	2	595	101	75	2	652	91
Neurochirurgie	9	1	5	—	33	2	5	—	2	—
Orthopädie	695	34	72	—	141	20	49	—	670	31
Röntgen- und Strahlenheilk.	596	30	175	1	246	18	119	—	576	21
Urologie	294	2	45	—	91	—	37	—	300	2
Sonstige Fachgebiete	95	2	72	1	34	1	29	—	51	—
Fachärzte insgesamt	18 181	2281	3565	58	6 068	878	2663	39	14 459	1713
Allgemein-Ärzte	28 057	4053	293	13	8 636	2030	211	8	24 853	2916
Sämtliche Gruppen	44 238	8334	3858	69	14 702	2 908	2874	45	39 312	4629
1960:	42 618	5959	3843	71	—	—	3011	51	33 068	3261

*) Für die Bereiche der Bezirksärztekammern Koblenz, Montabaur und Pfalz liegt eine Aufgliederung der Oberärzte und planmäßigen Assistenten nicht vor. Die entsprechenden Zahlen für diese Bereiche wurden geschätzt.

Erfolgreiche Wiedereingliederung

Die berufliche Eingliederung behinderter oder von einer Behinderung bedrohter Personen (Rehabilitation) war im ersten Halbjahr 1960 recht erfolgreich. Die Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung hat vom Januar bis Juni 1960 insgesamt 20 269 behinderten Personen einen Arbeitsplatz zuweisen können. Die größte Gruppe unter den Rehabilitationsfällen sind die 25- bis 45jährigen (fast 50 Prozent), die über 45 Jahre alten Personen waren mit etwa 30 Prozent an der Wiedereingliederung beteiligt. Schäden und Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, außer dem Verlust von Gliedmaßen, waren in 4661 der 20 269 Fälle verzeichnet, gefolgt von 4329 Fällen innerer Krankheiten. Es folgen die Lungentuberkulose mit 3400 und der Verlust von Gliedmaßen mit 2101 Fällen.

Die bisherigen Erfolge in der Rehabilitation auf dem Gebiet der Kriegsopferversorgung und der Unfallversicherung betreffen hauptsächlich Maßnahmen bei äußeren Körperschäden. In Zukunft soll „besonderes Augenmerk auch auf die durch innere Krankheiten Geschädigten gerichtet werden“, heißt es in einem Bericht der Bundesregierung.

Schweizer Beispiel macht Schule

Obwohl man in der Schweiz sicher nicht allzu sehr von Katastrophenangst geplagt ist, würde den Eidgenossen schon seit langem die Haltung eines „Notvorrats“ an Lebensmitteln gesetzlich vorgeschrieben. Man ging dabei von der Tatsache aus, daß man im eigenen Land zwar viele Nahrungsmittel erzeugt, aber trotzdem auf eine Einfuhrstütze angewiesen ist. Bei dem häufigen Rumoren in der Weltpolitik können beispielsweise gelegentlich durchaus einmal Schiffsfahrtswege blockiert und die Einfuhren — wenn auch nur kurzfristig — gestört sein.

Das Bundesernährungsministerium in Verbindung mit dem Deutschen Grünen Kreuz hat diese Gedanken aufgegriffen und empfiehlt nun auch dem Bürger der Bundesrepublik, einen Haushaltsvorrat von je 1 kg Reis oder Teigwaren, Zucker, Fleisch- oder Fischkonserven sowie 1/2 kg Speiseöl, Plattenfett oder Schweineschmalz als einen „Mundvorrat“ anzulegen. Damit sollen vor allem die bewußten 8 oder 14 Tage überbrückt werden, die z. B. bei der Krise in Korea oder Suez zu Angstkäufen führten.

