

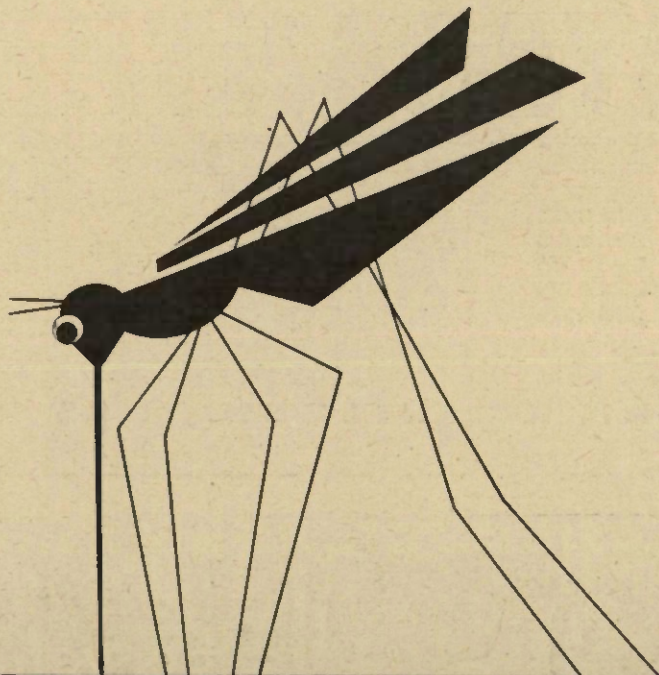
# BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN  
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Heft 5

München, Mai 1962

17. Jahrgang



*Stechende Schmerzen...*

## HÄDENSA

hilft prompt bei

**HÄMORROIDEN**

SALBE DM 1,50 o. U.

SUPPOSITORIEN DM 1,25 o. U.

HÄDENSA - GESELLSCHAFT · BERLIN - FRIEDENAU



Wesentliche Senkung des Glykosidbedarfs  
bei voller kompensatorischer Wirkung

Gefahrlose Digitalisierung  
auch empfindlicher Herzen

Zur Dauertherapie  
chronischer Herzinsuffizienzen

Rascher Wirkungseintritt

# LANATACANTH<sup>®</sup>

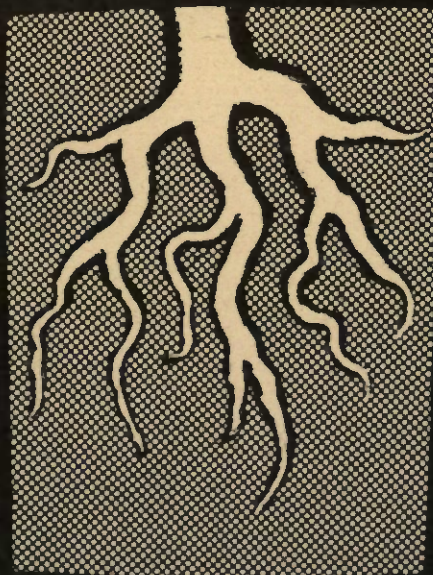
isol. krist. Reinglykos. A + B + C aus Digit. lanata in Vollauszug aus Crataegus oxyac.

Tropfflasche 20 ccm	DM 3,35
Tropfflasche 50 ccm	DM 5,95
25 Dragées	DM 1,85
50 Dragées	DM 2,95
5 Zäpfchen	DM 1,85
Anstaltspackung	



Muster und Literatur  
auf Wunsch

**LINDOPHARM KG HILDEN/RHLD**



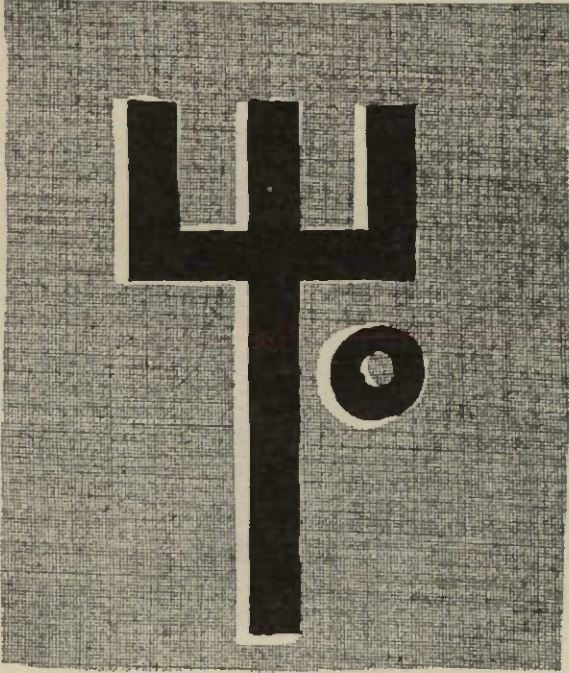
## bei venösen Leiden

Tropfen · Dragees · Salbe  
mit Aesculus und Sulfur

# *Aescosulf<sup>®</sup>*

**APOTHEKER MÜLLER ARZNEIMITTELFABRIK BIELEFELD**





Handelsmarke  
der FUGGER  
Augsburg 15.-16. Jahrhundert

(Meisterzeichen und Handelsmarken  
bürgten bereits vor Jahrhunderten  
für Echtheit und Güte)

**Coronarinsuffizienz**  
**Angina pectoris**  
**Myocardinfarkt**  
**Herzinsuffizienz**

# CORDALIN<sup>®</sup>

Oxyäthyltheophyllin · Homburg

Ampullen · Suppositorien · Tabletten · Tropfen



**HOMBURG-PHARMAZEUTIKA SIND ZUVERLÄSSIG!**



Das umfassende  
und zuverlässig wirksame  
Antihistaminikum -  
Antiallergikum

# SYSTRAL<sup>®</sup>

## **SYSTRAL-Ampullen**

**SYSTRAL** 20 Dragees · zur Anwendung am Abend

**SYSTRAL-C** 20 Dragees · zur Anwendung am Tage

**SYSTRALETTEN** 20 Dragees

Antihistaminikum und Antiallergikum für Kinder  
Sedativum für Erwachsene und Kinder

**SYSTRAL Salbe** Tube mit ca. 20 g  
Bei Hautjuckreiz jeder Art  
Insektenstichen, Sonnenbrand

## **SYSTRAL »Komb.«**

SYSTRAL-Kombinationspackung 30 Dragees  
10 Dragees SYSTRAL · 20 Dragees SYSTRAL-C

Ärzttemuster und Literatur auf Anforderung



# SYSTRAL

Bei allen  
allergischen  
Erkrankungen



## Inhaltsverzeichnis

Hofmarksrichter: Orff-Schulwerk in den Taubstummeninstituten . . . . .	265
Krieger: Personalnot und kein Ende — Der Mangel an medizinisch-technischen Kräften . . . . .	267
Koertling: „Offene Fragen zwischen Ärzten und Juristen“ Kritische Bemerkungen zu einer Tagung . . . . .	276
AUS DEM STANDESLEBEN . . . . .	277
Dank des Innenministers an die bayer. Ärzte — 79. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie — Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin: 29. Vortragsreihe — Entschlüsseungen des Marburger Bundes — Landesverband Bayern	
FAKULTÄT UND PERSONALIA . . . . .	288
Goossens — Stieve — Herrlinger — Habermann — Lutzeier — Rauch	
IN MEMORIAM . . . . .	288
de Rudder	
AUS DER BUNDESPOLITIK . . . . .	289
Förderung des Baues von Krankenhäusern — Tabakgenuß und Lungenkrebs	
AUS DER LANDESPOLITIK . . . . .	290
Aus der Debatte zum Kultusetat — Um die Verbesserung der Ausbildungsmöglichkeiten der Medizinstudenten in München — Zwang zur Offenbarung der Diagnose durch verfassungswidrige Ministerialentschließung? — Antrag zur Aufhebung dieser Ministerialentschließung — Bayer. Staatsministerium des Innern zur Radioaktivität von Luft und Wasser	
FEUILLETON . . . . .	297
Schauwecker: Johann Andreas Eisenbarth	
AMTLICHES . . . . .	305
Gesetz zur Ausführung des Jugendarbeitsschutzgesetzes — Jugendarbeitsschutzgesetz: Fahrtkosten bei Ergänzungsuntersuchungen — Zuständigkeit bei Wohnsitz außerhalb Bayerns — Ruhen der Befugnis zur Ausübung des ärztlichen Berufes	
GESETZES- UND RECHTSFRAGEN . . . . .	308
Praxisschilder — Ausübung einer Arztpraxis in einer Eigentumswohnung	
STEUERFRAGEN . . . . .	309
Steuerliche Behandlung der Aufwendungen f. die berufliche Fortbildung eines Facharztes — Umbauaufwendungen für Praxisräume — Änderungen des Einkommensteuertarifs — Vermögensteuer: Renten a. d. Ärzteversorgung — Umfang der zu berücksichtigenden Kurkosten	
MITTEILUNGEN . . . . .	313
Hinterhöfe werden Kinderspielplätze — Nichtraucher haben bessere Chancen — Praktikanten- und Familienplätze in Deutschland von jungen Finnen gesucht — Verkehrslärbekämpfung vor großen Aufgaben — 1961: 14 160 Tote durch Verkehrsunfälle — Vier Millionen Renten	
BUCHBESPRECHUNGEN . . . . .	317
Die ärztliche Aufklärungspflicht vom Standpunkt des Arztes und aus der Sicht des Juristen — Vom Reichsgesundheitsrat zum Bundesgesundheitsrat — Burgen und Schlösser in Bayern — Der Arzt vor dem Richter — Deutsches Handbuch für Fremdenverkehr — „Tanzender Torso“	
KONGRESSE UND FORTBILDUNG . . . . .	319
Bund der Deutschen Medizinalbeamten — Deutscher Kongreß für ärztliche Fortbildung — 65. Deutscher Ärztetag — Allgäuer Tuberkulose-Fortbildungskurs — Bayer. Chirurgen-Vereinigung — Österr. Ophthalmologische Gesellschaft — Vereinigung Bayer. Augenärzte — Eine Aussteilung „150 Jahre Wiener Augenheilkunde“ — Internationaler Lehrgang für praktische Medizin — Deutsche Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs-, Versorgungs- und Verkehrsmedizin e. V.	
Richtigstellung . . . . .	322



Bei Heuschnupfen  
und anderen  
allergischen  
Erkrankungen

Zur individuellen Dosierung,  
besonders auch  
für die Kinderpraxis  
Aviletten®

Bei allergischen Ekzemen,  
Pruritus, Sonnenbrand  
und Insektenstichen  
Avil-Salbe (1,5%ig)

# Avil®

Hochwirksames  
und gut verträgliches  
Antihistaminicum  
und Antiallergicum

Handelsformen  
und Preise lt. At.:

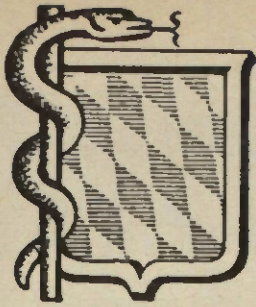
10 Tabletten zu 50 mg	DM 2.15 o. U.
20 Tabletten zu 50 mg	DM 4.20 o. U.
20 Aviletten zu 10 mg	DM 1.90 o. U.
5 Ampullen 50 mg/2 ml	DM 5.25 o. U.
Tube mit ca. 10 g Salbe	DM 1.30 o. U.
Tube mit ca. 25 g Salbe	DM 2.45 o. U.

Anstaltspackungen

Farbwerke HOECHST AG  
*vormals Meister Lucius & Brüning*  
Frankfurt (M)-Hoechst







# BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN  
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Heft 5

München, Mai 1962

17. Jahrgang

## Orff-Schulwerk in den Taubstummeninstituten

Von Prof. Dr. Karl Hofmarksrichter, Direktor der Taubstummenanstalt Straubing

Alle Lebensvorgänge sind rhythmische Vorgänge. Im Leben des Menschen sind es vor allem akustische Impulse, welche rhythmische Bewegungen auslösen, am sichtbarsten im Tanz, im Ausdruck der tänzerischen Gebärde.

Dem tauben Menschen ist die Welt der Töne verschlossen. In ihm herrscht nicht die Stille des sich Besinnenden, sondern Stummheit, und wer einmal erkannt hat, daß Hören und Sprechen zwei Seiten ein und derselben Wesenheit sind, wird erst begreifen, warum Taubheit Stummheit zur Folge hat. Stummheit ist aber auch zugleich Abwesenheit lebenserfüllender Rhythmik. Die Bewegungen tauber Menschen sind deshalb gehemmt und schleppend, dann wieder spastisch übersteigert und verzerrt, auf keinen Fall in einem natürlichen Fluß. Diese Störung eines harmonisch-rhythmischen Ablaufs ist durchaus nicht primär auf Störungen des Gleichgewichtsorgans bei pathologischen Veränderungen der Bogengangsfunktion zurückzuführen; denn sie tritt auch dann in Erscheinung, wenn das Vestibularorgan in Takt ist, etwa bei vielen Fällen von Innenohrschwerhörigkeit. Die Störung der natürlichen, harmonischen Rhythmik tritt gerade in einem Vorgang am deutlichsten in Erscheinung, der mit dem Vestibularorgan gar nichts, hingegen mit dem Ohr als Aufnahmeorgan für akustische Reize sehr viel zu tun hat, nämlich bei der Sprache. Auch bei gut ausgebildeten Taubstummen ist deren Sprache artikulatorisch hart, arhythmisch.

Die Bildung taubstummer Menschen in unserer Gegenwart hat zwei Wege beschritten, um diese Kinder von den Banden der Monotonie zu befreien. Der erste Weg führte über die Aufdeckung von Hörresten bei bisher als „total taub“ angesprochenen Kindern, der zweite Weg über das Erleben rhythmischer Empfindungen durch Anregung des Vibrationssinnes. Die Aufdeckung bisher unbekannter Hörreste war möglich durch Gehöruntersuchungen mittels eines Elektronengerätes, des sogenannten Audiometers. Der Erfolg war überraschend. 1950 waren noch 80% total tauber Kinder in den deutschen Taubstummenanstalten, heute sind es etwa noch 30%. Die übrigen 70% verfügen noch über ansprechbare Hörreste. Es ist jedoch nicht so, daß sich das Gehör gebessert hat, sondern die Gehöruntersuchungsmethoden haben sich geändert.

Unser Bemühen ging nun dahin, auch noch so geringe Hörreste mit technischen Hörhilfen anzuregen, diese in den Dienst des Aufbaues der Lautsprache zu stellen, ihnen rhythmisch-musikalische Impulse zuzuführen und

diese zuletzt in darstellende Gebärde und tänzerischen Ausdruck umzuformen. Unser besonderes Bemühen aber galt den total tauben Kindern. Ihnen ist die Aufnahme über das Ohr verschlossen, dafür aber ist der Tast- und Vibrationssinn verfeinert. Für den Ohrenarzt und für den Taubstummenlehrer ist die Kompensation des Vibrationssinnes eine längst bekannte Tatsache. Auch das total taube Kind reagiert sofort auf den Anschlag eines Tamburins oder einer Pauke; es „hört“ zwar den Tamburinschlag nicht, aber es fühlt die Vibrationsempfindungen. Bei Gehöruntersuchungen mittels der Betzold-Edelmannschen Stimmgabeltonreihe ist bei total tauben Kindern oft die Bezeichnung „Anschlag“ in den ärztlichen Fragebogen zu finden, d. h., der freischwingende und klare Ton konnte zwar nicht gehört werden, aber der Anschlag der Stimmgabel in der Nähe des Ohres wurde in den allermeisten Fällen wahrgenommen. Unsere Überlegungen waren nun folgende: Gäbe es Instrumente, die in ihrer Wirkung auf einem Anschlagseffekt beruhen, so müßten diese auch bei tauben Kindern eine entsprechende Vibrationsempfindung auslösen und könnten somit in den Dienst der rhythmischen Erziehung gestellt werden.

Ein großer Teil der im Orff-Schulwerk empfohlenen Instrumente (Tamburin, Holztrommel, Pauken, aber auch Glockenspiele, Xylophone und Metallophone) beruhen in ihrer Wirkung auf einem Anschlagseffekt. Dieser Anschlagseffekt wird von allen tauben und hochgradig schwerhörigen Kindern wahrgenommen.

Wenn der frühere Generalmusikdirektor der Münchener Staatsoper, Felix Mottl, einmal sagte: „Am Anfang war der Rhythmus“, so gilt dieses Wort für die Musik an sich. Es ist aber gleichzeitig damit ausgesagt, daß — wenigstens für unser europäisches Musikempfinden — Rhythmus und Musik nicht gleichzusetzen sind; jener bildet die Grundlage und diese die Vollendung des musikalischen Gebildes. Musik erfüllt sich erst dann, wenn die Melodie zum Rhythmus hinzukommt und mit diesem eine rhythmisch-musikalische Gestalt annimmt. Eine rhythmische Erziehung ist nach dem bisher Gesagten bei Taubstummen ohne weiteres möglich. Eine rhythmisch-musikalische Erziehung jedoch wird erst dann sinnvoll, wenn die im Orff-Schulwerk aufgeführten Instrumente bei tauben Menschen in verschiedenen Tonhöhen auch qualitativ verschiedene Vibrationserlebnisse auslösen. Die Qualität der Vibrationsempfindungen ist bei total tauben Kindern für die verschiedenen Töne durchaus unterschiedlich. Nach einer kurzen Übungszeit vermögen



auch diese Kinder die einzelnen Tonhöhen voneinander gut zu unterscheiden. Die verschiedenen Töne werden in verschiedenen Teilen des Körpers lokalisiert, hohe Töne werden bei total tauben Menschen „oben“, im Kopf, nämlich in dem Resonanzraum der Stirnhöhle und der Kieferhöhlen empfunden, tiefe Töne in den wesentlich größeren Resonanzräumen des Brustkorbes und des Bauches. Durch diese Erfahrung wird das Bemühen um eine rhythmisch-musikalische Erziehung tauber Kinder auch physiologisch gerechtfertigt.

Wir beginnen mit der rhythmischen Erziehung schon im Kindergarten und in der Vorschule und führen diese in 9 Schuljahren planmäßig durch. In einer 1960 im Auftrag des Bezirkstages von Niederbayern von mir herausgegebenen Schrift „Unterricht, Erziehung und Forschung in der Taubstummenanstalt Straubing“, berichtet Tbst.-Oberlehrer Karl Worlitschek, ein in der rhythmischen Erziehung in unserem Institut besonders tätiger Fachpädagoge, folgendes: „Der Taubstummenlehrer nimmt schon in der Artikulationsklasse bei der Lautentwicklung, Lautverbindung und bei den ersten Sprechversuchen die Bewegung zu Hilfe. Die Kinder sprechen mit Handklatschen, im Stampfschritt, mit Arm- und Beinbewegungen, oder im Takte schreitend, Verbindungen von Konsonanten und Vokalen zu sinnvollen Wörtern. Das rhythmische Gefühl, das Tauben und Gehörgeschädigten teilweise fehlt, wird im Sprechunterricht anerzogen und zeigt bei entsprechender Geduld und konsequenter Durchführung Erfolge. Ich machte wiederholt die Wahrnehmung, daß sich die Kinder nach dem Abendessen um den Radioapparat scharten und bei großer Lautstärke im Rhythmus der empfangenen Musikstücke Taktbewegungen der Arme, die Mädchen sogar Tanzbewegungen ausführten. Endziel unseres rhythmischen Unterrichts ist es, die Kinder durch Musik und rhythmische Bewegungen zu enthemmen und sie der fließenden Sprache näherzubringen.“

Auf der Deutschen Taubstummenlehrertagung 1954 in der Universität München haben erstmals 20 taube Kinder, Buben und Mädchen im Großen Hörsaal der Universität mit den im Orff-Schulwerk angeführten Instrumenten praktisch musiziert. Ich selbst war Leiter dieser Gruppe und gab auch jeweils mit knappen Bewegungen die musikalischen Einsätze. Im übrigen aber traten während des Musizierens kaum irgendwelche Schwankungen auf, so sehr regulierten die rhythmischen Vibrationsempfindungen die Einhaltung der musikalischen Ordnung. Es wurden zwei größere Stücke gespielt, die im Orff-Schulwerk aufgezeichnet sind. Dieses Musizieren tauber Kinder war damals ein Novum, heute, also nach knapp 8 Jahren, ist in mehr als  $\frac{1}{3}$  der deutschen Taubstummeninstitute die rhythmisch-musikalische Erziehung mit den im Orff-Schul-

werk empfohlenen Instrumenten, teilweise auch mit den dort aufgeführten Texten, in den Unterrichtsplan aufgenommen.

Unser weiteres Bemühen war diese kräftigen rhythmischen Impulse, die vom Orff-Instrumentarium ausgingen, auch in natürliche Körperbewegungen und in den Tanz umzuleiten. Wir begannen dabei mit den Bewegungen des Schreitens, des Gehens und des Laufens, bemühten uns dann weiterhin einfache Vorgänge der Natur, etwa das Fallen der Schneeflocken, der Blätter im Herbst, der Regentropfen usw. selbständig melodisch zu formen, auf den Instrumenten darzustellen, notenmäßig zu fixieren und in tänzerische Bewegungen umzusetzen.

In allen Fällen konnte immer wieder beobachtet werden, daß bei einigermaßen geschickter Anleitung die Kinder mit großer Freude und Hingabe in dieser rhythmisch-musikalischen Erziehung mitmachen. Dies ist möglich, außer dem bereits erwähnten Anschlags-effekt dieser Instrumente, durch die leichte Spielbarkeit und durch eine gewisse musikalische Kollektivierung, innerhalb welcher der einzelne von allen getragen wird, und zwar im wörtlichen Sinne getragen, nämlich von der gemeinsamen Rhythmik der gemeinsam erlebten Vibrationsempfindungen. Darüber hinaus ist diese Art der musikalisch-rhythmischen Erziehung bei unseren tauben Kindern noch deshalb von Bedeutung, weil es sich dabei nicht um ein passives Hinhören, sondern immer um ein aktives Tun handelt. Wir bemühen uns nicht um eine Erziehung unserer tauben Kinder zur Musik, sondern um eine Erziehung durch die Musik. Dazu ist das Orff-Schulwerk in besonderer Weise geeignet.

Unser allgemeines Ziel ist die Auflockerung der Gesamtpersönlichkeit hör- und sprachgeschädigter Menschen. Das Nahziel der Taubstummenbildung aber muß sein, im Sprachunterricht der Lautsprache ihre ursprüngliche rhythmische Gestalt zu verleihen; denn erst durch den rhythmischen Wechsel von „laut und leise“, „langsam und rasch“, durch die rhythmischen Hebungen und Senkungen der Sprachmelodie und den damit verbundenen Wechsel der Klangfarbe, erhält auch die Lautsprache der Taubstummen Züge der Natürlichkeit und Lebendigkeit. Nach W. v. Humboldt ist die Sprache eine Energie, eine lebendige Wirkkraft. Somit gilt für die Sprache im besonderen, was einleitend allgemein gesagt wurde, nämlich, daß alle Lebensvorgänge rhythmische Vorgänge seien. Auch der Sprache des Taubstummen durch rhythmische Impulse die Kennzeichen des Lebens zu geben, ist eine wesentliche Aufgabe der rhythmisch-musikalischen Erziehung tauber und hochgradig schwerhöriger Menschen.

Anschr. d. Verf.: Straubing, Regensburger Straße 36.

# Geratol

seit über 50 Jahren

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

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



# Personalnot und kein Ende —

Der Mangel an medizinisch-technischen Kräften

Von Dr. H. Krieger, Äztl. Direktor i. R.

Im Bundesgebiet fehlen derzeit 5000 med.-techn. Kräfte (davon allein etwa 3200 in den Krankenhäusern), das sind gut 18% des Gesamt-Solls von 26 800 (darunter 17 100 klinisch benötigten) Personen. Das mag dem, der gewohnt ist in großen Zahlen zu denken, zunächst nicht viel Eindruck machen. Man muß sich aber klar sein, daß es sich hier um ausgesprochene Schlüsselstellungen handelt. Es gibt, ob man es wahrhaben will oder nicht, einfach keinen Zweifel daran, daß die moderne Medizin zwar keineswegs etwa von der Technik beherrscht wird, aber ohne sie nicht mehr arbeiten kann. All das, was wir als gewaltigen Fortschritt, sei es in der Chirurgie, sei es, m. E. noch viel mehr, in der inneren Medizin, speziell in der Bekämpfung von Infektionskrankheiten aller Art und deren Folgen, teilweise schon als etwas Selbstverständliches ansehen, ist ohne die weitgehende und teilweise ausschlaggebende Hilfe des technischen Apparates weder zu erringen gewesen, noch ist es ohne ihn zu erhalten. Im einzelnen fällt es natürlich dem Patienten meist nicht auf, wenn in einem Krankenhaus technisches Personal in zu geringem Ausmaß vorhanden ist — entweder wird die notwendige Arbeit, was immer noch vorkommt, durch Überlastung der Wenigen geleistet, oder sie wird ganz oder teilweise, den Möglichkeiten entsprechend, ein-

geschränkt, und das Ganze geht schließlich zu Lasten des Kranken. Immerhin ist es keine Kleinigkeit, daß 8,6% der bayerischen Krankenhäuser (es dürfte im übrigen Bundesgebiet nicht viel anders sein), und zwar solche bis zu 115 Betten, ohne jedes technische Personal arbeiten und daß weitere 23% nur eine einzige (meist selbst angelehrte) Kraft besitzen.

Dabei ist es ja so, daß überhaupt rund 48% (siehe Tabelle II) des vorhandenen Personals sog. Anlernlinge sind und daß dieser Prozentsatz dauernd weiter steigt (im Jahrgang 1961 bereits 57%).

Damit kommen wir direkt zum wesentlichen Thema, dem der laufenden Bedarfsdeckung. Das Dilemma aller ausgesprochenen Frauenberufe, das der steigenden „Heiratsfreudigkeit“, macht sich im Bereich des med.-techn. Personals in verstärktem Ausmaß geltend. Der zum großen Teil den gehobenen Bevölkerungsschichten entstammende Nachwuchs wählt seine Tätigkeit ganz ohne Zweifel sehr wesentlich aus dem Gesichtswinkel der günstigen Heiratsmöglichkeiten. Und schließlich: Wie kann man diesen jungen, meist recht intelligenten und häufig bemerkenswert attraktiven Mädchen einen Vorwurf daraus machen, wenn sie die heute fehlenden Möglichkeiten des gesellschaftlichen Kontaktes im alten Sinn, durch ein Kennenlernen des Partners im Rahmen

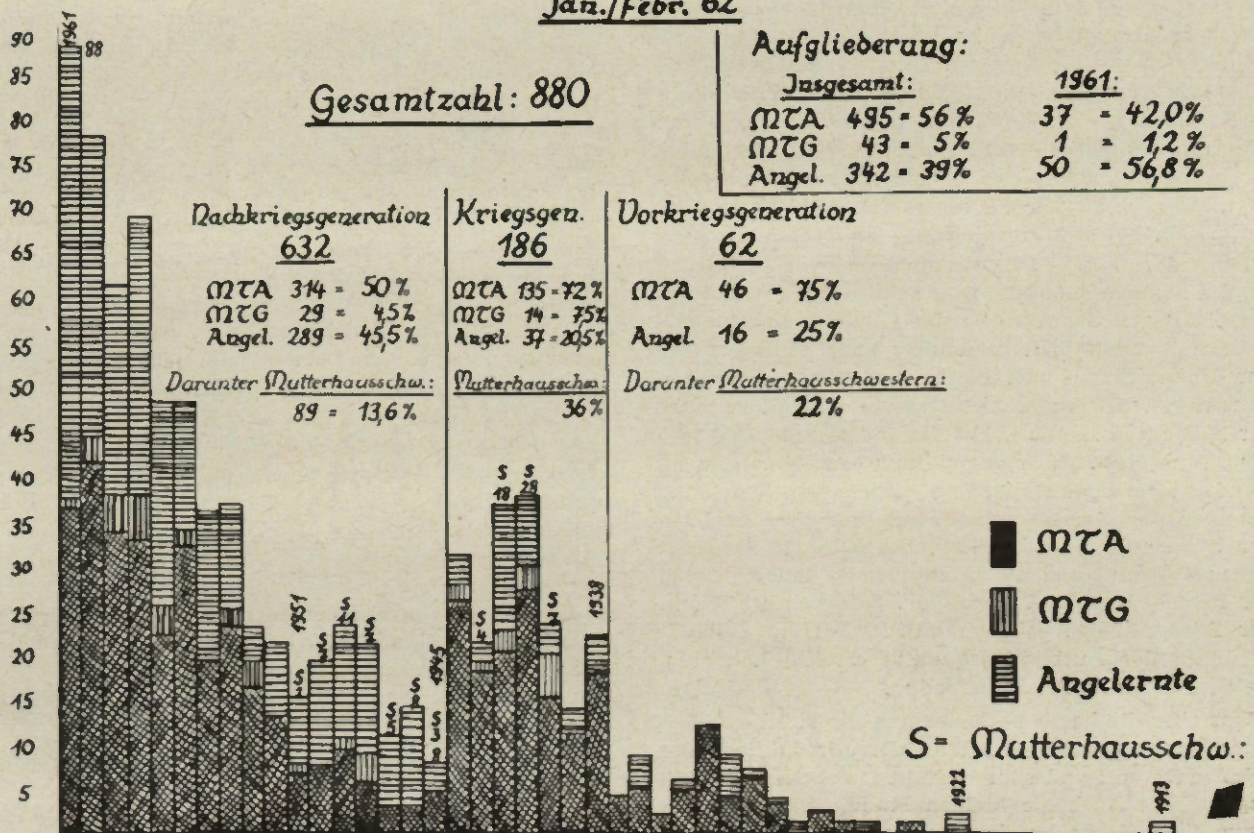
## Ergebnis einer Rundfrage

Jan./Febr. 62

Gesamtzahl: 880

Aufgliederung:

Insgesamt:		1961:
MTA	495 = 56%	37 = 42,0%
MTCG	43 = 5%	1 = 1,2%
Angel.	342 = 39%	50 = 56,8%





	Kursdauer	Strahlenkunde und Photogr. Std.	Laborfächer Std.	Dazu jeweils Grundausbildg. Std.	Practic.
Bayer. Vorschrift bis 1940 <sup>2)</sup>	18 Mon. je Fach	25 800	2400	260	6 Mon. je Fach
Gesetz von 1958	24 Mon. insges.	1 280	1160	560	6 Mon. gewählt. Fach 7

des Berufes ersetzen? Im Grunde doch eine vernünftige, solide und — ganz positiv gemeint — günstige Gelegenheit für beide! Aber: Einen Beruf im eigentlichen Sinn, eine *professio*, übt die MTA eben nun nicht mehr aus, sondern nur noch eine Beschäftigung, eine *agitatio*, und zwar leider noch dazu *cum agilitate*, eine sehr bewegliche! Denn nicht nur bleibt sie ihrer Beschäftigung im Durchschnitt günstigenfalls etwa 7 Jahre treu, was einem jährlichen Verlust von rund 13,5% entspricht (andere Schätzungen bleiben sogar weit unter dieser Zahl), sondern sie wechselt, recht wesentlich bedingt durch den „Hauptzweck“, den Ort ihrer Tätigkeit während dieser wenigen Jahre oft mehrmals. Manche großen Kliniken sprechen von einer bis zu 60% jährlichen Fluktuation. Daß damit die primitivste Voraussetzung jeder Team-Arbeit — und die Arbeit der technischen Kräfte kann ja nur und ausschließlich in diesem Rahmen gesehen werden —, nämlich die der Kontinuität und Stabilität, a priori verlorengeht, ist klar. Jedes Röntgeninstitut, jedes Labor hat ja seine eigene Apparatur, seine eigene Arbeitsweise, sein eigenes „Betriebsklima“ im weitesten Sinn. Es dauert Wochen, ja oft Monate, bis eine neue Kraft wirklich als „voll“ einzusetzen ist. Dazu kommt noch, daß der Ausbildungsstand der neu zum „Beruf“ Kommenden oft mehr als mäßig ist. Es ist bekannt, daß manche Kliniken dazu übergegangen sind, die bei ihnen eintretenden frisch staatlich anerkannten MTA's nochmals einem bis zu 6 Wochen dauernden „Kurs“ zu unterziehen<sup>1)</sup>. Es ist leicht zu übersehen, daß der innere Arbeitsverlust, der durch den häufigen Wechsel eintritt, zwar im ganzen nur schwer übersehbar ist, aber sicher sehr beträchtlich sein muß.

Dies führt uns nun zu einem anderen, wesentlichen Punkt, nämlich dem der Zweckmäßigkeit der heutigen Ausbildung. Bekanntlich hat bis 1940 einesteils grundsätzlich Berufsfreiheit bestanden, andernteils erfolgte der Unterricht — von einem 1921—1929 dauernden Intermezzo in Preußen abgesehen — überall getrennt für Labor und Röntgen. Mit der 1. und 2. MGAV 1940 wurde die gemeinsame Ausbildung eingeführt und im Bundesgesetz vom 21. 12. 1958 beibehalten. Begründet hat man das Ganze einesteils mit den „Bedürfnissen der kleinen Krankenhäuser“ nach allseitig ausgebildetem Personal und außerdem damit, daß hierdurch der besonders große Mangel an Nachwuchskräften in der Röntgenologie behoben würde. Was man damit bezüglich der Ausbildungsqualität erreicht hat, zeigt die obenstehende Gegenübersetzung.

Was aber die besseren Aussichten für die Röntgenologen angeht: Deren Anteil an der „Produktion“ der Schulen ist im Bundesdurchschnitt inzwischen auf 17% abgesunken! Auch die kleinen Krankenhäuser haben kaum einen Profit von der Neuregelung:

30% aller MTA in Bayern arbeiten in den beiden Großstädten München und Nürnberg.

22% aller MTA in Bayern an den 4 Großkrankenhäusern über 1000 Betten mit nur 8% der Gesamtbettenzahl.

Aber nur 16% aller MTA in Bayern sind an den 484 kleinen Häusern mit rund 26% der Betten tätig!<sup>2)</sup>

Andererseits: Nur 11% aller MTA (Erhebung des Deutschen Berufsverbands techn. Assistentinnen, Bremen, und des Verbandes techn. Assistentinnen, Stuttgart) sind gleichzeitig im Labor und Röntgen tätig.

Die vielzitierte Möglichkeit der gegenseitigen Urlaubsvertretung ist ärztlich nicht verantwortbar, da die unbedingt zu fordernde laufende praktische Übung im Beruf in keiner Weise gewährleistet ist.

Tatsächlich haben auch gerade die kleinen Krankenhäuser, die ja ohnedies vorwiegend mit angelerntem Personal arbeiten, Röntgen und Labor meist getrennt besetzt.

Zusammenfassend muß gesagt werden, daß eine geordnete, den heutigen Anforderungen entsprechende Versorgung der medizinisch-technischen Dienste nur durch eine Ausbildungsreform, und zwar auf dem Wege einer Trennung des Lehrstoffes erzielt werden kann.

Was nun die andere Malaise, die zahlenmäßig ungenügende laufende Versorgung angeht, dürfen wir zunächst wieder einige Zahlen bringen:

Im Bundesgebiet vorhanden derzeit rd. 22 000 med.-techn. Kräfte;	
jährlicher Verlust 13,5%	
Zuwachsbedarf 2 % = 15,5% =	3410
Demgegenüber: Derzeitige Produktion der 41 Schulen im Bundesgebiet	1350
Defizit:	— 2060

Bisher gedeckt zum geringeren Teil durch Zuwanderung aus der Ostzone, die jetzt wegfällt; überwiegend durch Einstellung von Anlernkräften.

Die Frage der Anlernkräfte, insbesondere deren hoher und ständig zunehmender Anteil an der Versorgung, ist mit die heikelste an diesem ganzen sehr heiklen Problem.

An sich ist — ehrlich gesagt — gegen dieses Personal eigentlich nicht viel einzuwenden, wenigstens soweit es sich um ältere, erfahrene Kräfte (nicht selten Mutterhausschwester) handelt. Sie besitzen meist eine gründliche, praktische Ausbildung, häufig noch von ärztlicher

<sup>1)</sup> Hier ist selbstverständlich vom Durchschnitt die Rede. Sicher gibt es eine Reihe tüchtiger und brauchbarer Kräfte auch beim Nachwuchs, aber leider ist das eben doch die Minderheit.

<sup>2)</sup> Ähnlich in den anderen Ländern

<sup>3)</sup> alle Zahlen ohne Betten für Tbc und psych. Kranke.



Selbst her, und bilden auf Grund ihrer jahrelangen Erfahrung in vielen Fällen das eigentliche Rückgrat der Betriebe, den Fels im unruhigen Meer der um sie herum fluktuierenden heirats- und wanderlustigen jungen MTA. Daran gibt es überhaupt keinen Zweifel.

Daneben stehen aber nun in zunehmendem Ausmaß junge Kräfte, von denen man nicht recht weiß, wer für ihre Ausbildung, für das „Anlernen“ sorgt. Sofern dies durch entsprechende (geprüfte oder ungeprüfte) erfahrene Ältere erfolgt und der verantwortliche Arzt ein übriges dazutut, indem er die Arbeit im Labor wenigstens regelmäßig so überprüft, wie er es ja schon grundsätzlich tun muß, wird das im Effekt doch wieder zu guten Resultaten führen. Wenn aber etwa eine junge MTA, ohnedies ja oft nur bedingt sattelfest, im letzten Vierteljahr ihrer Tätigkeit vor der Heirat „schnell noch irgend jemand anlernt“, so ist das natürlich zwar wahrscheinlich in den meisten Fällen der einzige Ausweg, wenn man den betreffenden technischen Betrieb nicht überhaupt stilllegen will (und manchmal mag es irgendwie auch „gut“ gehen) — aber als eine allmählich das Berufsbild beherrschende Norm kann und darf ein derartiger Zustand nicht angesehen werden. Es kommt ja dazu, daß das Gesetz von 1958 die Tätigkeit solcher Anlernkräfte nach dem 1. 1. 1962 nur noch „unter ständiger Aufsicht und ausschließlicher Verantwortung“ des Arztes gestattet. Es besteht, trotz beschwichtigender Äußerungen der ehemaligen Gesundheitsabteilung des Bundesinnenministeriums, nicht der geringste Zweifel, daß diese Vorschrift jedenfalls in den Fällen, in denen es sich nicht um erfahrenes, älteres Personal handelt, fast wörtlich zu nehmen ist und sich deshalb in der Röntgenologie nur schwer, im Bereich des Labors aber überhaupt nicht praktizieren läßt.

