

BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Nummer 12

München, Dezember 1962

17. Jahrgang

TROMCARDIN® ist ein Kationen-„Schlepper“ bestehend aus den Kationen K^+ und Mg^{++} sowie dem Asparaginat-Anion.

Das Asparaginat-Anion dringt mit spezifischer Affinität in die Zellen ein und „schleppt“ die Kationen K^+ und Mg^{++} mit. Durch diese Ausgleichung des intrazellulären Ionendefizits wird die Resistenz des Herzmuskels gegen Sauerstoffmangel erhöht und das Gleichmaß des Zellstoffwechsels über die Normalisierung der gestörten Energieverwertung wieder hergestellt.

Dieser Effekt bezieht sich auf den gesamten Muskelstoffwechsel, er hat aber besondere Bedeutung für den Herzmuskelstoffwechsel, da die Normalisierung der cholinergischen Reizübertragung von größter Wichtigkeit für die Ökonomie der Herzmuskelarbeit ist.

TROMCARDIN®

zur Basis-Therapie der myogenen Herzinsuffizienz

Ischämie. Angina pectoris vera, Stenokardie. Prophylaxe, Therapie und Nachbehandlung des Myocardinfarctes.

Tachycardie, Tachyarrhythmie, Ventriculäre Extrasystolen, Digitalis-intoleranz und -intoxikationen.

30 Dragées DM 2,85 o. U. 6 Suppositorien DM 2,- o. U.
5 Ampullen DM 5,90 o. U. Anstaltspackungen

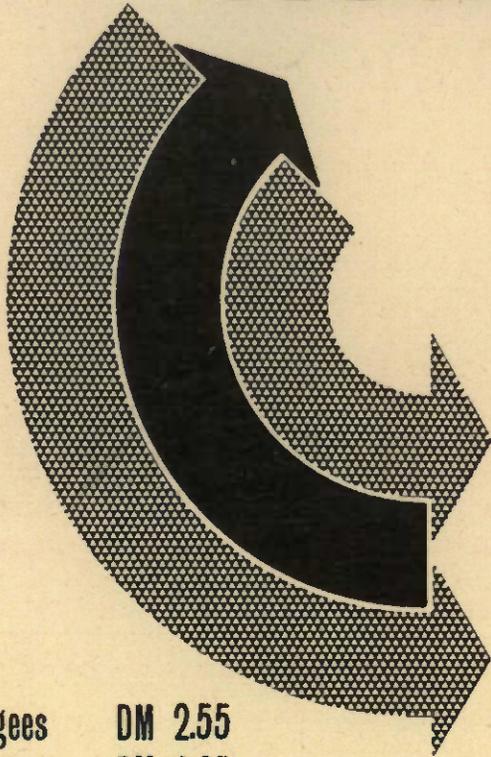


H. TROMMSDORFF · AACHEN · GEGRÜNDET 1797



Neurovegetalin[®]

forte



Abschirmung
der
Psyche

Harmonisierung
des
Vegetativum

25 Dragees DM 2.55
50 Dragees DM 4.65



VERLA-PHARM • ARZNEIMITTELFABRIK • TUTZING/OBERBAYERN

Kleinklaviere

Einzigartige Auswahl
Bis zu 40 Monatsraten

Pianohaus Lang

München • Koufngerstraße 28/1
Augsburg • Bahnhofstraße 15/1
Regensburg • Kassiansplatz 3

Tischfußballspiele Tischbillard

für die Unterhaltung Ihrer
Patienten bei schlechtem Wetter
in Sanatorien, Kinderheimen
und Heilanstalten.

Ausführliche Angebote und
Prospekte bitte anfordern.

Müller & Dr. Heerklotz OHG
Automatengroßhandel
8551 Heiligenstadt/Ofr.
Tel. 212/213

Ihre Kleinanzeige

wird auch entgegengenommen
am Schalter der

CARL GABLER
WERBEGESellschaft MBH.
München 2, Karlsplatz 13



TREIS
Mosel Sekte

... bekommen vorzüglich!
Man sollte stets ein paar
Flaschen davon im Keller
haben.

Mosel-Sektkellerei Treis
Merl (Mosel)



SONDERTARIFE FÜR ARZTE
Krankentagegeld auch für hohe Ansprüche
Krankenhaustagegeld

Operationskasten bis DM 5000.-

Auslandskrankenversicherung bis DM 10000.-

VEREINIGTE
Krankenversicherung A.G.

Landesdirektion München 22, Königlstr. 19 • Tel. 227625
Vertragsgesellschaft von ärztlichen Organisationen

*Jetzt ist es
höchste Zeit*

für Ihre

**Winterferien-
Reservierung**

Besuchen Sie uns oder ver-
langen Sie noch heute den

Hotelplan Winterkatalog

in Großformat, mit idealen
Ferienzielen. Wir verfügen
über eigene Kontingente an
beliebten Orten in guten
Hotels.

Davos, Arasa, St. Moritz,
Zermatt, Grindelwald, Cha-
manix, Selva, Obergurgl,
Hochsölden, Seefeld, Kitz-
bühel, Serfaus, Stuben usw.
Einfache Hotels, gute Mittel-
klasse, erstkl. Sporthotels!

HOTEL
PLAN

Hotelplan
Mü., Lenbachpl. 6
Victoriapassage
Telefon 55 54 35

Hotelplan bei LODEN-FREY
Telefon 22 18 41

ZOLGHADAR



Teppiche
aus
Persien

MÜNCHEN-MAXIMILIANSTR. 33

GASTRICHOLAN®

-Tropfen

Stomachicum und Cholagogum zur Phytatherapie gastrintestinaler Störungen: Subacide Gastritiden, Säuremangel, chronisch-dyspeptische Zustände - vor allem solche post operativem, Stauungskrisen von Leber und Galle, Appetitlosigkeit; zur Dauerbehandlung nach Ralkuren; zur Wiederherstellung der mit Antibioticis geschädigten Darmflora.

20, 50, 6 x 50 ml

EUFLAT-DRAGÉES®

Zur Therapie intestinaler Störungen, Flatulenz, Obstipation, gastracardialer Symptomenkomplex (Roemheld-Syndrom), postoperativer Meteorismus; zur Röntgenvorbereitung.

30, 150, 1000 Dragées

CHOLECYSMON®

-Pillen, z. Inj.

Organextrakt zur Behandlung der gestörten Fettverdauung bei Cholecystopathien, Hepatopathien insbes. Schwellungskrisen der chronischen Leberinsuffizienz, Pankreatopathien, Verdauungsstörungen verschiedener Genese.

Zur Substitutionstherapie nach Cholecystektomie und Pankreatektomie.

3, 24 Amp., 20, 100 Pillen

EUPOND®-DRAGÉES

Antiadiposum zur unschädlichen Therapie der Fettleibigkeit verschiedener Genese, kreislaufschanende Diurese und Entschlackung.