DOLORSAN®

DOLORSAN®

SCHMERZSTILLUNG DURCH
HEILHYPERAEMIE

bewährt
zuverlässig
nicht fälschend

DONA-DOLORSAN bei Durchblutungsstörungen und zur Segmenttherapie

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

RUNDSCHAU

Hirndauerschäden nach Straßenverkehrsunfällen. Häufiger als bei anderen Unfällen ist das Schädelhirntrauma beim Straßenverkehrsunfall. Unter 1000 dauernd Hirngeschädigten einer Fachklinik fanden sich 119, die eine Schädelverletzung im Straßenverkehr erlitten hatten. 56 dieser Personen waren als Motorrad- oder Mopedfahrer, 30 mit einem Kraftwagen, 19 als Fußgänger und 14 als Führer eines Fahrrades verunglückt. Die stärkere Gefährdung des männlichen Geschlechts ist offensichtlich; auf 107 Männer entfielen nur 12 Frauen. Mit 109 Fällen überwog das stumpfe Schädelhirntrauma; eine offene Hirnverletzung lag lediglich bei 10 Patienten vor. Bei den Unfällen der motorisierten Verkehrsteilnehmer überwiegt der beftige frontale Zusammenstoß. Dementsprechend sind Stirnhirnverletzungen wesentlich häufiger (28,6%) als andere Schädelhirntraumen. Bei den nichtmotorisierten Verunglückten herrscht Scheitelhirnverletzung vor. Insgesamt konnten bei 85,5% aller im Straßenverkehr hirntraumatisch Geschädigten Hirnnervenausfälle festgestellt werden. Hiervon waren alle Motorrad- und Autofahrer betroffen, hingegen nur 78% der Fußgänger und 64% der Radfahrer. Bleibende Lähmungen oder latente Extremitätenparesen zeigten sich bei den Radfahrern am häufigsten (92%). In 75,5% aller Fälle waren psychische Dauerveränderungen zu verzeichnen, unter den Autofahrern bei 84%, 14,3% aller Verletzten und 20,3% der Autofahrer litten als Unfallfolge an einem zerebralen Krampfleiden. Jeder 8. bis 9. Verletzte (11,5%) wies ein hirnnorganisches Psychosyndrom auf. Wertet man alle Hirndauerschäden zusammen, so ist der Motorradunfall besonders verhängnisvoll. Hier war auch der Prozentsatz der Begleitverletzungen mit 55% am höchsten. — Zur Herabminderung der Schwere von Straßenverkehrsunfällen, insbesondere solchen, die zu Hirndauerschäden führen, versprechen besondere Schutzvorrichtungen einigen Erfolg, so für den Motorradfahrer der Schutzhelm, für den Autofahrer Innenpolsterung des Fahrzeuges und Haltegurte. Von diesen Einrichtungen müßte aber wesentlich häufiger Gebrauch gemacht werden. (Vgl. Ketz, E., Schweiz. med. Wschr. 91 [1961], S. 270.) (Bundesges.-Bl. 7/1961.) Ku.

Gesundheitsbonus für Versicherte? — Summentarif an Stelle der Erstattung von Krankheitskosten. — (Die Welt, Hamburg). Mit einem neuartigen Summentarif will die Volkswohl-Krankenversicherung VaG. in Dortmund an die Öffentlichkeit treten. Zum erstenmal soll damit in der KrV das Prinzip der Summenversicherung eingeführt werden, nach dem die Lebens- und Sachversicherung betrieben wird. — In der privaten Krankenversicherung wurden bisher die Kosten für einzelne Leistungen im Rahmen von Höchstbeträgen erstattet; dem individuellen Bedürfnis nach einem verschiedenartig zusammengesetzten Bukett von Leistungen mußte durch unterschiedliche Tarife Rechnung getragen werden. Mit der Summenversicherung fallen alle derartigen Spezialisierungen und Einschränkungen weg, als einzige Begrenzung gilt im Rahmen der Vertragsbedingungen nur noch die

versicherte Summe, die in jedem Jahr neu in Anspruch genommen werden kann.

Ein ebenfalls neuer Versuch ist es, in Anlehnung an die Kraftfahrzeugversicherung einen „Gesundheitsbonus“ einzuführen. Er soll unabhängig davon, ob die Gesellschaft einen Gewinn erzielt, an alle Versicherten, die während eines Leistungsjahres die Versicherung nicht in Anspruch nehmen, in Höhe von 5% der Versicherungssumme gezahlt werden. Die Volkswohl verspricht sich davon eine wirksame Bremse gegen Bagatellschäden. — Im Interesse dieser Bremswirkung führt sie daher in dem neuen Tarif auch keine Familienversicherungen ein. Jedes versicherte Familienmitglied ist selbständig bis zu einer individuellen Höchstsumme versichert und hat bei schadensfreiem Verlauf seiner Versicherung Anspruch auf den Bonus. Im übrigen werden die Versicherten am Gewinn aus dem Gesamtergebnis des Tarifes beteiligt.