Wir stehen also vor dem Dilemma, ständig Personal neu einstellen zu müssen, das wir nach den gesetzlichen Vorschriften nicht — zumindest nicht in praktikabler Weise — arbeiten lassen dürften. Eine den tatsächlichen Verhältnissen und Bedürfnissen rechnungstragende Neuregelung erscheint so unerläßlich.

Die von den maßgebenden Stellen zur Verbesserung der gesamten Situation gemachten Vorschläge konzentrieren sich in einer das ganze Problem geradezu sträflich vereinfachenden Weise auf die Forderung nach Vermehrung von Ausbildungsplätzen bzw. von Lehranstalten. Natürlich muß hier jede Möglichkeit ausgenutzt werden — aber was kann damit erreicht werden und was ist in letzter Zeit auf diesem Sektor getan worden?

Eine Übersicht über die bestehenden Lehranstalten gibt die beiliegende Karte.

Man sieht hier prima facie eine erhebliche Ansammlung von Lehranstalten in Nordrhein-Westfalen und eine gähnende Leere im (bevölkerungsmäßig) zweitgrößten Bundesland Bayern. Nun, das hat Gründe. Einmal war in Norddeutschland die Schulgründung von je praktisch frei, sie bedurfte nur der staatlichen Genehmigung, und so sind dort die meisten Schulen kommunal bzw. frei gemeinnützig und z. T. auch rein privat. In Bayern waren sie aber von Anfang an gesetzlich an die drei Landes-Universitäten gebunden und man hat sich erst etwas spät (vor einem Jahr) dazu entschlossen, diese Vorschrift aufzugeben; zum andern verlangt die heutige gemeinsame Ausbildungsform, daß am Ort der Lehranstalt nicht nur ein Krankenhaus mit großem klinischen Labor, sondern auch



ein bakteriologisches Institut, eine Prosektur und ein klinisches Zentralröntgeninstitut vorhanden sind, ganz abgesehen davon, daß die entsprechenden räumlichen, organisatorischen und personellen Vorbedingungen erfüllt sein müssen. Das ist natürlich bei den zahlreichen leistungsstarken Großstädten des Ruhrgebietes sehr häufig, in Bayern nur relativ selten der Fall.

Die jährliche Aufnahmekapazität dieser Schulen beträgt: rd. 1520  
ihre jährliche Examensleistung derzeit rd. 1350  
(Zahlen von 1960)

Wie schon oben ausgeführt, sind sie damit nicht imstande, den Jahresbedarf zu decken, so daß ein beträchtliches laufendes Defizit von 2060 verbleibt.

Die aus umstehender Aufstellung ersichtliche maximal mögliche Vermehrung der Schulen auf 55 einschließlich einer teils schon erfolgten, teils noch geplanten Erweiterung einzelner Anstalten um etwa 150 Kursplätze jährlich, wird unter Anrechnung der im Einzelfall recht beträchtlichen Anlaufzeit günstigstenfalls bis 1968 — die Examensleistung auf etwa 2000 anheben.

In Bayern hat man in den letzten Jahren die bestehenden Lehranstalten im Rahmen des technisch Erreichbaren um 16 Plätze auf eine Jahresleistung von 102 erweitert. Die möglichen Neugründungen sind ebenfalls aus der umstehenden Tabelle ersichtlich<sup>4)</sup>. Leider ist es bis-

<sup>4)</sup> Augsburg u. Fürth, an die man natürlich denken würde, scheiden mangels Vorliegens einer bakteriologischen Untersuchungsanstalt am Ort zunächst aus. Augsburg auch wegen des derzeit noch fehlenden Zentral-Röntgen-Instituts.

<sup>5)</sup> Die Gesamt-Jahreskapazität dieser 5 theoretisch möglichen Institute dürfte ca. 120 nicht übersteigen.



**Lehranstalten für medizinisch-techn. Assistentinnen  
in der Bundesrepublik (ohne Westberlin)**

	Vorhanden:	Geplant* bzw. (möglich)
<b>Baden-Würtbg.</b>	Frelburg	Böblingen*
	Heidelberg	(Mannheim)
	Karlsruhe	(Pforzheim)
	Stuttgart Tübingen	
<b>Bayern</b>	Erlangen	(München II)
	München	(Nürnberg)
	Würzburg	(Bayreuth) (Kempten) (Regensburg)
<b>Bremen</b>	eine	
<b>Hamburg</b>	eine	
<b>Hessen</b>	Frankfurt	<b>Offenbach*</b>
	Gießen	(Darmstadt)
	Marburg	(Kassel) (Wiesbaden)
<b>Niedersachsen</b>	Braunschweig	(Braunschweig)
	Göttingen	
	Oldenburg	
<b>Nordrhein-Westf.</b>	Aachen	<b>Wuppertal II*</b>
	Bielefeld	
	Bethel	
	Bonn	
	Dortmund	
	Duisburg	
	Düsseldorf	
	Essen (2)	
	Gelsenkirchen	
	Köln (3)	
	Krefeld	
	Münster	
	Recklinghausen	
Wuppertal		
<b>Rheinl.-Pfalz</b>	Mainz	(Trier)
	Landau	
<b>Saarland</b>	Saarbrücken	
	Homburg/S.	
<b>Schleswig-Holst.</b>	Borstel	(Lübeck)
	Helde	
	Kiel (2)	

her in keinem einzigen Fall — trotz intensiver Bemühungen der bayer. Krankenhausgesellschaft — über unverbindliche Verhandlungen hinausgekommen; lediglich negativ liegen inzwischen mehrere „endgültige“ Absagen vor. Sicher bestehen z. T. organisatorische und personelle Schwierigkeiten. So ist es natürlich nicht leicht, etwa neben einer Krankenpflegerschule und einer Krankengymnastikschule, auch noch eine Lehranstalt für MTA aufzuziehen. Ausschlaggebend dürften aber in den meisten Fällen finanzielle Gesichtspunkte sein. Die Tatsache, daß in Bayern bisher nur staatliche, an Landesuniversitäten angeschlossene Schulen bestanden<sup>9)</sup>, wirkt sich hier insofern negativ aus, als die kommunalen und frei gemeinnützigen Häuser im Gegensatz zu Nordrhein-Westfalen an keinerlei Eigeninitiative gewohnt sind. Man darf nicht übersehen, daß

der Großteil der Anstalten im übrigen Bundesgebiet (28 von insgesamt 38!) nicht staatlich sind und bis vor wenigen Jahren durchweg ohne jeden staatlichen Zuschuß aufgezogen und unterhalten wurden, ja, daß die 14 bestehenden Privatschulen auch noch einen Überschuß abwerfen müssen. Die Angst vor dem Risiko ist hier um so unverständlicher, als den einzelnen potentiellen Schulträgern auf ihren Wunsch eingehende Unterlagen bezüglich der erforderlichen Aufwendungen zugeleitet worden waren. Neben der gefühlsmäßigen Abneigung vor unbekanntem neuen Aufgaben spielt hier mindestens dieselbe Rolle die Sucht nach der „perfekten“, d. h. im allgemeinen aufwendigsten und nach außen stark in Erscheinung tretenden Lösung. Die beim Privatmann weitverbreitete Meinung, daß billig nicht gut sein kann, hat m. E. im öffentlichen Sektor zu dem fast noch schlimmeren Aberglauben geführt, daß Aufwand sicher auch zweckmäßig ist. Wenn aus derartigen Erwägungen heraus dann notwendige Maßnahmen einfach unterlassen werden, so ist das sicher des Guten zuviel. Daß die zuweilen (durchaus nicht bei allen hier Angesprochenen) zutage tretende Ansicht, selbst habe man ja bisher keinen Mangel an technischem Personal, man baue und arbeite gegebenenfalls nur für andere, den Nagel hier scharf neben dem Kopf trifft, dürfte bei einigem Überlegen wohl klar sein. Auch die bayerischen Großstädte leben letzten Endes vom relativen Überschuß speziell aus nordrhein-westfälischen Schulen, was man sich von dort zu mehreren Malen und recht deutlich hat anhören müssen. Schließlich muß hier aber auch darauf hingewiesen werden, daß dort sich der Staat die Sache etwas kosten läßt: Man zahlt jährlich (!) fast eine Million an Zuschüssen (allerdings, wie Hessen, in der m. E. wenig sinnvollen Form eines Schulgeldersatzes für einheimische Schülerinnen, wovon die Lehranstalten selbst also nichts haben) und hat in den letzten Jahren auch die Gesamtkosten für die Neuerrichtung von Lehranstalten auf den Krankenhaus-Etat des Sozialministeriums übernommen.

Hier darf nun wohl das Wort an den bayerischen Staat gerichtet werden. Trotz einer vor zwei Jahren erfolgten Initiative der ärztlichen Landtagsabgeordneten in dieser Frage, hat sich die Landesregierung, wenn man von der erwähnten Vermehrung der Ausbildungsplätze an den staatlichen Schulen absieht, sagen wir einmal „sehr zurückhaltend“ benommen. Nun steht sie damit sicher nicht allein. Immerhin aber kommt man nicht um die Tatsache herum, daß die besonders schlechte Versorgung Bayerns mit Ausbildungsplätzen — weit unter der Hälfte des Bundesdurchschnitts — doch weitgehend darauf zurückzuführen ist, daß man hier, wie schon oben angeführt, der sonst überall möglichen freien Initiative durch die erst kürzlich aufgehobene Bindung der Lehranstalten an die Universitäten keinen Raum gegeben hat. Als man diese 1929 schuf, war sie insofern berechtigt, als die Heranziehung von med.-techn. Assistentinnen dem damaligen Stand nach im wesentlichen für den Bedarf der wissenschaftlichen Institute und Großkliniken gedacht war. Schließlich aber sind inzwischen 30 Jahre vergangen. Schon aus diesem Grunde läßt sich die moralische Pflicht des Staates nach einer kräftigen Anfangshilfe nicht leugnen. Daß er außerdem im Rahmen

<sup>9)</sup> ein Umstand, der allerdings anerkanntermaßen dem Ausbildungsniveau zugute gekommen sein dürfte.





# RABRO

Magentabletten

Ulcus ventriculi et duodeni · Gastritis



H · TROMMSDORFF · AACHEN · GEGR · 1797



**Neu!**

**bekämpft  
den  
Schmerz**

**IROCOPHEN®**

**gibt  
neuen  
Auftrieb**

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

**IROCOPHEN**

**belebend für den Tag**

10 und 20 Tabletten:

IROMIN = (Calc. acetylosalic.  
carbamid.) 0,25 g  
Coffein 0,05 g  
Acet.-p-Phenet. 0,20 g

**IROCOPHEN c. c.**

**beruhigend am Abend**

10 und 20 Tabletten:

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

5 Supp. für Erwachsene:

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

5 Supp. für Kinder:

Calc. acetylosalic. carbamid 0,2 g  
Codein. phosph. 0,005 g  
Acet.-p-Phenet. 0,125 g



**Dr. SCHMIDGALL GMBH CHEM.-PHARM. FABRIK STUTTGART-UNTERTÜRKHEIM**



## Derzeitige und künftige Deckung des Bedarfs an med.-techn. Personal

1960	1968
<b>Gesamtzahl:</b>	<b>Gesamtzahl:</b>
(MTA + MTG + Ungepr.)	= Stand 1960
rd. 22 000	22 000
	+ 8 Jahre $\times$ 440 (1960—1968) = rd. 3 520
	25 520
<b>Bedarf:</b>	<b>Bedarf:</b>
1. jährl. Verlust	1. jährl. Verlust 13,5%
mindestens 13,5%	= 3445
2. Zuwachsbedarf 2%	2. Zuwachsbedarf 2%
= rd. 440	= 510
3410	3955
<b>Leistung der 41 Schulen:</b>	<b>Leistung der 55 Schulen:</b>
(3 noch ohne Examen)	2000
1350	1955
2060	1955
<b>Defizit:</b>	<b>Defizit:</b>
2060	1955
(gedeckt durch ungeprüfte Personen, bis Mitte 1960 auch durch Ostzonenflüchtlinge)	

seiner Aufgaben hinsichtlich der öffentlichen Gesundheitspflege in Anbetracht des zweifellos bestehenden Notstandes zum aktiven Eingreifen verpflichtet ist, dürfte ebenfalls kaum bestritten werden können. Es ist mit Bestimmtheit zu erwarten, daß die Bedenken der in Frage kommenden Kommunen sich rasch zerstreuen werden, wenn eine genügende finanzielle Hilfe des Staates in Aussicht gestellt wird. Da, soweit wir informiert sind, von seiten des Innenministeriums Schritte in dieser Richtung zu erwarten sind, ist sehr zu hoffen, daß das ja letzten Endes entscheidende Finanzministerium sich der Dringlichkeit der zur Debatte stehenden Frage nicht entziehen wird.

Es darf aber nicht verschwiegen werden, daß, wie schon oben angedeutet, mit all diesen Maßnahmen lediglich eine weitere Verschlechterung vermieden, eine tatsächliche Besserung aber nicht erwartet werden kann. Rein zahlenmäßig ist dies aus der obigen Gegenüberstellung ersichtlich.

Erforderlich ist aber ebenso auch eine wesentliche Hebung der Qualität. Die jetzige Ausbildungsform ist nicht nur völlig veraltet, sie war eigentlich nie richtig modern. Schon bei ihrer (letzten Endes kriegsbedingten!) reichsgesetzlichen Einführung 1940 war sie ja nur eine Restauration des mißglückten preußischen Versuchs von 1921/29 und, wie schon oben näher ausgeführt, von vorneherein mit einer Verschlechterung der Ausbildungsintensität verbunden. Inzwischen ist aber schließlich einiges Wasser die Donau und vielleicht auch den Rhein hinuntergeflossen. Auch sollte man sich dort Gedanken darüber machen, daß die ganze übrige Welt — vom engeren deutschen Sprachraum abgesehen<sup>1)</sup> — ihre Gründe haben wird, wenn sie die Ausbildung für Labor und Röntgen getrennt durchführt. Nicht scharf genug abgelehnt kann von vorneherein der jetzt ins Gespräch gebrachte Versuch werden, das Leistungsniveau durch Einführung eines 3. Schuljahres zu verbessern. Ganz abgesehen von

der dann schlagartig eintretenden Verstopfung der Schulen und der Herabsetzung ihres quantitativen Ausbildungspotentials, würde damit lediglich mehr Wasser in ein leckes Faß geschüttet, d. h. neben dem nötigen noch mehr ungebrauchtes Wissen vermittelt, die Zahl der während der Kurszeit abgehenden Schülerinnen vermehrt und mit größter Wahrscheinlichkeit auch die verbleibende Berufsdauer verkürzt. M. E. muß man es fertigbringen, Vorstellungen über Bord zu werfen, die eigentlich wirklichkeitsfremd sind. Weder die, gewerkschaftlichem Denken nahe liegende, Zusammenfassung von verwandten Berufsgruppen, noch der Glaube an ein höheres Ansehen des „breit ausgebildeten“ Berufsstandes halten einer ernsthaften Kritik stand. Man kann zwar vielleicht, wie das die Gewerkschaften jetzt fordern, mehrere Zweige der Schlosser zusammenwerfen, aber kaum etwa Maurer und Zimmerleute einheitlich als „Bauarbeiter“ oder Schneider und Schuster als „Bekleidungsarbeiter“ vereinheitlichen. Um kein Jota mehr hat aber Labor und Röntgenologie miteinander zu tun. Und was das Ansehen angeht, so hat es dem Offiziersstand kaum geschadet, daß seine Träger sich nach Waffengattungen gegliedert haben. Am meisten schadet einem Stand der Vorwurf der ungenügenden Leistung, und dieser Vorwurf wird gegenüber der MTA-Ausbildung von den betreffenden Kliniken und Instituten in zunehmendem Maße und m. E. mit vollem Recht erhoben. Der einzig richtige Weg ist eine grundsätzliche Trennung.

So wie die Dinge liegen, wäre es allerdings aussichtslos, z. Z. an die Durchführung einer derartigen radikalen Operation von heute auf morgen zu denken. Angesichts des völligen Versagens des jetzigen Schulwesens in quantitativer und seines zumindest relativen Ungenügens in qualitativer Hinsicht muß aber gefordert werden, daß in möglichst kurzer Frist die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, neben den jetzt bestehenden Lehranstalten für MTA zusätzliche zur Ausbildung von Fachassistentinnen für Röntgenologie bzw. Labor zu schaffen. Damit würde aus den oben angeführten Gründen eine wesentliche Vermehrung der Schulen ermöglicht werden. In Bayern allein könnten, von den als für die Gründung von MTA-Schulen alter Art geeigneten Plätzen abgesehen, Röntgenfachassistentinnen

<sup>1)</sup> Sogar in der Ostzone ist, neben der von vorneherein getrennten „Fernausbildung“ von Labor- und Röntgenassistentinnen, für die MTA wenigstens die Wahl von Hauptfachrichtungen eingeführt, und in Österreich hat man jetzt neben dem (doppelt ausgebildeten) „med. techn. Fachdienst“ den in Röntgenologie und Labor getrennten „gehobenen med. techn. Dienst“ geschaffen.







in Amberg, Aschaffenburg, Fürth, Kaufbeuren, Passau und Schweinfurt, und Laborfachassistentinnen in Hof ausgebildet werden. Außerdem wäre wahrscheinlich die schwierig realisierbare MTA-Schule in Regensburg als Laborfachinstitut durchaus denkbar und umgekehrt die in Bayreuth wesentlich leichter als Röntgenfachschule investiert. Darüber hinaus ist natürlich zu erwägen, auch die bisher für die Ausbildung medizinisch-technischer Assistentinnen alter Art geplanten Krankenhäuser in München, Nürnberg und Kempten von vorneherein als Lehranstalten modernen Typs mit getrennter Ausbildung zu errichten. Damit würden sich günstigenfalls 10 Ausbildungsstätten für Röntgenpersonal mit 120—150 und 5 für Labor mit etwa 100 Plätzen zusätzlich zu den 3 bereits bestehenden staatlichen MTA-Schulen und damit eine Anhebung der bisherigen Jahresleistung in Bayern von 100 auf etwa 340 ergeben (statt etwa 120 neuen Plätzen bei Aufbau von 5 MTA-Lehranstalten bisherigen Typs). Gerade die Möglichkeiten für die Röntgenologie, die ja mit nur 17% der Examinierten der heutigen Schulen in einem geradezu aussichtslosen Rennen liegt, würden mit einer Reihe von Anstalten, bei denen sie das örtliche „Monopol“ hätte, sich erheblich verbessern<sup>\*)</sup>. Daß diese exponierten, meist ja kleineren Schulen von Anfang an nach einem festen Lehrprogramm und in engem Kontakt mit den zuständigen Landesinstitutionen, insbesondere der bayer. Röntgenvereinigung, aufgezogen werden müßten, ist zur Garantierung eines hohen und gleichmäßigen Ausbildungsstandards unbedingt zu verlangen.

Mit Durchführung eines derartigen fortschrittlichen Programms würde Bayern in relativ kurzer Zeit wenigstens den jetzigen Bundesdurchschnitt an Ausbildungsplätzen (etwa 1 : 3300 Einwohner) erreichen und sogar nicht unbedeutend übertreffen und damit seinen laufenden eigenen Bedarf von etwa 450 Kräften<sup>\*)</sup> wenigstens zu  $\frac{3}{4}$  mit geprüfem Personal selbst decken.

Einer noch stärkeren Ausweitung wird allerdings die bekannte, grundsätzlich begrenzte Kapazität der Röntgeninstitute und andernteils die ebenfalls begrenzte Zahl der bakteriologischen Untersuchungsanstalten bzw. der Prosekturen gewisse Einschränkungen setzen. Doch bieten sich nach Überwindung der Anfangsschwierigkeiten sicher Möglichkeiten, die in den Großstädten noch liegenden Reserven einer Expansion zu mobilisieren. — Ratsam wäre es, daß die zuständigen staatlichen Instanzen baldigst darangehen würden, in Zusammenarbeit mit allen Interessierten zu einer sinn-

vollen Planung mit dem Ziel einer vollen Bedarfsdeckung in einer absehbaren Zeit zu kommen. An sich sollte es möglich sein, diese im Verlauf von etwa 10 Jahren zu erreichen.

Außer Zweifel steht es, daß bis dahin zur Aufrechterhaltung der Versorgung die Einstellung von Anlernkräften unabdingbar notwendig sein wird; dies um so mehr, als ja auch allmählich wenigstens der dringendste Teil des Fehlstellenüberhangs abgebaut werden muß. Unabdingbar erscheint es aber auch, im Interesse der Rechtssicherheit sowohl wie der tariflichen und innerbetrieblichen Ordnung den Status dieser Kräfte in pragmatischer Weise zu legalisieren. Dabei sollte man, entsprechend den guten Erfahrungen, die mit der Anwendung der Bestimmungen des § 25 der 1. MGAV gewonnen wurden, hier — wenigstens in Grenzen — durchaus großzügig sein. Andererseits muß aber Sorge getragen werden, daß ein nicht zu unterschreitendes Minimum an Ausbildung für die jüngeren, bzw. neu eingestellten Anlernkräfte gewährleistet wird. — Unbedingt ist daran festzuhalten, daß es sich bei der anzustrebenden und unerläßlichen Regelung dieses Problems um eine Übergangslösung handelt, die mit der Erreichung der vollen Bedarfsdeckung durch staatlich anerkanntes Personal ihr Ende finden wird.

<sup>\*)</sup> Günstig dürfte sich dabei auswirken, daß gerade für den Röntgenunterricht die Investitionskosten minimal sind.

<sup>\*)</sup> = 15% des Bestandes von schätzungsweise rd. 3000 Beschäftigten (s. o.).

#### Erläuterungen zur Tabelle auf S. 274

Bei der Errechnung der Bettenzahlen wurden auch die „außerplanmäßigen“ Betten der amtlichen Statistik mit einbezogen, da unter diesen vor allem die nicht den baupolizeilichen Vorschriften entsprechenden Unterbringungsmöglichkeiten zu verstehen sind.

Die Eliminierung der Heil- und Pflegeanstalten und der Heilstätten wird durch die, besonders bei den Heil- und Pflegeanstalten strukturmäßig bedingte, weit unter dem Durchschnitt liegende personelle Besetzung begründet.

Die Tatsache, daß der Anteil der die Rundfrage beantwortenden Häuser direkt proportional ihrer Größenordnung ansteigt, würde bei unkorrigierter Übernahme zu einer Verfälschung der wirklichen Situation innerhalb der einzelnen Gruppen führen. Um dies zu vermeiden wurden die ursprünglichen Zahlen jeweils auf 100% aufgewertet — d. h. auf die Höhe gebracht, die bei einer Beantwortung der Rundfrage durch alle Angeschriebenen (ungefähr) zu erwarten gewesen wäre. Hierauf beziehen sich jeweils die „eingekastelten“ Zahlen.

Die besondere Aufzählung der im medizinisch-technischen Dienst eingesetzten Mutterhauschwester — rund 25% des Gesamtbestandes! — ist in Anbetracht der geringen Fluktuationsneigung dieser Personengruppe als (noch!) wirksamer Stabilisierungsfaktor nicht ohne Belang.

Kleinere Zahlendifferenzen zwischen den einzelnen Tabellen beruhen darauf, daß zuweilen Einzelangaben von Antworten nicht verwertbar waren.

Quellennachweis durch Verf.

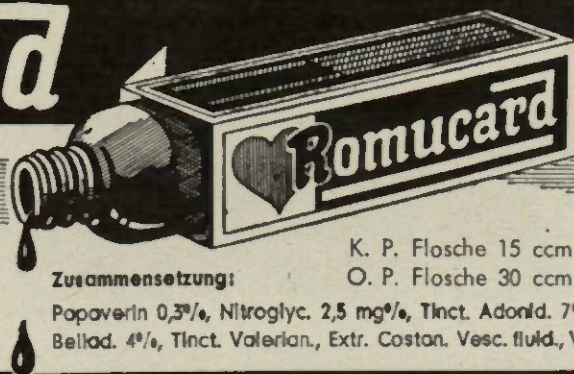
Anschrift: München, Candidstraße 26.

# Romucard

Das vorzügliche Herztonicum mit spasmolytischer Wirkung.



Indikation:  
 Altersherz  
 Zirkulationsstörungen  
 Hypertonie  
 nervöse und  
 krampfartige  
 Herzbeschwerden



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

Zusammensetzung:

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

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



## „Offene Fragen zwischen Ärzten und Juristen“

### Kritische Bemerkungen zu einer Tagung

Die „Katholische Akademie in Bayern“ hielt in München eine Tagung ab, deren Wichtigkeit seitens der Leitung richtig bewertet wurde. Denn es hieß im Begleitwort:

„Im Bereich der ärztlichen Bemühungen um den Menschen entstehen schwerwiegende Probleme, die auch ethische Maßstäbe und rechtliche Ordnungen berühren. Sie müssen im gegenseitigen Gedankenaustausch der Klärung nahegebracht werden. Die Katholische Akademie will durch ihre Tagung einen Beitrag zur sachgerechten Erörterung einiger auch ethisch besonders bedeutsamer Fragen leisten.“

Dieser Beitrag wurde — dies sei vorausgeschickt — leider nicht geleistet. Am ersten Halbtage wurde „Die Aufklärungspflicht des Arztes unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes“ behandelt. Der Stellvertretende Vorsitzende des 6. Zivilsenates beim Bundesgerichtshof Karlsruhe, Dr. Herbert Kleinewefers, verteidigte die bisherige Rechtsprechung, die in den Kreisen der Ärzte — aber nicht nur bei diesen — erhebliche Bedenken ausgelöst hat, wie in der Diskussionsbemerkung eines bedeutenden Strafrechtlers deutlich wurde. Prof. Dr. K. H. Bauer, Heidelberg, der angesehene und unermüdliche Vorkämpfer für eine der verantwortungsvollen Tätigkeit des Arztes gerecht werdende Rechtsprechung, nahm in einem ganz ausgezeichneten und überzeugenden Vortrag Stellung, auf den noch zurückzukommen sein wird. Seine Ausführungen waren um so anerkennenswerter, als er erst 14 Tage (!) vor der Tagung um sein so ernstes Referat gebeten worden war. Prof. Dr. Alois Schleicher, München, gab in seinen „Praktischen Beispielen zur Aufklärungspflicht aus den Erfahrungen eines Chirurgen“ eindrucksvolle Hinweise auf die Auswirkungen der heutigen Rechtsprechung des höchsten Gerichtes, die oft jegliche Einfühlung und Wertung ärztlicher verantwortungsvoller Tätigkeit vermissen läßt.

Am Nachmittag desselben Tages waren nur drei Stunden den gleichermaßen wichtigen Problemen „Insemination, Sterilisation und modernen Methoden der Geburtenkontrolle“ gewidmet, obwohl dies für eine gut vorbereitete Tagung allein Stoff genug gewesen wäre. Drei Vortragende: der Gynaekologe Prof. Bickenbach, München, der Jurist Prof. Dr. Peters, Münster/Westf., und der Moraltheologe Prof. Dr. Franz Böckle, Chur/Schweiz, behandelten die Themen. Daß man auf die Mitwirkung eines Statistikers, eines Ernährungsfachmannes, eines Geographen, eines Bevölkerungspolitikers zu verzichten glaubte, deutet darauf hin, daß man sich der Grundlagen einer zu schaffenden Klärung der Probleme nicht oder ungenügend bewußt war. Es sei hier nicht im einzelnen angeführt, daß einzelne der vorgetragenen Referate Wichtiges vermissen ließen. Man hörte nichts von den grundlegenden Äußerungen von A. M. C. M. Schellen in seinem Buch „Artefizielle Insemination in the human“, das (in 420 Seiten) die ganzen Probleme der künstlichen Insemination eingehend behandelt und zu dem Schlusse kommt: Die

künstliche Befruchtung ist weder in der Form der heterologen noch auch in der Form der homologen Insemination eine Therapie, weil sie die Ursache der Kinderlosigkeit nicht beseitigt. Bei eindeutiger Ablehnung der homologen Insemination wird die heterologe mit aller Schärfe bekämpft. Die künstliche Befruchtung einer unverheirateten Frau nennt der Autor „nothing but a monstrosity“. Die heterologe Insemination in der Ehe lehnt Schellen ab, weil sie einen Keil in die „two-in-oneness“ der Eheleute treibt und eine biologische Einheit zwischen dem Donor, einem ehefremden Mann, und einer verheirateten Frau erzeugt, die nach unseren sittlichen und sozialen Regeln keine Einheit bilden können. Die Gefährlichkeit der künstlichen Insemination beim Menschen liege in der Möglichkeit der Planung (Eutelegensis), bei der sich, wenn man die Anonymität der Samenvermischung, die Samenkonservierung u. a. in Betracht zieht, unwahrscheinliche Folgerungen ergeben. (Es sei nicht vergessen, darauf hinzuweisen, daß im Bayerischen Landtag durch den Antrag der Abg. Dr. Brentano und Dr. Soenning u. a. am 14. Februar 1958 die Initiative zur Bekämpfung der künstlichen Insemination ergriffen wurde.) Man hat den Eindruck, daß die stetige intensive Propaganda bestimmter Stellen und Verbände für die Geburtenplanung größere Wirkung auslöst, als man vielleicht anzunehmen geneigt ist. Dabei wird immer wieder das ständige Wachstum der Völker der Erde und ihre unzureichende Ernährung in Beziehung gebracht. Man vergißt aber, daß durch die grundlegenden agrarpolitischen Maßnahmen der totalitären Staaten noch vor kurzem ertragreiche Gebiete heute zu Zerschußländern werden mußten, und die Vertreibung von Millionen sich auch ernährungsmäßig in negativem Sinne durch das Fehlen arbeitsfreudiger Kräfte auswirkt. Welte Gebiete der Erde werden heute noch nach völlig unzulänglichen Methoden bebaut, die dort seit Jahrhunderten üblich waren. Riesige Gebiete in Nord- und Zentralasien, in Innerafrika, Australien, Kanada und Brasilien sind fast unbesiedelt oder weisen nur vereinzelt Siedlungen auf. Nicht vergessen sei auch auf die Abwanderung in weiten Gebieten, z. B. in den Alpen, wie dies der Innsbrucker Geograph Prof. Dr. Kinzl für die Ostalpen nachweisen konnte.

Eine Entwicklungshilfe für die unterentwickelten Ländern sollte nicht darin bestehen, von uns aus die „Geburtenkontrolle“ dort zu propagieren, sondern durch Arbeitsbeschaffung und soziale Maßnahmen dem Hunger entgegenzuwirken. China hat bekanntlich, obwohl gerade dort die Geburtenzahl sich nicht vermindert hat, die Aktion zur „Geburtenkontrolle“ wieder abgestoppt. Wie schwierig es ist, wirklich einwandfreie Berechnungen durchzuführen, um zu zuverlässigen Zahlen zu kommen, ist daraus ersichtlich, daß die zuständigen Einrichtungen der Vereinten Nationen bei ihren Angaben über die Weltbevölkerung nach Prof. Fochle-Haucke noch mit einer Fehlerquelle von  $\pm 5\%$  rechnen. Das ergibt einen Spielraum von 300 Millionen bei der Annahme einer derzeitigen Weltbevölkerung von rund 3 Milliarden. Im Zeitraum 1951—1955 belief sich die jährliche Zunahme je 1000 Einwohner in Mittel-



und Südamerika auf 25 bis 26, in Südwestasien und Afrika auf 20, in Ostasien auf 19, in der Sowjetunion auf 22, dagegen in Südeuropa auf 10, in Mitteleuropa auf 9, und in Nord- und Westeuropa auf nur 6! Haben wir wirklich gerade in Deutschland oder Europa Anlaß, eine „Geburtenplanung“ zu propagieren? Auch hier zeigte sich das Fehlen von Fachleuten als Referenten, die über so wichtige Daten hätten Auskunft geben können. Zum Kapitel der „Sterilisierung“, deren Handhabung im Dritten Reich oft genug Kritik hervorgerufen hat, sei gesagt, daß dort Ideologen immerhin sog. „Richtlinien“ herausgegeben hatten, die vorerst gesundheitlichen Zwecken dienen sollten. Heute liegen die Verhältnisse ganz anders. Der zitierte Moralthologe berichtete — ohne Kritik oder Anmerkung —, daß in einem Basler Industriewerk sich 15% der Männer freiwillig (ohne medizinische Indikation, sei hin-

zugefügt) sterilisieren ließen. Und es fanden und finden sich Ärzte, die eine solche Operation (angeblich zwecks Herabsetzung der Abtreibungsziffer) durchführen. Daß damit Hunderte von Familien für immer ausgelöscht werden, wird nicht bedacht. Zur selben Zeit, da man auf die ständig drohende Kriegsgefahr und auf die mögliche weitgehende Dezimierung der Bevölkerung der Erde immer wieder hinweist, wird gleichzeitig der „Geburtenplanung“ das Wort geredet oder ihr nicht entgegengetreten.

An den Vorträgen über „Die Funktion des psychiatrischen Gutachtens bei der Feststellung der Schuld im Strafprozeß“ (Prof. Dr. Max Mickorey, München, und Senatspräsident beim Oberlandesgericht München, Dr. Ludwig Graf) konnte nicht mehr teilgenommen werden.

Dr. W. Koerting

## AUS DEM STANDESLEBEN

### Dank des Innenministers an die bayer. Ärzte

Der Bayerische Staatsminister des Innern, Goppel, richtete an den Präsidenten der Bayer. Landesärztekammer, Herrn Dr. med. Hans-Joachim Sewering, folgendes Dankschreiben:

Sehr geehrter Herr Präsident!

Die öffentliche Schutzimpfung gegen den Erregertyp 1 der Poliomyelitis wurde erfolgreich abgeschlossen. Insgesamt kamen 4 217 103 Menschen zur Impfung, das sind 44,3 v. H. der Bevölkerung. Am höchsten war die Beteiligung in den Regierungsbezirken von Schwaben (50,0 v. H. der Bevölkerung) und Niederbayern (48,4), in denen sich die Epidemieherde des Jahres 1960 befanden. Es folgen die Regierungsbezirke der Oberpfalz (45,8 v. H.), von Mittelfranken (44,4 v. H.), von Oberbayern (42,4 v. H.), von Oberfranken (41,9 v. H.) und von Unterfranken (38,9 v. H.). Wenn auch die Altersgruppen der Geimpften derzeit noch ermittelt werden, so ist bei der großen Beteiligung damit zu rechnen, daß die durch die Poliomyelitis am meisten gefährdeten Jahrgänge den erforderlichen Impfschutz erhalten haben. Nach den Erfahrungen in anderen Ländern ist bestimmt zu hoffen, damit die Gefahr von Epidemien durch den häufigsten Erregertyp I aus Bayern gebannt zu haben.

Wenn das gelungen sein sollte, so ist es den gemeinsamen Anstrengungen aller zu verdanken, die mitgewirkt haben, die Bevölkerung über Nutzen und Notwendigkeit der Schutzimpfung aufzuklären.

Das Verständnis und die Hilfe, die die bayerische Ärzteschaft dabei, oft unter erschwerten Bedingungen, aufbrachten, veranlassen mich, Sie, sehr geehrter Herr Präsident, zu bitten, allen Ärzten meine Anerkennung und meinen Dank für die erfolgreiche Mitarbeit zu übermitteln.

Mit ausgezeichnete Hochachtung!

Goppel  
Staatsminister

### 79. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

In Anwesenheit zahlreicher Ehrengäste, darunter des Präsidenten des Bayer. Landtags, des bayerischen Staatsministers des Innern, des Oberbürgermeisters der Landeshauptstadt München, des Präsidenten der Bayer. Landesärztekammer und des Rektors der Universität begann am 25. April die 79. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie im Kongreßsaal des Deutschen Museums in München.

Der Präsident der Tagung, Herr Professor Dr. A. F. Fischer, Kiel, führte in seiner Eröffnungsrede u. a. folgendes aus:

„In der Eröffnungsansprache hat der Vorsitzende stets Stellung zu Fragen genommen, die uns über den engeren Rahmen wissenschaftlicher Probleme hinaus beschäftigen.“

Jeder von uns weiß und fühlt, wie sich augenblicklich ein Strukturwandel auf allen Gebieten in überstürztem Tempo vollzieht. Ich brauche nur auf die Änderung unserer Gesellschaftsstruktur als Folge der auf Erfindungen und Entdeckungen basierenden industriellen Entwicklung zu verweisen. Die Ursache für den uns als Chirurgen angehenden Strukturwandel erblicke ich in den bewundernswerten Ergebnissen der Grundlagenforschung, welche uns eine ungeahnte Ausweitung unserer diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten bescherte.

Die überkommenen Organisationsformen unserer Kliniken und Krankenhäuser, die im übrigen auch nicht schon jahrhundertlang etwas Gegebenes darstellen, sondern letztes Stadium einer langen, allerdings weniger stürmischen Entwicklung, erweisen sich mehr und mehr als unzweckmäßig. Es ist das genau so zwangsläufig wie etwa die Notwendigkeit, eine z. Z. geltende Theorie in dem Augenblick abzuändern, wo neue Tatsachen bekannt werden, welche sich nicht mehr in frühere Vorstellungen einbauen lassen. Tempo und Breite der Entwicklung, welche wir erleben, gleicht in vielem jenem einer Kettenreaktion, eine einzige neue Erkenntnis führt schlagartig zu Wandlungen auf vielen Gebieten.



**Es wäre falsch, eine solche Entwicklung zu bedauern, oder gar von ihr als einem Verfall zu sprechen.**

Die Ausweitung und Verfeinerung der diagnostischen und operativen Methodik und Technik, die Verbesserung unserer therapeutischen Indikationen setzt uns heute Instand, manches Leben zu retten oder zu verlängern, und manches Leiden zu lindern, wo wir früher vor der Unmöglichkeit, zu helfen, standen. Das erfüllt uns oft mit einem Glücksgefühl, zugleich droht die Gefahr der Überheblichkeit für jene, die ihrer Struktur nach nur Erfolge sehen und dabei verkennen, auf wie vielen Gebieten wir heute noch genau so ohnmächtig sind wie früher.