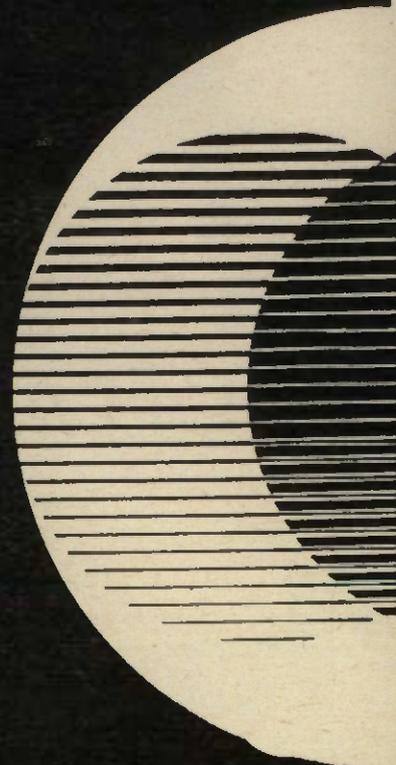
50, 250 Dragées



SÜDMEDICA G. M. B. H. MÜNCHEN-25

**Intensive Spasmolyse und
nachhaltige Analgesie durch**

AVAFORTAN®



**bei Gallenkoliken, Nierenkoliken,
Pankreatitis, Tenesmen;**

**Angina pectoris, Herzinfarkt,
sowie in der Geburtshilfe**

2 Ampullen	DM 3,35 o. U. lt. AT.
5 Ampullen	DM 6,00 o. U. lt. AT.
6 Suppositorien	DM 2,80 o. U. lt. AT.
20 Dragees	DM 3,80 o. U. lt. AT.

Ärzttemuster auf Anforderung



ASTA-WERKE AG · CHEMISCHE FABRIK



AVAFORTAN

Spasmoanalgetikum

4812 BRACKWEDE (WESTF.)

Inhaltsverzeichnis

In der Mitte herausnehmbar: Ergebnis der Wahl der Delegierten und Ersatzmänner zur Bayer. Landesärztekammer vom 24. November 1962

Sewering/Sondermann: Weihnachtsbrief	733
Weihnachtsaufruf „Ärzte helfen Ärzten“	734
Schoeps: Der Wert der allgemeinen Bildung im Industriezeitalter	735
Brezowsky: Die Wirkungen des Wetters auf den menschlichen Organismus	746
Stockhausen: Preisgerechtigkeit auch für ärztliche Leistungen	754
Zur Diskussion: Über die Gefahren pseudowissenschaftlicher Untersuchungsmethoden pharmazeutischer Firmen in der Diabetes-Diagnostik	758
AUS DEM STANDESLEBEN	760
29. Tagung des Kollegiums für ärztl. Fortbildung in Regensburg — Landesversammlung 1962 des Hartmannbundes — Um die unabhängige Stellung des Werkarztes	
WÜRDIGUNGEN	777
Hohe Auszeichnung für Dr. Weiler — Dr. Hans Spatz 70 Jahre — Dem Gedächtnis von Geh. Sanitätsrat Dr. Alfons Stauder — Enthüllung eines Denkmals für den Radiologen Rudolf Grashey	
FAKULTÄT UND PERSONALIA	780
Marchionini — Peters — Altmann — Haupt — München — Paar — Viereck — Zeisel — Wollheim	
AUS DER GESCHICHTE DER MEDIZIN	780
Koerting: Die Entwicklung der Augenheilkunde	
AUS DER BUNDESPOLITIK	783
Bundesrat zum Sozialpaket	
AUS DER LANDESPOLITIK	783
Ärzte im Landtag	
AMTLICHES	784
Hinweis zum Ergebnis der Wahl der Delegierten — Wichtige Mitteilungen des Bayer. Staatsministeriums des Innern betr. Teratogene Wirkung von Podophyllin und Meclizin — Ärztliche Berufsgerichte — Gutachterausschuß für Heilpraktiker — Gewährung von Staatsdarlehen zum Bau und zur Einrichtung freigemeinnütziger und privater Krankenanstalten für 1963 — Ärztl. Untersuchung von Ausländern vor Erstellung der Aufenthaltserlaubnis	
GESETZES- UND RECHTSFRAGEN	788
Wichtige Entscheidung des Bay. Verfassungsgerichtshofes — Bundessozialgericht zum Thema „Prüfwesen“	
MITTEILUNGEN	794
Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten im Monat Oktober 1962 in Bayern — Berichtigung — Kundgebung zur sozialen Sicherung der EWG	
BUCHBESPRECHUNGEN	795
Lehrbuch der Kinderheilkunde	
KONGRESSE UND FORTBILDUNG	796
„Atomstrahlung in Medizin und Technik“ — Kongreßkalender	

C I B A

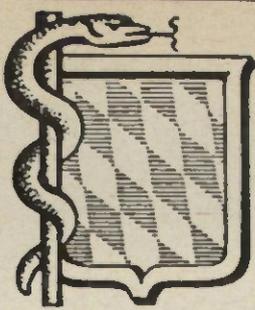
Spasmo- Cibalgin[®] compositum

bei starken Schmerzen



Zäpfchen

Dragées



BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Nummer 12

München, Dezember 1962

17. Jahrgang

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Wenn Ihnen der Briefträger diesmal das Bayerische Ärzteblatt ins Haus bringt, werden es nur noch wenige Tage sein bis zum Weihnachtsfest. Vielleicht geht es auch Ihnen so, daß Sie erstaunt und möglicherweise ein wenig bedrückt fragen, ob es denn möglich sei, daß schon wieder ein Jahr zu Ende sein soll. Es ist fürwahr etwas Merkwürdiges um den Ablauf eines Jahres: Wenn man an der Schwelle eines neuen Jahres steht, erscheint es einem unendlich lang – das Ende kaum abzusehen; überschaut man es aber rückblickend, so schiebt es sich zu einem schmalen Streifen zusammen, der für den einen rosig, für den anderen recht düster gefärbt sein mag.

Der ärztliche Alltag war auch im Jahre 1962 angefüllt mit Arbeit und Sorge für unsere Kranken, brachte aber sicherlich auch manche Freude und frohe Stunden.

An unseren Stand traten schwierige Probleme heran, die an den Grundsätzen rütteln: Die Auseinandersetzung um die ärztliche Schweigepflicht spitzte sich immer mehr zu. Die strafrechtliche Beurteilung ärztlichen Handelns, vor allem in der Abgrenzung gegen die Körperverletzung, aber auch hinsichtlich der Aufklärungspflicht des Arztes gegenüber dem Patienten bedarf noch eingehender Diskussionen, soll der ärztliche Standpunkt gewahrt, ärztliches Wirken nicht gefährdet werden. Die Schaffung einer gesetzlichen Möglichkeit der Schwangerschaftsunterbrechung bei nachgewiesener Vergewaltigung (sog. ethische Indikation) steht zur Debatte, und die Ärzteschaft muß Stellung beziehen. Das gehäufte Auftreten von Mißbildungen bei Neugeborenen als wahrscheinliche Folge des Einnehmens eines Medikamentes zwang uns zu ernsthaften Überlegungen, nicht nur über das Schicksal dieser bedauernswerten Menschenkinder, sondern auch über die Gefahren eines übermäßigen und unkontrollierten Arzneimittelverbrauchs.

Schwerwiegende Fragen werden für uns Ärzte aufgeworfen durch die Planungen eines zivilen Bevölkerungsschutzes, in welchem der Arzt eine besonders wichtige Aufgabe zu erfüllen haben wird. Gerade hier tauchen, wenn man sich bemüht, das Gebiet einmal zu durchforschen, so viele Fragezeichen, Ungewißheiten und Unsicherheiten auf, daß man nur aus der Tiefe seines Herzens heraus am Ende dieses Jahres beten kann: Herr, laß diesen Kelch an uns vorübergehen!

Angesichts so schwerwiegender Probleme, denen sich unser Stand gegenübergestellt sieht und mit denen er sich auseinandersetzen muß, treten alle anderen Tagesfragen, mögen sie auch noch so wichtig sein, fast völlig in den Hintergrund. Trotzdem durften und dürfen wir sie nicht vernachlässigen.