Die Mindestversicherungssumme beträgt 2000 DM; sie kann um jeweils 1000 DM erhöht werden. Für die Erhöhung besteht praktisch keine Altersgrenze, da sie selbst einem 80jährigen noch möglich ist. Die Prämie ist der Versicherungssumme proportional und steigt mit dem Eintrittsalter des Versicherten bzw. mit dem Alter, in dem er sich zur Höherversicherung entschließt. Erschwerte Risiken sollen durch Risikozuschläge berücksichtigt werden.

Ebenso übersichtlich ist das Schema der Versicherungsleistungen. Die ambulanten und stationären Kosten, die durch die Behandlung einer Krankheit oder eines Unfalls entstehen, werden zu 90% der vereinbarten Versicherungssumme je Person und Leistungsjahr erstattet. Höchstsätze für Einzelleistungen fallen also weg.

Für Geburten wird eine Pauschale von 20% der Versicherungssumme bezahlt, aber nicht auf die Versicherungssumme angerechnet. Bei operativen Entbindungen werden die Kosten, die die Pauschale übersteigen, zusätzlich im Rahmen der Versicherungssumme übernommen. Für Arztbehandlung und Zahnersatz werden je Leistungsjahr ohne Anrechnung auf die Versicherungssumme 50% der Kosten bis zu 10% der Versicherungssumme übernommen.

BUCHBESPRECHUNGEN

Rückblick und Ausblick — Erlebnisse und Betrachtungen eines Arztes. Von Univ.-Prof. Dr. med. Dr. med. h. c. Franz Schede. Hans E. Günther Verlag, Stuttgart, 1960. 458 S. Gzl. 23,50 DM.

„Ein Rückblick kann nur sinnvoll sein, insofern er der Gestaltung und Deutung der Vergangenheit dient, was ja überhaupt der Sinn jeder Geschichtsschreibung ist. Im Vergangenen wurzelt das Zukünftige. Nur wenn wir das Vergangene verstanden und seine inneren Gesetze erkannt haben, ist uns eine Möglichkeit gegeben, die Zukunft nach unseren Wünschen zu gestalten, und das ist doch das Ziel aller menschlichen Sorgen und Mühen.“ Diese einleitenden Worte ziehen sich als Maxime durch die Autobiographie Franz Schedes und gemahnen daran, daß es wenig sinnvoll ist, allein das Berufliche in den Vordergrund zu stellen. Vergleicht man sein Buch mit den üblichen Biographien,

Zuverlässig stimuliert

Cholaktol

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

DR. IVO DEIGLMAYR CHEM. FABRIK NACHF. MÜNCHEN 25

so merkt man die Genugtuung, daß es nicht eine für den Laien unverständliche, für den Fachgenossen im Grunde langweilige Aneinanderreihung schon bekannter Ereignisse ist, ganz zu schweigen davon, daß hier der Autor wirklich selbst spricht und nicht sein Lebenswerk zu einem jener bedauerlichen zeitgerechten journalistischen Bestseller erniedrigt wird. Schede hat bewußt den gewöhnlich verborgen bleibenden Menschen in den Mittelpunkt gerückt.