Die Lösung der auf uns zukommenden organisatorischen Aufgaben liegt keineswegs auf der Hand. Wenn wir das an sich einfach zu überschauende Ziel, dem kranken Menschen bestens zu dienen, im Auge behalten, so werden wir auch den optimalen Weg finden. Sicher wird man hierbei oft überkommene und damit liebgewordene Vorstellungen beiseite schieben müssen, jedes Neue entsteht nun einmal zwangsläufig zum Teil auf Kosten des Älteren. Das Positive, was das Neue für den Kranken bringt, wiegt jedoch das Negative vielfach auf.

Früher gab es viele, heute nur noch ausnahmsweise, Krankenhäuser, in denen der Chef sozusagen als universeller Facharzt wirkt. Weder zeitlich noch hinsichtlich des Umfangs des dafür erforderlichen Wissens kann heute ein Arzt solchen Aufgaben gerecht werden.

Nach dem Ersten Weltkriege war der Chef einer Klinik noch auf allen Gebieten seines Fachs sachverständig, er wußte Bescheid im Labor, in der Röntgenabteilung, er überschaute aus eigener Erfahrung die gesamte operative Technik und Narkoseerfordernisse und konnte auf all diesen Gebieten aus eigener Erfahrung raten und anordnen. Innerhalb weniger Jahre hat sich dieses Bild grundlegend und in immer schnellerem Tempo geändert.

Die Konzentration aller Verantwortung und damit die Weisungsbefugnis bis in alle Einzelheiten in der Hand des leitenden Arztes, also das sozusagen absolute Chefarztprinzip, entspricht heute nicht mehr den tatsächlichen Gegebenheiten.

Man muß die hier auftauchenden Probleme einmal vom Standpunkt des Kranken, des Assistenten, der Dozenten und Abteilungsleiter und letzten Endes auch des Chefarztes durchdenken. Eine solche Analyse wird uns den richtigen Weg zeigen.

**Ich glaube, daß beim Abwägen aller Vorteile und Nachteile eine chirurgische Klinik mit mehreren weitgehend selbständigen Abteilungen unter Leitung eines Chefs nach dem „Unter-einem-Dach-Prinzip“, wie das K. H. Bauer genannt hat, und wie es ausführlich in einer Denkschrift von Herrn Zenker behandelt wurde, die z. Z. beste Lösung darstellt.**

Hier kommt der Kranke zu seinem Recht, ihm stehen die Fachkenntnisse der Abteilungsleiter zur Verfügung, der Assistent hat die Möglichkeit, nacheinander auf den verschiedenen Abteilungen zu arbeiten und sich so umfassende Kenntnisse des gesamten Gebietes anzueignen, der Abteilungsleiter kann auf seinem Gebiet frei und selbständig arbeiten, verliert aber in täglicher Zusammenarbeit mit den anderen Abteilungen nicht den Blick für das Ganze, der Chefarzt ist der

Verantwortung für Dinge enthoben, die er beim besten Willen nicht mehr verantwortlich betreuen kann. Er hat die große Aufgabe der Koordination neben der Leitung seiner eigenen Abteilung. Ihm obliegt die Aufsicht über die menschliche, aber auch fachliche Zuverlässigkeit seiner Mitarbeiter.

Eine sozusagen uferlose Freiheit und Unabhängigkeit von einem Leiter kann gerade im Interesse der Kranken, welches ich immer wieder in den Vordergrund stelle, nicht bejaht werden. Diese Einsicht wird von manchem jüngeren Kollegen heute nicht geteilt, rückt er aber selbst in eine leitende Stellung auf, so erkennt er sehr bald diese Notwendigkeit. Es drängt sich hier der Vergleich mit der parlamentarischen Opposition auf, die im gleichen Augenblick anders zu handeln gezwungen ist, wo sie zur Regierung und damit zur Verantwortung für das Ganze kommt. Zuweilen wird auf die Belegartzkliniken in den USA als das erstrebenswerte Ideal ärztlicher Freiheit verwiesen, dabei wird aber verschwiegen, daß der Belegarzt dort der Aufsicht eines aus mehreren älteren Ärzten zusammengesetzten Stabes unterworfen ist, der das diagnostische und therapeutische Handeln des Belegarztes überwacht und notfalls einen Arzt vom Recht der Bettenbelegung ausschließt. An Stelle eines Chefarztes leitet dort eine Chefarztgruppe das Ganze.

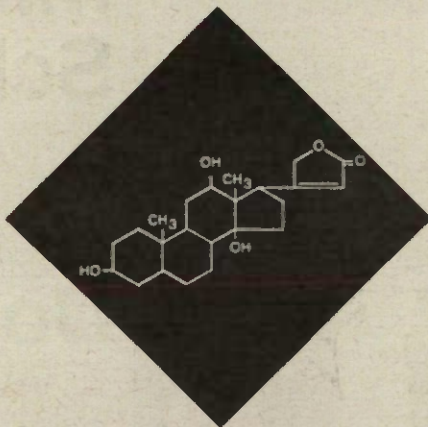
Wer soll nun den Chefarztposten stellen? Meiner Meinung der Leiter der zahlenmäßig größten Abteilung, das wird die Abteilung der allgemeinen und abdominalen Chirurgie sein. Ich stelle mir nun nicht vor, daß der Chef auf allen Abteilungen etwa Visite macht und richtunggebend in die Therapie dort eingreift, das soll er nur auf der eigenen Abteilung tun. Sehr erstrebenswert sind aber regelmäßige, innerklinische Zusammenkünfte mit Patientendemonstrationen aus allen Abteilungen zur gegenseitigen Belehrung, wie das in den USA in den Belegkliniken geschieht.

Auch vom Standpunkte der Studenten aus wäre das Auseinanderfallen unseres Faches in eine Gruppe völlig selbständiger, vielleicht dazu noch räumlich getrennter Einzelkliniken nicht zu begrüßen. Für die Ausbildung der Studenten sollte es nur ein Fach Chirurgie und daher auch nur einen Ordinarius geben. Ebenso wie er organisatorisch, koordinierend als Klinikleiter im Interesse der Kranken seine Aufgabe ausübt, soll er das auch im Rahmen des Unterrichts tun. Schafft man an Stelle eines Ordinarius eine Reihe von Sonderfach-Ordinarien, so werden unerfüllbare Forderungen auf neue Pflichtvorlesungen, auch auf Prüfungen in diesen Sonderfächern zu erwarten sein. Damit wäre die Gefahr einer weiteren zeitlichen und stofflichen Überforderung unserer Studenten heraufbeschworen. Dasjenige, was für den Unterricht auch in den „Sonderfächern“ den Studenten nahegebracht werden muß, überschaut auch der Ordinarius, es ist ihm unbenommen — wie das bereits vielfach geschieht — die Vertreter der Sonderabteilungen im sogenannten Hauptkolleg zu beteiligen. Die Unterrichtsbelange müssen von den klinischen Belangen und Forschungsaufgaben getrennt betrachtet werden.

Kleine Anstalten, besonders die Ein-Mann-Kliniken haben es zunehmend schwerer, den Anforderungen, die der Strukturwandel auch an sie stellt, gerecht zu werden, wenn sie sich nicht weitestgehend therapeutische Beschränkungen auferlegen.



Zielgerichtete  
Digitalis-Therapie  
mit den  
Lanata-Präparaten  
des  
Beiersdorf-Sextetts



**Celadigal®**

Herzinsuffizienz  
mit Brady- oder  
Normofrequenz

**Digacin®**

Links- und  
Rechtsinsuffizienz,  
Cor pulmonale

dünndarmlösliche Dragierung,  
bessere  
Magenverträglichkeit

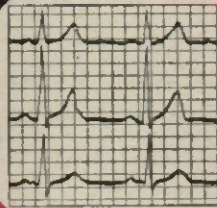
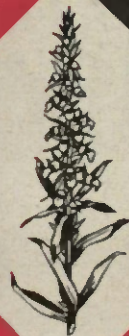
Herz-  
und Kreislauf Fragen beant-  
wortet der  
COR-Literaturdienst

**Pandigal®**

Herzinsuffizienz  
jeden Grades,  
Dauertherapie

**Pandiphyllin®**

Herzinsuffizienz  
mit Oedemen,  
Stenokardie



**Adigal®**

Herzinsuffizienz  
mit  
Tachykardie

**Digitoxin  
Beiersdorf**

Herzinsuffizienz  
mit  
Tachyarrhythmie

P. Beiersdorf & Co. A.-G.  
Hamburg

*Beiersdorf*  
Arzneimittel





# für Menschen mit Schmerzen



## Dolviran<sup>®</sup>

Sichere Analgesie durch das bewährte Analgeticum mit großer Wirkungsbreite bei allen Schmerzzuständen wie:

Neuralgien und Neuritiden, Kopfschmerzen, Migräne, Lumbago, postoperative Schmerzen, Paraesthesien; ferner bei Carcinom-Schmerzen zum Einsparen von Alkaloiden.

Tabletten für Erwachsene  
Suppositorien für Erwachsene,  
Kinder und Säuglinge.

neu

## Spasmo- Dolviran<sup>®</sup>

Rasche Spasmolyse und Analgesie durch das neue Spasmolyticum Phencarbamid\* in Kombination mit Dolviran bei allen spastisch bedingten Schmerzen wie:

Spasmen der glatten Muskulatur im Bereich der Nieren und abführenden Harnwege,

Blasentenesmen, Dyskinesien der Gallenwege, Spasmen des Magen-Darm-Traktes, Geburtsschmerzen, Dysmenorrhoe, Migräne.

Originalpackungen:  
20 Tabletten, 5 Suppositorien

\*Diphenyl-carbaminsäure-  
(2-diaethylaminoethyl)-thioester

»Bayer« Leverkusen





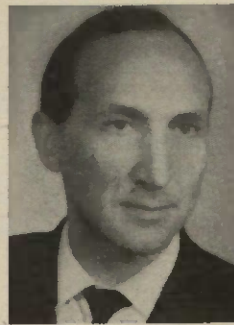
Prof. Dr. A. Schretzenmayer



Prof. Dr. R. Aschenbrenner



Prof. Dr. G. Budelmann



Dr. K. Bühlmeier



Prof. Dr. M. Halhuber

## Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin

### Die 29. Vortragsreihe

Vom 23. bis 25. März 1962 fanden neuerlich die Augsburger Fortbildungstage statt, die sich wiederum einer erhöhten Besucherzahl von über 1000 Teilnehmern erfreuen konnten, gleichermaßen ein gutes Zeichen für den Fortbildungsdrang der Ärzte wie für die ausgezeichnete Organisation und immer zeitgemäße Auswahl des dominierenden Themas, das diesmal der Diagnose und Therapie der Herzkrankheiten gewidmet war. Die Leitung lag wiederum in den Händen von Prof. Schretzenmayer, dem Präsidenten des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung, dem im In- und Ausland gleichermaßen bekannten Förderer der Fortbildung der Ärzte. Er konnte zahlreiche Kollegen, nicht nur aus den außerbayerischen Ländern, sondern auch aus dem Ausland begrüßen. Er bedauerte außerordentlich, daß diesmal die Ärzte aus der Ostzone und aus Ost-Berlin durch die dortigen behördlichen Maßnahmen an der Teilnahme verhindert waren. Ihnen galt sein und der Tagungsteilnehmer herzlichster Gruß.

Prof. Dr. P. Schölmerich (Marburg) behandelte den „Herzschmerz und Herzsensationen“. Nach Hinweisen auf die Anatomie und Physiologie kam er auf die einzelnen, vom Patienten empfundenen Erscheinungen zu sprechen. Drei Formen: die echte Angina pectoris, vegetativ nervös bedingte Erscheinungen und extrakardiale, in die Herzgegend projizierte Beschwerden stehen im Vordergrund. Durch Alkohol- oder Nikotinmißbrauch werden die Beschwerden oft ausgelöst. Des näheren befaßte er sich mit der Diagnose des Herzinfarktes und der Differentialdiagnose.

Die „Kardiale Dyspnoe, Ursache und Therapie“ wurde von Priv.-Dozent Dr. F. Wyss (Bern) besprochen. „Wer an Herzbeschwerden leidet, ist meistens nicht herzkrank, wohl aber muß an eine Herzaffektion gedacht werden, wenn über Kurzatmigkeit geklagt wird. Diese von unseren Lehrern uns mitgegebenen Leitsätze bestehen heute *cum grano salis* noch zu Recht.“ Die Dyspnoe ist häufig das hervorstechendste und oft auch das am frühesten auftretende Zeichen der Herzinsuffizienz. Die Ursachen der kardialen Dyspnoe sind vielfältig. Die Hyperventilation, die besonders bei Anstrengungen bedeutungsvoll wird, ist z. T. reflektorisch bedingt, z. T. ist sie Ausdruck einer metabolischen Acidose. Die vermehrte Blutfülle und das Ödem der Lunge machen das Organ starr, weniger elastisch und behindern die Atmung. Die Stauung im kleinen Kreislauf wirkt sich

nicht nur auf das Lungengewebe selbst, sondern auch auf die Bronchien aus. Die Bronchiolen sind oft verengt, weshalb bei der Linksinsuffizienz des Herzens nicht selten eine bronchial-asthmatische Ventilationsstörung zu beachten ist. Neben der Therapie mit Herzglykosiden und mit Diuretika sind Morphin-Präparate und Sauerstoff nützlich, aber nur unter Beachtung gewisser Vorsichtsmaßnahmen. Eine bronchospasmolytische Behandlung vorwiegend mit Theophyllinderivaten drängt sich oft auf. Die Bekämpfung der Adipositas bei Herzpatienten kann sich segensreich auswirken.

Priv.-Dozent Dr. Gerhard Riecker (1. Medizin. Univ.-Klinik München) behandelte die „Ödeme und ihre Differentialdiagnose“. Der untersuchende Arzt bezeichnet als Ödem eine teigige und schmerzlose Schwellung der Haut, die sich auf Fingerdruck, Hochlagerung oder Bandagierung verschieben läßt. Nach Einstechen einer Nadel in den ödematösen Bezirk läuft ein Teil der Ödemflüssigkeit ab. Es handelt sich bei einem Ödem um eine frei verschiebliche Wasseransammlung im interstitiellen Gewebe, die in allen Körpergeweben vorkommen und seröse Höhlen (Pleuraräum, Bauchhöhle, Perikardbeutel, Gelenke) anfüllen kann. (Das zelluläre Ödem gehört nicht hierher, denn eine Vermehrung des Zellwasseranteiles unterliegt ganz anderen Entstehungsbedingungen, obwohl beide Ödemformen nicht selten gleichzeitig vorkommen.) Für den klinischen Sprachgebrauch ist es zweckmäßig, mit „Ödem“ nur seine interstitielle Form zu bezeichnen. Der Ort der Ödembildung ist die Kapillarmembran, wo ein fein ausgewogenes Gleichgewicht von Flüssigkeitsfiltration und -absorption herrscht. Eine Drucksteigerung im Venensystem, Änderungen in der Zusammensetzung der Blutweißkörper, Behinderungen der Lymphzirkulation und eine pathologisch gesteigerte Kapillarpermeabilität können zu empfindlichen Änderungen dieses Flüssigkeitsgleichgewichtes führen. Der Vortragende verwies auf die Wirkungen der Kapillarmembranen, die wie Molekularsiebe wirken, und auf die Bedeutung des Kräftegleichgewichtes für die Filtration und Reabsorption der interstitiellen Gewebsflüssigkeit. Diese und andere Vorgänge wurden durch Lichtbilder veranschaulicht. Die Ursachen und Wege, die zur Ödembildung führen, sind mannigfaltig, weshalb ein verbindliches Einteilungsschema der klinischen Ödemformen nicht leicht aufzustellen ist. Loka-





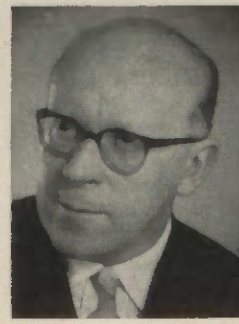
Dr. H. Jahrmärker



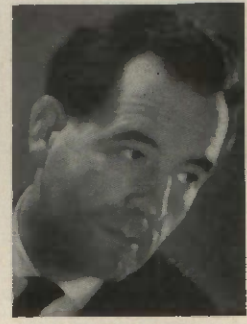
OA. Dr. F. Kubicek



Priv.-Doz. Dr. G. Riecker



Dr. J. Schmidt-Voigt



Prof. Dr. P. Schölmerich

lisation, Ausbreitung und klinisches Syndrom sind gleichwertige und miteinander zu verknüpfende Gesichtspunkte in der Ödemdiagnostik. Im einzelnen wurden sodann die generalisierten Ödeme besprochen. Des weiteren wurden die auf einzelne Extremitäten beschränkten Ödeme und ihre Ursachen behandelt. Die Differentialdiagnose erfordert hier genaue Betrachtungen. Diese Ödeme können sowohl die oberen (z. B. nach Mammaoperation usw.) wie die unteren Extremitäten betreffen. Im besonderen wurde der Begriff des „Lymphödems“ erörtert.

Über „Auskultations-, Palpations- und Perkussionsbefunde bei Herzinsuffizienz“ sprach Chefarzt Dr. Jörgen Schmidt-Voigt (Eppstein im Taunus). Zum Unterschied von der allgemeinen Entwicklungstendenz der modernen Diagnostik gründet sich bei der Herzinsuffizienz die Erkennung sowohl wie die Beurteilung auch heute noch überwiegend auf die Beachtung und auf die richtige Auswertung von Veränderungen, die in ihrer Mehrzahl ohne aufwendige Untersuchungsverfahren zu erfassen sind. Unter Herzinsuffizienz verstehen wir dabei die Unfähigkeit des Herzens, ein Minutenvolumen aufrechtzuerhalten, das den jeweils wechselnden Erfordernissen und Bedürfnissen der Kreislauftherapie entspricht. Unter den vielen Einteilungsversuchen ist folgende Unterscheidung wegen ihrer einleuchtenden Einfachheit, ihrer didaktischen Einprägsamkeit und vor allem auch wegen der aus ihr unmittelbar ableitbaren therapeutischen Folgerungen besonders brauchbar: Linksinsuffizienz des Herzens bei hämodynamischem oder energetischem Versagen der linken Herzkammer bzw. des linken Vorhofes, z. B. dekompensierter Hypertension. Rechtsinsuffizienz etwa bei einem dekompensierten Cor pulmonale. Es kann auch eine Kombination der beiden Formen vorliegen. In diesen Fällen handelt es sich um eine Doppelinsuffizienz. Die klinischen Folgeerscheinungen eines Versagens des Herzens sieht man im Rückstau. Bei der Linksinsuffizienz im Bereiche des kleinen Kreislaufes als Lungenstauung, bei der Rechtsinsuffizienz Stauungszeichen im großen Kreislauf. Das einfachste diagnostische Hilfsmittel zur Erkennung der Insuffizienz ist die Inspektion (siehe die Monographie des Vortragenden: „Das Gesicht des Herzkranken“): Die Palpation bei Ödemen seitengleicher symmetrischer Ausbildung als Vorbedingung für die Anerkennung als kardial verursachte Ödeme. Ihre Lokalisation am Fußrücken, an den Knöcheln, an den Unterschenkeln in der prätibialen Region, im Adduktorenkanal. Bei bettlägerigen Patienten oder bei hochgradiger Wassersucht eine Schwellung in der Sacralgegend, am Rücken oder im Thoraxbereich. Die palpatorische Beurteilung der

Konsistenz eines Ödems ist entscheidend für die Abgrenzung inveterierter Ödeme etwa vom Myxödem. Bei der Betastung eines Beinödems muß genügend lange und hinreichend stark palpirt werden. Eine „Dellenbildung“ im ödematischen Gewebe allein ist noch kein schlüssiger Beweis der Annahme eines „Herzbeines“, d. h. für die kardiale Genese der Beinschwellung. Weiter notwendig: Beurteilung der Größe und Konsistenz der Leber. Erst der Nachweis der gleichzeitigen Vergrößerung der Leber im Sinne einer Leberstauung macht es möglich, daß ein Beinödem durch eine Rechtsinsuffizienz des Herzens verursacht ist. Der Nachweis einer Lebervergrößerung bildet noch keinen unbedingten Beweis. Auch bei einer Leberzirrhose findet man nicht selten symmetrische Beinödeme. Die fehlende Dyspnoe und der normale Auskultationsbefund am Herzen schließen allerdings das Vorliegen einer Herzinsuffizienz leicht aus. Der Vortragende verwies auf die gelegentlich auftretenden Schwierigkeiten der Leberpalpation, so bei Adipösen, bei denen die Streifpalpation eine brauchbare Hilfe bildet, wozu nähere Anweisungen gegeben wurden. Im besonderen wurden auch diagnostische Hinweise hinsichtlich einer Rechtsinsuffizienz gegeben, so der Nachweis eines hepatojugularen Reflexes. In diesem Zusammenhang wurde auf die Bedeutung des Aszites hingewiesen, der bei leichter Ausbildung übersehen werden kann, obwohl seine Erkennung aus therapeutischen Gründen wichtig ist. Der Perkussion, besonders auch der der Lunge, kommt erhebliche Bedeutung zu (z. B. Nachweis eines Stauungsstranssudates im Rippenfellraum). Die intraperitoneale Injektion eines Diureticums in die Ascitesflüssigkeit bewirkt ebenso häufig eine erwünschte, kräftige Ingangsetzung der Ausschwemmung, wie eine gleichartige Injektion in das Pleuratranssudat, wodurch eine rasche Linderung der dyspnoischen Beschwerden bewirkt werden kann. Wer in unseren Tagen von der Herzperkussion eine maßgebliche Hilfe bei dem Nachweis einer Herzinsuffizienz erwartet, wird sich in der Regel enttäuscht sehen. Die Herzperkussion muß schon nach ihrer methodisch-technischen Anlage ein ungenaues Verfahren bleiben. Im Vergleich zu dem zeitlichen Aufwand sind ihre Ergebnisse durchaus unbefriedigend. In Übereinstimmung mit anderen Autoren hält der Vortragende die perkutorische Untersuchung des Herzens bei dem heutigen Stand der Diagnostik für entbehrlich. In den klinischen Klopfkursen sollte die Zeit für die Erlernung auch heute noch unentbehrlicher und diagnostisch weit ergiebigerer Methoden verwandt werden. Hier sei an erster Stelle die Herzauskultation zu nennen. Des weiteren wurde auf die



Zur körperlich  
geistigen  
Frische  
der Energie-Donator  
für jung  
und alt

Wohlschmeckender

# Indovert<sup>®</sup>

**Saft**  
mit  
hoher  
B 12  
Aktivität

blutbildend  
vitaminisierend  
zellaktivierend  
appetitanregend  
leistungssteigernd

auch  
**Indovert-Saft**  
für Kinder

Packungen zu  
100, 200  
und 500 ccm







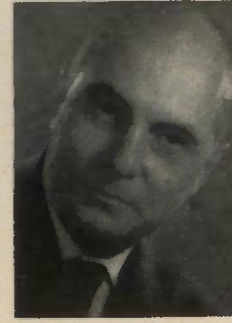
Prof. Dr. P. Uhlenbruck



Priv.-Doz. Dr. F. Wyss



Prof. Dr. E. Zdansky



Prof. Dr. R. Zenker

diagnostische Verwertung auskultatorischer Befunde an den Lungen hinsichtlich der Herzdiagnostik verwiesen. Große Bedeutung kommt der Herzauskultation zu, wobei eindrucksvolle Beispiele gegeben wurden\*). Zusammenfassend wurde festgestellt, daß neben den großen diagnostischen Hilfsmitteln der Klinik (Röntgenuntersuchung, elektrokardiographische und phonokardiographische Untersuchung, die Untersuchung der Dynamik des Herzens und des Kreislaufes) auch heute noch die einfachen diagnostischen Hilfsmittel der Praxis eine ebenso große Bedeutung wie Berechtigung haben. Die Beherrschung dieser einfachen Verfahren sollte daher im klinischen Unterricht bei den Famulaturen und während der Medizinalpraktikantenzeit mit erhöhter Aufmerksamkeit angestrebt werden.

In einem zweiten Vortrag behandelte Dr. Schmidt-Voigt die Frage, was der Arzt von der Maschlenarbeit für die Erkennung bei der Herzinsuffizienz erwarten kann. Dabei wurde in Beispielen die Bewertung der Elektrokardiographie und Phonokardiographie besprochen, wobei besonderes Hauptgewicht auf letztere gelegt und ihre Bedeutung für die Diagnose und Therapie hervorgehoben wurde.

Die Bewertung der Röntgenbefunde am Herzen fand in Prof. Dr. E. Zdansky (Basel) einen kenntnisreichen Interpreten. Das Herz erfährt durch Änderungen der hämodynamischen Bedingungen, unter denen es arbeitet, Veränderungen der Form und Größe, die röntgenologisch faßbar sind. Daher kann man aus den Form- und Größenänderungen des Herzschatte mit der Reserve, die jedem grobmorphologischen Befunde gegenüber geboten ist, auf Änderungen der Funktion des Herzens schließen. Diese Schlüsse werden bereichert und ergänzt durch die röntgenologisch erkennbaren Veränderungen der großen Schlagadern, der sichtbaren oder kymographisch registrierbaren Pulsationen am Herzgefäßschatten und vor allem auch durch die Befunde an der Lungenstrombahn. Kompliziert und wesentlich mitbeeinflusst werden die hämodynamisch bedingten Veränderungen des Herzens durch die Qualität des Herzmuskels, so daß der Röntgenbefund bei bekannten hämodynamischen Verhältnissen auch gewisse Rückschlüsse auf die Funktionstüchtigkeit des Herzmuskels gestattet. Zur Bewältigung erhöhter Druck- und Volumenleistung stehen dem normalen Herzen drei physiologische Mittel zur Verfügung: die adap-

tive Verstärkung der systolischen Kontraktion, die Dilatation und die Hypertrophie. Im einzelnen wurde sodann eingehend die Auswirkung einer geänderten Hämodynamik geschildert. Abschließend wurde festgestellt, daß der Röntgenbefund auch heute im Zusammenhang mit den klassischen Untersuchungsmethoden wertvollste Aufschlüsse über die abnormen Funktionen des Herzens und die ihnen zugrunde liegenden anatomischen Prozesse liefert.

Über die Pathogenese und Diagnose der Herzinsuffizienz sprach Prof. Dr. P. Uhlenbruck (Köln) in einem umfassenden Vortrag, der insbesondere auch der Differentialdiagnose gerecht wurde. Dabei wurde der anatomischen, der dynamischen Betrachtungsweise, der energetischen, heute in den Vordergrund gerückten Betrachtungsweise entsprechende Beachtung geschenkt. Uhlenbruck kam auf die Schwierigkeiten der Sofortdiagnose zu sprechen. Die Dyspnoe kann pulmonal bedingt sein, die Tachykardie kann endokrin sein, die Albuminurie kann renalen Ursprungs sein, die Leberfunktionsstörungen sind vielleicht nicht ein Leberstauungssymptom, sondern eine primäre Leberschädigung (eine kardiale Leberstauung muß schon etwa ein Jahr lang bestanden haben, um Veränderungen der Serumlabilitätsreaktionen und der Elektrophoresekurve hervorzubringen). Weitere Schwierigkeiten sind in der Abhängigkeit von der derzeitigen Kondition. Man findet an verschiedenen Tagen bei überarbeiteten, überanstrengten Menschen verschiedene Resultate der Funktionsprüfungen, insbesondere nach längeren Märschen, sportlicher Überanstrengung, Alkohol- und Nikotinmißbrauch, durchwachten Nächten. Die beste Funktionsprüfung ist stets die Leistung des Kreislaufes im täglichen Arbeitsgang. Macht man Belastungsproben, so ist der Fettleibige im Nachteil gegenüber dem Schlanken, der Muskelarbeiter im Vorteil gegenüber dem Geistesarbeiter. Jede Belastung müßte strenggenommen bezogen werden auf die Arbeit, die der zu Prüfende täglich verrichten muß. Diese Forderungen sind meist nicht zu erfüllen, so muß man sich in der Klinik für die Diagnose der Herzinsuffizienz gewisse Routineuntersuchungen aussuchen, die auch durch die heute immer mehr ins Gewicht fallende Schwierigkeit der Beschaffung der Arbeitskräfte, durch die Beschaffung zum Teil kostspieliger Laboratoriumsgeräte begrenzt wird. Des weiteren wurden die einzelnen Tests besprochen. Die Röntgenologie ist nur beschränkt eine Herzfunktionsprüfung. Die Angiokardiographie gehört nicht so sehr in die Diagnostik der Herzinsuffizienz, als vielmehr in die Diagnostik der angeborenen Herzklappenfehler. Die Gesamtheit der Druckmessung und

\*) Es sei hier auf die didaktisch bedeutsamen Darstellungen des Vortragenden über die „Auskultation am Kinderherzen“, „die Auskultation beim Altersherzen und Alarmsymptome der Herzauskultation“, das „Herz akustische Diagnostikon“, die „Herzrhythmusfibel“ u. a., in Form von Schallplatten mit Textbänden im J. F. Lehmanns Verlag, München, erschienen, besonders aufmerksam gemacht.



Sauerstoffbestimmung mit dem Herzkatheter kann man zusammenfassen unter dem Begriff der präoperativen Herzfunktionsdiagnostik. Das Belastungs-EKG vermag in vielen Fällen die Diagnose der latenten Herzinsuffizienz zwar nicht zu sichern, aber in hohem Maße zu stützen. Die Oxymetrie wurde in ihrer Bedeutung gewürdigt und auf die Gaswechseluntersuchungen hingewiesen. Die Laboratoriumsdiagnostik entbindet in keiner Weise von der Anamnese, von der Erforschung der Berufswelt, von der psychischen Lage, der Konstitution, der sportlichen Tätigkeit, der familiären Verhältnisse, der Wohnungsverhältnisse u. a. m. Wer ohne Kenntnis des Menschen nur die technischen Messungen durch die Laboratorien rollen läßt, wer den Körper mit dem Herzen und Kreislauf „durch den Wolf dreht“, ohne sich den Patienten als Menschen anzusehen, wird zu manchen Fehldiagnosen kommen. Gezielte Spezialuntersuchungen werden manchmal nicht zu vermeiden sein. Die Mitarbeit des Psychiaters kann in manchen Fällen von kardialer Insuffizienz, von Herzinfarkt, von neurozirkulatorischer Dystonie mit oder ohne echte Insuffizienz des Herzens erforderlich sein.

Über „Chirurgische Herztherapie“ sprach aus großer Erfahrung Prof. Dr. R. Zenker, Direktor der Chirurgischen Univ.-Klinik, München. Die operative Behandlung angeborener und erworbener Herzerkrankungen ist aus der Gesamtbehandlung Herzkranker nicht mehr wegzudenken. Neben den Besonderheiten der operativen Technik wurde die Indikation zur Operation bei den einzelnen Herzerkrankungen aufgezeigt. Sowohl die Ergebnisse wie die noch offenen Probleme wurden eingehend behandelt. Dabei wurde deutlich gemacht, daß Operationen am geschlossenen und am eröffneten Herzen erfolgen können. Im besonderen wurden die dazu nötigen Hilfsmittel, wie die Hypothermie oder die Herz-Lungen-Maschine oder die Kombination beider Verfahren am eröffneten Herzen besprochen. Operationen am geschlossenen Herzen haben noch ihre Berechtigung beim Ductus Botalli, bei der Aorten-Isthmus-Stenose, bei der reinen Mitralstenose. Diese Eingriffe sind jedoch, wie eindrucksvoll nachgewiesen wurde, keineswegs so einfach, wie man annehmen könnte. Der günstige Zeitpunkt für die Operation eines Ductus Botalli liegt nach dem ersten Lebensjahr bis zum 20. Lebensjahr. (Die Gegenindikation in einzelnen Fällen wurde erörtert.) Doch kann bei erforderlichem klinischen Bild die Operation auch nach dem 20. Lebensjahr durchgeführt werden. Die Aorten-Isthmus-Stenose wird auch heute noch spät entdeckt, weshalb der Vortragende auf die Besonderheiten der rechtzeitigen Diagnose aufmerksam machte. Der günstigste Zeitpunkt für die Operation liegt zwischen dem 10. und 18. Lebensjahr. In besonderen Fällen kann jedoch die Operation auch im Säuglingsalter angezeigt sein. Als Eingriff wird die Resektion mit End-zu-End-Vereinigung bzw. bei großem Abstand der Aortenstümpfe das Dazwischenschalten einer Kunststoffprothese bevorzugt. In den Kreisen der praktischen Ärzte und der Internisten ist die günstige Wirkung der Sprengung einer Mitralstenose noch zu wenig bekannt. Durch den Eingriff erreicht man zumindest über viele Jahre eine erhebliche Besserung. Von den übrigen Eingriffen am geschlossenen Herzen sind vor allem die Anastomosierung der Subclavia mit der Arteria pulmonalis und die blinde Erweiterung der Pulminalklappen-Stenose u. a. als Palliativ-Eingriffe im Gebrauch. Alle übrigen

Operationen werden heute in Hypothermie oder mit der Herz-Lungen-Maschine durchgeführt. Die reine Oberflächen-Hypothermie wird in der Herzchirurgie nicht angewendet, da die Operationsdauer am Herzen zu kurz ist. Eingehend wurde sodann das Modell der vom Vortragenden verwendeten Herz-Lungen-Maschine beschrieben, die sich bei mehr als 400 Operationen bestens bewährt hat. Die Herz-Lungen-Maschine hat der Herzchirurgie ungeahnte Möglichkeiten eröffnet. Die Korrektur einfacher Herzfehler, wie des Vorhofseptumdefekts, der Ventrikelseptumdefekte und der Pulmonalstenosen sind heute nahezu kein Problem mehr. Dagegen war die Operation der Tetralogie bis vor kurzem mit einer hohen Mortalität belastet. Im allgemeinen ist es zweckmäßig, in den ersten fünf Lebensjahren auf eine Totalkorrektur zu verzichten. Der günstigste Zeitpunkt liegt nach dem achten Lebensjahr, aber unter bestimmten Umständen kann man sich auch schon früher zur Operation entschließen. Die Operation muß einen vollständigen Verschluß des Vorhofseptumdefekts ohne Verletzung des Hischen Bündels und eine genügende Erweiterung des Ausflußtraktes des rechten Ventrikels gewährleisten. Details über die Operation wurden an Hand ausgezeichneter Lichtbilder erläutert. Dabei war u. a. das rasche Verschwinden der Cyanose sehr eindrucksvoll. Gewisse Schwierigkeiten der Diagnose wurden besprochen und darauf hingewiesen, daß unter Umständen der Herzkatherismus vom Arm her nicht zum Ziele führt und erst der Herzkatherismus von der Femoralvene aus die Diagnose sichert. Prof. Zenker verwies auf die Möglichkeit der Korrektur der Mitralinsuffizienz, die sehr häufig ist und deren Prognose ebenso ungünstig ist, wie die der Mitralstenose. Hinsichtlich der genauen Diagnostik, der Indikationsstellung zur Operation und die statistischen Ergebnisse sei auf den Originalvortrag verwiesen. Zum Schlusse wurde die Angina pectoris, immer noch die Domäne der internen Behandlung, und das Adams-Stokesche Syndrom hingewiesen. Die Angina pectoris kann unter gewissen Umständen zu operativem Vorgehen Veranlassung geben.

Prof. Dr. R. Aschenbrenner (Hamburg-Altona) leitete sein Referat über „Glykosidtherapie in der Praxis“ mit einem größeren historischen Rückblick ein, der sich besonders mit der Entwicklung der Digitalistherapie beschäftigte. Dabei verwies er auf die Tatsache, daß man heute im Gegensatz zu früher Reinglykoside nicht nur oral, sondern auch intravenös verwendet. Von den Pharmakologen habe man gelernt, daß sich die Herzglykoside hinsichtlich ihrer Resorbierbarkeit und ihrer Kumulationsneigung unterschiedlich verhalten, und daß man daraus für die Praxis verschiedene Anwendungsformen ableiten kann. Nur im toxischen Bereich ist die Kumulation unerwünscht, die therapeutische Kumulation bewirkt eine Art von Depotwirkung und ist der Ausdruck der Haftfähigkeit der einzelnen Glykoside. Die Kompensationsbehandlung einer akuten oder chronischen Herzschwäche ist meist schwieriger als die Erhaltungsbehandlung, mit der man die Rückkehr einer erfolgreich behandelten Herzinsuffizienz zu beseitigen trachtet. Im einzelnen wurden sodann die Vor- und Nachteile der Behandlung der Herzkrankheiten besprochen. Eine gute, alte Regel sei es, sich auf zwei bis drei Präparate zu beschränken, um sich mit deren Wirkungsweise intensiv vertraut zu machen. Bei der oralen Dauerbehandlung müsse man sich immer wieder



fragen, ob das für einen bestimmten Herzkranken ausgewählte Präparat genügend resorbiert wird, ob man seine Kumulationsneigung richtig eingeschätzt hat, ob es gut magenverträglich ist. Häufige Kontrollen der Pulsfrequenz sind zu einer Vermeidung einer schleichenden Überdosierung dringend zu empfehlen. Brechreiz und Übelkeit sind wichtige Alarmzeichen, aber leider auch vieldeutige Symptome. Durch eine Digitalispause von mehreren Tagen und eine anschließende Dosiskorrektur läßt sich das Gleichgewicht rasch wieder herstellen. Ein witziger Pharmakologe habe einmal ganz allgemein weltanschaulich formuliert: „Gesundheit ist ein provisorischer Zustand, der nicht viel Gutes verspricht.“ Vielleicht, sagte Aschenbrenner, wäre es ganz nützlich, an dieses Bonmot zu denken, wenn man kompensierte Herzkranken auf lange Sicht zu betreuen hat.