Nachdem mit diesem Jahr auch die Legislaturperiode der gewählten Organe der Bayerischen Landesärztekammer zu Ende geht, möchten wir herzlich danken für das große Vertrauen, welches uns in den vergangenen Jahren entgegengebracht wurde, danken aber auch all den Kollegen, welche in diesen Jahren mit uns zusammen für unseren Stand, für unsere Kollegen gearbeitet haben.

Ihnen allen, liebe Kolleginnen und Kollegen, wünschen wir ein gesegnetes Weihnachtsfest mit Tagen der Freude und Entspannung. Das kommende Jahr möge Ihnen und Ihren Familien Glück und Segen bringen!

Dezember 1962

HANS J. SEWERING

GUSTAV SONDERMANN

Weihnachtsaufruf der ärztlichen Organisationen für die Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“

Das vergangene Jahr hat uns gezeigt, welch verheerende Wirkungen der Eisener Vorhang für unser Volk hat.

Uns Ärzten wurde dies am Beispiel unserer Kollegen in der Zone und am Schicksal ihrer Kinder besonders deutlich. Seit dem 13. August 1961 mußten wir 536 Arzt- und Zahnärztkinder, deren Eltern in der Zone leben, neu in unsere Betreuung übernehmen. Auch ihnen wurden sämtliche Brücken nach zu Hause abgebrochen. Sie wissen nicht, wann sie jemals ihre Eltern wiedersehen. Sie bemühen sich, bei uns eine möglichst gute Berufsausbildung zu bekommen, um möglichst bald auf eigenen Füßen stehen und ihren Lebensunterhalt selbst verdienen zu können. Aber während ihrer Berufsausbildung und besonders in Examenzeiten können sie beim besten Willen aus eigener Kraft die notwendigen Mittel nicht beschaffen. Ihre Eltern können ihnen nicht helfen. Dabei gibt es wohl kaum etwas Schlimmeres, als selber hilflos das eigene Kind in Not zu wissen und nicht helfen zu können.

Wenn anlässlich des diesjährigen Weihnachtsfestes erneut alle ärztlichen und zahnärztlichen Organisationen sich in einem gemeinsamen Aufruf verbinden, so tun sie dies mit einer tiefen Dankbarkeit gegenüber all den Kollegen, die in den vergangenen sieben Jahren durch ihre Spenden und die offenen Türen ihrer Heime dafür sorgten, daß keines unserer Kollegenkinder aus der Zone notleiden mußte. Nahezu 1,8 Millionen DM hat die Ärzte- und Zahnärzteschaft der Bundesrepublik und West-Berlins freiwillig geopfert, damit die Söhne und Töchter ihrer Kollegen fern vom

Elternhaus und ohne dessen Unterstützung ihre Berufsausbildung erhalten konnten. 282 Kollegenkinder haben in dieser Zeit mit unserer Hilfe ihre Berufsausbildung beendet. Noch immer stehen 1206 Arzt- und Zahnärztkinder in unserer Betreuung. Sie sind auf unsere Hilfe mehr denn je angewiesen, und sie wissen, daß sie sich auf unsere Hilfe verlassen können.

Dies wissen auch unsere Kollegen in der Zone. In ihren Briefen an ihre Kinder steht zu lesen, was diese Gewißheit für sie bedeutet, daß wir ihre Kinder in unsere Obhut übernommen haben. „Wir“, das sind alle Ärzte und Zahnärzte der Bundesrepublik und ihre Organisationen. Wir alle wollen gerade an Weihnachten und auch im kommenden Jahr an die Familien unserer Kollegen in der Zone denken. Wir wollen ihnen ihr schweres Schicksal dadurch etwas erleichtern, daß wir auch in Zukunft ihren Kindern Sorge und Not fernhalten und ihnen am Beispiel unserer konkreten Hilfe zeigen, daß für uns Deutschland und unser Berufsstand nicht gespalten werden kann.

Lassen Sie uns wie bisher, soweit es die eigene wirtschaftliche Lage gestattet, durch einmalige oder laufende Spenden die Stiftung so unterstützen, daß sie die notwendigen Mittel bekommt, um ausreichend helfen zu können. Die Dankbarkeit dafür, daß wir für unsere Kinder selber in Frieden und in gesicherten wirtschaftlichen Verhältnissen sorgen können, können wir nicht besser ausdrücken als dadurch, daß wir für die unverschuldet in Not geratenen Kollegenkinder sorgen.

MIT KOLLEGIALER BEGRÜßUNG!

Dr. Fromm

Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages

Dr. Voges

1. Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Dr. Techen

1. Vorsitzender des Verbandes der angestellten Ärzte Deutschlands (Marburger Bund)

Dr. Grete Albrecht

Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes

Dr. Hufnagl

Medizinaldirektor

Vorsitzender des Bundes der Deutschen Medizinalbeamten

Dr. Mzyk

1. Bundesvorsitzender des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte e. V.

Dr. Häussler

Vorsitzender des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) e. V.

Dr. Roos

1. Vorsitzender des Verbandes der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV) e. V.

Prof. Dr. Hopf

1. Vorsitzender des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands

Dr. Müller

1. Vorsitzender des Verbandes der Deutschen Zahnärzte e. V.

Dr. Waldmann

Beauftragter der Arbeitsgemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände

Bitte beiliegende Spendenkarte bzw. Spendenschein zwecks Weiterleitung an Ihre angegebene Bankverbindung zu senden an:
Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“, Stuttgart-Degerloch, Postfach 252 (Telefon 76 30 55).
Postscheckkonto Stuttgart Nr. 415 33, Dresdner Bank, Stuttgart Nr. 497 977, Württ. Landessparkasse, Stuttgart Nr. 59 194

Der Wert der allgemeinen Bildung im Industriezeitalter^{*)}

Von Professor Dr. H. J. Schoeps

Wenn wir die Frage nach dem Wert der allgemeinen Bildung im Industriezeitalter hier stellen und beantworten wollen, dann wird es ratsam sein, von einer nüchternen Bestandsaufnahme auszugehen. Unter Industriezeitalter ist unsere Gegenwart, die Zeit des mittleren 20. Jahrhunderts zu verstehen, die auch als Massenzeitalter, als nivellierte Mittelstandsgesellschaft, als Versorgungsstaat, Dienstleistungsgesellschaft, Gesellschaft der Konsumgleichheit und ähnlich definiert oder beschrieben worden ist. Die Industrialisierung der Erdoberfläche durch den naturwissenschaftlichen und technischen Fortschritt sowie die Entstehung der modernen Menschenmassen sind zwei Ausdrucksformen der gleichen Säkularentwicklung etwa von 1850 bis heute, die dem Herrn Biedermeier gründlich den Garau gemacht und einen ganz neuen Menschentypus heraufgeführt hat.