Für Bayern mag Schedes Werk von besonderer Bedeutung nicht nur deswegen sein, weil er als Schöpfer und Mitarbeiter von Fritz Lange 1912 der erste Leiter und Organisator der Orthopädischen Universitäts-Poliklinik in München wurde — Vorbilder orthopädischer Polikliniken fehlten! — und diese Klinik bis 1923 durch Krieg und Nachkriegswirren sicher bindurchsteuerte, sondern schon in dieser auch maßgeblichen Anteil daran hatte, daß der klassischen und unverfälschten Orthopädie in München eine Pflegestätte erhalten blieb. So kann man mit Recht sagen, daß es Schedes persönliches Verdienst ist, all die vielen Aufgaben, die gerade der poliklinischen Orthopädie zugeordnet sein müssen, die aber auch ihr Lebenselixier sind, getreulich zusammengebaute und, wo nötig, verteidigt zu haben. Aber auch das Zeitbild Münchens, erlebt von 1901 bis 1923 als Student, Assistent und Leiter der Poliklinik, eröffnet dem Leser Einblicke in die Situation vor, im und nach dem ersten Weltkriege — eine Fülle ungeahnter Gesichte, Liebliches, Süddeutsches, Volk und Staat, schließlich die Zerfallserscheinungen in der Revolutionszeit. Hier ist ein gutes Stück deutscher Geschichte geschrieben worden, und es ist wohl deswegen besonders reizvoll, weil es der gebürtige Magdeburger objektiver zu schreiben vermag. Es kommt dem Autor zweifellos zugute, daß er weit über sein Fach oder seinen Beruf hinaus Beziehungen zu Persönlichkeiten hatte, die damals bereits in der Öffentlichkeit standen oder doch richtungweisend für die Zukunft waren; genannt seien hier nur der Naumann-Kreis, Georg Hohmann, Gertrud Bäumer. Aber Schede blieb der Tagespolitik fern, seine Aufgabe sah er neben der wissenschaftlichen Arbeit und dem Arztsein in der Wahrung akademischer und ärztlicher Privilegien — unter dem Vorzeichen akademischer und ärztlicher Pflichten — und später in der Verfechtung dieser Erkenntnisse in der Gesetzgebung. So gehen das Sächsische Wohlfahrtspflegengesetz von 1924 und das „Bundesgesetz über die Ausübung der Berufe des Masseurs, des Masseurs und medizinischen Bademeisters und des Krankengymnasten“ von 1959 wesentlich auf seine Mitwirkung zurück; 1949 hatte er schon an der diesbezüglichen Verordnung der Niedersächsischen Regierung mitgewirkt. — Der Leser wird auch Aufschluß finden über die politische Stellung der Akademiker, insbesondere der Hochschullehrer vor und nach 1933, und dies mag die immer Aktuellem belehren, daß und warum die Wurzeln jenes Geschehens jedenfalls nicht in einem Versagen dieser Schicht zu suchen sind. Die Gefahren, die uns drohen, sind viel allgemeinerer Natur, die Hochschulen kann man gerechterweise nur als eines der Opfer ansehen! — 1923 übernahm Schede, der alle seine Mühe auf die Münchner Poliklinik gerichtet hatte, den Leipziger Lehrstuhl, wieder fing er praktisch mit nichts an, er fand keine moderne Klinik vor, aber er wußte sie zu schaffen: 1930 schien sein Lebenswerk durch die neue große Leip-

ziger Klinik gekrönt. 1947 mußte er es verlassen. Noch einmal, nach Überwindung von allerlei Unverständnis und Trägheit, fand er einen neuen Anfang, in Sanderbusch im Oidenburger Land. Auch hier schuf er eine Orthopädische Klinik, die bald gleichberechtigt den Universitätskliniken galt. Äußerliche Vorausforderungen hat Schede nie stellen können und nie gestellt, und so waren seine Kliniken wirklich seine ureigenen Schöpfungen! — Die wissenschaftliche Arbeit Schedes galt zuallererst der klassischen Orthopädie: „Die Orthopädie ist die Lehre von den Fehlhaltungen, Fehlgängen und Fehlformen des Stütz- und Bewegungssystems und die Kunst, diese Störungen zu verhüten oder zu heilen.“ Vom Gedanken der Fehlhaltung ausgehend, hat er einen großen Teil seiner Lebensarbeit dem Skoliosenproblem und den Haltungsschäden gewidmet, ferner den orthopädischen Konstruktionen, die dann in einer Monographie zusammengefaßt wurden, schließlich der Krankengymnastik, deren Ausbau und Stellung ihm sehr viel verdanken. — Sein wissenschaftliches Lebenswerk ist bekannt, wie es entstand, wird erst hier offenbar. Was an Lebenserfahrungen und Menschlichem, unzertrennlich mit dem Arzt, Lehrer und Forscher verbunden, Schede in seinem Buch mitgeteilt hat, kann nicht referierend wiedergegeben werden, das muß der verehrungswürdige Autor dem Leser persönlich nahebringen. Es bleibt der Wunsch, daß dieses Buch, als Zeugnis des wohlbestandenen „Kampfes zwischen Wollen und Können“, aber auch als Zeugnis aller akademischer Noblesse in die Hände vieler, und gerade der jüngeren Kollegen, gelangen möge.