„Die allgemeine, nichtmedikamentöse Behandlung der Herzinsuffizienz“ fand in Prof. Dr. G. Budelmann (Hamburg-Harburg) einen sehr erfahrenen Vortragenden. Die Therapie der Herzinsuffizienz kann nur aus ihrer Pathogenese entwickelt werden. Ihr Erfolg hängt immer von dem Verständnis für alle Feinheiten und für das in jedem Fall komplizierte Wechselspiel zwischen dem versagenden Herzen und der entsprechenden peripheren Kreislaufregulation ab. Die nichtmedikamentöse Behandlung der Herzinsuffizienz bezweckt neben der medikamentösen Hebung der Herzleistung in erster Linie eine Entlastung des Herzens. Sie besteht in allgemeinen Maßnahmen. Dazu gehören die Ruhebehandlung und die Regeilung der Diätetik. Unter Ruhebehandlung sind sowohl die körperliche wie die psychische Ruhestellung des Herzkranken zu verstehen. Der Grad der Schonung richtet sich jeweils nach dem Grad und der Ursache der Herzinsuffizienz. Sie kann fast immer in Etappen (Mittagsruhe) erfolgen, muß unter Umständen aber auch größere zusammenhängende Zeiträume fordern. Dabei ist für eine gleichmäßige, ausreichende Umwelttemperatur zu sorgen, da z. B. Frieren das Herzminutenvolumen steigert. Die beste körperliche Ruhe bietet die „Bettruhe“. Die suggestive Kraft des Nachthemds auf den Patienten und seine Umgebung sind nicht zu unterschätzen. Wesentlich ist die Einstellung einer bestimmten Körperhaltung. (In Kliniken wird dazu am besten ein „Herzbett“ verwendet, mit dem jede Körperlage eingestellt werden kann.) In der häuslichen Praxis ist das ebensogut durch genügend Kissen in den Rücken oder durch einen Sessel mit entsprechender Beinlagerung zu erreichen. Die Körperhaltung richtet sich je nach dem Grad der Herzinsuffizienz. Sie variiert von der Horizontalen bis zur Senkrechten. Der Herzkranke wird die Körperlage je nach dem Grad und der Art der Herzinsuffizienz selbst angeben. Je nach der Körperlage verlagern sich die eventuellen peripheren Ödeme. Auf die bei längerer Bettruhe sich steigernde Thrombosegefahr wurde hingewiesen. Bei Adipositas bei bestehender Herzinsuffizienz ist unbedingt eine Gewichtsabnahme zu erzwingen. Bezüglich der sonstigen wichtigen Einzelheiten muß auf den Originalvortrag hingewiesen werden. Die speziellen Maßnahmen sichern die Sauerstoffatmung, der Aderlaß, die Entwässerung, die physikalische Therapie, die Balneotherapie, die operative Behandlung, die Psychotherapie.

Zur Frage „Wann und welche Diuretica“ nahm Dr. H. Jahrmärker (I. Med. Univ.-Klinik München)

Stellung. Über „Das herzkranke Kind“ sprach Dr. K. Bühlmeier (Univ.-Kinderklinik München).

Die Therapie des Altersherzens wurde von Oberarzt Dr. F. Kubicek (aus der Herzstation des Hanusch-Krankenhauses in Wien, Prof. Dr. Polzer) besprochen. Dabei bezeichnete er als Altersherz ein im harmonischen Alternsvorgang gealtertes Herz, wobei keine Beziehungen zum absoluten Lebensalter bestehen müssen. Das Wesen des Alternsprozesses liegt in der Erstarrung, in morphologischer, vorwiegend jedoch in funktioneller Hinsicht in Richtung zur Irreversibilität. Es bestehen aber fließende Übergänge zum krankhaft veränderten Altersherzen, zur Kardiosklerose. Die anatomischen Veränderungen am Myokard sind bei beiden Zuständen Folge einer nicht anpassungsfähigen Durchblutung der Kranzgefäße, so daß es zu Inhomogenitäten der Ernährung des Herzmuskels und schließlich auch zum Auftreten von herdförmigen ischämischen Nekrosen kommt. Die Toleranzgrenze für eine Leistungszunahme des Herzens wird hier beträchtlich gesenkt. Schon geringe Mehrleistungen führen zu einem Zustand der latenten senilen Herzinsuffizienz (nach Bürger). Da beim Altersherzen die Möglichkeit der Überschreitung der Toleranzgrenze, die zur Insuffizienz führt, praktisch immer gegeben ist, wechselt die Behandlung des Altersherzen dauernd von einer kurativen zu einer prophylaktischen und umgekehrt. Der Vortragende verwies auf die große Bedeutung des körperlichen Trainings, da es dadurch gelingt, die Grenze der Insuffizienz hinauszuschieben, die Anpassungsbreite zu erweitern und den Ökonomieverlust des alternden Herz-Kreislauf-Systems zu mildern. Wanderungen und Spaziergänge erfüllen ebenso ihren Zweck wie Gartenarbeit, Radfahren oder ein ärztlich überwachtes Konditionstraining oder eine dosierte Terrainkur. Im einzelnen kam Kubicek nun auf die medikamentöse Therapie zu sprechen, wobei er die älteren und die neueren Mittel kritisch betrachtete. Er kam zu der Schlußfolgerung, daß, so bestechend manche Ergebnisse von Arzneiwirkungen im Tierexperiment sind, ihre Übernahme in die Klinik der Kranken mit dem funktionell erstarrten sklerotischen Koronarkreislauf nicht ohne Einschränkung zulässig ist. Bei der Beurteilung eines koronarwirksamen Stoffes müsse man sich auf klinische Beobachtungen verlassen und diese zu objektivieren versuchen. Nicht zuletzt sei man auf die subjektiven Angaben der Kranken angewiesen. Nach Besprechung der Wertung der einzelnen Medikamente wurde anschließend noch betont, daß die Indikationen zur sogenannten Stoffwechseltherapie des Herzens noch zu wenig abgesteckt sind, weshalb vor einer Polypragmasie hier gewarnt sei. Gerade bei der Indikation „Altersherz“ habe das alte: „non multa, sed multum“ besondere Bedeutung.

In einem „Gespräch am Runden Tisch“ wurde nach einem einleitenden Vortrag von Prof. Dr. M. J. Haihuber (Innsbruck), das Thema „Der Herzkranke ohne Herzbefund“ in interessanten Ausführungen der Teilnehmer, unter der Leitung von Prof. Dr. Schretzenmayr, behandelt.

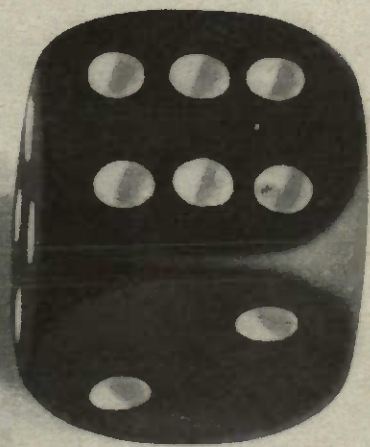
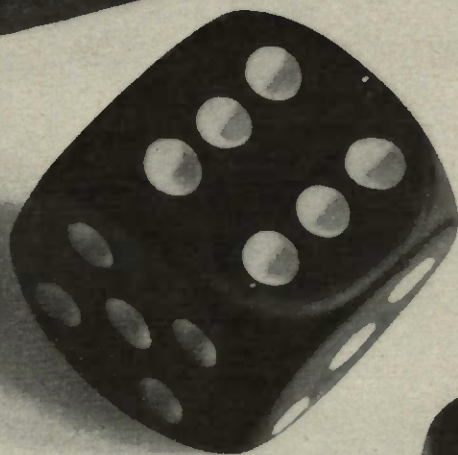
Der Wortlaut der einzelnen Vorträge erscheint in der Zeitschrift „Monatskurse für die ärztliche Fortbildung“.

Bei einem Empfang im Augsburger Palasthotel „Drei Mohren“ aus Anlaß der 29. Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin verlieh Oberbürgermeister





Ein  
gelungener  
Wurf



# IROMIN<sup>®</sup>

Colc. acetylosalic. carbomid. DRP.

Wirksame Salicyltherapie  
ohne Nebenerscheinungen  
in jedem Lebensalter

Rheumatische  
Erkrankungen,  
Arthritiden, Arthrasen,  
Myalgien, Neuralgien,  
Grippe, Katarrhe,  
fieberhafte  
Erkältungskrankheiten

24 und 60 Tabletten 0,5 g  
10 Suppositorien 1,0 g  
für Erwachsene,  
10 Suppositorien 0,3 g  
für Kinder



Dr. SCHMIDGALL GMBH CHEM.-PHARM. FABRIK STUTTGART-UNTERTÜRKHEIM



Dr. Klaus Müller elf Referenten der diesjährigen Frühjahrsveranstaltung die im Jahre 1960 neugeschaffene Vesallus-Gedenkmünze, und zwar den Professoren Dr. Aschenbrenner, Hamburg, Dr. P. Uhlenbruck, Köln, Dr. G. Budelmann, Hamburg, Dr. K. Polzer, Wien, Dr. P. Schölmerich, Marburg, Chefarzt Dr. Jörgen Schmidt-Voigt, Eppstein im Taunus, den Privatdozenten Dr. G. Riecker, München, Dr. F. Kubicek, Wien, Dr. K. Bühlmeyer, München, Dr. H. Jahrmärker, München, und Chefarzt Dr. Teichmann, Bad Wörishofen.

Oberbürgermeister Dr. Müller dankte dem Initiator, Organisator und Leiter der Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin, Professor Dr. Albert Schretzenmayr, für das große und vorbildliche Werk, das er mit dieser Einrichtung nicht nur in Augsburg begründet, sondern als Präsident des deutschen Senats für ärztliche Fortbildung auch andernorts im In- und Ausland fortentwickelt hat und wofür er bekanntlich erst vor kurzem in Davos mit der neugestifteten Ernst-von-Bergmann-Plakette ausgezeichnet wurde.

K-g.

### - Marburger Bund - Landesverband Bayern

Der Verband der angestellten Ärzte Deutschlands hielt am 31. 3. 1962 in München seine ordentliche Hauptversammlung ab. Die Versammlung nahm einen umfassenden Rechenschaftsbericht des 1. Vorsitzenden Dr. med. Klaus Dehler, MdL, entgegen.

Die Vertreter von 2000 angestellten Ärzten an bayerischen Krankenhäusern äußerten ihr Befremden, daß die richtungweisenden Empfehlungen und Beschlüsse des 64. Deutschen Ärztetages 1961 zur dringend gebotenen Reform des deutschen Krankenhauswesens bisher vor allem in Bayern kaum nennenswerte Beachtung gefunden hätten. Die nahezu verantwortungslose Propagierung des medizinischen Studiums durch die Krankenhausträger könne die strukturellen Mängel unseres Krankenhauswesens nicht beseitigen sondern nur die Bildung eines akademischen Proletariats zur Folge haben. So lange man nicht bereit sei, Lebensstellungen für nachgeordnete Krankenhausärzte zu schaffen und diesen zumindest die sozialen Leistungen zuzugestehen, die man jedem Verwaltungsangestellten und auch jeder Raumpflegerin des Krankenhauses bewillige, sei man moralisch nicht legitimiert, über einen angeblichen Mangel an Krankenhausärzten zu klagen.

### Entschlüsse der Hauptversammlung vom 31. 3. 62

#### I.

#### Zur Altersvorsorge angestellter Ärzte:

Die Hauptversammlung des Marburger Bundes Bayern stellt mit Unwillen und Bedauern fest, daß den angestellten Ärzten noch heute zusätzliche Leistungen, besonders öffentlicher Arbeitgeber, zu ihrer Altersversorgung vorenthalten werden, wie sie sonst jedem Angestellten des öffentlichen Dienstes als selbstverständlich gewährt werden. Sie fordert mit Nachdruck die ihnen seit Jahren versagte Gleichbehandlung von allen Arbeitgebern nachgeordneter Ärzte. Sie vermag gerade der besonders verantwortlichen Tätigkeit der Krankenhaus-Ärzte wegen keine sachliche Rechtfertigung für die Vorenthaltung sozialer Leistungen der Arbeitgeber zu erkennen. Die Bereitschaft, am Krankenhaus ärztlich tätig zu bleiben, muß angesichts der eklatanten Benachteiligung der angestellten Ärzte schwinden.

#### II.

#### Zur Krankenhaus-Reform:

Die Hauptversammlung des Marburger Bundes Bayern beobachtet mit großer Sorge, daß die Mehrheit der Krankenhausträger sich trotz der richtungweisenden Empfehlungen und Beschlüsse des 64. Deutschen Ärztetages 1961 zu einer umfassenden Reform des deutschen Krankenhauswesens in seiner inneren und äußeren Struktur, besonders auch des ärztlichen Dienstes, nicht bereit findet. Sie vermag nur, eine bedenkenlose Propagierung des Medizinstudiums durch die Krankenhausträger festzustellen, die volkswirtschaftlichen und soziologischen Geboten widerspricht. Sie vermißt jede Überlegung, was mit all den Ärzten werden soll, die nach wenigen Jahren der Krankenhaustätigkeit ihres Arbeitsplatzes verlustig gehen müssen. Statt des Wehgeschreis über angeblich nicht besetzbare Arztstellen sollte man sich endlich entschließen, echte Lebensstellungen für nachgeordnete Ärzte am Krankenhaus zu angemessenen Bedingungen zu schaffen.

#### III.

#### Zur Stellung der angestellten Ärzte in der Standespolitik:

Die stets sich vermehrende Zahl der Krankenhaus-Ärzte, ihr wachsender Anteil an der Gesamtärzteschaft und die zunehmende, aktive Anteilnahme des ärztlichen Nachwuchses an allen Fragen des Standeslebens macht nach Ansicht der Hauptversammlung des Marburger Bundes Bayerns seine stärkere Beteiligung in allen Standesorganen notwendig.

### FAKULTÄT und PERSONALIA

München: Priv.-Dozent Dr. Nico Goossens wissenschaftl. Assistent an der Med. Poliklinik München, wurde mit Entschl.-Nr. V 21757 des Bayer. Staatsmin. f. Unterricht und Kultus vom 20. 3. 1962 die Amtsbezeichnung „außerplanmäßiger Professor“ verliehen.

Priv.-Dozent Dr. Friedr.-Ernst Stieve, Oberarzt am Institut und der Poliklinik für Physikal. Therapie und Röntgenologie München, wurde mit Entschl.-Nr. V 20446 vom 15. 3. 1962 die Amtsbezeichnung „außerplanmäßiger Professor“ verliehen.

Würzburg: Professor Dr. Dr. Robert Herrlinger erhielt einen Ruf auf den ordentlichen Lehrstuhl für „Geschichte der Medizin“ an der Universität Kiel.

Die Amtsbezeichnung „außerplanmäßiger Professor“ wurde verliehen an

den Privatdozenten der Pharmakologie und Toxikologie Dr. Ernst Habermann,

den Privatdozenten der Chirurgie und Urologie

Dr. Wolfgang Lutzeyer,

den Privatdozenten der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde Dr. Dr. Sigurd Rauch.

### IN MEMORIAM

Am 27. 3. 1962 verstarb nach kurzem Kranksein im 68. Lebensjahr der Träger der Paracelsus-Medaille 1959 und Ehrenpräsident des 64. Deutschen Ärztetages in Wiesbaden, Dr. med. Bernhard de Rudder, o. ö. Professor der Universität und Direktor der Universitäts-Kinderklinik Frankfurt/M., Mitglied der Akademie der Wissenschaften und der Literatur in Mainz, Senatsmitglied der Akademie der Naturforscher Leopoldina Halle.



## AUS DER BUNDESPOLITIK

Aus den Fragestunden des 4. Deutschen Bundestags:

### Förderung des Baues von Krankenhäusern

Dr. Tamblé (SPD):

Wie steht die Bundesregierung zu dem von der Deutschen Krankenbaus-Gesellschaft und anderen Krankenhausexperten gemachten Vorschlag, den herrschenden Krankenhausnotstand — Feblbestand von 70 000 Krankenhausbetten, Erneuerung von 30 000 völlig überalterten Krankenbausbetten — dadurch zu beheben, daß man an Stelle der auslaufenden Förderung des Wohnungsbaues (7c-Gelder) eine entsprechende Förderung des Krankenhausbaues (7k-Gelder) treten läßt?

Dr. Hettlage, Staatssekretär des Bundesministeriums der Finanzen:

Nach der Meinung der Bundesregierung ist es nicht zweckmäßig, die Steuerbegünstigten der Siebenergruppe des Einkommensteuergesetzes zu erweitern oder wiederaufleben zu lassen. Diese viel angefochtenen Steuerbegünstigungen sollten tunlichst allmählich abgebaut werden. Es scheint uns deswegen auch nicht zweckmäßig zu sein, für die Hingabe von Darlehen zur Förderung von Krankenhausbauten oder Krankenhausverbesserungen Steuerbegünstigungen zu gewähren. Vielmehr ist das Finanzministerium der Meinung, daß Krankenhausbauten in anderer Form aus öffentlichen Mitteln gefördert werden sollten.

Zu diesem Zwecke bestehen schon zwei, wie mir scheint, wirksame Förderungsmaßnahmen. Die erste besteht darin, daß für Krankenhausbauten auf Grund einer Bestimmung in den Durchführungsverordnungen zum Einkommensteuergesetz neben den regelmäßigen Absetzungen für Abnutzung noch zusätzliche Sonderabschreibungen zulässig sind. Die Sonderabschreibungen sind hoch. Sie können bis zu 50 v. H. der Anschaffungs- und Herstellungskosten bei beweglichen Wirtschaftsgütern und bis zu 30 v. H. bei unbeweglichen Wirtschaftsgütern, höchstens 100 000 DM im Jahr, gehen. Das ist die eine steuerliche Vergünstigung, die dem Krankenhausträger selbst gegeben wird.

Die zweite Begünstigung will dazu beitragen, daß hinreichende Mittel zur Finanzierung von Krankenhausverbesserungen und Krankenhäuserweiterungen zur Verfügung stehen. Insgesamt beklagen wir keinen Mangel von Krediten für solche Ausbauten von Krankenanstalten. Dennoch hat die Bundesregierung vor vier Jahren in einem Mehrjahresplan jährlich 25 Millionen DM in den Bundeshaushalt eingestellt, um daraus freien gemeinnützigen Krankenanstalten und privaten Krankenanstalten zinsverbilligte Darlehen zu geben. Die Bundesregierung hat gleichzeitig darauf hingewirkt, daß für die öffentlichen Krankenanstalten, also vor allem für die Krankenanstalten der Gemein-

den, zusätzliche Mittel zum Ausbau zur Verfügung gestellt werden.

Wir glauben, daß auf diesem Weg der Sonderabschreibungen und der staatlichen Kapitalhingabe aus Haushaltsmitteln der Ausbau der Krankenanstalten besser gefördert werden kann als durch die neue Einräumung von steuerlichen Vorteilen für private Darlehensgeber.

Büttner (SPD): Herr Staatssekretär, sind Sie der Meinung, daß die im Darlehensweg zur Verfügung gestellten 25 Millionen DM jährlich ausreichen, und können Sie sagen, wie viele Anträge vorliegen, ob der Antragsbedarf dem zur Verfügung gestellten Betrage entspricht und ausreichend ist?

Staatssekretär Dr. Hettlage: Die 25 Millionen DM jährlich aus dem Bundeshaushalt sind nur Mittel zur ergänzenden Finanzierung. Dazu treten die Finanzierungsmöglichkeiten, die die gemeinnützigen und privaten Krankenanstalten sonst haben. Wir haben nach unseren bisherigen Erfahrungen den Eindruck, daß die Mittel im wesentlichen ausreichen.

### Tabakgenuß und Lungenkrebs

Dr. Mommer (SPD):

Ist die Bundesregierung bereit, den Mitgliedern des Bundestages den Bericht des Königlichen Medizinischen Instituts Großbritanniens über den Zusammenhang zwischen Tabakkonsum und Lungenkrebs zur Kenntnis zu bringen?

Frau Dr. Schwarzhaupt, Bundesminister für Gesundheitswesen:

Die Bundesregierung ist bereit, den Mitgliedern des Bundestages den Bericht des Englischen Königlichen Ärztekollegiums über den Zusammenhang zwischen Tabakkonsum und Gesundheitsschäden zur Kenntnis zu bringen.\*)

Altmair (SPD):

Ist die Bundesregierung bereit — dem Beispiel der Britischen Regierung folgend —, durch eine medizinisch-wissenschaftliche Untersuchungskommission prüfen zu lassen, wie weit die Entstehung von Lungenkrebs auf den Genuß von Nikotin und Zigarettenrauchen zurückzuführen ist?

Frau Dr. Schwarzhaupt, Bundesminister für Gesundheitswesen:

Die Bundesregierung ist bereit, durch eine medizinisch-wissenschaftliche Untersuchungskommission prüfen zu lassen, wie weit die Entstehung von Lungenkrebs auf den Genuß von Nikotin und Zigarettenrauchen zurückzuführen ist. Die Bundesregierung beabsichtigt, das Bundesgesundheitsamt mit dieser Aufgabe zu betrauen. Dies setzt allerdings voraus, daß dieses Amt personell und finanziell hinreichend ausgestattet wird.

\*) S. Veröffentl. „Daily Herald“ abgedr. auf S. 313/314 des Heftes.

# Strophadenyl

TROPFEN

Dr. Georg Henning

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



für die ambulante  
Herztherapie



## AUS DER LANDESPOLITIK

### Aus der Debatte zum Kultusetat

Bei der Aussprache über den Haushalt des Staatsministeriums für Unterricht und Kultus für das Rechnungsjahr 1962 (Auszüge aus der Rede des Kultusministers zu diesem Etat sind in Heft 4/1962, S. 233 ff. veröffentlicht worden) ergriff auch der Kollege Dr. Brentano-Homeyer (BP) das Wort. Er sagte u. a.:

Die deutsche Wissenschaft hat einiges von ihrer führenden Weltgeltung und Rolle im Lauf der letzten Jahrzehnte verloren. Herr von Knoeringen hat versucht, dies mit Zahlen zu begründen, etwa mit Statistiken, daß bei uns für die Wissenschaft weniger getan würde. Aber allein mit einer solchen Erklärung, meine Damen und Herren, ist der Lage nach meiner Meinung nicht Genüge getan. Die Ursachen für das Zurückbleiben der deutschen Wissenschaft — einmal milde und vorsichtig ausgedrückt — gegenüber Amerika, auch Rußland und anderen Staaten sind sehr komplexer Natur. Sie liegen zum Teil weit zurück. Man darf nicht vergessen, daß die deutsche Wissenschaft schwere Aderlässe in den letzten Jahrzehnten erlitten hat: den ersten großen Aderlaß 1933 und in den darauffolgenden Jahren, wo erste Kräfte der deutschen Wissenschaft aus rassistischen und politischen Gründen vertrieben wurden. Das ist eine Tatsache, die sich noch Jahre hinaus in den Folgen ausgewirkt hat und sich heute noch auswirkt. Ich wage aber auch das zu sagen, meine Herren: Auch der Aderlaß 1945 hat sich nicht vorteilhaft für die deutsche Wissenschaft ausgewirkt. Es ist ein gefährliches Thema, aber Sie wissen, es wurde auch damals nicht viel weniger wahllos einfach die deutsche Wissenschaft geköpft, wie es 1933 auch geschah, nur mit umgekehrtem Vorzeichen. Wer von den Wissenschaftlern mußte im Dritten Reich nicht irgendeiner Organisation beitreten, bloß um seine Ruhe zu haben und weiter arbeiten zu können! Sie wurden aber dann doch zum großen Teil ohne nähere Prüfung wahllos entfernt. Der zweite große Aderlaß der deutschen Wissenschaft! In der Wissenschaft, meine Damen und Herren, wachsen die Dinge sehr langsam. Da kann man nicht schnell mit Geld — das hat Frau Kollegin Dr. Hamm-Brücher wohl richtig gesagt — aus dem Boden stampfen, was an lebenslanger Erfahrung so leichtfertig hier in den zwei Aderlässen geopfert wurde. Das wirkt sich aus! Die Erfahrungen eines Lebens sind es ja, die die Tiefe und die Leistung der Wissenschaft ausmachen. Das kann man nicht kaufen, was hier gewachsen und geworden ist.

Und noch ein anderes: Man soll sich nicht etwa nur von den Wissenschaftlern allein das Heil dieser Welt

erwarten. Es ist das in den Ausführungen des Herrn Kollegen Lerch angeklungen. Man könnte es auch anders begründen. Ich möchte das nur andeuten. Nicht selten sind die großen Entscheidungen und Wendungen in der Wissenschaftsgeschichte auch von Außenseitern gekommen, nicht immer von der schulmäßigen Wissenschaft. Ich denke an Paracelsus, ich denke an Friedrich List, den Nationalökonom des vorigen Jahrhunderts, der auch ein Außenseiter war. Bei allem Respekt vor der geordneten Forschung soll man also hier nicht allein das Heil suchen und soll nicht vergessen, daß es über den wissenschaftlichen Beratern auch noch eine Instanz der Ordnung geben muß, die Verantwortung, meine Damen und Herren, nimmt Ihnen und uns, nimmt der Staatsgewalt und dem Parlament niemand ab. Sie können diese letzte Verantwortung der Planung und Ordnung nicht einfach auf die wissenschaftlichen Spezialisten und Koryphäen abladen. Dahin könnte es aber auch führen und dahin hat die Einrichtung des Wissenschaftsrats manchmal in nicht so ganz überzeugender Weise geführt. Ich möchte das nur andeuten. Es gibt Beispiele, wo sich auch der Wissenschaftsrat in einzelnen Detailgebieten schon ein bißchen blamiert hat. Die Bundesärztekammer sah sich gezwungen, Statistiken, die der Wissenschaftsrat als Empfehlungen gegeben hat, zu korrigieren, weil sie offensichtlich falsch waren. Der Herr Kollege Dr. Dehler nickt; er kennt die Zusammenhänge in der Bedarfsplanung der Medizin. Weil ja die Spezialisten in Einzeldisziplinen gar nicht die Zeit haben, sich mit Wissenschaftsplanung im ganzen genügend zu befassen, hat man da einfach einen Volkswirt beauftragt, die und jene Statistiken zu machen. Das Ganze wurde dann mit dem Segen des Wissenschaftsrats versehen, und wir mußten von der Ärzteschaft leider feststellen, daß das eine sehr oberflächliche Arbeit war, die wir nicht einfach unbesehen hinnehmen können. Das nur als Beispiel!

Damit komme ich zu einem Faktum der modernen Wissenschaftsgeschichte, das, wie ich glaube, sehr ernst ist in dem Zusammenhang, nämlich zur Gefahr der Entartung der heutigen Wissenschaft zum übertriebenen Spezialistentum. Das hängt mit der Entartung der universitas literarum überhaupt zusammen; es läßt sich kaum davon trennen. Ein sehr bedeutender Wissenschaftler, nämlich der britische Nobelpreisträger Dodd, hat das einmal sarkastisch ausgedrückt, indem er sagte: „The specialist knows more and more about less and less“, der Spezialist weiß immer mehr über immer weniger. Ein Witzbold sagte dazu: „Der Superspezialist der Zukunft weiß am Schluß alles, aber über gar nichts mehr.“ Ich glaube, Sie werden die Pointe verstehen,

ADENYL-CHEMIE Stuttgart-Bad Cannstatt

# Azupanthenol®

Azulen und Pantothensäure

beherrscht

## Gastritis

Sub- und Hyperacidität,  
Ulcus ventriculi et duodeni

20 ccm / Klinikpackungen



die gefährliche Entwicklung, die darin übertrieben angedeutet ist.

Der letzte Polyhistor, so sagt man oder schreibt man, sei Leibniz gewesen, der das Wissen seiner Zeit wirklich noch in seinem Kopf vereint hätte. Man kann vielleicht auch sagen, Goethe war noch einer.

Auch Goethe könnte es wahrscheinlich nicht mehr. Goethe war, nebenbei bemerkt, Staatsmann. Wir müssen danach streben, Instanzen zu schaffen oder zu finden, die noch einen Überblick über die gesamte Wissenschaft behalten, die der Spezialist, mag er auch Nobelpreisträger sein, gar nicht mehr haben kann. Ich kann das auf Grund meiner begrenzten Redezeit leider nur andeuten.

Das sind Dinge, die dagegen sprechen, daß man die Verantwortung nur einseitig einem Gremium von Fachwissenschaftlern allein überträgt und daß man ihnen zuviel Verantwortung aufbürdet. Wir meinen auch, daß das Problem der Überfüllung der Hochschulen — um das wenigstens noch kurz zu streifen — nicht gelöst werden kann, indem man dem Druck etwa nach den Bedarfsplänen des Wissenschaftsrats uferlos folgt und eine Studentenlawine — der Ausdruck stammt nicht von mir — auf uns einfach zurollen läßt. Wenn wir es so lösen, daß wir wahllos möglichst viele Leute studieren lassen, vom Zahlenwahn geblendet, dann wird es dazu kommen — wie es Herr Kollege Lerch heute eindrucksvoll ausführte —, daß am Schluß Makkaroniverkäufer mit akademischer Vorbildung herumlaufen. Dann entsteht ein akademisches Proletariat, und jegliche Tätigkeit wird ein akademisches Studium voraussetzen. Das geht nun zu weit.

Ich sehe, meine Redezeit geht viel früher zu Ende, als ich dachte. Darum muß ich leider einen Großteil meiner Ausführungen kürzen. Ich möchte nur noch einen Satz sagen: Durch ein Nachgeben gegenüber dieser Tendenz, daß in Deutschland alles und jedes studiert, durch die Masse der Studierenden, durch die bloß quantitative Betrachtungsweise — um das noch abschließend und abkürzend zu sagen — wird man die Weltgeltung der deutschen Wissenschaft nicht wiedergewinnen, sondern nur durch die stärkere Bewertung der Qualität und die größere Achtung der geistigen Leistung, materiell und gesellschaftlich.

### Um die Verbesserung der Ausbildungsmöglichkeiten der Medizinstudenten in München

Herr Kollege Dr. Soenning (CSU) hat an den Bayerischen Kultusminister folgende schriftliche Anfrage gerichtet:

Bei den kürzlich stattgefundenen Beratungen des Staatshaushalts für das Ministerium für Unterricht und Kultus wurde bekannt, daß der 1. Bauabschnitt des neuen Klinikums frühestens in acht Jahren fertiggestellt sein wird und, daß das Not- und Sofortprogramm für die Sanierung der Universitätskliniken

im Stadtinneren aus technischen und finanziellen Gründen ebenfalls erst nach längerer Zeit durchgeführt werden kann. Es ist also in absehbarer Zeit nicht zu erwarten, daß sich in Anbetracht der Überfüllung die Ausbildungsmöglichkeiten für die Medizinstudenten in München bessern. Nach Feststellung des Wissenschaftsrates (Seite 420) standen im Wintersemester 1959/1960 für 1424 Studenten im Bereich der Medizinischen-, Chirurgischen- und Frauenklinik insgesamt 1580 Betten zur Verfügung, d. h., daß für die Ausbildung eines Studenten in München praktisch nur ein Bett in den Hauptkliniken zur Verfügung steht, während der Wissenschaftsrat mindestens drei Betten hierfür fordert. Um die Forderungen des Wissenschaftsrates zu erfüllen, müßte man in München für 2850 fehlende Betten neue Kliniken errichten.

Sowohl der Bau des neuen Klinikums wie die Sanierung des Altstadt-Klinikums können somit aus finanziellen und technischen Gründen in absehbarer Zeit die notwendigen Krankenbetten nicht schaffen.

Ich frage den Herrn Kultusminister:

1. was er zu tun gedenkt, die Ausbildungsmöglichkeiten der Medizinstudenten in München zu verbessern?
2. ob Herr Kultusminister bereit ist, zur Entlastung der Universitätskliniken in München
  - a) die Einrichtung einer Medizinischen Akademie in Augsburg in die Wege zu leiten?
  - b) die nötigen Schritte zu unternehmen, daß die dafür geeigneten kommunalen Krankenhäuser der Stadt München gleichberechtigt für die klinische Ausbildung der Medizinstudenten eingeschaltet werden?

### Die Antwort des Kultusminister hat folgenden Wortlaut:

Auf die Anfrage des Herrn Abgeordneten Dr. Soenning beehre ich mich folgendes zu antworten:

1. Das Staatsministerium steht in ständiger Fühlung mit dem Rektor der Universität München und der Medizinischen Fakultät, um die zur Verbesserung der Ausbildungsmöglichkeiten der Medizinstudenten erforderlichen Maßnahmen zu unterstützen. Es handelt sich in erster Linie um Angelegenheiten der akademischen Selbstverwaltung, in die das Ministerium nicht mit Weisungen eingreift. Soweit finanzielle Anforderungen entstehen, vertritt sie das Ministerium bei den Haushaltsverhandlungen. Die in den letzten Semestern von der Universität und der Fakultät beschlossenen Maßnahmen (wie doppeltes Lesen der gleichen Vorlesung, Hinausverlegung einer Parallelvorlesung in eine andere Klinik, verstärkte Heranziehung von Nichtordinarien zu Hauptvorlesungen, Beschränkung der Platzziffern zwecks Vertellung der Studierenden auf mehrere Semester, Vermehrung der Lehrstühle und des Mittel-

TROPFEN/IABL./AMP./SALBE  
**Cefavenin**<sup>®</sup>

VENOSE STAUNUNGEN  
THROMBOPHLEBITIS  
HÄMORRHOIDEN  
ULCUS CRURIS



CEFAK · KEMPTEN



baues usw.) haben sich als nützlich erwiesen und sind auch vom Ministerium befürwortet worden. Ich habe keinen Zweifel, daß die Selbstverwaltungsorgane auch weiterhin geeignete Beschlüsse fassen werden. Sie können dabei wie bisher auf die Unterstützung des Ministeriums rechnen.

2. a) Die Einrichtung einer Medizinischen Akademie in Augsburg ist in einer Denkschrift untersucht, die das Ministerium ausgearbeitet hat. Sobald der Minister rat die darin enthaltenen Vorschläge gebilligt hat, werden sie dem Landtag zugeleitet werden.

b) Eine Heranziehung kommunaler Krankenanstalten zur klinischen Ausbildung der Medizin studierenden bedürfte vor allem des Einvernehmens zwischen dem Träger der Anstalten, der Landeshauptstadt München, und den zuständigen Stellen der Universität München. Die bisherigen Fühlungen zwischen leitenden städtischen Ärzten und Angehörigen der Medizinischen Fakultät haben die Voraussetzungen für ein solches Einvernehmen nicht bewirkt. Vielmehr sind sogar verwaltungsgerichtliche Auseinandersetzungen zwischen den Beteiligten erfolgt. Wenn aufgrund künftiger Fühlungen zwischen der Landeshauptstadt München und Vertretern der Medizinischen Fakultät die Möglichkeit zu einer verstärkten Heranziehung städtischer Krankenanstalten gefunden werden sollte, wird das Kultusministerium diese Möglichkeiten sorgfältig prüfen, besonders soweit sich solche Vorschläge im Rahmen der Empfehlungen des Wissenschaftsrates über die Struktur der Kliniken und die Heranziehung von Krankenanstalten kommunaler und anderer Träger für Zwecke der medizinischen Ausbildung halten. Ich darf bemerken, daß derartige Maßnahmen angesichts unvermeidlicher verwaltungsmäßiger Schwierigkeiten, wie sie bei der Widmung einer Krankenanstalt für verschiedene Zwecke (kommunale Krankenversorgung einerseits — Lehre und Forschung andererseits) auftreten, einer besonders eingehenden Prüfung bedürfen, um Mißhelligkeiten — wie sie in früheren Jahrzehnten anlässlich der Betriebsführung der Ziemssen-Klinik am Sendlinger-Tor-Platz aufgetreten sind — von vornherein auszuschließen.

Aus der letzten Fragestunde des Landtags

### Zwang zur Offenbarung der Diagnose durch verfassungswidrige Ministerialentschließung?

Dr. Dehler (FDP): Herr Präsident, meine sehr verehrten Damen und Herren!

Am 9. Januar 1962 wurde vom Bayerischen Staatsministerium der Finanzen die Ministerialentschließung P 1121—35974 I mit der Überschrift „Angaben von Diagnosen auf Krankheitsbescheinigungen für Bedienstete des Bayerischen Staates“ herausgegeben, die für alle Staatsbediensteten auch die Angabe der Art der Erkrankung durch den behandelnden Arzt erzwingt.

Bei Betroffenen und Ärzten hat diese Ministerialentschließung beachtliches Aufsehen erregt.

Ich frage daher den Herrn Staatsminister der Finanzen, ob er bereit ist,

1. eine nochmalige Überprüfung des Inhalts dieser Ministerialentschließung auf Vereinbarkeit mit den Grundrechtskatalogen und den Bestimmungen des Bayerischen Beamtengesetzes vornehmen zu lassen;
2. diese Entschließung durch eine dem Schutz der intimen Persönlichkeitssphäre besser entsprechende Entschließung zu ersetzen.

Staatssekretär Dr. Lippert: Herr Präsident, meine sehr verehrten Damen, meine Herren! Die Entschließung des Bayerischen Staatsministeriums der Finanzen vom 9. Januar 1962 hat klargestellt, daß von den Beamten bei länger dauernder Erkrankung ein ärztliches Zeugnis vorzulegen ist,

(Abg. Dr. Dehler: Bei Erkrankung! Von „länger“ steht nichts drin!)

das auch über die Art der Erkrankung des Beamten Auskunft gibt. Für die Beamten des Bayerischen Staates ist diese Verpflichtung in § 11 Absatz 2 der Urlaubsvorordnung ausdrücklich festgelegt.

Die Entschließung erzwingt nun nicht — wie Sie, Herr Kollege Dr. Dehler, meinen — die Angabe der Art der Erkrankung vom behandelnden Arzt; sie verpflichtet vielmehr den Beamten, den Arzt von der Schweigepflicht insoweit zu befreien, als dies unbedingt erforderlich ist. Durch die Ausstellung eines solchen Zeugnisses verstößt der behandelnde Arzt nicht gegen seine ärztliche Schweigepflicht, da das Zeugnis mit Einwilligung des Patienten ausgestellt wird.

Das Verlangen des Dienstherrn nach Angabe der Art — nicht der Ursache der Erkrankung — ist gerechtfertigt und erscheint auch zumutbar. Die dienstlichen Interessen sind hierbei gegenüber den persönlichen Belangen des Bediensteten abzuwägen, wobei die dienstlichen Interessen an der Aufklärung der Erkrankung überwiegen dürften, da der Dienstherr aus mehreren Gründen die Ursache des Fernbleibens vom Dienst kennen muß. Die Kenntnis der Art der Erkrankung ist vor allem im Hinblick auf die Fürsorgepflicht des Dienstherrn von Bedeutung. Unter Umständen hängen hiervon auch Folgerungen hinsichtlich der weiteren dienstlichen Verwendung des Bediensteten ab. Auch gegenüber anderen Behördenangehörigen, gegebenenfalls auch dritten Personen, kann die Notwendigkeit besonderer Maßnahmen zu deren Schutz — ich denke z. B. an ansteckende Krankheiten — bestehen.