Den Beginn des Massenzeitalters, in das wir eingetreten sind, bzw. den allgemeinen Wandel der Verhältnisse und die Signatur unseres Zeitalters machen wir uns am besten an Hand einiger Vergleichszahlen klar: im Jahre 1850 gab es 1098 Millionen Menschen auf der Erde, 100 Jahre später waren es rund 2350 Millionen. Im vergangenen Jahre 1962 ist die 3-Milliardengrenze überschritten worden. Während sich nun die Zahl der Europäer und Asiaten im letzten Jahrhundert ungefähr verdoppelt hat, hat sich die Zahl der Amerikaner infolge der schubweisen Masseneinwanderungen sogar mehr als verfünffacht. Von 1900 bis 1958 hat sich die Menschheit trotz aller künstlichen Geburtenbeschränkung — in Japan wird sie sogar staatlich organisiert — um eine runde Milliarde vermehrt, d. h. um mehr als die gesamte Menschheit im Jahre 1800 zählte. In den nächsten 40 Jahren ist mit weiteren 2—2½ Milliarden zu rechnen, d. h. also: Im Jahre 2000 werden auf dem Erdball mehr als 5 Milliarden Menschen leben. Rotchina mit ca. 680 Millionen hat heute schon einen jährlichen Geburtenüberschuß von 15½ Millionen, Indien einen von 2 Millionen. Jährlich wächst die Erdbevölkerung um 38 Millionen an. Mehr als die Hälfte der Menschheit lebt heute schon in Asien, das — ohne UdSSR (218 Millionen) und Türkei — 1653 Millionen Menschen zählt.¹⁾

Eine zweite Voraussage, die man ebenfalls mit großer Sicherheit wagen kann, ist diese, daß in der Verteilung der Erdbevölkerung auf Menschen weißer und nicht-weißer Hautfarbe eine gewaltige Verschiebung eintreten wird. Heute leben rund 1 Md. im Westen, 1 Md. im Osten und 1 Md. in den Entwicklungsländern. Auf einen Europäer kommen zur Zeit zwei Asiaten. Nach den Berechnungen des Kieler Wirtschaftswissenschaftlers Fritz Baade wird es im Jahre 2000 2½ Milliarden Chinesen und Inder geben, d. h., diese werden 50 Prozent der Menschheit betragen oder gerade so viel Menschen, wie heute auf der Erde leben. Der Anteil Europas (ohne Rußland) und der USA an der Erdbevölkerung wird nach Schätzung der Sachverständigen zum Ende des Jahrhunderts von 30 Prozent auf 20 Prozent zusammenschmelzen. Ebenso wird sich in

der Verteilung des Industriepotentials der Welt eine dramatische Wandlung vollziehen. Das Verhältnis weißer und farbiger Industriearbeiter der Erde wird sich von 2:1 auf 1:2 umdrehen. Das alles muß man sehen und in Rechnung stellen, darüber hinaus sich aber noch klarmachen, daß die kommende Überbevölkerung keineswegs zum Hungertod von Millionen führen wird. Nach den Aufstellungen von Giselher Wirsing in seinem Buch „Die Menschenlawine, der Bevölkerungszuwachs als weltpolitisches Problem“²⁾ würde die Erde auch eine dreifach vermehrte Menschheit noch durchaus ernähren können. Ja, es wird sich sogar das Ernährungsniveau für einen sehr großen Teil der heute noch ungenügend ernährten Erdbevölkerung heben lassen, wenn man die primitiven Methoden der Landwirtschaft überwindet, die auf weiten Erdbereichen noch um Jahrhunderte, ja auf weiten Strecken um Jahrtausende zurückgeblieben ist. Nur etwa 3 Prozent aller Bauern bearbeiten den Boden nicht mit dem Hackstock, oder dem hölzernen Pflug. Auch wenn in Asien Millionen Menschen an Hunger sterben, die Erdreserven an Ernährungsmöglichkeiten sind gleichwohl noch kaum zur Hälfte ausgenutzt. Deshalb zeichnen sich hier für die kommenden Jahrzehnte riesige Investitionsvorhaben der Weltwirtschaft ab, die jahrzehntelange Konjunkturen verheißen, weil es im Falle einheitlicher weltweiter Planung praktisch fast unbegrenzte Absatzmöglichkeiten für Industrieprodukte geben wird. Nur dürfen wir uns nicht einbilden, daß es überwiegend Lieferungen aus Europa und Amerika sein werden. Eher ist anzunehmen, daß diese Investitionsgüter, zunächst einmal durch russische und amerikanische Finanzhilfe angekurbelt, in den asiatischen Ländern selbst produziert werden können.

Wir wollen aber nun die Denkmodelle der künftigen Weltwirtschaft beiseite lassen und uns ganz an die Gegenwartsfrage halten. Sie wird bekanntlich durch das Faktum des Eisernen Vorhangs bestimmt, der unseren Kontinent in 334,5 Millionen Westeuropäer und 324,9 Millionen Osteuropäer zerfallen läßt, wenn man den „Eisernen Vorhang“ als faktische Grenze gelten läßt. Das Anwachsen der Bevölkerungsziffer im russischen Machtbereich geht aber in einem ungefähr doppelt so schnellen Tempo vor sich wie in der „freien Welt“. Für den Ostraum sind starke Wanderungsbewegungen kennzeichnend; hier sind von 1917 bis 1951 55 Millionen Menschen auf die „Völkerwanderung“ geraten, darunter etwa 20 Millionen Deutsche und Volksdeutsche. Übrigens hatte Polen von allen europäischen Ländern im letzten Jahr den höchsten Geburtenüberschuß. Hinzu kommt auch, daß die Lebenserwartung für ein neugeborenes Kind in einem Jahrhundert von dem statistisch errechneten Durchschnittsalter von 35,6 Jahren auf 71,9 Jahre gestiegen ist — allen Kriegen, Revolutionen, Inflationen und Terrorregimes zum Trotz. Wir erleben daher in allen Kulturstaaten eine gewaltige Aufstauung des Menschenstromes und infolgedessen ein kontinuierliches Steigen der Bevölkerungszahlen. Der Grund dafür liegt — zumindest in der zivilisierten Welt — weniger in einer Zunahme der Geburtenhäufigkeit, als darin, daß medizinische und hygienische Fortschritte im Verein mit sozialen Sicherungsmaßnahmen die Sterblichkeit

^{*)} Festvortrag auf dem 29. Fortbildungskurs für Ärzte in Regensburg.

¹⁾ Diese und die folgenden Zahlenangaben werden nach dem Statistischen Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland, Jahrgang 1962, wiedergegeben.

²⁾ Stuttgart 1956.

immer weiter zurückgedrängt und die Überalterung gefördert haben. Im Vergleich mit früheren Zeiträumen bleibt heute per Saldo eine Generation mehr am Leben zur gleichen Zeit. „Es wird gewissermaßen nicht vermehrt gestorben, sondern vermehrt überlebt“³⁾. Diese Grundtatsachen der Bevölkerungsbilanz eines Jahrhunderts, für das es in anderen Zeiträumen der Weltgeschichte nichts Vergleichbares gibt, muß als das uns vorgegebene Schicksal nüchtern zur Kenntnis genommen werden.

Die genannte Entwicklung hat schwere Wachstumskrisen der modernen Zivilisation ausgelöst und für die Gesellschaftsordnung der ganzen Erde tiefgreifende Folgen bekommen. Sie hat nämlich zu etwas geführt, was es vor der Mitte des vorigen Jahrhunderts noch nicht gegeben hat: zur Entstehung der modernen Massen. Die Wissenschaft der Soziologie müht sich seit längerem um die erkenntnismäßige Ausschöpfung dieses Phänomens, ist aber noch nicht einmal terminologisch zu allgemein anerkannten Vereinbarungen gekommen. Unbeschadet aller begrifflichen Unklarheiten und allen Deutungstreites lassen sich die uns hier angehenden Grundtatsachen konstatieren: Technischer Fortschritt und lokale Zusammenballung von Menschen, d. h. Entstehung von Massen, gehen Hand in Hand. Diese Erscheinungen sind gleichzeitig und wirken seit der Intensivierung der industriellen Revolution vor hundert Jahren reziprok aufeinander ein. Der vor hundert Jahren erst zu ahnende Sog der Großstädte auf das Land hat inzwischen zu einer gewaltigen Verschiebung des Verhältnisses von Stadt und Land geführt und damit zur Entstehung von Massen, die in ihrem Ursprung ja großstädtische Erscheinungen sind. Heute hat sich das Verhältnis von Stadt und Land umgedreht. Lebten bei der Gründung des Deutschen Reiches 1871 noch 63 Prozent der Bevölkerung in Gemeinden unter 2000 Einwohnern, so war dies am Stichtag des 6. 6. 1961 für den Raum der Bundesrepublik nur noch für 23,2 Prozent der Gesamtbevölkerung der Fall. In den USA ist der Anteil der Stadtbevölkerung binnen 90 Jahren von 16,8 Prozent auf 76 Prozent angestiegen; in Westeuropa hat er sich sogar sechsfacht. In der Bundesrepublik lebten 1961 rund 16,4 Millionen Menschen oder 30,7 Prozent in Großstädten mit 100 000 und mehr Einwohnern. Bei einer Einwohnerzahl von derzeit etwa 54 Millionen⁴⁾ ist die Bevölkerungsdichte der Bundesrepublik auf 218 Einwohner je qkm (mit Westberlin sogar 226) gestiegen gegen 147 im früheren Deutschen Reich; die DDR hat nur 151 Menschen je qkm.