Jürgen Probst, Murnau/Obb.

Bellagenhinweis

Dieser Ausgabe liegen Prospekte folgender Firmen bei:
 Klinge, München 23
 Klinge, München 23
 Dr. Reiss, Berlin
 Temmler-Werke, Marburg
 Ehl & Co.,
 Belersdorf & Co., Hamburg
 Dorsch & Co., München
 AG., für med. Produkte, Berlin
 Heel GmbH, Baden-Baden
 L. Merckle GmbH, Blaubeuren
 Paulaner-Salvator-Thomasbräu, München.

„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 3.40 vierteljährlich, zuzügl. Zustellgebühr. Postcheckkonto Nr. 52 52 Amt München, Bayer. Landesärztekammer (Abt. Bayer. Ärzteblatt). Anzeigenverwaltung: Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler, München 15, Sonnenstraße 29, Telefon-Sammel-Nr. 55 80 81, Fernschreiber 05 23662. Telegrammadresse: Gablerpres.

Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharfing, München. Druck: Richard Pfäum Verlag, München. Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrokopie sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten.

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

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



KREWEL-WERKE
Eitorf b. Köln

STANDARTINE

Standartin antitussicum®

Codeo-Standartin®

mit 0,1% Dihydrocodeinbitart. in 125 g (= 100 ccm) und
250 g (= 200 ccm)

Ephedro-Standartin®

und Standartin-Hustentropfen®

Geratol seit über 50 Jahren

BEI MAGEN-, DARM-, LEBER-, GALLENLEIDEN u. STOFFWECHSELSTÖRUNGEN

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

Stellenangebote

Im Tuberkulose-Sanatorium „Waldheim“ des Landkreises Rehau in Silberbach/Ofr. ist sofort die Stelle eines

CHEFARZTES

zu besetzen.

Bezahlung erfolgt nach Verg.-Gruppe I TO A. Zusätzliche Alters- und Hinterbalebenenversorgung wird gewährt. $\frac{2}{3}$ der Beiträge trägt der Landkreis. Nebeneinnahmen aus Gutachter-tätigkeit und Betreuung von zwei Tbc-Fürsorgestellen sind möglich und verbleiben dem Chefarzt.

3-Zimmer-Wohnung mit Kochnische, Bad und Garage kann sofort zur Verfügung gestellt werden. Bei der Beschaffung einer größeren Wohnung ist der Landkreis behilflich.

Bewerbungen mit Lichtbild, handgeschriebenem Lebenslauf, Zeugnisabschriften über Schul- und Berufsausbildung erbeten an das Landratsamt Rehau/Ofr. (13 a).

Für die innere Abteilung des Krankenhauses d. Barmherzigen Brüder, Straubing, wird zum baldigen Termin ein

Medizinal-Assistent(-in)

gesucht. (350 Betten, davon 150 intern.) Chefarzt Dr. Egger, Facharzt für Röntgenologie und interne Medizin. Geh. 500 DM netto und freie Station. Bewerbungen erbeten an Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Straubing

Das Kreiskrankenhaus Neuburg v. W. mit 100 Betten sucht für die chir. Abteilung sofort oder später einen

Assistenzarzt(-ärztin) BAT II
oder einen

Medizinalassistenten(-assistentin) BAT III.

Fachchirurgische Anerkennung von zwei Jahren möglich. Bewerbungen erbeten an die Krankenhaus-Verwaltung.