Der Schutz der Persönlichkeitssphäre ist schon dadurch gewährleistet, daß von den Vorgängen über die Erkrankung nur ein äußerst beschränkter Personenkreis überhaupt Kenntnis erhält. Personalvorgänge sind ihrer Natur nach Geheimakten und nur den mit dem Personalwesen befaßten Beamten, die zu besonderer Verschwiegenheit verpflichtet sind, zugänglich.

**RECORSAN®**

**RECORSAN-LIQUID. c. Rutin**  
zur Crotaegus - Kombinationstherapie des Altersherzens

30 ccm lt. A.T. DM 2,10 o. U.

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



Da die Antwort der Staatsregierung zur Frage nach der Diagnosenenerpression nicht befriedigte, haben die Kollegen Dr. Dehler (FDP) und Dr. Reichstein (FDP) folgenden Antrag gestellt:

Der Landtag wolle beschließen:

Die Staatsregierung wird ersucht, die Entschließung des Bayer. Staatsministeriums der Finanzen Nr. P 1121 — 35974 mit der Überschrift „Angaben von Diagnosen auf Krankheitsbescheinigungen für Bedienstete des bayerischen Staates“ zurückzuziehen und durch eine andere zu ersetzen, in der zum Schutze der intimen Persönlichkeitssphäre der Bediensteten des Freistaates Bayern auf die Angaben der Art der Erkrankung auf den Zeugnissen der behandelnden Ärzte verzichtet wird.

### Bayerisches Staatsministerium des Innern zur Radioaktivität von Luft und Wasser

Die Mitteilung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern über Vorkehrungen für die Trinkwasserversorgung nach gefährlich radioaktivem Regen haben — vor allem außerhalb Bayerns — zu falschen, zum Teil geradezu grotesken, Vorstellungen geführt. So wurde z. B. ernsthaft die Frage aufgeworfen, ob man es unter solchen Umständen wagen könne, nach Bayern in den Urlaub zu fahren.

Das Bayerische Staatsministerium des Innern stellt daher fest:

Wenn Regen fallen sollte, der in gefährlichem Maß radioaktiv ist, dann hört ein solcher Regen nicht an den Grenzen Bayerns auf.

Bayern hat aber als erstes Land der Bundesrepublik ein sehr dichtes Netz von Stellen zur ständigen Überwachung der Radioaktivität des Wassers und der Luft und anderer Stoffe errichtet. So werden täglich an 17 Stellen Messungen vorgenommen, deren Ergebnis mit Fernschreiben dem Staatsministerium des Innern gemeldet und dort sofort ausgewertet werden. Mehrmals jede Woche werden an 44 Orten etwa 120 Proben entnommen und ebenfalls sofort im Staatsministerium des Innern ausgewertet!

Die Gefahr, daß nach radioaktivem Regen Wasser für den menschlichen Genuß nicht mehr brauchbar ist, besteht nur dort, wo das Regenwasser in Behältern aufgefangen und zum Trinken verwendet wird und wo Oberflächenwasser (aus Bächen u. ä.) ungefiltert als Trinkwasser benutzt wird. Diese Art der Trinkwasserversorgung gibt es jedoch nur ganz vereinzelt und in abgelegenen Orten. Über 99 v. H. der Bevölkerung werden jedoch aus Anlagen mit Trinkwasser versorgt, das selbst von stark radioaktivem Regen in keiner Weise beeinträchtigt werden kann.

Man kann also getrost nach Bayern in den Urlaub fahren und darf sicher sein, daß gerade hier den Gefahren der Radioaktivität besonders sorgfältige Aufmerksamkeit gewidmet wird.

### Feuilleton

## Johann Andreas Eisenbarth

Eine Rehabilitationschrift für seinen Landsmann und Kollegen. Von Heinz Schauwecker,  
Doktor der Medizin und Literaten zu Berching in der Oberpfalz.

Ich bin der Doktor Eisenbarth,  
Zwiwilliwick, bumm, bumm!  
Kurler die Leut nach meiner Art,  
Zwiwilliwick, bumm bumm!  
Kann machen, daß die Blinden gehn,  
Zwiwilliwick, juchheirassa,  
Und daß die Lahmen wieder sehn,  
Zwiwilliwick, bumm, bumm!  
Lautoria, lautoria  
Zwiwilliwick, juchheirassa,  
Lautoria, lautoria,  
Zwiwilliwick, bumm, bumm!

Vor fünfzig Jahren habe ich an manchem feuchtföhlichen Abend das lustige, lärmende Lied mitgesungen, das erstmals in der von S. M. Bauer herausgebrachten „Auswahl der schönsten Lieder und Gesänge für fröhliche Gesellschaften“ 1815 in Nürnberg und dann 1818 im Göttinger „Neuen Kommersbuch“

im Druck erschien. Ich hatte keine Ahnung, daß der Doktor Eisenbarth ein Landsmann aus der Oberpfalz war, und kein Mensch dachte sich irgend etwas Böses dabei! Wir, seine medizinischen Kollegen hielten wacker mit beim Cantus und fühlten uns weder betroffen, noch gar gekränkt. Dabei war das Spottlied bei seiner Entstehung zu Anfang des 18. Jahrhunderts gar nicht so harmlos gedacht, sondern ein recht gallengiftiges Schandlied, mit dem eine arge Konkurrenz den guten Namen meines kuriergewaltigen Landsmannes und Berufskollegen herabsetzte und seinen Ruf zu schmälern suchte. Mit der Zeit hat sich die Zahl der ursprünglichen neun Strophen beträchtlich vermehrt. Als Eisenbarth samt der jahrmartsschreierischen Art seiner Lebenszeit längst dahingesunken und begraben war, verlor sich das Böartige mehr und mehr; nur der lustig-gaudiöse Ulk blieb, der den Studenten zum Spaß diente, der aber auch den Namen Eisenbarth

**-Heel**

Bei Schwindel jeder Genese,  
Menière, Reisekrankheiten -

**Vertigoheel®**

**-Hool**

Otitis media. Dentition.  
Unruhezustände

**Viburcol®**

„KINDERZÄPFCHEN“

Suppositorien



über die hohen Schulen aller Lande in die weite Welt trug und überall bekannt machte wie kaum einen anderen Arztnamen seiner Zeit, wengleich es ihn zum Schalksnarren und Quacksalber herabwürdigte. Das Lied vom Doktor Eisenbarth gehört zu den Studentenliedern, die über den begrenzten Kreis der Civitas academica hinaus volkstümlicher Allgemeinbesitz wurden.

Wie bereits angedeutet, ist der Doktor Eisenbarth keine lustige Erfindung des Studentenhumors, sondern er hat wirklich und leibhaftig gelebt und gewirkt. Eine Zeitlang herrschte Unklarheit über seinen Geburtsort, wie bei manch anderem berühmten Mann. So hat ihn außer seinem späteren Wohnsitz Magdeburg unter Berufung auf den Kulturgeschichtler Jakob Burckhardt und die Bezeichnung seines Heimatorts als „Viechtach unweit Regensburg“, Viechtach in Niederbayern, das „untere“ Viechtach, als seinen großen Sohn in Anspruch genommen. Der seinerzeitige Viechtacher Bürgermeister Karl Gareis hat sich sehr für das Gedenken des angeblichen Stadtsohnes eingesetzt und ihn in den Jahren 1935-38 durch erfolgreich veranstaltete Eisenbarth-Festspiele verherrlicht.

Aber nach einer bereits in der Gütersloher Zeitung vom 12. November 1927 von Dr. G. B. Laubunger veröffentlichten Urkunde wurde Oberviechtach in der Oberpfalz als wahrer Geburtsort des vielgenannten Heilkünstlers gefunden. Samt dem Konterfei, das den berühmten Kollegen mit seiner zierlich gelockten Alonge-Perücke gar stattlich vorstellt, hat die Verlagsdruckerei von Ignaz Forster in Oberviechtach die Urkunde als Postkarte gedruckt. Es wird darin sub dato vom 11. August 1678 durch Pfarrer Johann Jakob Vollherr beglaubigt,

Daß Hannß Andreas Eisenbarth von ehrl. Christl. Catholischen Eltern, dem Ehrenfesten und Kunstreichen Herrn Mathias Eisenbarthen, Bürgern, Oculist, Stein- und Bruchschneidern allhier zu Obern Vietach, dann auch seiner ehel. Haußfrauen Maria Magdalena Geböhren und von dem wohllehenwert. und wohlgelehrten Herrn Johann Spenger, damaligen Pfarrer ... Anno 1663 im Monat Martii den 27. nach Christl. Cathol. Brauch in allhiesiger Pfarrkirchen ... getauft worden, wird Crafft dieß von eichen unterschriebener Handschrift und aufgedruckten gewöhnlichen Petschaft hiermit attestiert und bezeugt.

Geben. Oberrn Vietach den 11. August 1678.  
L. S. Johann Jakob Vollherr Pfarrer.

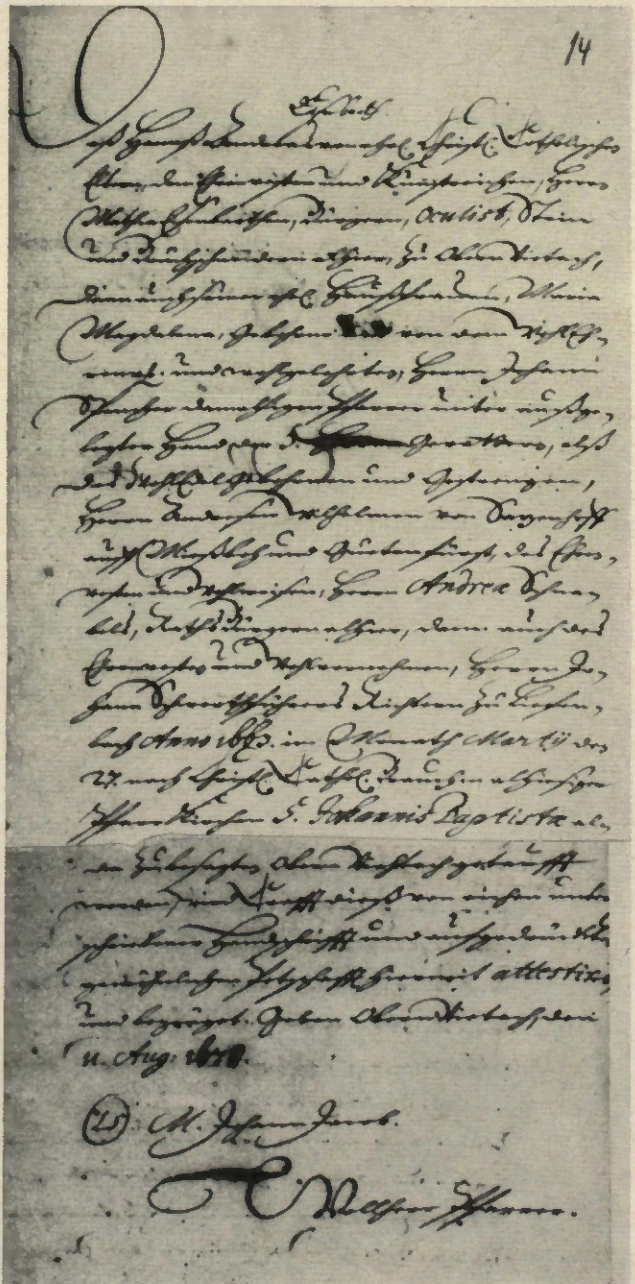
Nachforschungen im bischöflichen Ordinariatsarchiv zu Regensburg haben Namen, Amtssitz und entsprechende Amtszeit des taufenden Pfarrers urkundlich erwiesen und ebenso den Pfarrer Vollherr, welcher das angeführte Taufzeugnis ausgestellt hat, zu Oberviechtach zur in der Urkunde genannten Zeit, bestätigt. Das war notwendig, weil die einheimischen Kirchbücher samt der damaligen Pfarrkirche bei den großen Bränden, die 1771, 1773, 1786 und 1798 Oberviechtach verbeerten, vernichtet wurden. Nach der Feststellung über die Identität des Taufpriesters und des urkundenden Pfarrers ist die Herkunft Eisenbarths aus Oberviechtach somit zweifelsfrei erwiesen. Im Gegensatz dazu konnte in den noch vorhandenen Kirchbüchern zu Viechtach in Niederbayern nicht der geringste Hinweis auf ihn oder seine Familie gefunden werden.

Das Geburtshaus, wohl in der Gegend der heutigen Mädchenschule gelegen, steht nicht mehr. Die Differenz von zwei Jahren zwischen dem Geburtsjahr 1663 der angeführten Urkunde und der Angabe 1661 auf

dem Grabstein Eisenbarths zu Hannövrisch-Münden wird kaum zu klären sein, sonst hätten dies unsere einheimischen Geschichtsforscher oder der Mündener Eisenbarth-Experte Dr. Hartmann sicher längst besorgt. Es handelt sich wohl um einen Irrtum, der bei der Grabsteinfertigung unterlief.

Den Vater Matthias mußte Johann Andreas Eisenbarth schon früh verlieren. Wie er selbst in seinem Gesuch an Herzog Friedrich von Sachsen-Gotha-Altenburg um ein Privileg zur Ausübung seines Berufes in dessen Landen berichtet, wurde er nach seines Vaters Tod aus der Schule genommen und als Zehnjähriger zum Ehemann seiner Schwester, dem Okulisten, Stein- und Bruchschneider Alexander Biiler nach Bamberg in die Lehre gegeben; bei ihm hat er 1684 seine Gehilfenprüfung abgelegt.

Johann Andreas Eisenbarth — er selbst zeichnete nach damaliger Schreibweise „Eysenbarth“ — genoß also keine akademische medizinische Berufsausbildung, sondern gehörte dem handwerklichen Stand der Wund-







**STAMYCON**®

AUSSERLICH

**EPIDERMOPHYTIEN**

**TRICHOPHYTIEN**

**CANDIDAMYKOSEN**

Packung: 15 ccm · DM 1,80 a. U.

*Stada*

STANDARDPRAPARATE  
DEUTSCHER APOTHEKEN

**Das neue, rein pflanzliche**

# **UZAROGALL**

**bei Leber- und Gallenerkrankungen**

galletreibend – krampflosend – schmerzstillend

entzündungshemmend

*auch bei langfristiger Anwendung zuverlässig*

15 ccm DM 2.45

50 ccm DM 6.10

**UZARA-WERK, MELSUNGEN**



ärzte an, in deren Händen zu damaligen Zeiten die Ausübung der chirurgischen Tätigkeit lag. Unter ihnen ordneten sich die Bader und Bartscherer ein, zu deren Handwerk neben Wundversorgung, Aderlassen, Schröpfen, Klystieren auch das Zahnbrechen gehörte. Die aus den Universitäten hervorgegangenen Doktoren und Professoren der Medizin hielten die Tätigkeit der Chirurgen und Operateure unter ihrer Standeswürde und betätigten sich als Internisten und Amtsärzte. Letzteren oblag allerdings auch die Überwachung und Prüfung der Wundärzte. Im Gegensatz zum klassischen Altertum, das bereits einen hohen Stand chirurgischer Operationskunst kannte — wenn sie auch nur von wenigen ausgeübt wurde —, war deren Kenntnis im Mittelalter sehr in Vergessenheit geraten. Neben den Feldschern bel den Truppen lag die chirurgische Tätigkeit in den Händen der Stein- und Bruchschneider und der Okkultisten, die ihr Handwerk meist von ihrem Wohnsitz aus als Wanderärzte im Umherziehen ausübten und ihre Bühne auf Jahr- und Wochenmärkten aufschlugen. Es gab bei aller zeitüblichen Marktschreierei unter ihnen wagemutige, tüchtige und erfahrene Leute, die mit ihrem handwerklich erlernten Geschick im Operieren ihren studierten und gelehrten Kollegen mancherorts überlegen waren.

Unser Eisenbarth richtete nach einem kurzen Zwischenaufenthalt im Kloster und anschließendem Übertritt zur evangelischen Konfession 1686 das angeführte Gesuch an den Herzog Friedrich von Sachsen-Altenburg. Nach günstigem Ergebnis einer Prüfung wurde ihm die Erlaubnis erteilt, in Städten und Flecken von dessen Landen mit Bewilligung der jeweiligen zuständigen Behörden auf Jahr- und Wochenmärkten seine Kunst auszuüben und Wundsalbe, Mithridat (eines der ältesten Heilmittel, das aus 54 Arzneisubstanzen nach Vorschrift des Leibarztes Damokrates, des römischen Kaisers Nero, als allgemein wirkendes Gegengift bereitet wurde) und Augenstein feilzuhalten, wovon es weißen (Zinksulfat) wie grünen (Kupferalaun) zu kaufen gab.

Dabei war ihm verboten, darüber hinaus andere, den Apothekern vorbehaltenen Arzneien auszugeben oder die Rechte der eingesessenen Bader zu verletzen.

Nach eigenem Bericht hat Eisenbarth in einem altenburgischen Wirkungskreis 200 Personen von „Starblindheit, Brüchen, Krebs und Hasenscharten“ befreit. 1688 gelingt es ihm, ein Privileg von Herzog Wilhelm Ernst von Sachsen-Weimar für dessen Herzogtum und für Sachsen-Jena zu erhalten, das er drucken und bei seinem jeweiligen Auftreten in den einzelnen Orten anschlagen läßt; darunter sind Weimar, Neumark, Buttstädt, Rastenburg, Ilmenau, genannt.

Schon 1689 erteilt Fürsterzbischof Anselm Franz von Mainz dem Chirurgen und Operateur ein weiteres Privileg für Erfurt und die mainzischen Besitzungen in

Thüringen unter der Bedingung, daß er in Erfurt das Bürgerrecht erwerbe. Im Erfurter Ratsprotokoll steht denn auch: „Dr. Eisenbarth, ein Bruchschneider, ist am 20. Februar 1689 Bürger geworden.“ Er selbst hat sich den Dokortitel, den er nicht erworben hat, nicht angemäßt, aber wohl gefailen lassen. In einem vom Rat zu Rochlitz ausgestellten Zeugnis über seine Heilerfolge wird der Achtundzwanzigjährige betitelt als „Der Edle und Kunstreiche Herr Johann Andreas Eysenparth, auß Regenspurgk gebürtig, Churfürstl. Mainzischer wie auch Hochfürstl. Sachsen-Gothischer und Altenburgischer ingleichen Weimarischer und Jenischer Hochprivilegischer Oculist und Wundarzt, Stadt-Arzt in Erfurt.“

Das Marktschreierische Auftreten jener damaligen von Markt zu Markt ziehenden Wanderärzte erscheint uns heute beinahe so unverständlich und abstoßend, daß wir versucht sind, darüber ihre ärztliche Leistung zu verkennen und unterschätzen. Steht es doch im Gegensatz zur Standesauffassung, die das Ausüben des Arztberufes „Im Umherziehen“ verbietet. Wir müssen uns in die Zeit des 16. bis 18. Jahrhunderts zurückversetzen. Es gab damals eine Parallele zu den Marktärzten, die Wanderschauspieler, jene berühmten englischen Komödianten, die mit ihrer Truppe gleichfalls von Ort zu Ort zogen und neben schwülstigen Schauerstücken auch Shakespeares unsterbliche Werke zur Auf-führung brachten. Jeder Schauspieler unserer Zeit würde es unter seiner Würde finden, in ihrer Weise aufzutreten, und doch waren ernsthafte und große Künstler unter ihnen, deren Namen unvergessen sind in der Geschichte der Kunst.

Der Zirkus unserer Tage mag noch einen Schimmer jenes abenteuerlichen Glanzes bewahren und weist eine letzte Ähnlichkeit auf, auch in der Verschiedenheit seiner Leistung und seines Ansehens, das zwischen der Weltberühmtheit bekannter Namen wie etwa Sarrasani, Schumann, Buffalo Bill, Grock und dem künstlerischen Zigeunerdasein unbekannter Artisten kleiner schmierhafter Wanderzirkusse eine weite Spanne aufweist.

Wie heute der Zirkus, mußte seinerzeit der Wanderarzt vor seinem Auftreten die Genehmigung einer hohen Ortsbehörde einholen, ehe er seine Schaubühne aufschlagen durfte, auf der er seine Kunst zeigen konnte. Ehe er seinen lärmenden Einzug hielt, wurden Plakate angeschlagen, die in hochtrabenden Worten seinen Ruhm verkündeten und das Volk anlockten. Eine mehr oder weniger große Truppe von Akteuren begleitete ihn, je nach seinem Ansehen, und gab ihm den Aufsehen erregenden Rahmen. Da gab es Musikanten und Possenreißer, die mit ihren Darbietungen auf dem Theatrum des Arztes die Menge in Atem hielten und durch ihr lärmendes, komisches oder faszinierendes Wesen die zitternde Angst der schreckhaften

# Strophoperm

Das linguale Strophanthin

# Vegegestigman

Das percutane Herz- und Gefäßregulans



Kranken abienkten und ihnen Mut machten, den gefürchteten Arzt in Anspruch zu nehmen und auf die Bühne heraufzukommen, um sich vor aller Augen behandeln zu lassen, sicher, daß ihnen angesichts der zuschauenden Menge kein Unheil widerfahren könne. Johann Andreas Eisenbarth hatte bis 120 Begleitpersonen und führte einen Wagentroß mit sich, der sich hinter dem mancher Zirkusschau nicht hätte verstecken brauchen. Hanswurst und Pickelhäring — der gepökelte Hering, die komische Figur der englischen Komödiantentruppen —, Schwertschlucker, Trommler, Pfeifer und Flötenbläser, Heiducken und andere Helfer fehlten nicht, wenn der Meister all dieser Herrlichkeit selbst auftrat im scharlachroten Prunkrock mit gewaltiger Lockenperücke und sich an das geehrte Publikum wandte: „Ich bin der berühmte Eisenbarth!“ Daneben hatte er aber auch einen tüchtigen Assistenten, der ihm die mindere Arbeit abnahm, einen geschickten Chirurgen, der „in Zahncuren vor alle schadhafte Zähne, Skorbut, Bluten des Zahnfleisches, üblen Geruch des Mundes, imgleichen vor Brand und Fäulung derselben curieuse und approbirte Mittel, auch köstliches Englisches Zahnpulver hat. Insonderheit weiß er alle faule und abgebrochene Zähne geschwind und mit wenig Schmerzen herauszunehmen, wie auch mit Säuberung, Befestigung und dauerhafter Einsetzung der Zähne einen jeden um billigen Preis nach Standesgebühr zu dienen sich ein Pläsier machet.“

Nur die reklamemachenden Heiimaßnahmen wurden, verbunden mit Narrenposen und derben Scherzen, auf der Bühne vorgenommen. Die schwierigeren erfolgten im Marodenwagen, in gemieteten Räumen oder auch in der Wohnung der Kranken. Denn der Doktor Eisenbarth machte auch Patientenbesuche. Im Rochlitzer Amtszeugnis ließ er sich nach Berichten über die wohlgelungenen Kuren bei zwölf Patienten eigens bestätigen: „welche allerseits er nicht nur glücklich geheylet, sondern auch sehr fleißig, so wohl tages als nachts besucht und abgewartet undt sehr behutsamb mit ihnen umgegangen, dergleichen Fleiß und Dextertät noch keiner allhier erwiesen.“

Eisenbarths Ruhm nahm von Jahr zu Jahr zu. Er erhielt von Johann Georg IV. ein Privileg für das Kurfürstentum Sachsen und später von August dem Starken auch für das Königreich Polen, trat in Dresden, Leipzig, Würzburg, Wetzlar, Bamberg in Erscheinung und erwarb für 3100 Taler schließlich zu Magdeburg in der einstigen Brandstraße das stattliche Haus „Zum güldenen Apfel“, auf dem eine Braugerechtigkeit ruhte. Von seinen drei Söhnen studierte der älteste, Johann Michael, Medizin und erlangte die akademischen Grade. Der jüngste lernte bei seinem Vater, diente ihm als Assistent, vertrat ihn während dessen Krankheit und bewarb sich nach des Vaters Tod in Münden um dessen Praxis. Vom Ansehen Eisenbarths zeugt auch die



Heirat seiner Tochter mit dem angesehenen Advokaten Johann Friedrich Müller in Magdeburg, der sechsfache Hausbesitzer dortselbst wurde. Als Bürger von Magdeburg war Johann Andreas Eisenbarth Untertan des Kurfürsten von Brandenburg und nachmaligen Königs Friedrich I. von Preußen. Von diesem erhielt er das Privileg, nach dem er sich zu dem vorher erworbenen Titel als Kgl. Großbritannischer und Churfürstlich Braunschweig-Lüneburgischer privilegierter Landarzt nunmehr auch in Brandenburg-Preußen als dero Kgl. Majestät wirklichen Landarzt bezeichnete.

Von Magdeburg aus unternahm der heilkundige Mann weiterhin seine Fahrten, die ihn nach Hannöversisch-Münden führten, wo er zuletzt auf der „Langen Straße“ im Haus des Gastwirts und Bäckermeisters Jobst Barthoid Schepeler praktizierte und schließlich am 11. November 1727 starb. Sein schöner Grabstein — wie aus der Kirchenrechnung für „weyland Johann Andreas Eisenbarth Medicinæ Consiliarii und Operateurs mitten im Chor consentirte Ruhestätte“ zu ersehen — befand sich einst im Innern der Kirche; aber seit 1825 ist er neben der Nordpforte von St. Aegidii aufgestellt. Für sein Begräbnis wurden 30 Taler erlegt, die höchste Gebühr, die in jenen Jahren verzeichnet ist.

Fragen wir uns zum Ende, was für ein Mann hinter dem bunt und mit allerhand lustig derbem Firlefanz gemalten Bild des Doktor Eisenbarth steht, so kann mancherlei gesagt werden zu seiner wahren Geitung und seiner Ehre. Wir sollten uns im Zeitalter der Illustrierten, der Rundfunk- und Kinoreklame nicht gar zu hochmütig gebaren und haben nicht allzuviel Aniaß, herabzusehen auf einen Mann, der eben die

### Wärmepackung - Wärmeumschlag

bei: Gelenkentzündung  
Nerventzündung  
Rippenfellentzündung  
Hals- und Brustschmerzen  
Rheumatismus

# Antiphlogistine\*

\* eingetr. Wz.

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

LYSSIA-WERKE



WIESBAOEN



Mittel und Weise seiner Zeit benützte, um sich in seinem Beruf vorwärts zu bringen.

Daß er durch Praxis und Wissen „berufen“ war, scheint mir durch manchen Test erwiesen. Er kannte sein Publikum jedenfalls sehr genau und wußte es zu nehmen; in einer Zeit, die nichts von Lokalanästhesie und Narkose heutiger Art wußte, verstand er es durch Ablenkung und List, dem Patienten schmerzhaft Eingriffe zu erleichtern und wußte diese mit Gewandtheit und Geschick zu vollziehen. Bei der Prüfung durch den Leibarzt des Kurfürsten Johann Georg IV. von Sachsen, Dr. Erndel, und den Arzt Dr. Schurig vor dem Medizinalkollegium, erwies er sich als „kenntnisreich“ und wurde besonders belobt wegen einer von ihm selbst erfundenen Nadel für Staroperationen; auch ein hakenartiges Instrument zur Entfernung von Nasenpolypen wird seiner Erfindung zugeschrieben.

Wir kennen über die große Zahl der von ihm ausgeführten Bruch- und Staroperationen, Entfernung von Blasensteinen und Geschwülsten, keine Einzelheiten außer von einigen Fällen, welche wegen Mißglückens die Behörde beschäftigt haben. Es ist das gleiche Geschehen, wie wir es selbst immer wieder erleben: Wenn alles gut ausgeht, ist es selbstverständlich; geht es aber einmal schief, so wird ein großes Geschrei darüber gemacht! Der Arzt muß sein Lebtage lang den Mut haben, Wagnisse einzugehen, die seelische Kraft aufbringen, die Angst der Kranken auf sich zu nehmen und zu überwinden. Ohne die Bereitschaft dazu, hat er seinen Beruf verfehlt. Auf der anderen Seite aber sind Publikum und Juristen stets bereit, über ihn herzufallen und ihn zu verurteilen, wenn eine mit bestem Willen und Können ausgeführte Maßnahme keinen Erfolg hat oder wider Erwarten zum Unguten ausschlägt. Es gibt zwischen Arzt und Patienten zu viel, was man nicht nach Paragraphen fassen und aburteilen kann, ohne eben den Beruf des Arztes empfindlich zu stören und zu beeinträchtigen. Auch Johann Andreas Eisenbarth mußte das schon historische Mißverstehen zwischen Heilkunst und Jurisprudenz am eigenen Leib erfahren, ebenso wie Eigennutz und Undank von Patienten, die gern eigenes Versagen dem Arzt in die Schuhe schieben und ihn noch dazu um den verdienten Lohn für seine Mühe zu prellen versuchen. Ebenso aber hat er, der nach rechter Artweise viele Arme kostenlos behandelt hat, begeisterten Dank und die Liebe glücklich Geheilter empfangen.

Wir haben jedoch einen authentischen Zeugen für die chirurgische Kunst Eisenbarths. Dr. Lorenz Heister, der erste Inhaber eines Lehrstuhls für Chirurgie in Deutschland, Professor an den Universitäten Altdorf und Helmstedt, „der Arznei und Wunderarznei öffentlichen Lehrer, Herzoglich Braunschweigisch-Lüneburgischen ältestem Leibmedico und Hofrat und der Kaiserlich-königlich Englischen und Preußischen Gesellschaft der Wissenschaften Mitglied“, Verfasser der 1753 in Rostock erschienenen „Medizinischen Chirurgischen



und anatomischen Wahrnehmungen“, hat 1701 „dem als Bruchschneider und Augenarzt damals sehr berühmten Eisenbarth zugesehen, wenn dieser auf der Oster- und Herbstmesse in Frankfurt am Main Curen unternahm und verrichtete“. Er schildert in seinem medizinischen Tagebuch einige dieser Operationen, so die Entfernung einer „kleinkindskopf großen Geschwulst am linken Backen einer dreißigjährigen Bauernfrau, die niemand sonst vertreiben oder abnehmen wollte“. Die scheußlich anzusehende Geschwulst erstreckte sich unter der Haut vom Kinn bis ans Ohr und war beweglich. Heister bestätigt das Gelingen der Operation, die glückliche Heilung, wenn auch „nicht ohne große Narbe“. Prof. Heister, der im allgemeinen schlecht zu sprechen ist auf die „Ungelehrten“ und „Fahrenden“ unter den Ärzten, bekundet und beschreibt mehrere teils geglückte, teils erfolglose Staroperationen Eisenbarths, dessen Operationen er unter den Musterbeispielen seines Berufes aufführt. Für Eisenbarths Ansehen und Ernsthaftigkeit zeugt auch, daß ihn König Friedrich Wilhelm I. von Preußen, der 1716 ein Verbot gegen alle Marktschreier erlassen hatte, die „Zuschauer durch ihren Betrug und Gaukelspiel um ihr Geld“ brachten, das sie in den „mangelhaften“ Zeiten selbst dringlich benötigten, sowie gegen die sogenannten „Quacksalber“, und der verlangte, daß die zugelassenen Marktärzte ihre Arzneien ohne „Narrenteidungen“ verkaufen sollten, daß eben dieser nüchtern und streng

# Jodex

bei Sportverletzungen  
Prellungen  
Zerrungen  
Blutergüssen

DM 1,25

PROTINA GMBH., MÜNCHEN 54





hormonelle Substitution



vegetative Dämpfung

# OVOVEGAN®

eine kansequente Weiterentwicklung der bewährten Präparate

SEDOVEGAN® und OVO-VINCES® mit 4  $\gamma$  Oestrial

**Zur Normalisierung** des gestärten zentralnervös-  
endokrinen und vegetativen  
Zusammenspiels.

**Bei Dysfunktionen** im Klimakterium  
und in der Pubertät.

Dermatosen bei ovarieller Insuffizienz.

**Zusammensetzung:**

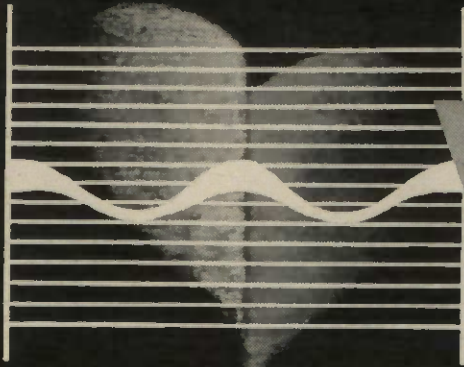
Wirkstoffe von 0,5 g Frischavar, 4  $\gamma$  Oestrial,  
25 mg Phenobarbital, 50 mg Chinaalkaloide pro Dragée

**Handelsformen:**

30 Dragées DM 3,20  
90 Dragées DM 7,50

**DR. AUGUST WOLFF · CHEM.-PHARM. FABRIK  
BIELEFELD**





# Cor-Eusedon®

cardiotropes Neurosedativum

KREWEL-WERKE · EITORF b. KÖLN



## Die Sulfonamid-Harnstoff Kombinationstherapie mit **Jacosulfon**



Jacosulfon  
pulvis



Jacosulfon  
unguentum

**Jacopharm**  
Homburg-Schenefeld

### Indikationen

- |                                       |                                  |
|---------------------------------------|----------------------------------|
| Alle eitrigen Wunden und Verletzungen | Mundausschlag                    |
| Alle Pyodermien                       | Ulcus cruris                     |
| Impetigo contagiosa                   | Strophulus infantum              |
| Ekzeme                                | Phlegmonen                       |
| Furunkel                              | Exantheme                        |
| Karunkel                              | Abszesse                         |
| Infektionsprophylaxe bei Verletzungen | Balanitis erosiva                |
| Brandwunden                           | Herpes                           |
| Fissuren und Rhagoden                 | Folliculitiden                   |
| Röntgenstrahlenschäden                | Akne vulgaris,                   |
| Pemphigus                             | Akne necrotica                   |
| Intertrigo                            | Seborrhoisches Ekzem             |
| Wundsein der Säuglinge                | Neurodermitis                    |
| Schweißdrüsenabszesse                 | Sykosis non parasitoria          |
| Mastoiditis                           | Congelationen                    |
| Mamillenhagaden                       | Scheiden-Dammsrisse              |
| Operationswunden                      | Portioerosionen                  |
|                                       | Unspez. Fluor (Vaginaltamponade) |

### Pilzkrankungen der Haut

(Unguentum u. Pulvis im Wechsel)



### Jacosulfon

Unspez. Fluor *vaginale* diff. Kolpitis  
Portioerosionen Vaginitis

sowie alle anderen entzündlichen und infektiösen  
Erkrankungen der Vaginalschleimhaut



KREWEL-WERKE  
Eitorf b. Köln

# MEDIMENT

Mildes Hautreizliniment



denkende König in einem eigenen Befehlsschreiben die Magdeburger Regierung anwies, den dortigen Oculisten Eisenbarth nach Stargard zu senden, um dem am Auge verwundeten Oberstleutnant von Grabnitz zu helfen. Eisenbarth selbst scheint die Abkehr von den Marktschreiermethoden begrüßt zu haben. In einem Werbeblatt wendet er sich gegen die „Landstreicher“, die in ihren gedruckten Augenzetteln fast alle Krankheiten curieren können. Er praktiziert im letzten Jahrzehnt seines Wirkens nicht mehr auf der Schaubühne, sondern nur noch in seinem jeweiligen Quartier oder den Häusern der Patienten, wie in seinem Haus zu Magdeburg, dem „Güldenen Apfel“, im „Oldehoffs Haus“ in Stargard, auf dem „Raths Weinkeller“ am Kohlmarkt in Stettin, in der „Witwe Neumeister Haus“ in der Heilig-Geist-Straße zu Berlin, im „Wilden Mann“ beim Gastwirt und Bäckermeister Schepeler zu Hannoversch-Münden, wo ihn schließlich sein grimmer Feind, der Tod, ereilte.

Hannoversch-Münden hat sein Andenken schon seit 1949 durch ein alljährliches Spiel mit Umzug, durch

ein an seinem 200. Todestag, 1927, enthülltes Standbild am Sterbehaus und Erwähnung in seinen Prospekten geehrt.

Es ist zu begrüßen, daß Oberviechtach schon im August 1961 seinen vielbesungenen Sohn ehrte durch die Enthüllung eines Gedenksteines und eine Straßbenennung. Für 1963 ist eine Dreihundert-Jahrfeier seines Geburtstages in großem Stil geplant.

Wir wissen heute, daß der „Doktor Eisenbarth“ anders war, als sein späterer Ruf und daß wir von der Ärztezunft uns des berühmten, zu Unrecht berüchtigten Mannes nicht zu schämen brauchen. Dem Spottlied sei zu seinem Gedenken ein endgültiger Schlußvers angeschlossen, den ich ihm widmen möchte mit dem Wunsch, zu seiner Rehabilitation beizutragen:

Es war der Doktor Eisenbarth,  
ein wackrer Mann von seltner Art,  
hat manchemann den Star gestochen,  
viel Weh geheilt und Schmerz gebrochen!  
Lautoria, lautoria . . .

## AMTLICHES

**Gesetz**  
**zur Ausführung des Jugendarbeitsschutzgesetzes**  
— AGJArbSchG —  
**Vom 23. März 1962**

Der Landtag des Freistaates Bayern hat das folgende Gesetz beschlossen, das nach Anhörung des Senats hiermit bekanntgemacht wird:

**Art. 1**

(1) Zuständige Behörden im Sinne des § 39 Abs. 2 des Gesetzes zum Schutze der arbeitenden Jugend (Jugendarbeitsschutzgesetz) vom 9. August 1960 (BGBl. I S. 665) sind die Gewerbeaufsichtsämter; soweit Betriebe einer bergbehördlichen Aufsicht nach dem Berggesetz vom 13. August 1910 (BayBS IV S. 136) oder der Verordnung über die Aufsuchung und Gewinnung mineralischer Bodenschätze vom 31. Dezember 1942 (RGBl. 1943 I S. 17) oder der Verordnung über die Bergbehörden vom 10. September 1931 (BayBS IV S. 128) unterliegen, sind die Bergämter zuständig.

(2) Verbote gemäß § 39 Abs. 2 des Jugendarbeitsschutzgesetzes werden im Benehmen mit dem Jugendamt, in dessen Bezirk der Betrieb liegt, für Betriebe der Landwirtschaft auch im Benehmen mit dem für den Betrieb zuständigen Landwirtschaftsamt erlassen.