Die seit Jahrzehnten progressive Landflucht hat im Verein mit den gewandelten arbeitsteiligen Produktionsverhältnissen zunehmend zur Auflösung der alten Dorfgemeinschaften geführt und ursprünglich seßhafte Bevölkerungsschichten in eine Masse hin- und herwogender Einzelpersonen verwandelt. In den Großstädten aber werden die arbeitenden Menschen atomisierte Teile eines zumeist wenig geformten, dafür aber mechanisierten Fabrikkollektivs. Denn „Mechanisierung ist die Antwort der Menschheit auf die Zahl. Die Volkszahl ist gegeben. Um sie zu kompensieren, gibt es nur eine Möglichkeit, den Lebensprozeß mechanisch zu gestalten“⁵⁾. Die einsetzende „Proletarisierung“ der

Betroffenen liegt weniger in Ihrer sozialen Verelendung als darin, daß sie ent wurzelt wurden und bindingslos sind. Denn die Menschen werden abgeschnitten von ihrer Herkunft und vom Boden; die von der Maschine geschaffenen Arbeitsmöglichkeiten nivellieren den Einzelnen, machen ihn uniform und auswechselbar, indem er in das „Heer“ der Arbeiter oder Angestellten eingereiht wird. 70 Prozent aller Menschen sind abhängige Lohn- und Gehaltsempfänger geworden. In diesen oft beschriebenen Verhältnissen der Industrialisierung hat die sog. „Vermassung“ der Bevölkerung ihre reale Basis.

Sehr viel schwerer ist die Frage zu beurteilen, inwieweit diese „Vermassung“, die „vertikale Völkerwanderung“, wie Walther Rathenau es nannte, den einzelnen Menschen, ganz gleich, welchem Gesellschaftsstand er zugehört, selbst umbaut, seine privaten und gesellschaftlichen Reaktionen ändert oder gar seine Substanz verwandelt. Generelle Urteile sind mit Recht zu scheuen, nachdem die Brüder Jünger etwas sehr weitgehende Behauptungen aufgestellt haben. Besonnene Beurteiler trafen folgende Feststellungen: „Vermassung“ wirke sich als ein Abbau persönlicher Verantwortung infolge Fehlens individuell gestaltbarer Beziehungen, als Absinken des einzelnen vom „normalen“ Niveau menschlichen Verhaltens und als eine Flucht in die Anonymität des Allgemeinen aus. Sie führe zu einem Fortfall des Differenzierungsvermögens, zur Schwächung der allgemeinen Urteilskraft, die die Affekte niederer Stufe nicht mehr zu schalten vermag, steigere dafür aber die Passivität und die suggestive Beeinflussbarkeit. In ihrem Handlungstrieb beeinträchtigte Menschen werden mithin anfällig für Kollektivhypnosen, die den unfreien einzelnen dynamisieren und auf „hohe Touren“ bringen. Die Strategen der politischen Massenbeeinflussung haben das früh erkannt und auf diese Masseneigenschaften und Reaktionen hin eine raffinierte Volksführung durch Terrormittel methodisch entwickelt, die von H. Rauschnig und anderen beschrieben worden ist. Die Lebensweise der Großstadtmasse scheint immer uniformer und standardisierter zu werden in bezug auf Konsumgüter, Freizeitgestaltung, Einstellung zur Arbeit usw. Dabei wächst die Isolierung der Menschen voneinander, die auch selber keinen sie überwölbenden Zusammenhang mehr erkennen können. Da ein Unvermögen zu sozialer Verdichtung vorliegt, finden immer weniger echte Gruppenbildungen statt, an deren Stelle quantitative Ballungen von gesichtslos werdenden einzelnen treten, die innerlich miteinander verbunden bleiben, weil das Kennzeichen einer Masse ihre Strukturlosigkeit ist. Diese geraten allmählich in eine eigentümliche Entseelung und geistige Erstarrung hinein, die sie ohne größere Reserven dem ausliefert, was „die anderen“, was „die Allgemeinheit“, was „man“ denkt und tut. Alexis Carrel, ein französisch-amerikanischer Physiologe von einigem Scharfsinn, hat den von ihm beobachteten Zustand etwas vergrößert und karikiert so beschrieben: „Die meisten Zivilisationsmenschen lassen nur eine sehr wenig ausgebildete Bewußtseinsenergie erkennen. — Sie produzieren, sie konsumieren, sie stillen ihre physiologischen Bedürfnisse. Es bereitet ihnen Vergnügen, in großen Mengen sportlichen Schaustellungen beizuwohnen, kindische, vulgäre Filmstücke anzusehen, ohne Anstrengungen schnell von einem Ort zum andern gebracht zu werden und Gegenstände zu

³⁾ So H. Mackenroth: *Bevölkerungslehre, Theorie, Soziologie und Statistik der Bevölkerung*, Berlin 1953, 128.

⁴⁾ Mit Westberlin 54,2 Millionen

⁵⁾ W. Rathenau: *Gesammelte Reden*, Berlin, 1929, 173.

betrachten, die sich schnell bewegen. Sie sind weichlich, sentimental, lüstern und gewalttätig. Moralgefühl, Sinn für Ästhetisches und Religiöses geht ihnen ab. Ihre Zahl ist Legion; sie haben eine gewaltige Herde von Kindern erzeugt, deren Verstandeskraft auf der niedrigsten Stufe bleibt.⁶⁾ Das mag nun grotesk übertrieben und verallgemeinert sein, sicher ist aber, daß sich heute Haltung und Gesicht des Menschen wandeln und noch niemand sagen kann, bis zu welchem Grade das abzuschaffen ist, was bisher als „das Humane“ gegolten hat. Der Umbau des Menschen ist ein Prozeß, der sich noch über mehrere Generationen erstrecken wird.

Wir haben bereits gesagt, daß die Entstehung der Massen und der technische Fortschritt verschiedene Ausdrucksformen der gleichen Entwicklung seien, die als Industrialisierung dem Herrn Biedermeier den Garaus gemacht und einen ganz neuen Menschentypus heraufgeführt haben. Als Friedrich Wilhelm III. das Bauprojekt der ersten Eisenbahnlinie in den preußischen Staaten vorgelegt wurde, der 1838 eröffneten Bahn von Potsdam nach Berlin, schrieb der König auf den Akt: „Alles soll Carrière gehen; die Ruhe und Gemütlichkeit leidet aber darunter. Kann mir keine große Seligkeit davon versprechen, ein paar Stunden früher von Berlin in Potsdam zu sein. Zeit wird's lehren.“ — Zeit hat's gelehrt. Heute braucht ein Düsenflugzeug über den Ozean in die Neue Welt nur noch 9 Stunden; morgen soll es mit dem Düsenflugzeug bei doppelter Schallgeschwindigkeit in weniger als 3 Stunden gehen. Zeit ist wahrlich eingespart worden und im großen Stil. Nur die Muße ging dabei verloren, denn Muße ist ja offenbar noch etwas anderes als Arbeitspause. Insofern hat der König aus dem Biedermeier recht behalten, aber die Entwicklung hätte er nicht hindern können. Der für kommende Dinge manchmal recht hellhörige Kronprinz meinte bei der Einweihung der gleichen Bahnlinie: „Diesen Karren, der durch die Welt rollt, hält kein Menschenarm mehr auf.“ In der Tat ist das Eisenbahnnetz der Erde von 7 600 km Länge im Jahre 1840 während eines Jahrhunderts auf 1 329 400 km gewachsen. Dampfmaschine und Benzinmotor haben die jahrtausendalte Abhängigkeit des Menschen von Zeit und Raum aufgehoben und beseitigt.