Für das Krankenhaus Holzkirchen/Obb. (30 km südlich Münchens, 85 Betten, im Jahre 1960 modernisiert, chirurgisch, gynäkologisch und allgemein) werden zum baldmöglichsten Zeitpunkt

2 Assistenzärzte (-ärztinnen)

gesucht. Wohnung kann zur Verfügung gestellt werden. Vergütung nach BAT.

Bewerbungen mit Lebenslauf und Zeugnisabschriften erbeten an Markt Holzkirchen/Oberbayern.

Älterer, kränkl. Arzt, sehr tolerant, sucht für seine große Landpraxis, Nähe Nürnberg,

jungen, strebsamen Mitarbeiter

Zunächst als Dauerassistent, bei späterer Praxisübernahme. Angen. Privatklima in herrl. gelegener Villa. Zuschriften erbeten unter 331/426 über CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH., München 2, Karlsplatz 13.

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.).

Beim städt. Krankenhaus Weiden i. d. Opf. sind ab sofort zu besetzen:

1 pl. Assistenzarzt für die chirurg. Abteilung

1 pl. Assistenzarzt für die Röntgen-Abteilung

und ab 1. 2. 1962

1 pl. Assistenzarzt(-ärztin) für die Kinderabteilung

Die Bezahlung erfolgt nach Verg.-Gr. II BAT. Bei der Wohnraumbeschaffung ist die Stadt Weiden behilflich.

Bewerbungen mit Lichtbild, Lebenslauf und Ausbildungszeugnissen bitten wir umgehend an das Hauptamt der Stadt Weiden zu richten.

Die Landesversicherungsanstalt Oberfranken und Mittelfranken sucht einige

Vertrauensärzte

zum baldmöglichsten Diensteintritt.

Die Vergütung wird nach Gruppe II BAT gewährt. Nach Bewährung erfolgt Übernahme in das Beamtenverhältnis.

Trennungsentschädigung und Umzugskosten werden nach den gesetzlichen Bestimmungen gewährt.

Ärzte, die auf Grund genügend langer klinischer und praktischer Tätigkeit über ein abgerundetes ärztliches Allgemeinwissen verfügen, werden gebeten, ihre Bewerbung mit handgeschriebenem Lebenslauf, Lichtbild und den sonst üblichen Unterlagen bei der

Landesversicherungsanstalt Oberfranken und Mittelfranken in Bayreuth einzureichen.

Junger Röntgenologe

mit Erfahrung in allem. Heilkunde, gesucht für neues, modernes kleines Sanatorium in Caracas (Venezuela). Anfangsgehalt 3 000 DM, freie Überfahrt. Klima günstig, Lage der Stadt sehr schön, 1000 m Höhe, Meeresnähe. Angebote an

Prof. Herbig, München 55, Ammerganstr. 8, Tel. 10 03 74

Wir suchen zum 1. 2. 1962 oder baldmöglichst für unser Kneipp-Sanatorium der Bundesbahn-Versicherungsanstalt Marquartstein/Obb. (117 Betten, Chefarzt Dr. Erich Köhler)

1 jüngeren Assistenzarzt(-ärztin)

Vergütung BAT II. Bewerbung mit handschriftlichem Lebenslauf, Lichtbild und Zeugnissen erbeten.

Bundesbahn-Versicherungsanstalt, Bezirksleitung Rosenheim
Rosenheim, Bahnhofstraße 14

In der medizinischen Abteilung des Städt. Krankenhauses in Weiden i. d. Opf. (ca. 200 Betten), ist die Stelle eines planmäßigen

Assistenzarztes

zu besetzen.

Die Bezahlung erfolgt nach BAT II. Möglichkeit von Nebeneinnahmen ist gegeben.

Bewerbungen mit Lebenslauf und Zeugnissen wollen alsbald an das Hauptamt der Stadt Weiden i. d. Opf. übersandt werden.

Für die chirurgische Abteilung des Kreiskrankenhauses Berchtesgaden (100 chirurg. Betten, neues Haus) wird sofort

ein Assistenzarzt oder

ein Medizinalassistent im 2. Jahr

gesucht. Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen an Chefarzt Dr. Schindler, Berchtesgaden, Kreiskrankenhaus

Im Kreiskrankenhaus 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 Kreiskrankenhausverwaltung Osterhofen/Ndb. zu richten. Das Krankenhaus ist zur vollen Medizinalpraktikantenzeit zugelassen.