**Art. 2**

(1) Die Untersuchungsberechtigungsscheine nach § 2 der Verordnung über die ärztlichen Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz vom 2. Oktober 1961 (BGBl. I S. 1789) werden für Untersuchungen nach § 45 Abs. 1 und 2 des Jugendarbeitsschutzgesetzes von den Schulen ausgestellt.

(2) Für die Ausgabe der Untersuchungsberechtigungsscheine ist diejenige Schule mit Vollunterricht zuständig, die der Jugendliche vor der Aufnahme einer Beschäftigung zuletzt besucht hat.

**Art. 3**

(1) Für Jugendliche, die ihren Wohnsitz nach Bayern verlegen und noch keinen Untersuchungsberechtigungsschein besitzen, werden die Untersuchungsberechtigungsscheine für Untersuchungen nach § 45 Abs. 1 und 2 des Jugendarbeitsschutzgesetzes vom Gewerbeaufsichtsamt bzw. Bergamt ausgestellt, in dessen Aufsichtsbezirk der Wohnsitz des Jugendlichen liegt.

(2) Für Jugendliche, die zwar eine Beschäftigung in Bayern aufnehmen wollen, aber ihren Wohnsitz im Ausland beibehalten (Pendler), werden die Untersuchungsberechtigungsscheine nach § 45 Abs. 1 und 2 des Jugendarbeitsschutzgesetzes vom Gewerbeaufsichtsamt



Fabrik  
pharm.  
Präparate  
Karl  
Engelhard  
Frankfurt  
am Main

Prospan

Gegen  
**Keuchhusten**

auch als

Gegen  
**Bronchitiden**  
verschiedener  
Genese

Aerosol

Gegen  
**Reizhusten**  
und Alters-  
husten

O. P. Tropf-  
flasche zu 20 g

O. P. Kurpackung  
zu 100 ccm

PROSPAN



bzw. Bergamt ausgestellt, in dessen Aufsichtsbezirk die in Aussicht genommene Beschäftigungsstelle liegt.

#### Art. 4

Die Untersuchungsberechtigungsscheine für ärztliche Nachuntersuchungen nach § 45 Abs. 3 des Jugendarbeitsschutzgesetzes werden durch die Ärzte ausgestellt, die die Nachuntersuchungen anordnen.

#### Art. 5

Die Untersuchungsberechtigungsscheine für ärztliche Untersuchungen nach § 48 des Jugendarbeitsschutzgesetzes werden von den Aufsichtsbehörden ausgestellt, die die Untersuchungen anordnen.

#### Art. 6

Die Untersuchungsberechtigungsscheine für ärztliche Ergänzungsuntersuchungen nach § 4 der Verordnung vom 2. Oktober 1961 werden durch die Ärzte, die diese anordnen, ausgestellt und zusammen mit der Überweisungsmittelung ausgegeben.

#### Art. 7

Das Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge wird ermächtigt

1. durch Rechtsverordnung die Abrechnungsstellen für die den Ärzten für Untersuchungen nach den Vorschriften des Jugendarbeitsschutzgesetzes zustehenden Beträge zu bestimmen und das Abrechnungsverfahren zu regeln;
2. im Einvernehmen mit dem Staatsministerium der Finanzen durch Rechtsverordnung eine Entschädigung für den Verwaltungsaufwand der Abrechnungsstellen festzusetzen;
3. die zur Durchführung dieses Gesetzes erforderlichen Verwaltungsvorschriften zu erlassen und hierbei Inhalt und Form der Untersuchungsberechtigungsscheine und der Überweisungsmittelung zu bestimmen; berühren die Verwaltungsvorschriften Belange der Staatsministerien für Unterricht und Kultus oder für Wirtschaft und Verkehr, so sind sie im Einvernehmen mit diesen Staatsministerien zu erlassen.

#### Art. 8

Maßnahmen von Verwaltungsbehörden oder Abrechnungsstellen, die diese auf Grund der Bekanntmachungen vom 11. September 1961 (StAnz Nr. 37; AMBl. Nr. 18 S. 320) und vom 22. Januar 1962 (StAnz Nr. 4; AMBl. Nr. 4 S. A 31) erlassen haben, gelten als von der zuständigen Behörde oder Abrechnungsstelle erlassen.

#### Art. 9

Dieses Gesetz ist dringlich. Es tritt am 1. April 1962 in Kraft.

München, den 23. März 1962

**Der Bayerische Ministerpräsident**

I. V. Dr. h. c. Rudolf Eberhard,  
Stellvertreter des Ministerpräsidenten  
und Staatsminister der Finanzen

## Jugendarbeitsschutzgesetz

### Fahrtkosten bei Ergänzungsuntersuchungen; Zuständigkeit bei Wohnsitz außerhalb Bayerns

Auf eine Anfrage der Bayerischen Landesärztekammer hat das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge zu den genannten Fragen vorbehaltlich der Klärung im Rechtswege folgendes mitgeteilt:

„Der Gesetzgeber hat weder im Gesetz, noch in der Verordnung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung vom 2.10.1961 (BGBl. I S. 1789) eine Regelung darüber getroffen, von wem etwa entstehende Fahrtkosten des Jugendlichen für eine Hin- und Rückreise zum Arzt zu tragen sind. Es wird aber aus dem Wortlaut des § 50 geschlossen, daß eventuelle Fahrtkosten des Jugendlichen nicht darunter fallen, weil § 50 nicht von den durch die Untersuchung entstehenden Kosten, sondern nur von den Kosten der Untersuchung spricht.

Es besteht in Übereinstimmung mit den meisten Bundesländern die Auffassung, daß Fahrtkosten keine Kosten im Sinne des § 50 des JArbSchG sind und demnach eine Rechtspflicht des Landes, solche Kosten zu tragen, nicht besteht.

Es sollte gerade durch die freie Arztwahl erreicht werden, daß den Jugendlichen zur Durchführung der vorgeschriebenen Untersuchungen keine weiten Wege zugemutet zu werden brauchten. Im Gesetz wird auch nur davon gesprochen, daß der Jugendliche von einem Arzt untersucht sein muß (§ 45 Abs. 1). Es sind deshalb vom Gesetzgeber offenbar solche Fälle gar nicht in Betracht gezogen worden. Anträge auf Übernahme von Reisekosten aus Anlaß ärztlicher Untersuchungen nach dem JArbSchG sind bisher hier noch nicht gestellt worden.

Es wird auch nur sehr selten vorkommen, daß zur Ergänzung des Befundes eines Arztes eine fachärztliche Untersuchung unerlässlich ist und nicht am Ort oder in nächster Nachbarschaft durchgeführt werden kann. Es wäre möglich, daß in Fällen, wo durch besondere Umstände begründet wesentliche Fahrt- oder auch Unterkunftskosten entstanden sind, deren Erstattung zugestanden wird.

Im übrigen ist die Anfrage eines Bundeslandes zu diesem gesamten Fragenkomplex beim Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung zwecks Stellungnahme anhängig. Es bleibt zu hoffen, daß hierdurch eine Klärung der Frage in Bälde abschließend herbeigeführt wird.

In der weiteren Frage, welche Bestimmungen zur Durchführung des JArbSchG anzuwenden sind, wenn ein Arzt in Bayern Jugendliche mit Wohnsitz in einem anderen Bundesland untersucht oder umgekehrt Jugendliche mit Wohnsitz in Bayern von einem Arzt eines anderen Bundeslandes untersucht werden, besteht die Meinung, daß jeweils die Bestimmungen des-



# HEPARHORM®

Leberextrakt + Vit. B<sub>12</sub> + Kobalt

**Anämie - Leberschutztherapie**

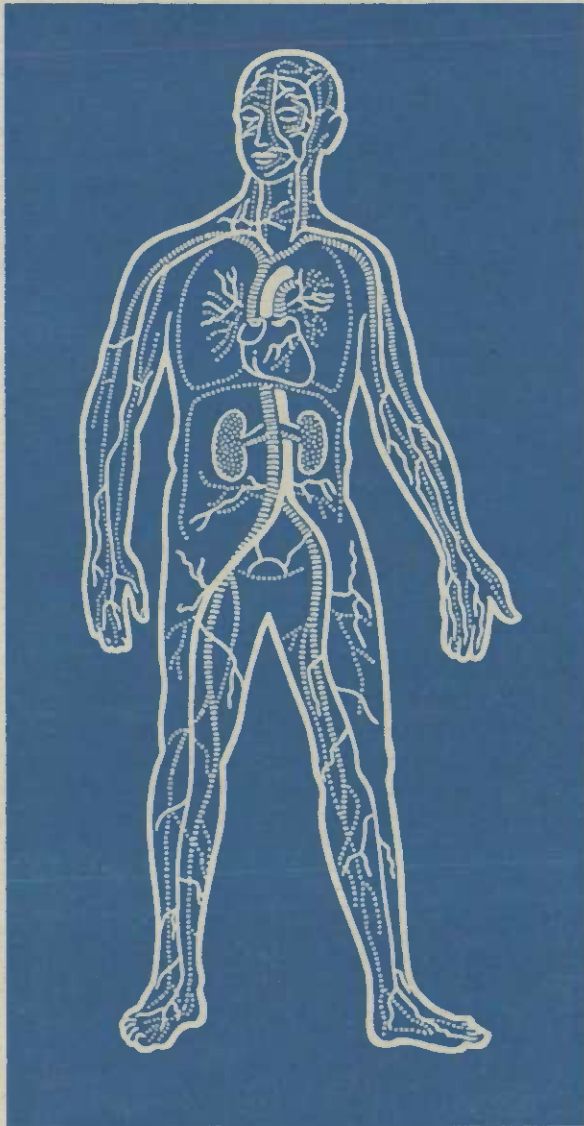
Erhöhter B<sub>12</sub>-Gehalt!

1 ccm = 10 bzw. 35 γ

HORMON-CHEMIE  
MÜNCHEN



# COMPLAMIN®



eröffnet die Endstrombahn,  
steigert das  
Herz-Minutenvolumen,  
normalisiert das  
Blutangebot zum Gehirn,  
erschließt  
Kollateralkreisläufe.

Periphere  
Durchblutungsstörungen,  
Cerebralsklerose,  
Apoplexie,  
Venenerkrankungen.

Tabletten und Ampullen

JOHANN A. WÜLFING · DÜSSELDORF



jenigen Bundeslandes anzuwenden sind, in welchem der Jugendliche seinen Wohnsitz, bei Ausländern aber seinen Beschäftigungsort, hat.

Der Arzt hat daher seine Kostenrechnung an diejenige Auszahlungsstelle einzusenden, welche im jeweiligen Bundesland, in dem der Jugendliche wohnhaft ist, hierfür vorgesehen ist. Die Kosten für die Untersuchung hat jedenfalls dasjenige Land zu tragen, in welchem der Jugendliche seinen ständigen Wohnsitz oder in Sonderfällen (Auslandspendler) der Beschäftigungsbetrieb seinen Sitz hat."

#### Ruhen der Befugnis zur Ausübung des ärztlichen Berufs

Der Senator für Gesundheitswesen in Berlin teilte mit, daß er mit Verfügung vom 9. Januar 1962 die Befugnis des Arztes Gerhard Schlameuß, geb. 23. 8. 1913 in Berlin, zur Ausübung des ärztlichen Berufs gemäß § 6 Abs. 1 Ziffer 2 der Bundesärzteordnung vom 2. Oktober 1961 für ruhend erklärt hat. Herr Schlameuß habe dagegen keine Erinnerung erhoben. Die Verfügung sei damit rechtskräftig geworden.

### GESETZES- UND RECHTSFRAGEN

#### Praxisschilder

Urteil des Berufsgerichts München vom 3. Juni 1961  
AZ: BG Ä 8/1961; rechtskräftig.

#### Sachverhalt:

Dr. X hatte seit 1952 400 m von seiner Praxis entfernt ein zweites Praxisschild angebracht. Auf diesem Schild war die Bezeichnung „Arzt für Beinleiden“ angegeben. Trotz eindringlicher Belehrung durch die Berufsorganisation beließ Dr. X das zweite Praxisschild.

Das Berufsgericht erteilte ihm einen Verweis und erkannte auf eine Geldbuße von DM 700.—.

Aus den Gründen:

„Die rechtliche Würdigung ergibt folgendes:

#### 1. Das zweite Praxisschild.

Nach § 26 Absatz 3 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns von 1950, der sich an § 37 Absatz 2 der Berufsordnung für die deutschen Ärzte von 1937 anschließt, konnte nur in Ausnahmefällen mit Billigung der zuständigen Berufsvertretung, insbesondere bei versteckt liegenden Praxisstellen und bei Eckhäusern, ein zweites Arztschild angebracht werden. Eine entsprechende Regelung findet sich in § 24 Absatz 2 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns von 1958. Die Regel ist demnach die, daß nur ein Praxisschild, und zwar an der Stelle, an der der Arzt die Praxis ausübt, statthaft ist. Die Voraussetzungen für die Anbringung eines zweiten Praxisschildes liegen hier nicht vor.

Ob die Anbringung des zweiten Schildes sachlich gerechtfertigt ist, braucht das Berufsgericht nicht zu untersuchen. Der Beschuldigte besaß jedenfalls nicht die für die Anbringung des Schildes erforderliche Genehmigung der Berufsvertretung, die zu prüfen hat, ob das zweite Schild zur Unterrichtung der Heilung suchenden Bevölkerung erforderlich ist. Der Beschuldigte hat sich bereits aus diesem Grunde einer Berufspflichtverletzung schuldig gemacht.

#### 2. Bezeichnung „Arzt für Beinleiden“.

Dem Beschuldigten als praktischem Arzt bleibt es zwar unverwehrt, sich in seinem Beruf aus gesundheit-

lichen Gründen auf die Behandlung bestimmter Leiden zu beschränken. Er konnte sich deshalb auf die Behandlung von Beinleiden verlegen. Er durfte dagegen nicht die Bezeichnung „Arzt für Beinleiden“ auf dem Arztschild oder auf Briefbogen anbringen. Nach § 25 Absatz 1 und § 27 der Berufsordnung von 1950 und § 23 Absatz 2 und § 25 der Berufsordnung von 1958 darf der Arzt auf dem Praxisschild, auf Briefbogen, Rezeptvordrucken und Stempeln nur die Bezeichnung als Arzt oder eine Facharztbezeichnung führen. Die Berufsordnung und Facharztordnungen für die deutschen Ärzte von 1937 und die Berufsordnungen und Facharztordnungen für die Ärzte Bayerns von 1950 und 1958 kennen eine Bezeichnung „Arzt für Beinleiden“ weder als Facharztbezeichnung noch als Zusatz zur Bezeichnung als Arzt oder Facharzt. Die Führung ärztlicher Bezeichnungen ist im Interesse des Ansehens des ärztlichen Standes nicht dem willkürlichen Ermessen des einzelnen Arztes anheimgestellt, sondern sie muß sachlich begründet und durch die Berufsordnung festgelegt sein. Mit der Behandlung von Beinleiden wendet sich der Beschuldigte dem Behandlungsbereich des Facharztes für Orthopädie zu. Durch die Bezeichnung „Arzt für Beinleiden“ will er in unzulässiger Weise bei dem Publikum den Eindruck erwecken, daß er besonders orthopädische Fachkenntnisse besitze, um dadurch Patienten zu werben. Das Verhalten des Beschuldigten muß auch als unkollegial bezeichnet werden, da er das 2. Praxisschild mit der Bezeichnung „Arzt für Beinleiden“ in unmittelbarer Nähe eines Facharztes für Orthopädie anbrachte. Es muß angenommen werden, daß es in der Absicht des Beschuldigten lag, auf Kosten dieses Kollegen schneller eine lohnende Praxis zu erhalten. Ein solches Verfahren verstößt grüblich gegen die Berufspflichten eines Arztes.

Die Berufung auf das Verhalten anderer Ärzte in dieser Beziehung kann die Verfehlung des Beschuldigten nicht entschuldigen.

Auch der Einwand des Beschuldigten, der Präsident der Bayer. Landesärztekammer habe ihm 1952 die Genehmigung erteilt, die Bezeichnung „Arzt für Beinleiden“ zu führen, geht fehl. Wenn der damalige Präsident eine derartige Erlaubnis erteilt haben sollte, so handelte es sich nicht um einen begünstigenden Verwaltungsakt, für den alle Voraussetzungen fehlen würden (Forsthoff, Lehrbuch des Verwaltungsrechts, 1. Band, 8. Auflage, 1961, S. 180 ff.) Der Präsident hat sich nicht in rechtserheblicher Weise durch einen hoheitlichen Ausspruch gegenüber dem Beschuldigten betätigt, sondern eine unverbindliche Auskunft oder Rechtsbelehrung erteilt. Der Präsident hat später selbst diese Meinungsäußerung berichtigt. So hebt er in einem an den 1. Vorsitzenden des Ärztlichen Bezirksvereins... gerichteten Schreiben vom 30. 7. 1954 hervor: „Unter keinen Umständen kann jedoch Dr. X gestattet werden, den Zusatz ‚Beinleiden‘ auf sein Schild zu setzen.“

Wenn der Beschuldigte sich auf Grund des Rates des Präsidenten bei Beginn seiner Tätigkeit in... auch in gutem Glauben befunden hat, so kann ihm dieser doch nicht mehr zugebilligt werden, nachdem ihm im Juli 1954 bekannt geworden war, daß die Berufsvertretung sein Verhalten als standeswidrig ansehe. Er hätte nunmehr unverzüglich der Ansicht der Berufsvertretung Rechnung tragen müssen. Er hat dies aber



unterlassen. Es war deshalb gegen ihn auf eine Maßnahme nach Art. 38 KaG zu erkennen.

Die Tat des Beschuldigten als solche stellt eine schwere Pflichtverletzung dar. Erschwerend kommt die Art der Verteidigung des Beschuldigten hinzu. Die Berufsvertretung war stets mit großer Nachsicht und mit einer an die Grenze des Zulässigen streifenden Milde und Langmut bemüht gewesen, ihn durch Belehrungen von seinem pflichtwidrigen Verhalten abzubringen. Die Nachsicht hatte lediglich den Erfolg, ihn in seinem allen Rücksichten der Kollegialität widersprechenden Benehmen und in seiner Widerständigkeit zu bestärken. Statt die Standeswidrigkeit seines Verhaltens einzusehen, hat er versucht, sich als das Opfer der Gehässigkeit und Rachsucht eines Kollegen darzustellen. In böswilliger Weise verunglimpfte er diesen Kollegen als „futterneidigen Denunzianten“. Der Berufsvertretung, die um die Wahrung der Standespflicht sich bemüht, wirft er „mittelalterliche Kindereien“ vor und beleidigt sie.

Lediglich sein Schicksal als Flüchtling und die mißlichen Gesundheitsverhältnisse lassen eine mildere Beurteilung zu.

Das Berufsgeschicht erachtete einen Verweis und eine Geldbuße von DM 700.— als angemessen.

Die Kosten des Verfahrens trägt der Beschuldigte (Art. 62 Absatz 1 und Art. 64 KaG in Verbindung mit § 465 StPO.)

Die Verfahrensgebühr wurde im Hinblick auf die Schwierigkeit der Sache und die persönlichen Verhältnisse des Beschuldigten auf DM 200.— festgesetzt (Art. 62 Absatz 2 KaG).

Die Auslagen des Berufsgeschichts fallen dem Beschuldigten ganz zur Last (Art. 62 Absatz 3 KaG).

RA Poellinger, München

#### Ausübung einer Arztpraxis in einer Eigentumswohnung

(C) Eine Fachärztin für Nervenkrankheiten mit Kasenzulassung, Eigentümerin einer Eigentumswohnung (Antragstellerin) in einem nach den Bestimmungen des Gesetzes über das Wohnungseigentum vom 15. 3. 1951 (EWG) neu errichteten Gebäude mit 10 Eigentumswohnungen, wollte dort eine Praxis eröffnen. Da die Eigentümer der übrigen Eigentumswohnungen damit nicht einverstanden waren, beantragte die Antragstellerin festzustellen, daß sie berechtigt sei, in ihrer Eigentumswohnung eine nervenärztliche Praxis auszuüben. Das Amtsgericht Hamburg hat in einem rechtskräftigen Beschluß (102 II W 1/56) dem Antrag stattgegeben und dazu u. a. folgende bemerkenswerten Ausführungen gemacht:

Nach § 13 WEG kann jeder Wohnungseigentümer grundsätzlich mit dem in seinem Sondereigentum stehenden Gebäudeteil nach Belieben verfahren und ihn nutzen, soweit nicht das Gesetz oder Rechte Dritter entgegenstehen. Im Rahmen dieses Rechts kann die

Antragstellerin in der Wohnung auch eine ärztliche Praxis betreiben. Das Recht findet eine Beschränkung aber nicht nur in den gesetzlichen Vorschriften und etwaigen Rechten Dritter, sondern auch durch die in § 14 WEG dem Wohnungseigentümer auferlegte Pflicht, von seinem Sondereigentum in solcher Weise Gebrauch zu machen, daß dadurch keinem der anderen Wohnungseigentümer über das bei einem geordneten Zusammenleben unvermeidliche Maß hinausgehenden erwächst.

Dadurch, daß die Antragstellerin in ihrer Eigentumswohnung eine ärztliche Praxis betreibt, erwachsen den übrigen Eigentümern nach Ansicht des Gerichts jedoch keine über das bei einem geordneten Zusammenleben unvermeidliche Maß hinausgehenden Nachteile. Der Charakter des Hauses als das eines reinen Wohnhauses, wird dadurch nicht berührt, weil es weit verbreitet und üblich ist, eine ärztliche Praxis von der Wohnung aus auszuüben, auch wenn es sich um Wohnhäuser, die höchsten Ansprüchen gerecht werden, handelt.

Die Antraggegner können als Wohnungseigentümer nicht mehr Rechte für sich in Anspruch nehmen, als man sie einem Einzeleigentümer als Inhalt seines Eigentumsrechts zubilligen würde. Ein Einzeleigentümer würde aber unter den gegebenen Verhältnissen nicht damit gehört werden können, daß sein Eigentum durch das Betreiben einer ärztlichen Praxis beeinträchtigt wird.

Die Bedenken, die dagegen bestehen könnten, daß die Antragstellerin keine gewöhnliche Praxis, sondern eine fachärztliche Praxis als Nervenärztin zu betreiben gedenkt, sind durch deren Ausführungen anlässlich ihrer Vernehmung behoben. Weder der Umfang der Inanspruchnahme der Räume, noch die persönlichen Eigenschaften der erwarteten Patienten und deren Behandlung welchen danach entscheidend von dem Rahmen einer sonstigen ärztlichen Praxis ab.

## STEUERFRAGEN

Steuerliche Behandlung der Aufwendungen für die berufliche Fortbildung eines Facharztes durch Hospitieren an ausländischen Kliniken.

Urteil des Hessischen Finanzgerichts Kassel vom 14. 3. 61, III 524 — 525/58

(Das Urteil ist nicht rechtskräftig):

Leitsatz:

Wenn ein Facharzt zur beruflichen Fortbildung an ausländischen Kliniken hospitiert, die für eine spezielle Therapie anerkanntermaßen führend sind, stellen die hierfür gemachten Aufwendungen Betriebsausgaben dar. Bei einer so gearteten Fortbildung kann nicht wie

**Hylak**<sup>®</sup>  
TROPFEN  
TROPFEN FORTE

L. Merckle G. m. b. H.  
Blaubeuren

Zur Wiederherstellung der physiologischen Dünn- und Dickdarmflora



bei den sog. „Studienreisen“ eine „straffe lehrgangsartige Organisation“ gefordert werden.

EstG § 4 Abs. 4, § 12 Ziff. 1.

Aus den Gründen:

„Der Bf. ist Facharzt für innere Krankheiten und Chefarzt der Inneren Abteilung der Anstalten H. in T. Er ist teils freiberuflich, teils als Arbeitnehmer tätig. Im Jahre 1954 war er zu Fortbildungszwecken als Gastarzt an der Universitäts-Klinik X in Österreich. Das FA hat von den entstandenen Aufwendungen in Höhe von 2060 DM nur einen Betrag von 559 DM anerkannt . . .

Die Berufung ist begründet,

... Der Hinweis des FA auf die Rspr. des BFH zu Studienreisen im Ausland (BFH-Urteil v. 27. 1. 1955 IV 199/54 in BStBl. 1955 III S. 126) schlägt nicht durch. Es mag zutreffen, daß bei Aufwendungen für eine Studienreise ins Ausland die Berührung mit Aufwendungen für die Lebenshaltung oft besonders eng ist. Das gilt einmal für die Fälle, in denen das Studienobjekt der Charakter und die Eigenart des besuchten Landes selbst sind und dann für die Fälle, in denen als Studienort ohne erkennbaren sachlichen Grund eine Ortschaft in landschaftlich reizvoller Gegend ausgewählt worden ist — z. B. bei Ärztekongressen — wobei also das erholsame Verweilen in dieser Landschaft vom Veranstalter von vornherein mit eingeplant ist. Um in diesen Fällen überhaupt die Möglichkeit einer Grenze zwischen betriebl. oder berufl. Veranlassung und privater Lebensführung zu haben, wird mit Recht eine straffe lehrgangsartige Organisation und ein festumrissener Arbeitsplan (Studienplan) verlangt.

Das kann aber nicht gelten, wenn sich ein freiberuflich tätiger Arzt zur Fortbildung auf bestimmten Spezialgebieten seiner ärztl. Tätigkeit an die Orte begibt, wo zur Zeit allein die dafür erforderlichen Voraussetzungen gegeben sind.

Auf Grund der Erklärungen des Bf. und der beigelegten Bescheinigungen des Radiologen Dr. R in X hält die Kammer für erwiesen, daß der Bf. den Aufenthalt im Ausland zur berufl. Fortbildung benutzt hat.

Sie ist der Auffassung, daß an den Nachweis und den Umfang der ausgeübten Tätigkeit keine zu strengen und in ihrer Art entwürdigenden Anforderungen gestellt werden dürfen.“ RA. Braun, München.

#### Umbauaufwendungen für Praxisräume

(C.) Für die Frage, ob Aufwendungen rechtlich als Erhaltungsaufwendungen, und damit als sofort abzugsfähige Betriebsausgaben bzw. Werbungskosten anzusehen sind, oder als Anschaffungs- bzw. Herstellungskosten, die auf die voraussichtliche Dauer ihrer Nutzung zu verteilen, d. h. zu aktivieren sind, ist nach dem Urteil des Bundesfinanzhofs vom 19. 1. 1961

(IV 295/58 U) entscheidend, welcher Art die durchgeführten Arbeiten sind.

Werden Modernisierungsarbeiten in engstem wirtschaftlichen Zusammenhang mit dem Erwerb eines Gebäudes durchgeführt, so kann sich die Aktivierungspflicht der Aufwendungen daraus ergeben, daß die Aufwendungen im Verhältnis zu den vom Vorbesitzer übernommenen Baulichkeiten sehr erheblich sind.

Wurden Praxisräume dagegen direkt vom Vermieter zur Verfügung gestellt und sind daran Aufwendungen als Erhaltungsaufwendungen erwachsen, z. B. durch Beseitigung von Schäden an Decken und Wänden, die nicht vom Vorbesitzer errichtet oder besonders hergerichtet worden sind, so können diese Aufwendungen sofort als Betriebsausgaben abgezogen werden.

#### Änderungen des Einkommensteuertarifs

Wie zum Teil bereits aus der Tagespresse bekannt, will das Bundesfinanzministerium unmittelbar nach der ersten Lesung des Bundeshaushaltsplanes im Bundestag mit den gesetzgeberischen Vorarbeiten zu einer Korrektur des Einkommensteuertarifs beginnen, die im Laufe dieses Jahres den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes vorgelegt werden und im Jahr 1963 in Kraft treten sollen. Geplant ist die Erhöhung der Proportionalstufe von DM 8000.— auf DM 10 000.— (für Ledige) und von DM 16 000.— auf DM 20 000.— (für Verheiratete). Innerhalb der Proportionalstufe liegende Einkommen sollen dann nicht mehr mit 20 v. H. sondern mit 18 v. H. besteuert werden. Außerdem sind gewisse Tarifenkungen im Bereich des sogenannten „Mittelstandsbauches“ der progressiven Stufen in der Einkommensteuertabelle vorgesehen.

#### Vermögensteuer — Renten aus der Bayerischen Ärzteversicherung

Die Renten, die von der Bayerischen Ärzteversicherung gezahlt werden, sind nach der Bayer. FME v. 15. 2. 1962 — S 31—02 — 1/4 — 3568/I als steuerfrei nach § 68 Ziff. 3 BewG zu behandeln, obwohl Waisen nach der Satzung der Bayer. Ärzteversicherung bis zur Vollendung des 21. Lebensjahres Anspruch auf Hinterbliebenenbezüge haben, ohne Rücksicht darauf, ob sie sich in Berufsausbildung befinden oder nicht. Für den laufenden Hauptveranlagungszeitraum kann zugunsten des LStpfl. die Berufsausbildung bis zu diesem Alter unterstellt werden.

#### Umfang der zu berücksichtigenden Kurkosten nach § 33 EstG

Zu den nach § 33 EstG berücksichtigungsfähigen Kurkosten können auch die Kosten für die Fahrt mit dem eigenen Kraftwagen zum Kurort sowie Trinkgelder für das Krankenhauspersonal gehören. § 33 EstG — BFH-Urteil vom 19. 5. 1961 in HFR 1961 Nr. 274.

**Pepsaldra®**  
Pepsin-Salzsäure-Dragees

gegen Subacidität,  
Achylie und Dyspepsie

Original-  
Packungen  
zu 45 Stück  
u. 125 Stck.

Fabrik  
pharmazeutischer  
Präparate



**Pepsaldra®**  
compositum

Pankreatinhaltiges Enzym-  
Präparat gegen Störungen  
des Pankreas-Galle-Dün-  
darm-Systems

Original-  
Packungen  
zu 40 Stück  
u. 100 Stck.

Karl Engelhard  
Frankfurt a. M.



# NERVOGASTROL®

zur kausalen und symptomatischen Therapie bei: Gastropathia neurogenica, Gastritis, Magenspasmen, Sekretionsschmerz.

**3 Wirkungsgruppen:** Alkaloide zur neurogenen und myogenen Regulation der Motilität. Antacida zur Bindung überschüssiger Magensäure. Wismutsalze zur Hemmung der Sekretion und als Schleimhautschutz.

Packung mit 60 Tabletten DM 2,15 o. U. – Packung mit 120 Tabletten DM 3,80 o. U.

# SOLU-VETAN

zur Liquiritia-Azulen-Magentherapie bei: Ulcus ventriculi, Ulcus duodeni, Ulcus pepticum, Gastritis.

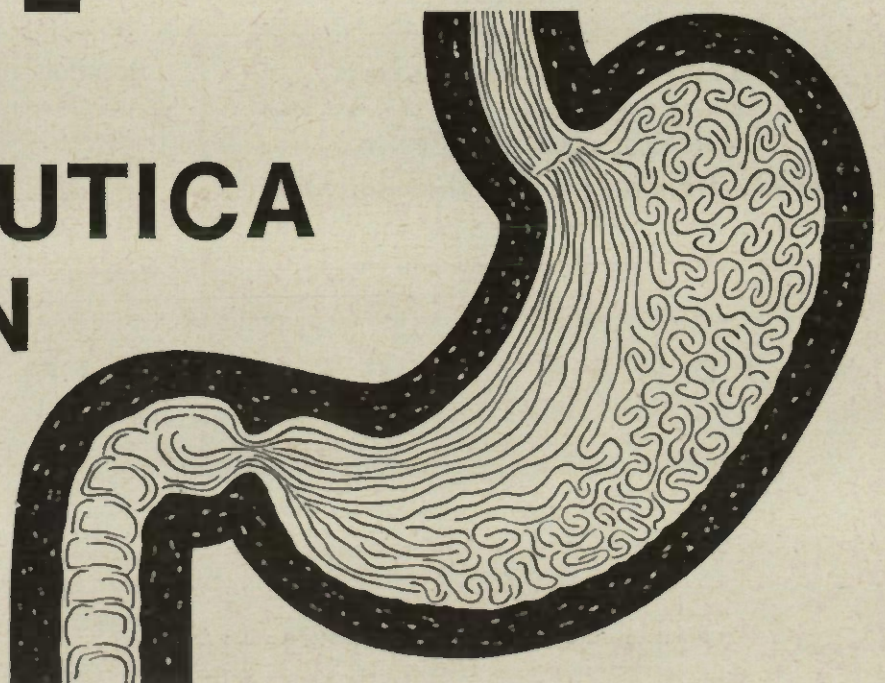
**SOLU-VETAN cum Belladonna** bei starken Begleit spasmen.

Durch Applikation der Wirkstoffe in gelöster Form. optimale Verteilung im Magen, rasche Resorption, prompte Wirkung. Möglichkeit zur Rollkur.

Packung, Inhalt 40 g, ausreichend für ca. 25 Tassen.

SOLU-VETAN DM 2,30 o. U. – SOLU-VETAN cum Belladonna DM 2,45 o. U.

## BEWÄHRTE MAGEN- THERAPEUTICA HEUMANN



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



## Heilanzeigen deutscher Bäder, Kurorte und Sanatorien

**Bad Aibling:** Rheumatische Erkrankungen, Lähmungsfolgen, gynäkologische Erkrankungen, Prostatahypertrophie.

**Brückenaubad (300 m).** Säuerlinge, Moorbäder, Trinkkuren gegen Erkrankungen des Nierenbeckens, der Blasen- und Harnwege, Krelalaufstörungen, Rheuma, Frauenleiden.

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

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

**Füssen-Bad Fanlenbach (13b), Allgäu,** Sanatorium Notburgahelm, Privatklinik: Moor- und Mineralbad mit Kneippkuranstalt. Leitender Arzt im Hause, Pflege durch geprüfte Krankenschwestern, Diätküche, Heilmassagen.

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

**Bad Mergentheim (210 m).** Sanatorium Dr. Ketterer, für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. Organneurosen (Psychotherapie). Haus ersten Ranges mit allen diagnostischen und therapeutischen Einrichtungen. Gepflegte Diätküche. Fachärztlich geleitet. Sehr ruhige Lage. Großer Liegegarten. 50 Betten. Telefon 540.

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

**Oy (937 m).** Thor-radiumhaltige Quelle gegen Ischias, Rheuma, deformierende Gelenkleiden, Kneippkuren. Auskunft und Prospekte: Kurverwaltung Telefon 207.

**Bad Soden-Taunus (140-220 m ü. M.).** 260 Jahre Hellbad für Katarre, Asthma, Herzleiden (Kreislaufstörungen), Frauenleiden.

**Bad Wildungen: (330 m)** Säuerlinge für Trink-, Bade- und Inhalationskuren. Heilanzeigen: Niere, Blase, Herz, Kreislauf, Stoffwechsel.

**Bad Wörishofen (630 m).** Geburtsstätte der Kneippkur - Vegetative Funktionsstörungen und deren organische Folgezustände - Herz- und Gefäßerkrankungen - funktionelle Nervenkrankheiten - Endocrine und Stoffwechselstörungen - Rheumatisch-neuralgische Zustände - Erkrankungen der Verdauungsorgane, der Atemwege, des Urogenitalbereiches und Frauenkrankheiten - Abhärtung, Vorbeugung, Schlafstörungen, Rekonvaleszenz.

## Sanatorium St. Blasien

südlicher Schwarzwald 800 m über dem Meer

Deutschlands höchstgelegene Privatheilanstalt

für alle Erkrankungen der Atmungsorgane

Alle neuzzeitlichen Behandlungsmethoden

Chefarzt: Obermedizinalrat Dr. Fritz BRECKE

## NEYDHARTINGER HEILMOOR

ein Begriff in der biologischen Heilbehandlung auf Grund einer jahrelangen klinischen Erprobung

Ärzte verordnen mit bestem Erfolg:

- Natürliche Neydhartinger Moorschwebstoffbäder bei: chronischen Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises, peripheren Durchblutungsstörungen, Ekzemen, Hautleiden, Nachbehandlung bei Unfallschäden. Besonders erfolgreich bei gynäkologischen Erkrankungen wie Klimakt. Störungen, Ovarialinsuffizienzen, chronischen Adnexitiden, sek. Sterilität, Dysmenorrhoe.

Vorteile: Die Bäder können ambulant bequem zur Anwendung kommen. Kein Verschmutzen der Badewanne - kein Verstopfen des Abflusses.

- Original Neydhartinger Trinkkur, aus hochwirksamem, feinstem Heilmoor, bei Entzündungen der Magen- und Darmschleimhäute, Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüren, nach Magenoperationen. Entzündungen der Leber und Galle. Bei Krelalaufstörungen, Stoffwechselkrankheiten sowie zum Aufbau einer zerstörten Darmflora.

Ausführliche Literatur und Arztemuster kostenlos durch

**MOORBAD NEYDHARTING GMBH**

BAD REICHENHALL · Friedrich-Ebert-Allee 1 · Tel. 2200



# BAD BERTRICH

MOSEL

Kultivierte Atmosphäre - märchenhaft schöne Waldlandschaft -  
Idyllische Ruhe - Freischwimmbad - 70 km markierte Spazierwege  
Das gepflegte und bewährte Heilbad gegen

MAGEN-DARM-, LEBER-GALLE- und STOFFWECHSELKRANKHEITEN

Pensionspreise 13,- bis 25,- DM. Prospekte durch Stoffs. Kurdirektion und Reisebüros

## Kneippkuren im Hochgebirge 1000 m ü. M.

Neueröffnung Frühjahr 1962.

„Adlerhorst“, Kur- und Sporthotel,  
89 59 Schwangau, Allgäu, Stat. und Telefon Füssen 0 83 62/628.  
Absolut ruhige Lage mit einmaligem Alpen-, Seen- und  
Schlösserrundblick.

Prospekt mit Preisliste; Familla Josef Stanner.



**KARLSBADER  
MUHLBRUNN**

und  
**NATURL. KARLSBADER  
SPRUDELSALZ**

bei Galle, Leber, Magen,  
Darm, Stoffwechsel

Verlangen Sie stets echtes  
Karlsbader Salz.

Zu beziehen durch  
Apatheken u. Drogerien

Prospekte durch  
Alleinimporteur: Rudolf Mohr,  
Hersbruck/Mfr.