Wie die industrielle Revolution abgelaufen ist und nach welchen Gesetzen, ist heute durchaus bekannt. Jede Einführung einer neuen Maschine hat zahllose Hände frei und überflüssig werden lassen, weshalb die moderne Technik aus alten Handwerkern und Arbeitern zunächst einmal Erwerbslose gemacht hat. Diese fanden dann aber sehr rasch bei der Erstellung des durch die technischen Erfindungen rapide wachsenden Maschinenparks der Erde neue Beschäftigungen. Denn das Wesen der modernen Industriegesellschaft ist die Arbeitsteilung mit der Folge weitgehender Unselbständigkeit und wirtschaftlicher Abhängigkeit der in ihr Lebenden, die Entstehung immer größerer wirtschaftlicher Einheiten und die Zusammenballung immer größerer Menschenzahlen in den Industriezentren. Für die moderne Rationalisierung ist die Austauschbarkeit der Menschen innerhalb der Fertigung und die leichte Ersetzbarkeit eines jeden Arbeitenden charakteristisch. Hier offenbart sich die Eigengesetzlichkeit der Maschinenwelt, die mit der Serienproduktion zunehmend auf Normierung und Typisierung drängt, den Gesamt-

arbeitsgang aber in kleinste Teilabschnitte — meist mechanische Handgriffe — zerlegt. Die Rückwirkung auf den Menschen hat in einer Entseelung der Arbeitsfunktionen und in einer Mechanisierung seiner eigenen Person bestanden, weshalb es heute offenbar möglich geworden ist, den Menschen als Bestandteil des Maschinenparks zu planen und zu verplanen. Die Maschine in der Spätzeit der Industrialisierten und durchtechnisierten Welt des Hochkapitalismus und am Übergang zum Atomzeitalter erweist sich als ein viel unbarmherzigerer Ausbeuter, als je ein Kapitalist gewesen ist.

Der Dichterphilosoph Friedrich Georg Jünger⁷⁾ hat nun gemeint, daß die Technik den unwiderstehlichen Drang habe, die einmal erstellte Maschinenwelt noch zu perfektionieren, so daß sie schließlich durch die Automatisierung ihre eigenen Bedingungen verwandelt und den Menschen verzehrt, der immer mehr bloßes Zubehör wird. Sein Bruder Ernst hat von einer neuen „organischen Konstruktion der Welt durch die Technik“ gesprochen, die vom Menschen weitreichende Assimilation an die neuen Bedingungen des Maschinenzeitalters fordere und ihn nur noch funktionalistisch als „Arbeiter“ oder „Arbeitersoldaten“ bestehen lasse. Und bei aller Distanz zu den Jüngers muß auch Karl Jaspers feststellen, daß der Mensch in dieser neuen Entwicklung immer mehr zu einem Rohstoff wird, der zweckmäßig zu bearbeiten sei, damit er zu seiner maximalen Kraftentfaltung kommt. Jedenfalls hat die durch Technik und Maschine verwandelte moderne Welt einen neuen konformistischen Typus Mensch begünstigt, der die Freiheitsbedürfnisse des bürgerlichen Individuums aus dem 19. Jahrhundert nicht mehr zu besitzen scheint, der jedes Dissentertum von der allgemeinen Meinung meidet und sich ganz instinktiv an Kommandes assimilieren will. Es ist von ihm aber auch gesagt worden, daß er wegen seiner Neigung, sich durchzufunktionalisieren, härter, kälter und disziplinierter sei als alle früheren Geschlechter, schon weil die moderne Technik auf Präzision aufgebaut wurde. Das Unvermeidliche an dieser Entwicklung liegt in folgendem: Diese Menschenmassen müssen ja ernährt, gekleidet, behaust werden, was nur die Technik mit ihren rationalen Verkehrs- und Sozialplanungen zu leisten vermag. Daher findet heute auch ein Wettlauf zwischen Bevölkerungsvermehrung und technischer Organisation statt, dessen Ende noch nicht abzusehen ist. Der dirigierende Verkehr, die mittels eines riesenhaften Apparates verwaltete Produktion und Konsumtion — das alles dürfte zunächst unvermeidlich sein. Um die individuelle Freiheit scheint es in den großen Planungssystemen der industriellen Gesellschaft schwach bestellt, weil diese bei ihrer ausschließlichen Sachbestimmtheit von den menschlichen Anliegen völlig absehen müssen und daher menschenfeindlich wirken. Ein amerikanischer Soziologe⁸⁾ hat von der Entpersönlichung und Entmündigung des Menschen in der modernen Massengesellschaft ein sehr düsteres Bild gemalt: „Die meisten Menschen verbringen ihr Leben damit, in schnell hingestellten Serienbauten zu nisten, sie werden in Hospitälern geboren, sie nähren sich in Selbstbedienungsrestaurants, sie beiraten in Hotels, nach der letzten ärztlichen Fürsorge sterben sie in Hospitälern, werden kurz in Beerdigungsinstituten auf-

⁶⁾ Der Mensch, das unbekannte Wesen, Stuttgart, 1936, 143.

⁷⁾ Die Perfektion der Technik, Frankfurt 1956.

⁸⁾ Van den Haag in: „Diogenes“, Januar 1957.

gebahrt und schließlich eingäschert. In allen diesen Lebensvorfällen und unzähligen anderen werden Profit und Wirtschaftlichkeit auf Kosten der menschlichen Individualität erzielt. Wenn man so als Asphaltnomade aufs Geratewohl lebt, wird es schwer, sich mit irgend etwas eins oder engverbunden zu fühlen, was immer es sei und sei es das eigene Ich. Es wird auch unwirtschaftlich, sich an etwas zu klammern und sei es die eigene Individualität.“

Kurzum, dies bedeutet, daß sich in einer restlos durchrationalisierten und fahrplanmäßig ablaufenden Lebensordnung Freiheit und Verantwortung des einzelnen in vorbehaltlose Anpassung verwandeln müssen, in widerspruchslosen Konformismus. Noch ist dieser restlos durchfunktionalisierte Mensch ein Schreckgespenst, aber viele Anzeichen scheinen dafür zu sprechen, daß es uns immer drohender auf den Leib rückt. Worauf es nun aber für unseren Zusammenhang ankommt, ist dieses, daß die Umwandlung der Welt in den letzten hundert Jahren in einer Wechselbeziehung zur Umwandlung des Menschen steht. Die moderne Massengesellschaft gehört zur industriellen Arbeitswelt unserer Tage. Beide hat es vor hundert Jahren noch nicht gegeben und konnte es so wenig geben wie die verschiedenen totalitären Regimes, die wir inzwischen erlebt haben und die dies alles wieder zu ihrer eigenen Voraussetzung besitzen.