Gegen Keuchhusten **PROSPAN** O. P. Tropf-
 Prospan flosche zu 20 g O. P. Kurpackung
 auch als Aerosol zu 100 cm

Für Gynaekologisch-Geburtshilfliche Privatklinik Medizinalassistent gesucht.

Gehalt DM 500.— sowie freie Unterkunft und Verpflegung oder nach Vereinbarung. Anschließend besteht Möglichkeit zur Facharztbildung für Geburtshilfe und Gynaekologie für zwei Jahre. Bewerbungen erbeten an Privat-Klinik Dr. Steininger, Regensburg, Emmeramplatz 2

Wir suchen zum Eintritt am 1. 4. 1962

1 Assistenzarzt(-ärztin)
für unsere interne Abteilung

1 Assistenzarzt(-ärztin)
für unsere chirurg.-gynäkolog. Abteilung.

2 Jahre werden für die Facharztbildung anerkannt. Vergütung nach TO A II.

1 Medizinalassistent(-assistentin)
Vergütung nach Tarif bzw. nach Vereinbarung.

Unser Haus ist ein aufs Modernste eingerichteter Neubau, 180 Betten, mit interner, chirurg. und gynäkologischer Station und einer medizinischen Bäderabteilung. Verheirateten sind wir bei der Wohnungsbeschaffung behilflich. Bewerbungen erbeten an

Kreiskrankenhausverwaltung Tirschenreuth/Opf.

An der chirurgischen Abteilung (130 Betten) des Kreiskrankenhauses München-Perlach ist zum 1. 3. 62 eine

Assistenzarztstelle

zu besetzen. Vergütung nach BAT III mit pauschaler Vergütung des Nacht- und Wochenend-Dienstes. Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen an den Chefarzt erbeten.

Sprechstundenhilfe

als Zweithilfe, auch Anlernling, bei angenehmen Arbeitsbedingungen, von HNO-Facharzt in München für Anfang 1962 gesucht. Zuschriften erbeten unter 331/431 über CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH., München 2, Karlsplatz 13.

Medizinisch-technische Assistentin

für die Röntgenabteilung des städt. Krankenhauses Weiden in der Opf. als leitende Kraft gesucht. Bewerberinnen müssen zur Anleitung und Beaufsichtigung der übrigen Assistentinnen und Hilfskräfte des modernen Diagnostik- und Therapieinstituts in der Lage sein. Bezahlung nach TO A V b. Angenehme, zeitlich streng geregelte Arbeitsbedingungen. Mithilfe bei der Beschaffung von Wohnraum durch die Dienstbehörde. Bewerbungen mit den entsprechenden Unterlagen und Angaben des möglichen Dienstantritts an das Hauptamt der Stadt Weiden.

Stellengesuche

Arzthelferin

23 J., Arztochter, 5jährige Tätigkeit in chirurgischer Praxis (Röntgen, Mithilfe bei OP, Bestrahlungen usw.) sucht zum 1. 1. 1962 neuen Wirkungskreis.

Unterbringung innerhalb oder außerhalb des Hauses erwünscht. Angebote mit Gehaltsangabe an

Gerda Müller, DBSsdorf
Dulsburger Straße 29

Welcher Chirurg

fühlt sich überlastet und ist bereit, seinen Aufgabenbereich zu teilen? Facharzt für Chirurgie, Anfang 50, erfahren in Gynäkologie, Urologie, Innere Medizin, langjähr. Chefarzt und Unfallarzt eines bedeutenden Krankenhauses in der SBZ sucht Betätigungsmöglichkeit an Krankenhaus oder Privatklinik (evtl. Beteiligung). Zuschrift. erb. unter 331/453 über CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH., München 2, Karlsplatz 13

Schwester mit zwei Examinas perfekt in großem und kleinem Labor, E.K.G. und Grundumsatz, sucht Stellung in München. Angebote erbeten unter 331/450 über CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH., München 2, Karlsplatz 13