600 m · FÖHNFREI

# BAD STEBEN

HERZ · KREISLAUF · RHEUMA · NERVEN · FRAUEN · HARNWEGE

## Privatabteilung des Hospitals zum Hl. Geist

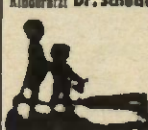
Klinik Prof. Dr. Heupke  
Bad Homburg v. d. Höhe

Innere Krankheiten  
sorgfältige Diät

Telefon 33 77

Anzeigenschluß  
Jeweils 20. des Monats.

Kinderarzt Dr. Schede's Kindersanatorium  
**Klaus-Andreas-Heim**  
(17 b) Uhlingen,  
Breitwiesenhof, südl. Hoch-  
schwarz. 650-950 m. 35 Kd.  
0-13 J., Unterrichts- Ständ.  
kinderärztliche Betreuung  
im Haus. Hallenschwimmh.



## BULGARIEN

15tägige Flugreise mit plan-  
mäßigen Verkehrsmaschinen  
ab München jeden Samstag  
- fasta Zimmer in ausga-  
suchten guten Hotels.

**Varna** ab **528.-**  
DM

**Goldstrand**  
ab DM **470.-**

**Sonnenstrand**  
ab DM **517.-**

**HOTEL PLAN** *Hotelpian*  
MÜ., Lenbachpl. 9  
Victoriapassage  
Telefon 55 54 35

Hotelpian bei **LODEN-FREY**  
Telefon 22 18 41



## MITTEILUNGEN

### Hinterhöfe werden Kinderspielplätze

Wohl als erstes Bundesland hat Bayern heuer in seinen Etat einen gut dotierten Titel für Kinderspielplätze aufgenommen.

Er soll hauptsächlich dazu dienen, Hausbesitzern von Altwohnhäusern und Altwohnblocks finanziell unter die Arme zu greifen, wenn sie bereit sind, ihre Haushöfe und Hinterhöfe als Spielplätze für die Kinder der Hauswohngemeinschaft einzurichten.

Es genügt oft nur ein Sandkasten für die Kleinen, ein paar Büsche und eine Sitzbank für die Eltern und die Alten im Hause, eine Grünfläche für Kreisspiele und Federball und eine kleine Hartfläche für Hupfsplele. Empfehlenswert ist es, einen Teil des Hofes zu überdachen, damit auch bei Regen im Freien gespielt werden kann.

Ein Preisausschreiben der Bayer. Katholischen Arbeitsgemeinschaft für Volksgesundung, an dem sich über 10 000 Schüler und Kindergartenkinder beteiligten, die u. a. auch einen „Traumspielplatz“ aufzeichnen sollten, hatte nämlich ergeben, daß fast alle Kinder sich einen Teil des Spielplatzes überdacht vorstellten, damit sie auch bei schlechtem Wetter draußen spielen können. Daran haben bisher die Kinderspielplatzgestalter und Architekten selten gedacht.

*Die Frage, ob das Rauchen eine Ursache für die zunehmenden Erkrankungen an Lungenkrebs ist, wird seit dem jüngsten Bericht des Königl. Medizinischen Instituts Großbritanniens in der Öffentlichkeit wieder häufig diskutiert. Wir bringen aus diesem Grund nachstehend eine Veröffentlichung des „Daily Herald“ v. 8. 3. 62 zu diesem Thema*

### Nichtraucher haben bessere Chancen

Das ganze Leben ist ein Lotteriespiel. Sind Sie aber 35 Jahre alt, männlichen Geschlechts und ein starker Zigarettenraucher, dann stehen Ihre Chancen, bereits innerhalb der nächsten zehn Jahre das Todeslos zu ziehen, 1:23, für den Nichtraucher stehen sie 1:90. Für den starken Zigarettenraucher im Alter von 35 Jahren sind die Chancen, mit 65 in den Genuß der Altersrente zu kommen, 4:6; beim Nichtraucher gleichen Alters sind sie 5:6.

Diese erschreckenden Zahlen sind der Kern eines Berichts, der geeignet sein dürfte, die Menschen unseres Landes aufzurütteln. Er wurde gestern vom briti-

schen Ärzte-Kollegium (Royal College of Physicians) veröffentlicht, zu deren Aufgaben es gehört, die Öffentlichkeit über alle Fragen der Volksgesundheit aufzuklären. Verfaßt wurde er von neun Ärzten unter der Leitung des College-Präsidenten Sir Robert Platt, und vor der Veröffentlichung war er den rund 900 Fellows der Akademie zur Genehmigung zugeleitet worden. Unter dem Titel „Smoking and Health“ (Rauchen und Gesundheit) ist er jetzt in einer broschürierten Ausgabe zum Preis von 5 Schilling in den Buchläden erhältlich.

In diesem Bericht wird die Regierung dringend er sucht, einschneidende Maßnahmen zur Eindämmung des ständig steigenden Tabakkonsums zu ergreifen, die jeden Raucher berühren würden. Die ernüchternden Berechnungen über die verkürzte Lebenserwartung beruhen auf der bekannten Untersuchung des Medizinischen Forschungsrats von 3000 Todesfällen unter 25 000 Ärzten, deren Rauchergewohnheiten acht Jahre lang genau kontrolliert worden waren.

Die Berechnungen stellen das „maximale Risiko“ des Zigarettenrauchens dar, erklärt das College. Denn das vorzeitige Ableben kann teilweise auch auf andere Unterschiede zwischen Raucher und Nichtraucher zurückzuführen sein, die mit dem Rauchen nichts zu tun haben. Im Rahmen dieser Berechnungen gilt als „starker Raucher“, wer einen Tageskonsum von mehr als 25 Zigaretten hat.

Nur wenige Tatsachen des 70 Seiten starken Berichts sind wirklich neu. Sein Gewicht erhält er durch die zwingende Logik seiner Schlußfolgerungen. So heißt es: „Die Beweise dafür, daß das Zigarettenrauchen oft schädliche und gefährliche Folgen hat, sind heute so überzeugend, daß zweifellos vorbeugende Maßnahmen notwendig sind.“

In bezug auf den Zusammenhang zwischen Rauchen und Krankheit stellt der Bericht mit Entschiedenheit fest, daß sich bei nüchterner Beurteilung des vorliegenden Beweismaterials folgende Schlüsse ziehen lassen:

1. Das Zigarettenrauchen ist die wahrscheinlichste Ursache des jüngsten weltweiten Anstiegens der Todesfälle infolge von Lungenkrebs. Die Sterblichkeitsziffer liegt in Großbritannien höher als in jedem anderen Land.
2. Es begünstigt die Entwicklung von chronischer Bronchitis.
3. Es ist möglicherweise zum Teil verantwortlich für

# PERO-HAUTSALBE®

PERO-HAUTSALBE®

### HAUTSCHUTZ UND HAUTBEHANDLUNG

bei Berufsdermatosen  
bei der Kinder- und Krankenpflege  
bei der Therapie wunder und entzündeter Hautstellen

JOHANN G. W. OPFERMANN & SOHN

ARZNEIMITTELFABRIK SEIT 1907 · BERGISCHE GLADBACH



die Hartnäckigkeit von Tb-Erkrankungen bei älteren Männern.

4. Es erhöht wahrscheinlich die Gefahr des Herztods, vor allem bei Menschen in mittleren Jahren.

5. Es beeinträchtigt die Heilung von Magengeschwüren, wenn es sie auch nicht verursacht.

6. Es kann eine der Ursachen für Mund-, Hals-, Speiseröhren- und Blasenkrebs sein.

Weitere mögliche Ursachen für Lungenkrebs, einschließlich der Verunreinigung der Luft, sollen in einem zweiten Bericht behandelt werden.

Zwar leiden die meisten Raucher keinen Schaden, aber es läßt sich nicht von vornherein feststellen, welche zu der Minderheit gehören, die tatsächlich gefährdet ist. Ein Raucherhusten kann ein Warnzeichen sein, aber auch diejenigen, die nicht husten, sind möglicherweise gefährdet. Die Regierung wird in dem Bericht dringend um folgende Gegenmaßnahmen ersucht:

Die Bevölkerung soll durch entsprechende Aufklärungsmaßnahmen, auf die größere Phantasie, Mühe und finanzielle Mittel verwendet werden sollen als bisher, mit den Methoden der modernen Werbung vor den Gefahren des Rauchens gewarnt werden. „Die Eltern sollten ständig an ihre Verantwortung gegenüber ihren Kindern erinnert werden, sie durch überzeugende Argumente vom Rauchen abzuhalten.“ Ferner wird eine höhere Zigarettensteuer empfohlen, die starke Raucher dazu veranlassen könnte, sich auf die wesentlich ungefährlichere Zigarre oder Pfeife umzustellen. Für chronische Raucher, die es nicht lassen können, sollte der Gesundheitsdienst versuchsweise Spezialkliniken einrichten. In diesen Kliniken könnten die Patienten ärztlich beraten, durch bekehrte Raucher ermutigt und mit Entwöhnungstabletten und Injektionen behandelt werden.

Über die Wirkung des Inhalierens von Rauch liegen einander widersprechende Ergebnisse vor.

Kein Tier, das Zigarettenrauch ausgesetzt wurde, ist bisher an Lungenkrebs erkrankt.

Die Verfasser kommen jedoch zu dem Schluß, keine dieser Tatsachen widerspreche der Erkenntnis, daß das Zigarettenrauchen eine wesentliche Ursache für Lungenkrebs ist. Der Bericht fügt hinzu: „Wenn diese Gewohnheit aufgegeben würde, dürfte die Zahl der tödlich verlaufenden Lungenkrebs-Erkrankungen im Laufe der Zeit rapide zurückgehen.“ Denn der Verzicht auf das Rauchen vermindert die Gefahren, und je länger jemand verzichtet, desto mehr verbessert er seine Chancen.

#### Praktikanten- und Familienplätze in Deutschland von jungen Finnen gesucht

An die **Deutsch-Finnische Gesellschaft** wenden sich alljährlich eine große Zahl deutschsprechender finnischer Studentinnen und Studenten mit der Bitte, ihnen eine Möglichkeit zu einem Aufenthalt in Deutschland,

insbesondere während ihrer Semesterferien (ca. 1. 6. bis 31. 8.) zu beschaffen. Die jungen Finnen suchen Beschäftigungen als Fachpraktikanten ihres Studienfaches (Techniker, Handelsfach usw.) oder in der Landwirtschaft, die Finninnen zumeist Praktikantenstellen in Familien, Kinderheimen, Fremdenpensionen usw., wo sie ihren Aufenthalt durch Mithilfe im Haushalt, bei der Kinderbetreuung oder durch ähnliche Arbeiten entgelten können. In Familienplätzen usw. soll ihnen freie Unterkunft und Verpflegung und ein angemessenes Taschengeld geboten werden. Die Finnen tragen die Reisekosten selbst und müssen sich vor Abreise in Finnland versichern lassen. Die Gesellschaft legt Wert auf einen freundschaftlichen Familienanschluß der in Finnland mit Unterstützung einer staatlichen Behörde ausgewählten Bewerber, um ihnen somit einen lebendigen Eindruck von unserer deutschen Lebensart und den Verhältnissen in Deutschland vermitteln zu können, was mithelfen mag, die traditionelle Freundschaft zwischen Finnland und Deutschland zu festigen und zu vertiefen. Interessenten werden gebeten, sich an die Geschäftsstelle der Gesellschaft, München 13, Elisabethstraße 36, zu wenden.

#### Verkehrslärbekämpfung vor großen Aufgaben

Mehr als 250 Ärzte, Techniker, Juristen, Verkehrs- und Kraftfahrzeugexperten, Städteplaner, leitende Polizeibeamte und Sachverständige von Bundes- und Länderministerien trafen sich auf Einladung des Deutschen Arbeitsringes für Lärmbekämpfung Anfang Dezember vergangenen Jahres zu einer Tagung in München, um zu beraten, wie man am erfolgreichsten dem immer brennender werdenden Problem des zunehmenden Verkehrslärms Herr werden kann. Denn nach einer Meinungsumfrage des Emnid-Instituts fühlen sich in der Bundesrepublik etwa 6—7 Millionen Menschen durch den Verkehrslärm, vor allem durch Lkw und Mopeds, belästigt bzw. in ihrer Gesundheit bedroht.

Im Auftrag der Bundesministerin für Gesundheitswesen Dr. Schwarzhaupt überbrachte Min.-Rat Dr. Höffken die Grüße der leitenden Persönlichkeiten seines Hauses und betonte die große volksgesundheitliche Bedeutung der Lärmbekämpfung.

Nachstehend bringen wir einige der wichtigsten Ergebnisse und Forderungen der Münchner Beratungen:

1. Der heutige Verkehrslärm liegt bei vielen Straßen im Bereich der Gesundheitsgefährdung. Die z. Z. gültigen „Grenzlautstärken“ der Kraftfahrzeuge und der noch über diesen liegenden tatsächlichen Höchstlautstärken bedürfen dringend einer weiteren Senkung. Bekanntlich hat das Bundesverkehrsministerium in den vergangenen Jahren die Grenzlautstärken schon fünfmal gesenkt. Eine weitere Erniedrigung dieser Meßwerte steht unmittelbar bevor.

2. Charakteristisch für den Kfz-Verkehrslärm ist seine Unregelmäßigkeit und die meist unerwartet auftretenden Geräuschbelästigungen. Hieran gibt es keine

**OXYMORS**  
KEINE SCHÄDIGUNG DER DARMFLORE UND DER NIEREN

**Vermifuge Wirkung!**

SEIT 40 JAHREN IN DER PRAXIS ERPROBT UND BEWAHRT

**bei Oxyuriasis**

KEIN FALL SCHÄDLICHER NACHWIRKUNG!

6-Tagesp. Nr. 201, Kinderp. Nr. 202, 3-Tagesp. Nr. 203, Tabl. m. Zäpf. Nr. 204, Tabl. P. Nr. 206, Analsalbe Nr. 207, Analsalbe »fortes



**Vorteile:**

- Keine Nebenerscheinungen; auch bei Überdosierung, da frei von schädlichen Stoffen.
- Schnelles Nachlassen der subjektiven Beschwerden.
- Sofortiges Verschwinden von Sodbrennen.
- Ambulante Behandlungsmöglichkeit bei Erhaltung der Arbeitskraft.
- Ulcera heilen ab (röntgenologisch nachgewiesen).
- Keine strenge Diät.

dem kranken

**MAGEN**

hilft

**ULTOX**

**Indikationen:**

Ulcus, Gastritis, Gastroenteritis, Hyperacidität, nervöse Magenleiden

**Handelsformen u. Preise:**

20 Tabletten DM 2,45 o. U. lt. A. T.

40 Tabletten DM 4,50 o. U. lt. A. T.

**Dosierung:**

2 x 1-2 Tabletten täglich nach dem Essen

**Literatur:**

Rüther (Therap. der Gegenw.) 3/1954.  
Arzneipflanzen-Therap. u. Ernährungshygiene, Okt./1956

Alleinvertrieb für Deutschland:

MELUSIN GMBH · DÜSSELDORF



Desinfektion der Hände, der Instrumente und Gummihandschuhe •  
Haut- und Wunddesinfektion • Desinfektion bei der Geburtshilfe und  
in der Gynäkologie • Desinfektion von Raum, Inventar und Wäsche.

**SAGROTAN®**



**S+M**

**Sinnbild und  
Maßstab für  
Desinfektion**

SCHULKE & MAYR GMBH • HAMBURG 39

MOORFUHRTWEG 9

**Jacosulfon** ist die heilende Hand des Arztes



Gewöhnung. Die Massierung der Kraftfahrzeuge und ihr Eindringen in fast alle Wohn- und Lebensbereiche des Menschen führt oft zu einer 24stündigen, pausenlosen Lärmbeastung und damit zu unzureichender Erholung.

Als wichtigstes Ziel der Verkehrslärmbekämpfung muß daher die Sicherung der Nachtruhe angesehen werden. Das bedeutet verkehrsbeschränkende Maßnahmen, insbesondere in Wohnvierteln, die vor allem vom Durchgangsverkehr frei gehalten werden müssen.

Bemerkenswert war die Forderung, bei jeder Verkehrsplanungsstelle, insbesondere bei den Gemeinden und den übergeordneten Verwaltungen, einen Ausschuß für Lärmbekämpfung einzurichten, dem jede neue Verkehrsanlage und Straßenführung zur Beurteilung der voraussichtlichen Lärmbelastung der Anwohner vorgelegt werden muß. Außerdem sollten einmal ausgewiesene Wohngebiete langfristig als solche geschützt und vor Verkehrsneuanlagen bewahrt werden. Der Neubau von Verkehrsstraßen, insbesondere auch solcher in mehreren Ebenen, die Wohn- und Erholungsgebiete, Krankenhäuser, Schulen usw. beeinträchtigen, könne nicht weiter als „im öffentlichen Interesse liegend“ bezeichnet werden. Der Verkehr darf nicht zum Selbstzweck werden, er hat der Bevölkerung und der Wirtschaft zu dienen — nicht umgekehrt.

Die moderne Stadtplanung nimmt hierauf bereits Rücksicht. Dazu wurden viele bemerkenswerte Beispiele gebracht. Der Stadtplaner begrüßt es, wenn die medizinischen Vorschläge bereits die Einzelforderungen der Lärmbekämpfung, Unfall- und Abgasverhütung und der Vermeidung zu starker optischer Unruhe gut aufeinander abgestimmt werden.

3. Als grundsätzlicher Fehler wurde die Errichtung vielgeschossiger Häuser in der Nachbarschaft von großen Verkehrsstraßen bezeichnet, die dem Lärm oben drein oft noch zusätzlich durch unzweckmäßige Bauweise ausgesetzt sind (Balkon- und Fenstergestaltung [Kippflügelfenster], durch die der Außenlärm geradezu eingesaugt wird, fehlende schalldämmende Fenster, fehlende Baum- und Grünriegel usw.). Die Bauweise der Zukunft wird wieder — wie in früheren Zeiten — die Bauten durch schallabweisende Vorbauten, Mauern, hochwuchsiges Grünanlagen usw. schützen müssen.

4. Allgemein wurde ein wesentlich konsequenteres Durchgreifen der Polizei gegenüber Verkehrslärmsündern gefordert. Zu diesem Zweck sollten die Besoldungsverhältnisse der Polizei verbessert werden, damit die vermehrte Einstellung qualifizierter Kräfte möglich ist. Wesentlich erscheint in erster Linie eine laufende gute Zusammenarbeit zwischen Polizei und technischen Kraftfahrzeug-Überwachungsstellen, die auch die Lärmmessungen nach den geltenden Bestimmungen vornehmen können. Der juristische Instanzenweg sollte in Verkehrslärmfragen abgekürzt werden. Es wurde vorgeschlagen, alle zu laut auffallenden Kraft-

fahrzeuge dem zuständigen Technischen Überwachungs-Verein unverzüglich vorführen zu lassen. Für die Lärmmessungen wurden praktikable, einfache Verfahren gewünscht, die eine entsprechende Breitenarbeit gestatten und nicht jede Durchmessung eines Kraftfahrzeuges zu einer wissenschaftlichen Spezialarbeit werden lassen.

5. An die Kraftfahrzeugindustrie wurde der energische Appell gerichtet, mehr als bisher die technisch mögliche Geräuschminderung anzuwenden (insbesondere bei Motorbremsen, Auspuff- und sonstigen reduzierbaren Geräuschen, beispielsweise bei Lkw-Aufbauten). Bei allen Kfz-Typen sollten die Türen leise zu schließen sein. Auch unter Vollast muß das Kraftfahrzeug der Zukunft geräuscharm sein.

6. „Lärmfreie Wochen“ wurden als wenig erfolgversprechend bezeichnet, da ein solches Vorhaben nicht realisierbar ist. Dafür wurden zahlreiche andere Vorschläge gemacht, wie man Verkehrsteilnehmer zu einem leiseren Verhalten erziehen kann.

Dies sind nur einige von zahlreichen Anregungen, die auf der Münchner Tagung gegeben wurden. Der Erfolg in der Lärmbekämpfung steht und fällt mit dem Mut und dem Verantwortungsbewußtsein, mit dem die maßgeblichen Stellen und die Automobilindustrie sich dieses ernstesten Problems annehmen.

DMI

#### 1961: 14 160 Tote durch Verkehrsunfälle

#### 324 642 Personenschadensunfälle — 656 695 Unfälle mit Sachschäden

Das Statistische Bundesamt teilt mit: Im Dezember 1961 ereigneten sich im Bundesgebiet ohne Berlin 25 218 Straßenverkehrsunfälle, bei denen Personen zu Schaden kamen, und 64 285 Unfälle, die nur Sachschaden zur Folge hatten. Bei den Personenschadensunfällen wurden 1300 Menschen getötet und 32 863 verletzt. Im Vergleich zum Dezember 1960 ereigneten sich 3,1 v. H. weniger Unfälle, bei denen Personen zu Schaden kamen. Die Zahl der Verletzten ging um 1,8 v. H. zurück, währenddessen gegenüber dem gleichen Monat des Vorjahres 8,5 v. H. mehr Menschen getötet wurden. Unfälle mit nur Sachschaden wurden 1,7 v. H. mehr als im Dezember 1960 von der Polizei gemeldet.

Damit konnten erste vorläufige Gesamtzahlen für das Jahr 1961 errechnet werden. Im vergangenen Jahr kamen bei 324 642 Personenschadensunfällen 14 160 Menschen ums Leben, einschließlich der innerhalb von 30 Tagen an den Folgen des Unfalls Gestorbenen; 429 536 Personen wurden verletzt. Von der Polizei wurden 656 695 Unfälle, bei denen nur Sachschaden entstand, gemeldet. Auf das starke Ansteigen der Zahl der Unfälle mit Personenschaden in den Jahren 1959 und 1960 (+ 10,6 v. H. und + 6,6 v. H.) ist im Jahre 1961 ein Rückgang um 3,2 v. H. gefolgt. Die Zahl der verletzten Personen verminderte sich um 2 v. H. gegenüber dem Vorjahr. Die Zahl der Getöteten nahm

# Liquirit

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

Die bewährte, wohlausgewogene Kombination auf therapeut. Breite  
Keine Nebenwirkungen

K. P. mit 30 Tabl. DM 2,85 a. U. O. P. mit 60 Tabl. DM 4,80 a. U. / Klinikpackg.

Dr. Graf & Camp. Nachf. Hamburg-Bahrenfeld seit 1889



— allerdings nur sehr geringfügig — um 0,4 v. H. zu. Entgegen der Entwicklung bei Personenschadensunfällen nahmen die Unfälle, bei denen nur Sachschaden entstand, um 7,4 v. H. zu. Die Gesamtzahl der gemeldeten Unfälle war 1961 um 3,6 v. H. größer als die von 1960; der Kraftfahrzeugbestand, der die Entwicklung der Verkehrsdichte allerdings nur unzureichend wiedergibt, erhöhte sich um 9,5 v. H.

#### 4 Millionen Renten

Zu Jahresanfang 1962 gab es in der Arbeiter-Rentenversicherung 5,47 Millionen Renten, in der Angestelltenversicherung 1,92 Millionen Renten. Das sind zusammen 7,39 Millionen Renten. Der monatliche Aufwand dafür beträgt 1,306 Milliarden DM.

Die Zahl der Altersruhegelder beträgt bei der Arbeiterrentenversicherung 2,092 Millionen von insgesamt 3,23 Millionen Versichertenrenten. Das entspricht einem Anteil von 64,2 Prozent. In der Angestelltenversicherung liegt die Ziffer der Altersruhegelder bei 72,4 Prozent. Sie ist mit 755 000 Altersrenten von 1,043 Millionen Versicherungsrenten relativ erheblich größer als in der Arbeiterrentenversicherung.

In beiden Versicherungsrenten liegt die Zahlung der Witwenrenten gegenwärtig bei 2,575 Millionen. Die Zahl der Waisenrenten beträgt noch insgesamt 540 000.

### BUCHBESPRECHUNGEN

**Die ärztliche Aufklärungspflicht vom Standpunkt und aus der Erfahrung des Arztes.** Von Professor Dr. med. Hans Roemer, Tübingen, und

**Grenzen der ärztlichen Aufklärungspflicht aus der Sicht des Juristen.** Von Ministerialrat Dr. jur. Georg Schwalm, Bonn, Verlag C. F. Müller, Karlsruhe, 48 Seiten, kart. DM 5.20. (Heft 50/51 der Juristischen Studiengesellschaft Karlsruhe.)

Das Heft enthält zwei Vorträge, die in den letzten Monaten vor der Juristischen Studiengesellschaft gehalten wurden. Beide Vorträge sind für eine breitere Öffentlichkeit von Interesse, weil sich hier berufene Sachkenner zu einem zwischen Ärzten und Juristen lebhaft umstrittenen Problemkreis aus der Sicht beider Fakultäten äußern. Die Vorträge begnügen sich aber keineswegs damit, jeweils die Auffassungen beider Seiten gegeneinander zu stellen und zu vertreten, wie dies in einer zum Teil leidenschaftlichen Diskussion häufig geschehen ist, sondern sie sind um wechselseitiges Verständnis und darüber hinaus um eine Synthese der beiden Auffassungen bemüht.

Dem Vortrag von Roemer kommt dabei das Verdienst zu, daß er in klarer und allgemein verständlicher Form die Ausgangspunkte des Meinungsstreites aufzeigt und deutlich werden läßt, wie sehr es sich hier im Grunde um einen Interessenkonflikt in der Person des Patienten handelt, bei dem sich Ärzte und Juristen lediglich vom Standpunkte ihrer spezifischen Betrachtungsweise zu Sprechern dieser entgegengesetzten, in sich aber wohl begründeten Interessen machen. Schwalm führt dagegen in die subtile Problematik des Themas ein, zergliedert die in Frage stehenden Fallgruppen und bemüht sich um Vorschläge zur Bewältigung des Problems, die im Ergebnis weitgehend auf eine Abwägung der widerstreitenden Interessen des Patienten an der Heilung einerseits und der Respektierung seiner Willens- und Entscheidungsfreiheit andererseits hinauslaufen.

Für den Arzt, der sich dem Problem der Aufklärungspflicht in der täglichen Praxis gegenübergestellt sieht, enthalten die Vorträge zugleich eine wertvolle Information über die gegenwärtige Rechtsprechung auf dem Gebiete der Aufklärungspflicht. W. Weißauer

**Vom Reichsgesundheitsrat zum Bundesgesundheitsrat.** Ein Beitrag zur Geschichte des deutschen Gesundheitswesens. Von Präsident i. R. Dr. med. K. Glaser, Hamburg, 1960. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 144 Seiten, 6 Bildtafeln, kartoniert DM 12.80. (Schriftenreihe aus dem Gebiete des öffentlichen Gesundheitswesens, Heft 13.)

Der Verfasser gibt zunächst einen gründlichen Überblick über die Entstehungsgeschichte, die Aufgaben und die innere Organisation des Reichsgesundheitsrates, der durch das Gesetz, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, vom 30. Juni 1900 als ständiges Gremium zur Beratung der Reichsverwaltung auf dem Gebiete der Medizinal- und Veterinärpolizei ins Leben gerufen wurde, nachdem bereits im Jahre 1880 das Reichsgesundheitsamt damit begonnen hatte, hohe Medizinalbeamte und anerkannte Sachverständige als außerordentliche Mitglieder zu berufen. Der Verfasser schildert sodann das Wirken des Reichsgesundheitsrates und die Veränderungen in seinen Aufgaben und seiner Organisation in der Zeit von seiner Gründung bis zu seiner stillschweigenden Beseitigung im „Dritten Reich“ und zeigt dabei die inneren Zusammenhänge mit der wechselvollen deutschen Geschichte, aber auch mit den tiefgreifenden soziologischen Umbrüchen und der stürmischen Fortentwicklung der Naturwissenschaften auf. Von aktuellem Interesse sind schließlich die außerordentlich gründlichen Ausführungen über die Bildung, die Aufgaben, die Organisation und das Wirken des Bundesgesundheitsrates, der nun der Bundesregierung für wichtige gesundheitspolitische Fragen, vor allem aber für die Gesetzgebung des Bundes auf dem Gebiete des Gesundheitswesens als beratendes Organ mit der Autorität eines Gremiums unabhängiger Sachverständiger zur Seite steht.

Das Buch ist ein wertvoller Beitrag zur Geschichte des deutschen Gesundheitswesens und der deutschen Gesundheitspolitik; darüber hinaus verdient es vor allem wegen

# Resedorm<sup>®</sup>

Bromfreies, mehrschichtig wirkendes  
Sedativum und Hypnotikum

Liquidum  
Tabletten

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



seines letzten Kapitels unmittelbares standespolitisches Interesse. Die Darstellung gewinnt an Anschaulichkeit erheblich dadurch, daß an vielen Stellen Gesetzesbegründungen und Geschäftsordnungen, aber auch sonstige für das Wirken des Reichs- und des Bundesgesundheitsrates bedeutsame Entschlüsse, Schreiben und Protokolle im Wortlaut oder auszugsweise wiedergegeben werden.

W. Weißbauer

**Burgen und Schlösser in Bayern.** Von Werner Meyer. Verlag: W. Weidlich, Frankfurt a. Main, Staufenstr. 42. 224 Seiten, illustriert, Ganzleinenband DM 16.80.

Wer mit offenen Augen und mit etwas Liebe die Schönheiten unserer bayerischen Heimat ansehen will, dem ist das vorliegende Büchlein eine wertvolle Hilfe beim Betrachten der Burgen und Schlösser in den drei Regierungsbezirken Ober-, Niederbayern und Oberpfalz. Mit bemerkenswerter Gründlichkeit hat der Verfasser — was anhand der beigefügten Karte nachgeprüft werden kann — alles hier Sehenswerte zusammengefaßt, eine meist historische Abbildung beigefügt und erläutert. In knapper und nüchterner Sprache wird hier das historische und bauliche Wissenswerte gesagt. Gerade deswegen ist das Buch besonders demjenigen zu empfehlen, der gerne mehr über Burgen und Schlösser wissen will, die er in Bayern sieht, der aber nicht die Zeit findet, umfangreiche „Führer“ durchzustudieren. Das Büchlein ist so sicher dazu angetan, Kenntnis und Verständnis für die Kostbarkeiten, die Altbayern hier zu bieten hat, zu erweitern und zu vertiefen.

Poellinger, München

**Der Arzt vor dem Richter.** Von Dr. jur. Georg Schulz. Zweite überarbeitete Auflage. Verlag: Schlütersche Buchdruckerei und Verlagsanstalt, Hannover, Georgs-wall 4. 260 Seiten, flexibler Ganzleinenband DM 19.—.

Die erste Auflage des Buches wurde an dieser Stelle 1961/S. 225 durchaus positiv besprochen. Die Nachfrage nach dem Buch ist offenbar so groß gewesen, daß eine zweite Auflage erforderlich wurde. Bei der Überarbeitung wäre es allerdings sehr wünschenswert gewesen, wenn dem Buch noch weitere „Stichworte“ mit entsprechender Erörterung angefügt worden wären. So bleibt dem Buch der Vorhalt nicht erspart, daß zwar ganz am Rande liegende Probleme juristisch angesprochen werden, nicht aber so zentrale Punkte wie z. B. „Belegarzt“. Auch eine etwas systematischere Gliederung wäre für eine weitere Auflage empfehlenswert gewesen. Im ganzen bleibt das Buch jedoch eine dankenswerte Hilfe für den Arzt und für jeden, der mit ärztlichen Rechtsproblemen befaßt ist.

Poellinger, München

**Deutsches Handbuch für Fremdenverkehr.** Band IV mit den Reisegebieten Berlin-West, Niedersachsen, Bremen, Hamburg, Schleswig-Holstein. 17. Ausgabe, 500 Seiten, 2000 Bilder. Verlag Erwin Jaeger, Darmstadt, Holzhofallee 38. Halbleinen DM 15.—.

**Deutsches Handbuch für Fremdenverkehr.** Band I, Württemberg-Baden. 18. Ausgabe, 360 Seiten, 2000 Bilder. Verlag Erwin Jaeger, Darmstadt, Holzhofallee 38. Halbleinen DM 15.—.

Im Auftrag des Bundes Deutscher Verkehrsverbände e. V., und im Zusammenhang mit dem Deutschen Bäderverband e. V., hat der Verlag Erwin Jaeger in Darmstadt wieder die von ihm seit längerer Zeit herausgegebenen Handbücher für Fremdenverkehr auf den neuesten Stand gebracht mit genauen Angaben über Heilbäder und Kurorte, Sanatorien und Heilanstalten, Höhenlage der Ferienorte, Landschulheime, Kindersanatorien und Kinderheime, Jugendherbergen, Bergbahnen, Skilifte und Campingplätze. Ebenso ist ein Abschnitt „Arzt und Patient“ enthalten, so daß man wirklich über alle auftauchenden Fragen auf diesem Gebiet sich bestens orientieren kann.

**„Tanzender Torso“** von Martin Koller. Verlag Harald Boldt, Boppard/Rhein, 407 Seiten, Preis DM 16.80.

Ab und zu — in der Großstadt — begegnet man einem Schwarm junger Menschen, schmal aufgeschossen, kecke

Gesichter, darunter manchmal ein träumerisches — alle bekleidet mit einer adretten blaugrauen Uniform —, es sind junge Flieger, zu einem Kurs kommandiert, mit Ausgang für diesen Abend. Wer als Arzt lange genug gelebt hat, das heißt, die zwei großen Kriege wach und tätig überstanden hat, erschrickt über solchen Anblick und sein Herz wird von Gram bedrückt. Hat er diese jungen Menschen rasch in ihren Bewegungen, übermütig, fast zartgliedrig, nicht schon einmal, zweimal gesehen, gleich als seien das heute die Söhne von gestern und die Enkel von vorgestern, diese so quicklebendig und schnell zupackenden jungen Menschen? Ja, er hat sie gesehen: leben, fliegen und kämpfen; leiden und sterben auch. Und so wird beim Anblick der dritten Generation dieses so seltsam gleichförmigen Menschenschlages — wie aus einer Familie — dem Erfahrenen das Herz schwer, und er kann diese in ihrer fröhlichen Unbekümmertheit jungen Menschen nur mit einer fürsorglichen Zuneigung beobachten. So einer mag es auch im letzten Krieg gewesen sein, der aus der immer gleichen freiwilligen Haltung von anno 1914 zu den Fliegern ging, über Rußland kämpfend abgeschossen wurde, in den Lazaretten litt, den Oberschenkel amputiert bekam, und in harter Schule des Schmerzes lernte ein Mann trotz seiner schweren Verwundung ein ganzer Mensch zu sein. Nun hat sich dieser Mann hingeworfen und angeregt von seinen Erlebnissen ein Buch geschrieben, nicht über seine fliegerischen Leistungen — gar im Sinne von Heldentaten —, sondern er versucht „das Verwundetsein als inneres Erlebnis“ darzustellen. Gewiß, es erscheinen die zum Ablauf der Szenen und Ereignisse notwendigen Personen, Örtlichkeiten, Landschaften, und dabei gelingen dem Autor starke Formulierungen und einprägsame Schilderungen, er zeichnet einige großartige Gestalten, läßt sie durch ihr Tun vor uns lebendig werden, so daß man, bewegt in die eigene Vergangenheit zurückdenkend, zustimmt: Ja, solche gab es auch, Gott sei Dank!

Aber immer wieder kehrt der Autor zu seinem eigentlichen Thema zurück: Zu dem Schmerz, dem er zunächst als seines Ranges bewußter junger Offizier zu trotzen, ihn dann überwältigt brüllend abzuwehren versucht, bis er sich von seinem Bettnachbarn, einem sterbenden Arzt, sagen lassen muß, daß es auf ihn gar nicht ankomme — „kein Hund fragt nach uns“. Und der finster schweigende Bruder des Schmerzes, der Tod, tritt immer wieder heran an ihn, der trotz seines jammervoll zerschossenen Leibes doch leben will. Dieser Kampf geht durch viele Passionen und Stationen, bis der — ja, kann man ohne spöttischen Unterton es schreiben? — doch man kann es — bis der Held dieser Passion zum Schluß zu sich sagen kann: „Ich wurde verwundet, aber die Wunden sind vernarbt, ich werde mein Leben lang behindert sein, aber ich lebe, und hier gehe ich und kann tun, was ich für richtig halte.“ — und voll Dank all derer nicht vergißt, die ihm zu dieser Festigkeit geholfen haben: „Was wäre ich geworden, ohne dieses Mädchen, ohne diese ganze Geschichte?“

Es ist ein gutes Buch geworden (außer dem Titel!), aber es wird wohl kein Bestseller werden, hoffentlich ist der Autor sich darüber im klaren. Es bietet trotz seiner vielen Sensationen — nichts Sensationelles, ist auch kein Hurra-Buch, es macht nachdenklich und erschüttert. Ich meine Psychologen, Theologen sollten dieses Buch lesen, alle, die es mit dem Menschen zu tun haben, wie er in diese merkwürdige Welt hineingestellt ist; denn es gibt Einblicke in eine Schicht menschlichen Erlebens, um welche die Schreibenden gerne herumgehen. Vor allem aber sollten diejenigen es lesen, welche die nächsten an diesem Thema sind: die Ärzte und ihre Gehilfinnen und Gehilfen; denn sie erleben nun in diesem Buche ein Echo auf ihr schweres Tun, auf die schauerliche Welt, in der zu leben und zu wirken sie durch ihren Beruf jahrelang gezwungen waren. Wir schleppen wohl alle Narben aus dieser Welt mit uns herum, und die Bilder aus diesem Inferno mögen uns noch manchmal bedrängen. Wir wollen sie aber nicht verdrängen, sie gehören zu unserem Schicksal, sie sind auch ein Zoll der Treue jenen Menschen gegenüber, deren Leiden und Sterben wir miterlebt haben; der sterbende Kollege des Buches soll nicht recht haben: „Kein Hund fragt nach uns“ — kein Hund wohl, aber euere Angehörigen, die fragen auch heute noch nach euch und auch euere Ärzte.

Dr. Sondermann



## KONGRESSE UND FORTBILDUNG

### Bund der Deutschen Medizinalbeamten

Der 12. Wissenschaftliche Kongreß des Bundes der Deutschen Medizinalbeamten findet vom 6.—8. 6. 1962 in Aachen statt. Thema: Der Amtsarzt und die neue Gesetzgebung auf dem Gesundheitssektor. Auskunft: Med.-Dir. Dr. Kläb, MPH, Fürth/Bayern, Blumenstraße 22.