Aber noch ein dritter Faktor tritt hinzu, der für die Auflösung der Gesellschaftsordnung des 19. Jahrhunderts eine besonders hohe Kausalbedeutung besitzt. Wir erleben nämlich heute im sozialen Bereich die Anfänge einer Entwicklung, die mit all den Vorstellungen aufräumt, die im 19. Jahrhundert als „Lösung der sozialen Frage“ umgelaufen sind. In Westeuropa und Amerika setzt sich zunehmend die Wohlstandsgesellschaft durch, die keinerlei Massenarmut und Massenelend mehr kennt, sondern weit eher das Schwelgen in maschinell erzeugtem Überfluß. Karl Bednarik hat in seinem neuen Buch „An der Konsumfront“⁹⁾ dazu folgendes ausgeführt: „Nicht mehr die unbewältigte Armut bildet die Hauptsorge, sondern der unbewältigte Reichtum der Massen. — Der Mensch sucht sein Glück nicht mehr auf den Schlachtfeldern der sozialen Utopie, sondern auf den Kriegspfaden des Konsums. Immer mehr vom Konsum zu haben und immer weniger dafür zu leisten ist heute ziemlich das Ideal jedermanns. — Der genormte mittelständische Lebensstandard, an dem jeder teilnehmen kann, ist der einzige allgemein verbindliche Glaubenssatz, die weltliche Religion des modernen Menschen“. Das soziale Prestige- und Aufstiegsbedürfnis schraubt nun aber die Konsum- und Komfortwünsche für breite Bevölkerungsschichten immer höher und höher. Heute wird allmählich auch der Luxus sozialisiert. In dem angestrebten perfekten Wohlstand aller, den die Maschinenwelt ja auch tatsächlich zu erzeugen vermag, solange bei wachsendem Sozialprodukt der Güterstrom immer weiter anschwillt, enthüllt das Massenzeitalter seinen eigentlichen Kern. Jedermann soll an der Güterfülle beteiligt, sein Konsumrecht soll möglichst sogar versichert werden. Das Wort Selbsthilfe wird dafür aber heute klein geschrieben.

Die ehemals berufsständisch gegliederte Gesellschaft ist heute durch eine gesellschaftliche Staffelung nach

Aufwandstilen und Statussymbolen abgelöst worden. Soziologisch gesehen nähern wir uns in Europa und Amerika aber bereits einer nivellierten Mittelstandsgesellschaft, die die ständisch gegliederte und durch eine breite Einkommensskala geschichtete Welt immer mehr ablöst. Was heißt „nivellierte Mittelstandsgesellschaft“ nun konkret? Folgendes: Oberschicht und Unterschicht sind nicht mehr kraß unterschieden, sondern rücken immer näher aneinander. Die Sozialprognose von Karl Marx, daß die Arbeiterklasse immer stärker verelenden und das Kapital sich auf eine immer kleiner werdende Zahl von Besitzenden akkumulieren werde, ist durch die tatsächliche Entwicklung ins Unrecht gesetzt worden. Das genaue Gegenteil ist nämlich eingetreten. Der Besitz hat sich ständig verbreitert und das ehemalige Proletariat ist zum Sozialpartner arriviert. Es hat sich nämlich einen immer größeren, auch heute noch wachsenden Anteil am Sozialprodukt erkämpft. Außerdem hat die den Kern des Mittelstandes bildende Zwischenschicht der Angestellten und Beamten von 1883, dem Todesjahr von Karl Marx, bis heute um 800 Prozent zugenommen. Infolgedessen spielen, von gewissen Spitzen abgesehen, die Unterschiede im Einkommen der Gesamtbevölkerung keine solche Rolle mehr wie etwa vor dem ersten Weltkrieg. Ein Arbeiterhaushalt, in dem mehrere Personen Verdienner sind, verfügt heute über ziemlich dieselben Mittel wie der entsprechende Haushalt in allen anderen Schichten. Bekanntlich hat heute ein Hauer für Steinkohle im Gedinge (Ruhrbergbau) ein monatliches Bruttoeinkommen von 690 bis 770 DM; ist er ein „Spitzenreiter“, kann er im Akkord bis nahe an die 1 000-DM-Grenze kommen. Die Folgen für die individuelle Lebenshaltung sind bekannt; Fernsehtruhe und Moped oder Kleinauto sind zu Konsumgütern der Arbeiterfamilien geworden, die durchaus in den Rahmen normaler Lebensansprüche gehören. Die Arbeiterschaft ist sozial aufgestiegen; dafür sind die Jungakademiker, abgesunkene Schichten des ehemaligen Kleinbürgertums und das Gros der Rentner zum „letzten“ Stand der Gesellschaft geworden. Im allgemeinen kann man also sagen, daß unter der nivellierten Mittelstandsgesellschaft die Angleichung aller an alle in sozialer Hinsicht, aber auch in Erscheinung und Gehaben zu verstehen ist, weil eben heutzutage weitgehend gleichartige Daselnsbedingungen und Lebenserwartungen vorgegeben sind.

Den optischen Eindruck dieser Verwandlung resümiert gut eine Zeitungsreportage, die ich vor einiger Zeit gelesen habe. „Wie leicht war es doch einmal, sich unter den Menschen auszukennen. In der Welt unserer Großväter wußte man auf den ersten Blick, woran man mit einem Unbekannten war. Bildungsgang und Beruf, Beschäftigung und Stellung, Vermögen und Einkommen hatten ihren fast unverwechselbaren Ausdruck in Kleidung und Gehaben. Das Gros der Menschen war auf ‚Anständigkeit‘ bedacht, d. h. wörtlich auf ein dem jeweiligen Stande gemäßes Verhalten. Der Arbeiter hatte noch nicht die Aktentasche bei sich, jenes unabdingbare Attribut jedes modernen Menschen, das man einst ‚Portefeuille‘ nannte und nur aus den Ministerialkanzleien in die Kabinettsitzungen trug. Er, der ‚Proletarier‘, behalf sich mit dem Rucksack oder steckte sich seine Flasche mit dem landesüblichen Getränk ganz einfach unter den Arm, das Stück Brot in die Tasche, und im emaillierten Henkeltopf nahm er sich etwas zum Aufwärmen mit. An seiner Ballon-

⁹⁾ Stuttgart 1957, 26.

mütze war er schon von weitem zu erkennen. Mit solchen Unterscheidungsmerkmalen käme man heutzutage nicht weit. Vielmehr ist es erstaunlich, zu sehen, wie gleichartig sich die Menschen innerhalb von drei bis vier Jahrzehnten der äußeren Erscheinung nach geworden sind. Am auffälligsten ist das bei den jungen Leuten. Wie eigentümlich und betont verschieden von ihren Altersgenossen gaben sich doch einst der ‚Gymnasiast‘ und die ‚höhere Tochter‘. Nun ist es schwierig, etwa im Gewühl, das von einem Fußballplatz abströmt, die Oberschüler auszusondern. Überall die gleichen Gestalten: beim Handwerkerlehrling, beim jungen Angestellten und Arbeiter die Jacke aus Cordsamt, das farbige Sporthemd, die lange oder kurze Hose. Und die jungen Mädchen ähneln sich, ob sie nun morgens in der Straßenbahn einem Ladengeschäft, einem Industrierwerk oder einem Schulgebäude zufahren. Wir sind an die einheitliche Erscheinung aller so gewöhnt, daß uns jene Menschen, die sich, aus welchen Gründen immer, der Angleichung entziehen, so etwa die alte Dame, die die Kleider von 1910 trägt, Sonderlinge in weißer oder geblümter Weste, wie Gespenster aus einer anderen Zeit vorkommen. Die Zusammensetzung des Bevölkerungsganzen, der gesamte komplizierte Tatbestand, den die Statistiker durch ihre Fragebogen ermitteln, ist also unsichtbar geworden.“

Damit kann die Bestandsaufnahme des Industriezeitalters und der durch dieses bewirkten Veränderungen des Menschen soweit als abgeschlossen gelten, daß wir nunmehr von der Zeitanalyse als dem weiteren Rahmen zum engeren Thema des Bildungsproblems übergehen können. Für dieses gilt es aber, sich eindringlich darüber klar zu werden, daß die hier geschilderte Situation des modernen Menschen und seiner Welt weder durch einen Willensentschluß rückgängig gemacht, noch durch organisatorische Maßnahmen wieder aufgehoben werden kann. Vielmehr haben wir Massendasein, Industrialisierung, durchtechnisierte Maschinenwelt, Wohlstandsgesellschaft und kulturelle Nivellierung als die uns vorgegebene objektiv-historische Situation hinzunehmen. In ihrem Zeichen, und damit im Dienste der Lebenssicherung der Massen, wird alle Politik und auch Bildungspolitik heute und in Zukunft stehen müssen.