Gymn.-Lehrerin

29 J., mit pfleg. Gymn. u. orthop. Turnen, Säuglingsgymn. (staatl. gepr. Säugl.- u. Kl.-Schw.) m. gut. Zeugn., sucht entspr. Wirkungskr. (als Kr.-Gymn. tät.). Angeb. mit Gehaltsang. erb. unt. 331/440 über CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH., München 2, Karlsplatz 13

ARZT

erfahren im Abrechnungs- und Prüfungswesen der Kassenärztlichen Vereinigung, sucht entsprechende Tätigkeit im Raum München ab 1. 1. 1962. Zuschr. unt. M. T. 80 110 Bb. CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH., München 2, Karlsplatz 13

Verschiedenes

Neubauwohnung mit Praxisräumen

für praktischen Arzt in einem Industrieort, Nähe Hof/Saale, in bester Lage, ist Anfang 1962 beziehb. Angebote erbeten unter M. W. 80 201 über CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH., München 2, Karlsplatz 13

Facharzt-Praxis

für Kinderheilkunde (m. Röntgen-Apparat, E.K.G. u. Kurzweile, Monode), wegen Todesfall ab 1. 1. 1962 in Fürth/Bayern, beste und schönste Lage, abzugeben. Zuschriften erbeten unter 331/445 über CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH., München 2, Karlsplatz 13

Landgemeinde bei Nürnberg

Haus, bester Zustand, erbaut 1950, verkäuflich. Prakt. Arzt von Gemeinde bevorzugt.

H. Haas, Nürnberg, Maxfeldstr. 23

Sehr gut eingeführte

Allgemeinpraxis

In landschaftl. schönem Markt Niederbayerns, Bahnstation, Nähe Höh. Schulen, aus gesundheitl. Gründen z. 1. 4. 1962 zu günstigen Bedingungen zu vermieten. Zuschriften erb. unter 331/452, über CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH., München 2, Karlsplatz 13

Sehr gut eingeführte

Hautpraxis

in oberbayer. Industrie- u. Garnisonsstadt, wegen Todesfall an Dermatologen sofort abzugeben. Praxiseintr. vorh. Zuschr. erb. an

Hermann Maus, Ingolstadt
Münchener Straße 79, Tel. 22 06

ER IST DA!



Der Winterprospekt

52 Seiten Großformat
120 Bilder aus aller Welt
über 250 ideale Ferienziele
Schreiben Sie bitte sofort um kostenlosen Reiseleiter, der Ihnen sehr interessante Angebote für ganz Europa bringt mit Flugreisen, Auto-Plan Winterreisen usw.



Hotelpian
Mü., Lenbachpl. 9
Victoriapassage
Telefon 55 54 35

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

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 8,85
10 Pfd. Elmer 4,5 kg netto nur mit reinem Kristallzucker eingekocht
Garantiert neue Ernte 1961
Fabrikfrische, tafelfertige, feinste und ungefärbte Qualitätsware. (Nachnahme)
Bei Nichtgefall.: Kaufpreis 100%ig zurück.
H. Lucas A 64 Hannf./Rh. Postf. 66

ein halbes Jahrhundert aktuell
das Anticoncipiens, dem Sie vertrauen können,
stets den neuesten Erkenntnissen angepaßt

Patentex

mechanischer —
chemischer — antiseptischer Schutz

PATENTEX GMBH FRANKFURT/MAIN



Van 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 an der Klinik gern vorüber.



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



„Du nahmst die Pille Desmaid
Und bläulich der Urin erglöhht.
O glaube mir, dein Magensaft
Hat nach die echte alte Kraft.“

DESMOIDPILLEN „POHL“ zur Magenfunktionsprüfung ohne Ausheberung
Packungen zu 2, 4, 15 und 100 Pillen – Proben stehen zur Verfügung
G. Pohl-Boskamp · Hohenlockstedt/Holstein



RHEUMASAN[®]

Salbe
flüssig
Dragées

DM 1,20

DM 2,20

DM 1,85

Preise lt. A.T.a.U

Individuelle Therapie des jeweiligen
Krankheitsbildes durch Wahl
der geeigneten Applikationsform

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