### Deutscher Kongreß für ärztliche Fortbildung

In Berlin findet in der Zeit vom 13.—17. 6. 1962 der 11. Deutsche Kongreß für ärztliche Fortbildung statt. 1. Tag: Tag der Schweizer Fakultäten. 2. Tag: Coronarsklerose und Myocardinfarkt. 3. Tag: Essentielle Hypertonie. 4. Tag: Krebsprobleme/Isotopenanwendung in der prakt. Medizin. 5. Tag: Ernährung/Laboratoriumsdiagnostik. Auskunft: Kongreßgesellschaft für ärztl. Fortbildung e. V., Berlin-Steglitz, Klingsorstr. 21.

### 65. Deutscher Ärztetag

In Norderney findet vom 18.—23. 6. 1962 der 65. Deutsche Ärztetag statt. Der Ablauf der Tagung ist aus den „Ärztlichen Mitteilungen“ zu ersehen. Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstr. 1.

### Allgäuer Tuberkulose-Fortbildungskurs

In der Kinderheilstätte Wangen im Allgäu findet vom 6.—8. 7. 1962 der 9. Allgäuer Tuberkulose-Fortbildungskurs statt. Auskunft: Kinderheilstätte Wangen im Allgäu.

### Bayerische Chirurgen-Vereinigung

Die 39. Tagung der Bayerischen Chirurgen-Vereinigung findet vom 20.—21. 7. 1962 in München im Hörsaal der Chirurgischen Univ.-Klinik statt. Hauptthemen: Die Chirurgie des Unfalls. Kinderchirurgie ohne Spezialthema. Chirurgie und Orthopädie der Skelettmißbildungen. Auskunft: Prof. Dr. A. Oberniedermayr, Univ.-Kinderklinik München, Lindwurmstr. 4.

### Österreichische Ophthalmologische Gesellschaft — Vereinigung Bayerischer Augenärzte

Gleichzeitig mit der Feier zum 150jährigen Bestehen der ersten Wiener Univ.-Augenklinik wird die 7. Jahreshauptversammlung der Österreichischen Ophthalmologischen Gesellschaft vom 1.—3. 6. 1962 in Wien stattfinden, gemeinsam mit der Tagung der Vereinigung Bayerischer Augenärzte. Auskunft: Dozent Dr. med. F. Schwab, Wien IX, Alserstr. 4, I. Univ.-Augenklinik.

Eine Ausstellung „150 Jahre Wieger Augenheilkunde“ wird vom Max-Neuburger-Institut für Geschichte der Medizin in Wien (Wien 9, Mähringer Straße 25) veranstaltet, in Verbindung mit der 1. Universitäts-Augenklinik (Vorstand: Professor Dr. A. Pilot), der 2. Universitäts-Augenklinik (Vorstand: Prof. Dr. J. Böck) und der Universitäts-Augenklinik in Graz (Vorstand: K. Hruby) anlässlich der Begründung der ersten Augenklinik der Welt in Wien. Die Ausstellung wird bei der Tagung der 7. Jahreshauptversammlung der Österreichischen Ophthalmologischen Gesellschaft und der Tagung Bayerischer Augenärzte (vom 1. bis 6. Juni 1962) eröffnet. Sie wird bis zum 30. Juni 1962 zusehen sein.



Die Patientin M. G., Innenarchitektin, 26 Jahre, klagte seit Monaten über allgemeine innere und äußere Unruhe, Angstgefühl und Schwindelzustände. Außerdem bestanden auch zeitweise stechende Schmerzen in der Herzgegend, die jedoch nicht von körperlicher Belastung abhingen und vorwiegend nachts auftraten.

Der Schlaf war unruhig und oft erheblich gestört. Objektiv ließ sich keine organische Krankheit feststellen. Untersuchungsbefund, Laboratoriumsergebnisse und das EKG waren normal. Eine vegetative Dystonie, verstärkt durch familiäre Spannungen, war unverkennbar.

Mit 3 mal 1 Dragee ATOSIL täglich gelang es schnell, die subjektiven Beschwerden wesentlich zu bessern. Schlafstörungen und »Herzschmerzen« verschwanden, die Patientin ist jetzt ruhig und seelisch ausgeglichen.

# Atosil®







## sind kein Problem -

für den LAVAMAT, den AEG-Vallautomat van höchster Präzision, den sich jede Frau wünscht.

Trammel und Laugenbehälter aus EDELSTAHL „rostfrei“ • bis 10 Pfund Wäsche • Zwei-Laugen-Verfahren • automatische Waschmittelspülung • beleuchtete Schalterblende • 3 wählbare Waschprogramme mit Spezialprogramm für Kunstfasern und Walle • AEG-Therma-Chron-Steuerung, die „denkende“ Waschautomatik • auch frei aufstellbar • empf. Preis ab 1980,- DM zahlbar auch in 24 Monatsraten.

Unverbindliche Verführung überall beim guten Fachhandel. Prospekte erhalten Sie gegen Einsendung des Coupons.

# AEG

# LAVAMAT

Erbilte Prospekte über AEG-Waschautomaten

Nome .....

Ort ( ) .....

Straße .....

An das  
AEG-Wasch-  
automaten-Werk  
Abteilung L 112  
Nürnberg  
Postfach 180

### Internationaler Lehrgang für praktische Medizin

In der Zeit vom 4.—16. 6. 1962 findet in Grado der 10. Internationale Lehrgang für praktische Medizin der Bundesärztekammer statt. Gesamthema: „Zeitkrankheiten von heute“. Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.

### Deutsche Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs-, Versorgungs- und Verkehrsmedizin e. V.

Vom 4.—7. 6. 1962 tagt in Bad Godesberg die Deutsche Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs-, Versorgungs- und Verkehrsmedizin e. V. Rahmenthemen: Die soziale Bedeutung der Hand (die Hand als Greiforgan). Herzinfarkt und seine Bedeutung als Schädigungsfolge, als Berufsunfähigkeits- und als Unfallursache. Krebs als Unfall- und Schädigungsfolge, verkehrsmedizinische Situation im umgebenden Ausland. Neue verkehrsmedizinische Forschungsergebnisse. Auskunft: Prof. Dr. R. Herget, Essen, Henricistr. 92.

## KONGRESSKALENDER

### Mal 1962:

- 13.—19. 5. in München: Weltkongreß für Gastroenterologie. Auskunft: Kongreßbüro Erlangen, Krankenhausstraße 12.
- 20.—23. 5. in Bad Homburg v. d. H.: Kongreß der Arbeitsgemeinschaft der Laboratoriumsärzte Deutschlands. Auskunft: Dr. Grth, Gießen 2, Postfach 2067.
- 23.—26. 5. in Bad Homburg v. d. H.: Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Bluttransfusion. Auskunft: Dr. med. G.-W. Grth, Postfach 2067, Gießen 2.
- 26.—30. 5. in Wien: 3. Internationaler Kongreß für Hygiene und Präventivmedizin. Auskunft: Med.-Rat Dr. Ernst Musil, Generalsekretariat der Internationalen Föderation für Hygiene und Präventivmedizin, Wien XV, Mariahilferstraße 177.
- 29.—30. 5. in Regensburg: 12. Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Medizinischen Arbeitsgemeinschaft für Herdforschung und Herdbekämpfung. Auskunft: Prof. Dr. Hatte mer, Gausalgesheim/Rheinheasen, Ingelheimer Straße 75

### Mal/Juni 1962

- 31. 5.—1. 6. in Regensburg: Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung. Auskunft: Sekretariat der ärztlichen Fortbildungskurse Regensburg, Regensburg, Altes Rathaus.
- 31. 5.—2. 6. in Heidelberg: Kongreß der Südwestdeutschen Tuberkuloseärzte. Auskunft: Prof. Dr. K. Schla pper, Sanatorium Eberbach, Kreis Heidelberg.
- 31. 5.—2. 6. in Krefeld: Deutsche Gesellschaft für die ästhetische Medizin und ihre Grenzgebiete. Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. H. Greven, Hals-Nasen-Ohren-Klinik der Städt. Krankenanstalten Krefeld.
- 31. 5.—3. 6. in Nürnberg: Diagnostik-Kurs (D-Kurs) der ärztl. Forschungs- und Arbeitsgemeinschaft für Chiropraktik (FAC). Auskunft: Sekretariat der FAC, Hamm/Westf., Am Markt 1.

### Juni 1962

- 1.—3. 6. in Wien: 7. Jahreshauptversammlung der Österreichischen Ophthalmologischen Gesellschaft, gemeinsam mit der Tagung der Vereinigung bayer. Augenärzte. Auskunft Dozent Dr. F. Schwab, Wien 9, Alserstraße 4, I. Universitätsaugenklinik.
- 4.—7. 6. in Bad Godesberg: Tagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs-, Versorgungs- und Verkehrsmedizin e. V. Auskunft: Prof. Dr. R. Herget, Essen, Henricistraße 92.



- 4.—15. 6. in Schloßgut Neutrauchburg: Einführungslehrgang in die Manual-Therapie (Wirbelsäule und Extremitäten). Auskunft: Sekretariat der MWE, Schloßgut Neutrauchburg über Isny/Allgäu.
- 4.—16. 6. in Grado: 10. Internationaler Lehrgang für praktische Medizin. Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstr. 1.
- 6.—8. 6. in Aachen: 12. Wissenschaftlicher Kongreß des Bundes der Deutschen Medizinbeamten. Auskunft: Medizinalldirektor Dr. Kläß, MPH, Fürth/Bayern, Blumenstraße 22.
- 12.—14. 6. in Hamburg: 7. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung. Auskunft: Institut für Sexualforschung an der Universität Hamburg, Hamburg 20, Martinistraße 52.
- 12.—15. 6. in Köln: 46. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Pathologie. Auskunft: Prof. Dr. A. Terbrüggen, Pathol. Institut der Städt. Krankenanstalten Bielefeld.
- 13.—17. 6. in West-Berlin: 11. Deutscher Kongreß für ärztliche Fortbildung. Auskunft: Kongreßgesellschaft für ärztliche Fortbildung e. V., Berlin-Steglitz, Klingsorstraße 21.
15. 6. in Stuttgart: Arbeitstagung der Deutschen Vereinigung zur Förderung der Körperbehindertenfürsorge. Auskunft: Geschäftsstelle der Dtsch. Vereinigung z. Förderung der Körperbehindertenfürsorge, Heidelberg-Schlierbach, Wielandheim.
- 17.—30. 6. in Freudenstadt: Sportärztelehrgang. Auskunft: Städtische Kurverwaltung Freudenstadt/Schw. w.
- 18.—23. 6. in Norderney: 65. Deutscher Arztetag. Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
- 22.—23. 6. in Karlsruhe: Tagung der Deutschen Gesellschaft für Arzneipflanzenforschung. Auskunft: Dr. K. Schär, Münster, Hiltorfstraße 56.
- 23.—24. 6. in Innsbruck: Kneippärztliches Wochenende. Auskunft: Frau M. Jesernik, Medizinische Univ.-Klinik, Innsbruck
- 23.—24. 6. in Stuttgart: Kongreß der Süddeutschen Kinderärzte. Auskunft: Professor Dr. E. Grundler, Städt. Kinderklinik, Stuttgart-N., Türlienstraße 22.
- 25.—30. 6. in Innsbruck: Einführungskurs in die Hämatologie mit praktischen Übungen. Auskunft: Frau M. Jesernik, Medizinische Univ.-Klinik, Innsbruck.
- 25.—30. 6. in Hamm/Westf.: Einführungslehrgang in die manuelle Extremitäten-Therapie (ärztl. Osteopathie). Auskunft: Sekretariat der FAC, Hamm/Westf., Am Markt 1.

## Juni/Juli 1962

30. 6.—1. 7. in Bad Homburg v. d. H.: 9. Arbeitstagung der Deutschen Gesellschaft für Zellulärtherapie. Auskunft: Dr. R. Thoma e, Frankfurt a/M., Savignystraße 30.

## Juli 1962:

- 20.—21. 7. in München: 39. Tagung der bayerischen Chirurgen-Vereinigung. Auskunft: Prof. Dr. B. Fick, München 19, Hubertusstraße 1
- 23.—28. 7. in Moskau: 8. Internationaler Krebskongreß. Auskunft: Arbeitsgemeinschaft für Krebserkennung und Krebsbekämpfung, München 23, Königinstraße 85/111.
- 24.—31. 7. in Scheveningen: Kongreß der Internationalen Vereinigung für Kinderpsychiatrie. Auskunft: Generalsekretariat der Vereinigung, Dr. van der Broek, Holland Organizing Center, Lange Voorhout 16, Den Haag, Niederlande.

## August 1962

- 13.—24. 8. in Schloßgut Neutrauchburg: Einführungslehrgang in die Manual-Therapie. Auskunft: Sekretariat der MWE, Schloßgut Neutrauchburg über Isny/Allgäu.



“ Der Patient M. K., Arbeiter, 64 Jahre, leidet seit vielen Jahren an einer chronischen Emphysebronchitis mit asthmoider Komponente. Subjektiv bestehen stärkere Atembeschwerden bei leichter körperlicher Belastung, zeitweise auch in Ruhe, ebenso bei Witterungswechsel und in der feuchten Jahreszeit. Anfälle von Atemnot und quälendem Reizhusten führten bei dem Patienten zu erheblichen Schlafstörungen.

Unter ständiger ATOSIL-Behandlung mit 4 mal 1 Dragee täglich und 1 ATOSIL-Zäpfchen vor dem Schlafengehen, ließ sich eine nachhaltige Besserung besonders der asthmatischen Komponente erzielen.

Atemnot und Hustenanfälle gingen zurück, der Schlaf wurde ruhiger, und der Patient war wieder voll arbeitsfähig.

# Atosil®





## August/September 1962

20. 9.—1. 9. in Meran: 11. Internationaler Lehrgang für praktische Medizin. Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstr. 1.
26. 9.—1. 9. in Karlsruhe: 14. Deutsche Therapie-Woche. Auskunft: Dr. med. P. Hoffmann, Karlsruhe, Kaiserallee 30.
29. 9.—4. 9. in Padua: 12. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Stimm- und Sprachheilkunde. Auskunft: Dr. C. Croatto-Martinoili, Villa Bergamo Nr. 10, Padua.

## September 1962:

- 1.—14. 9. in Madonna di Campiglio (Brenta Dolomiten): 1. Lehrgang des Deutschen Sportärztebundes im Sommerbergsteigen. Auskunft: OMR Dr. med. Friedrich, München 23, Wilhelmstraße 16.
- 2.—5. 9. in München: 3. Internationaler Kongreß des Collegium Internationale Neuropsychopharmacologicum. Auskunft: Professor Dr. F. Flügel, Univ.-Nervenklinik, Erlangen, Schwabachanlage 10.
- 3.—7. 9. in Wien: 1. Europäischer Kongreß für Anästhesiologie. Auskunft: Prof. Dr. E. Philipp, Kiel, Universitäts-Frauenklinik.
- 5.—8. 9. in München: 7. Internationaler Kongreß für innere Medizin. Auskunft: Sekretariat des VII. Internationalen Kongresses für innere Medizin, Wiesbaden, Schwalbachstraße 62.
- 7.—9. 9. in Passau: 15. Bayerischer Ärztetag, Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, München 23, Königinstraße 85.
- 9.—14. 9. in Bad Godesberg: Fortbildungskura (Kurs A) des Deutschen Zentralvereins Homöopathischer Ärzte e. V. Auskunft: Dr. W. Drinneberg, Mülheim/Ruhr, Maxstraße 19.
- 9.—13. 9. in München: 102. Tagung der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte. Auskunft: Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte, Bonn, Meckenheimer Allee 168.
- 9.—14. 9. in Bad Godesberg: 26. Internationaler Kongreß für homöopathische Medizin. Auskunft: Dr. W. Schwarzhaupt, Köln/Rhein, Sachsenring 73.
- 10.—14. 9. in Bad Godesberg: 114. Jahresversammlung des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte e. V. Auskunft: Dr. W. Drinneberg, Mülheim/Ruhr, Maxstraße 19.
- 10.—15. 9. in Freudenstadt: Atemtherapie-Seminar und Atemmassage-Lehrgang. Auskunft: Dr. V. Glaser, Freudenstadt, Straßburger Straße 25.
- 10.—17. 9. in Westerland/Sylt: 17. Ärztliches Seminar für Meereshelkunde. Auskunft: Universitätsinstitut für Bioklimatologie und Meereshelkunde, Westerland/Sylt.
- 11.—17. 9. in Leiden/Holland: 22. Internationaler Kongreß über physiologische Wissenschaften. Auskunft: Dr. J. van Noordwijk, Polderweg 20, Amsterdam-O.
- 15.—22. 9. in Freudenstadt/Schwarzwald: Diagnostik-Kura (D-Kurs) der Ärztlichen Forschungs- und Arbeitsgemeinschaft für Chiropraktik (FAC). Auskunft: Sekretariat der FAC, Hamm/Westf., Am Markt 1.
- 19.—22. 9. in München: 50. Kongreß der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft. Auskunft: Prof. Dr. M. Lange, Deutsche Orthopädische Gesellschaft, München 9, Harlachinger Straße 12.
- 20.—23. 9. in Salzburg: 4. Internationaler Kongreß der praktischen Ärzte. Auskunft: Sekretariat des Kongresses, Oelde/Westf., Langestr. 21a.
- 21.—23. 9. in Augsburg: 30. Vortragreihe der „Augsburger Fortbildungstage für Praktische Medizin“. Auskunft: Ärztlicher Kreisverband Augsburg, Augsburg, Schäßlerstraße 19.
- 24.—30. 9. in Garmisch-Partenkirchen und Innsbruck: 9. Internationaler Konvent für Vitalstoffe, Ernährung, Zivilisationskrankheiten. Auskunft: Internationale Gesellschaft für Nahrung- und Vitalstoffforschung e. V., Hannover-Kirchrode, Bemeroder Straße 61.
- 27.—29. 9. in Tübingen: Jahresversammlung der Deutsch-Englischen Ärztevereinigung (Anglo German Medical Society) mit einem Symposium über „Wiederbelebung nach Vergiftungen sowie nach Schock und Kollaps“. Auskunft: Dozent Dr. Griesser, Chirurgische Universitäts-Klinik, Tübingen, Postfach 161.
- 29.—30. 9. in Bad Wiessee: 10. Fortbildungskurs in Praktischer Medizin. Auskunft: Dr. K. Neresheimer, Bad Wiessee, Adrian-Stoop-Straße.

**Richtigstellung.** In dem Aufsatz „Dr. Hans Hartlieb“ (Bayer. Ärzteblatt, 1962/4) muß es auf Seite 222, Spalte 1, richtig heißen: „... über Betreiben des Vater Albrechts, Herzog Ernst ...“ und „Herzog Albrecht vermählte sich in zweiter Ehe ...“. Auf Seite 226, 2. Spalte, soll es heißen: „Ich wans hartlepp doctor etc. bekenn öffentlich mit dißem bryff ...“. Dr. Koerting.

## Bellagenhinweis

Dieser Ausgabe liegen Prospekte folgender Firmen bei:

Klinge, München 23  
Dr. R. Reiss, Berlin  
Merckle, Bielebeuren  
Dr. F. Sasse, Berlin  
Adenylchemie, Stuttgart  
Chem. Fabrik v. Heyden, München  
Chem. Werke Albert, Wiesbaden  
Schaper & Brümmer, Salzgitter

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, München 23, Königinstraße 85/111. Schriftleiter: Dr. med. Willy Reichstein, München 9, Lucile-Grahn-Straße 41. Die Zeitschrift erscheint monatlich.

Bezugspreis für Nichtmitglieder der Ärztlichen Kreisverbände in Bayern DM 2,40 vierteljährlich, zuzügl. Zustellgebühr. Postscheckkonto Nr. 52 52 Amt München, Bayer. Landesärztekammer (Abt. Bayer. Ärzteblatt). Anzeigenverwaltung: Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler, 9 München 15, Sonnenstraße 29, Telefon-Sammel-Nr. 55 80 81, Fernschreiber 05 23662, Telegrammadresse: Gablerpreß. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharfing, München. Druck: Richard Pflaum Verlag, München. Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrokopie sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten.

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

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

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

**Patentex**

mechanischer —  
chemischer — antiseptischer Schutz

PATENTEX GMBH FRANKFURT/MAIN



...die Erdrinde besteht zu  
etwa 50% aus Kieselsäure

## Kolloidale Kieselsäure

in feinsten Dispersion  
ist ein wesentlicher Bestandteil der

# PIOZWO HEILSALBE

und des

# PIOZWO WUNDPUDERS

Klinisch erprobt und bewährt bei:

Ekzemen versch. Genese,  
eiternden und schlecht  
heilenden Wunden,  
Portio-Erosionen,  
Hämorrhoiden,  
Intertrigo,  
Ulcus cruris



FEBENA · KÖLN

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, 8 München 42

**Privatnervenklinik Gauting**  
Bergstraße 50

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

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

## Pianos - Flügel

Kleinklaviere - Cembali  
Bis zu 40 Monatsraten

## Pianohaus Lang

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

## Mikroskope

Für alle Zwecke!

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



OPT. INSTITUT G. K. E. SCHRÖDER  
HAMBURG 24 · DAMMFORSTWEG 22

# ZOLGHADAR



Teppiche  
aus  
Persien

MÜNCHEN · MAXIMILIANSTR. 33



„ Der Patient W. H.,  
Student, 23 Jahre, hatte vor zwei  
Jahren ein Ulcus duodeni. Eine  
kürzliche Röntgenkontrolle ergab  
erneut eine frische kleine Ulcusnische  
im Bulbusbereich. Abgesehen von  
den charakteristischen Magen-  
beschwerden bestand bei dem  
Patienten das Bild einer mäßigen  
neurovegetativen Übererregbarkeit,  
weitgehend bestimmt durch innere  
Spannungen, die mit Studium  
und Examen zusammenhängen.

4 mal 1 Dragee ATOSIL täglich  
bewirkte eine weitgehende Ruhig-  
stellung mit rascher Besserung  
des Allgemeinbefindens, die auch  
die Heilung des Ulcus duodeni  
außerordentlich

günstig beeinflusste.

# Atosil®



VF-AT-0049 c



## STELLEN ANGEBOTE

Am Kreis Krankenhaus Vohenstrauß/Opf. (Neubau 120 Betten), ist ab sofort die Stelle des

### 1. Assistenten (Oberarzt)

möglichst mit einem Facharzt für Chirurgie zu besetzen der in der Lage ist, den Chefarzt zu vertreten. Geboten werden Verg.-Gr. I BAT, die gesetzliche Vergütung für geleisteten Bereitschaftsdienst, Assistenzgebühren sowie Nebeneinnahmen von ca. 250.— DM monatlich. Als Wohnung steht ein komfortables Einfamilienhaus (4 Zimmer, Küche, Bad, Ölheizung, Garten) zur Verfügung. Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen, werden an das Landratsamt Vohenstrauß/Opf. (8483) erbeten.

Im Kreis Krankenhaus Neustadt an der Waldnaab (Allgemeinkrankenhaus mit 112 Betten) ist ab 1. Juli 1962 die Stelle des

### 1. Assistenzarztes (Oberarzt)

zu besetzen. Der Bewerber muß in der Lage sein, den Chefarzt auf dem chirurgischen und frauenärztlichen Sektor des Krankenhauses selbstständig zu vertreten (Facharzt für Chirurgie). Vergütung erfolgt nach TO A II, 200 DM Pauschalvergütung für Bereitschaftsdienst und Nebeneinnahmen über den Chefarzt.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbeten an das Landratsamt Neustadt a. d. Waldnaab, Postleitzahl 8482

Beim internen Kreis Krankenhaus Dentenhofen (Nähe München) ist zum 1. 8. 1962 die Planstelle eines

### Assistenzarztes(-ärztin)

zu besetzen. Vergütung nach Verg.-Gr. III/II, je nach Ausbildung, zuzügl. Bereitschaftsdienstentschädigung, Unterkunft (für Ledige) und Verpflegung im Hause möglich.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen an Landratsamt Dachau.

Für neu zu eröffnendes Krankenhaus (200 Betten) in Lindenberg bei Lindau/Bodensee werden für die chirurg. Abteilung zum 1. 10. 1962

### zwei Assistenzärzte (-ärztinnen)

mit und ohne Facharztanerkennung gesucht. Vergütung nach Vereinbarung. Wohnungen vorhanden. Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbet. unt. MF 71157 über CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH, München 2, Karlsplatz 13.

Für extrapulmonale Tbc-Heilstätte, 130 Betten, wird ein

### junger Arzt oder Medizinalassistent(in)

gesucht. Geboten werden 2 Zimmer, Küche, Balkon, sowie nach Abzug von freier Station, Steuern und Krankenkasse ein Nettogehalt von DM 700.—. Zuschriften erb. unter 331/599 über CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH., München 2, Karlsplatz 13.

Das Städt. Krankenhaus Wasserburg am Inn sucht für die chirurgische und gynäkologische Abteilung einen

#### Assistenzarzt

der in der Lage ist, den Chefarzt zu vertreten. Gehalt nach BAT 1 und Nebeneinnahmen durch Bereitschaftsdienst, Gutachten und Chefarztvertretung. Schöne 4-Zimmer-Wohnung sofort beziehbar. Bewerbungen erbeten an Chefarzt Dr. Döderlein, Städt. Krankenhaus, Wasserburg am Inn.

### Wissenschaftl. Assistentenstelle

am Anatomischen Institut der Universität Erlangen-Nürnberg ab 1. 8. oder 1. 9., spätestens ab 1. 10., neu zu besetzen. Bewerbungen mit Unterlagen sind einzureichen an den Direktor.

Inhaber einer neuen Privatklinik bietet einem

#### Facharzt für Chirurgie

eigene chirurgische Abteilung (Operationsräume und Belegbetten) sowie Wohnung und Praxisräume. Niederlassungsmöglichkeit unter sehr günstigen Verhältnissen. Zuschriften erbeten unter 331/599 über CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH, München 2, Karlsplatz 13.

Beim Kreis Krankenhaus Landshut-Achdorf (276 Betten) ist eine

### Assistenzarzt-Planstelle

auf der inneren Abteilung (114 Betten) zu besetzen. Gute Ausbildungsmöglichkeit. Volle Anerkennung für die Facharzt Ausbildung. Vergütung nach BAT III, Ortsklasse A. Bewerbungen erbeten an Landkreisverwaltung — Landratsamt Landshut, Altstadt.

Die LVA Schwaben, Augsburg, sucht für ihre Heilstätte Wasach bei Oberstdorf/Allgäu (konservative Lungenheilstätte) zum baldmöglichsten Eintritt einen

### Assistenten

Erwünscht ist eine gute Ausbildung in allgemeiner Medizin. Die Tätigkeit wird voll zur Facharztanerkennung angerechnet. Die Vergütung erfolgt nach BAT II; Bereitschaftsdienst wird abgeolten.

Kleinapartment bzw. 3-Zimmer-Wohnung mit Küche und Bad für Verheiratete ist vorhanden.

Bewerbungen mit entsprechenden Unterlagen erbiten wir baldmöglichst an die Personalabteilung der LVA Schwaben, Augsburg, An der Dlaun Kappe 18.

In Pfronten-Ried/Allgäu (Höhenlage 900 m, Winter- und Sommer-saison) werden am Krankenhaus St. Vinzenz (Allgem. Krankenhaus mit 140 Betten) gesucht:

per sofort **2 Medizinalassistenten(innen) für Chirurgie**

bis 1. Juli **1 chirurgischer Assistenzarzt**

Gute Bezahlung (Caritastarif mit Erhöhung und Zuschuß des Chefarztes) und Verpflegung. Bewerbungen an die Verwaltung des Krankenhauses.

### Assistenzarzt (-ärztin)

für Kreis Krankenhaus Kipfenberg (Altmühlal) gesucht. Vergütung nach TO A III.

Ein Jahr wird für die chirurgische Facharzt Ausbildung angerechnet.

Unter Umständen wird statt dessen ein Medizinal-Assistent (Assistentin) eingestellt, zu dessen Ausbildung in Chirurgie und Gynäkologie/Geburtshilfe das Krankenhaus ermächtigt ist. Angebote und Anfragen an Landratsamt Eichstätt, 8933 Eichstätt, erbeten.

Für die chirurgische Abteilung des neu erbauten Kreiskrankenhauses Lauf a. d. Pegnitz (17 km östlich Nürnbergs), das voraussichtlich zum 1. August 1962 bezogen wird, werden gesucht:

### 1 Stationsarzt, 2 Assistenzärzte

Erwünscht sind Kenntnisse in der endotrachealen Narkose. Vergütung erfolgt — je nach Ausbildungsstand — nach Gruppe II bzw. III LKAT Bayern. Dienstbereitschaft und Gutachter-tätigkeit werden besonders vergütet. Für verheiratete Bewerber kann Wohnung gestellt werden.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen an das Landratsamt Lauf a. d. Pegnitz erbeten.

Für das Kreis Krankenhaus Pfarrkirchen/Ndb. mit 160 Betten wird ab sofort

### ein Assistenzarzt(-ärztin)

gesucht.

Bei freier Verpflegung Vergütung nach LKr. AT III, nach ein-jähriger Tätigkeit im Hause LKr. AT II.

Bewerbungen mit Lebenslauf, Zeugnisabschriften und Licht-bild erbeten an das Landratsamt Pfarrkirchen.

Beim Bayerischen Landesinstitut für Arbeitsmedizin — Zweig-stelle Nürnberg — ist die Stelle eines

### Gewerbearztes

sobald zu besetzen.

Im Rahmen des gesetzlichen, gesundheitlichen Arbeitsschutzes sind vor allem gewerbearztliche Gutachten zu erstatten. Erhebungen an Arbeitsplätzen und -Einrichtungen sowie Über-wachungsuntersuchungen im nordbayerischen Raume vorzu-nehmen.

Gefordert wird mehrjährige ärztliche Tätigkeit;

Bewerber mit internistischer Vorbildung werden bevorzugt. Alter nicht über 35 Jahre. Erwünscht sind Bewerber mit Amts-arzt-Examen (Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst) und arbeitsmedizinischen Kenntnissen.

Geboten wird zunächst Vergütung nach Verg.-Gr. III BAT, spätere Übernahme in das Beamtenverhältnis (A 13, Regie-rungsmedizinrat) möglich.

Bewerbungen mit ausführlichem Lebenslauf, Abschriften der Zeugnisse über die berufliche Ausbildung und Tätigkeit sowie Lichtbild an

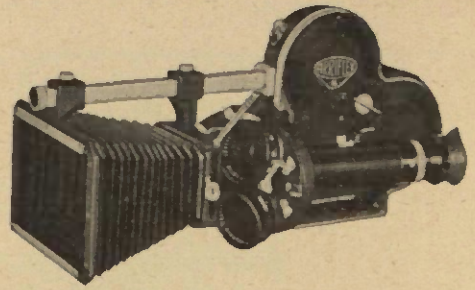
Bayerisches Landesinstitut für Arbeitsmedizin, München 13, Winzerstraße 9, erbeten.



# HEINZ ROSSKOPF

DOKUMENTAR- U. KULTURFILM-PRODUKTION  
NÜRNBERG · HASLERSTRASSE 24 · TELEFON 4 97 82

Herstellung von Dokumentationsfilmen für Kongresse,  
Archive, und Beweissicherung  
Erfahrungen im OP, FS-Studio und Atelier



## Am Hygienischen Institut der Stadt Nürnberg

(Vorstand: Medizinalkollegium Prof. Dr. Schäfer) sind in den nächsten Monaten

### zwei Assistenzarztstellen

zu besetzen, und zwar

**im bakteriologisch-serologischen Labor und  
im Blutspendedienst und Blutgruppenlabor**

Die jeweilige Tätigkeit ist im Rahmen der Ausbildung zum Facharzt für Laboratoriumsdiagnostik anrechenbar. Bezahlung entsprechend Vorkenntnissen nach Vergütungsgruppe III oder II BAT (Ortsklasse S); spätere Aufstiegsmöglichkeit.

Bewerbungen mit Lebenslauf, Lichtbild und Abschriften der Ausbildungs- und Stellenzeugnisse ab sofort erbeten an

Stadt Nürnberg – Personalamt.

## Augenarzt

der aus Altersgründen der bayerischen Ärzteversorgung nicht beitreten konnte, wird Praxis-tausch mit einem Kollegen in Württemberg geboten. Eine Altersversorgung wird dort eingerichtet. Zuschriften erbeten unt. 331/591 an **CARL GABLER, WERBEGESELLSCHAFT MBH, München 2, Karlsplatz 13**

## Alteingeführte Landpraxis

Nähe Nürnberg mit Anstalt und 600 Betten, krankheitshalber abzugeben. Zuschriften erbeten unter 331/597 über **CARL GABLER, WERBEGESELLSCHAFT MBH, München 2, Karlsplatz 13**

Mittlere

Allgemeinpraxis

ohne oder mit Teil-Inv. und mit 3- bis 4-Zimmer-Wohnung mit Zubehör, sofort oder später zu übernehmen

gesucht.

Abl. nach Vereinb. Offerten unt. **NX 50438 über CARL GABLER, WERBEGESELLSCHAFT MBH, Nürnberg 2, Königstraße 23**

Ab 1. Juli oder früher sucht ein verwitweter, kinderloser Arzt (52)

## eine Dame

(evtl. Arzttwitwe), die gewillt ist, in Haushalt u. Praxis tatkräftig mitzuhelfen. Praxis in Nürnberg. Hausangestellte vorhanden. Angebote erbeten unter 331/608 über **CARL GABLER, WERBEGESELLSCHAFT MBH, München 2, Karlsplatz 13**

## Erholungsheim

evtl. als Kursanatorium oder kl. Klinik geeignet, in ruhiger, bester Lage eines oberbayerischen Luftkurortes und Wintersportplatzes zu verpachten.

Mehrere Tagesräume, Einzel-, Doppel- und 3-Bett-Zimmer, ausreichende Wirtschaftsräume, Liege- u. Spielwiese, schattiger Garten. Kapazität 30–35 Betten. Zuschriften unt. **HG 4075 über CARL GABLER, WERBEGESELLSCHAFT MBH, München 2, Karlsplatz 13.**

## Alteingesessene Allg. Praxis in obb. Kreisstadt

(alle Mittelschulen) (nach Todesfall)

bestens eingerichtet, in mod. Räumen, günstig in Mietverhältnis abzugeben.

Zuschriften erbeten unter 331/596 über **CARL GABLER, WERBEGESELLSCHAFT MBH, München 2, Karlsplatz 13**

## Praxisräume

i. Zentr. Münchens, ca. 120 qm, modern renoviert mit Einrichtung an Intern. oder Prakt. gegen Ablösung abzugeben. Zuschriften erb. unt. 331/600 über **CARL GABLER, WERBEGESELLSCHAFT MBH, München 2, Karlsplatz 13.**

*Cor-Vel*  
liquidum

NEOS-DONNER KG., BERLIN SO 34



## Die Nordmark-Werke G. m. b. H. Hamburg

Werk Uetersen/Holstein

suchen für den Besuch von Kliniken und niedergelassenen Ärzten

## Arzt, Apotheker oder Chemiker

mit fachlicher Eignung als wissenschaftlicher Mitarbeiter im Außendienst.

Interessenten werden gebeten, Bewerbungen mit handgeschriebenem Lebenslauf, Zeugnisabschriften, Lichtbild und Gehaltsansprüchen einzureichen.

### Medizinalassistentin

25 J., bisher 4 Monate Innere, sucht ab 1. 9. 62 gute Ausbildungsmöglichkeit auf chirurg. oder gyn. Abteilung in München od. näherer Umgebung. Angeb. unter **MT 81 545 über CARL GABLER, WERBEGESELLSCHAFT MBH, München 2, Karlsplatz 13.**

### Räume für Arztpraxis

sind zu vermieten. Im Hause befinden sich bereits ein prakt. Arzt, Urologe und eine Apotheke. Ausgebaute Räume, kein Baukostenzuschuß. Näh. **Friedrich Stiller, Nürnberg, Färberstraße 7**

## Beachten Sie unsere Beilagen

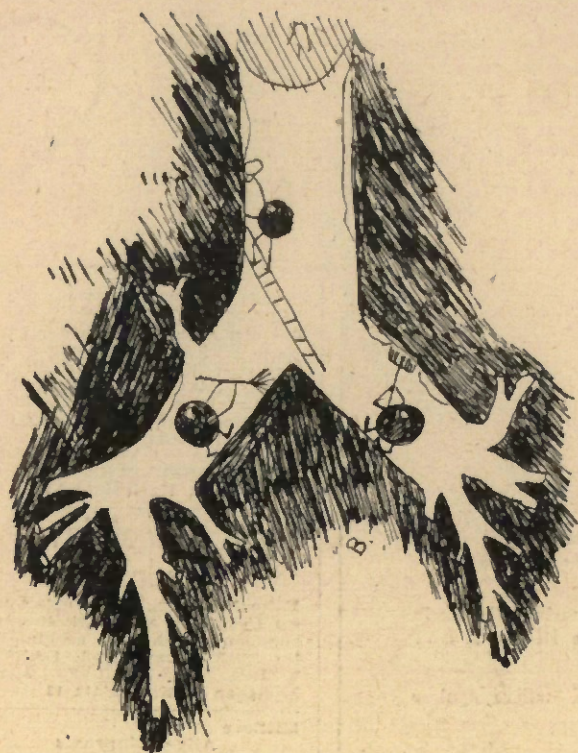
### Stellengesuche

### Kaufmännisch-praktische Arztshelferin

22 J., in ungekündigter Stellung, sucht zum 1. September 1962 entsprechende Stellung bei einem Facharzt in München. Besondere Kenntnisse im kleinen Labor. Zuschriften erbeten an

**Eva Kreuter, Bingen/Rhein  
Mainzer Straße 34**





# Großreinemachen in den Bronchien

Bronchiektasen  
Bronchitis  
Pneumomykosen  
Lungengangrän

## GELOMYRTOL KAPSELN

G. POHL - BOSKAMP · HOHENLOCKSTEDT / HOLSTEIN

# RHEUMASAN<sup>®</sup>



Salbe  
flüssig  
Dragées

DM 1,20

DM 2,20

DM 1,85

Preise lt. A.T.o.U

Individuelle Therapie des jeweiligen  
Krankheitsbildes durch Wahl  
der geeigneten Applikationsform

Alle Formen des Gelenk-,  
Muskel- und  
Nervenrheumatismus



Dr. Erdt Arnulf  
Baindkirch

1611