Für die Ausbildung junger Menschen hat dies zur Folge, daß eine zeitnahe Erziehung auf diese Gegebenheiten eingestellt werden muß. Stellt sie aber alle diese Entwicklungstrends in Rechnung und will sie gleichzeitig doch an den traditionellen Vorstellungen festhalten, erwächst folgendes Dilemma: Auf der einen Seite sollen die Jugendlichen nach erreichtem Ausbildungsziel den Anforderungen der modernen Arbeitswelt leistungsmäßig entsprechen, auf der anderen Seite müssen wir aber gerade versuchen, sie gegen die großen Schäden und Gefahren widerstandsfähig zu machen, denen sie in dieser Welt ausgesetzt sein werden. Wir müssen also einmal die jungen Menschen den Bedürfnissen der modernen Industriegesellschaft sachentsprechend ausbilden, zum andern müssen wir versuchen, ihnen als Schutzpanzer Gegengewichte gegen die mit dem Konformitätsprinzip drohende menschliche Selbstentfremdung auf den Lebensweg mitzugeben.

Jeder erzieherische Versuch, der nicht an der heutigen Weltsituation orientiert ist, wird in einen leeren Raum hinein verpuffen. Aber alles hängt von der Antwort ab, die auf die tatsächliche Lage gegeben wird.

Wir haben alle die Antwort des Ostens vor Augen, wo ein weltgeschichtliches Experiment versucht wird: die Heranzüchtung des systemgebundenen, durchfunktionalisierten Menschen, der zweckgenormt ist und leicht gesteuert werden kann. In der Sowjetunion dominiert die Vorstellung, daß zur Erfüllung der im totalen Wirtschaftsplan geforderten Leistung der „Spez“ genügt, d. h. der Spezialist als ein Mensch, der vor allen Dingen gut funktioniert, der Funktionär ist — man könnte auch sagen: ein Analphabet, der lesen kann. Der abendländischen Tradition ist derlei nicht nur fremd, sondern ist der äußerste Gegensatz zu dem ihr vorschwebenden Bild des in sich selbst zentrierten Menschen, der im Gewissen gebunden ist, selbständig denkt und sich verantwortlich entscheiden kann. Gegen den außengesteuerten, funktionsgebundenen Kollektivmenschen haben wir die innengesteuerte, zur Freiheit und eigenverantwortlichen Lebensführung berufene und erzogene Person zu setzen, die dann auch eine Vorstellung davon hat, wie man über sich hinauswächst. Nur von dieser Gegenstellung aus lassen sich moderne Leitbilder für Bildung und Erziehung entwickeln, wie sie dem deutschen und europäischen Denken angemessen sind.

Nun müssen wir uns aber die ganze Not und Krisis des Bildungsproblems in der Gegenwart klarmachen: Von vielen Menschen — nicht nur Jugendlichen — wird heutzutage die Persönlichkeit gar nicht mehr als das höchste Glück der Erdenkinder bewertet. Eher wird die eigene Individualität als eine Last empfunden, persönliches Ausgeprägtsein als etwas sehr Störendes, weil es der erforderlichen Anpassung in einer weitgehend verwalteten Welt im Wege steht. Dieser verbreitete Verhaltensinstinkt begünstigt bereits das östliche Leitbild und stellt das unsere von innen heraus in Frage. Darüber hinaus muß man aber auch sehen, daß die Entwicklung, die die Arbeit selber in der technischen Industriegesellschaft des Westens genommen hat, das humane Anliegen immer weiter zurückdrängt.

Hauptmerkmal der handwerklichen Arbeit ist stets ihre Vielgestaltigkeit und innere Geschlossenheit gewesen. Alle Teilaufgaben, wie Planung, Entwurf, Auswahl der Rohstoffe und die überwiegend manuelle Ausführung, konnten von einem Menschen gelöst werden. Betriebsgemeinschaft war die handwerkliche Großfamilie; Arbeitsraum und Lebensraum gingen ineinander über. Die Arbeit dieses alten handwerklichen Stils, in der Geschicklichkeit, Materialkenntnis und Formgefühl ein Werkstück schufen, ist im rapiden Rückgang und kommt im modernen Industriebetrieb kaum noch vor. Durch die Differenzierung der Fertigungsaufgaben haben sich die Arbeitsverhältnisse völlig verändert. Die Maschinen haben den Arbeiter immer mehr von schwerer Muskelarbeit entlastet und seine körperliche Beanspruchung herabgesetzt. Insbesondere durch die Anwendung des Elektromotors mit seiner vorteilhaften Art der Energieverteilung konnten die einzelnen Fertigungsfolgen immer weiter unterteilt werden, so daß die Arbeit sich in Kleinst- und Einfachsthandierungen auflösen begann. Dafür stieg dann aber die Arbeitsgeschwindigkeit erheblich an. Sicherlich wird das Handwerk neben der Landwirtschaft immer einen gewissen Eigenraum behaupten, doch wird beider Struktur in steigendem Maße von Elementen der Technik durchsetzt. Ebenso werden sich die Klein- und Mittelbetriebe auch in einer hochentwickelten Wirtschaft für die Spezialfertigung von Gü-

tern hoher Qualität durchaus halten können, wenigstens so lange wie die Nachfrage durch betont individuelle Ansprüche der Konsumenten bestimmt wird. Aber auch sie werden sich den herrschenden Entwicklungstrends durch weitere Technisierung anpassen haben. Freilich sind für die Vollautomation, d. h. für die totale Durchrationalisierung und technische Perfektionierung der Produktionsabläufe bei uns derzeit überhaupt nur 20 Prozent der Industriebetriebe geeignet, die für den Massenkonsum und für den Großmarkt produzieren. Die Automatisierung hat nämlich Grenzen der Wirtschaftlichkeit in den erforderlichen großen Investitionen, die sich nur für Massenfertigung, d. h. für außerordentlich große Stückzahlen bei langfristig unveränderlichen Typen wirklich lohnen. Große Absatzräume z. B. durch Schaffung des Gemeinsamen Marktes begünstigen heute diese Entwicklung. Aber der überwiegende Teil der industriellen Fertigung kommt hierfür, wie gesagt, auch bei günstigen Konjunktoren nicht in Frage. Auch künftig wird man beim Großmaschinenbau, für Turbinen und Gleichstrommotoren, aber auch bei der Montage des gelernten Facharbeiters bedürfen, des Produktions- wie des Leistungsteams.¹⁰⁾

Immerhin läßt sich an der Organisation der vollautomatisierten Betriebe deutlich erkennen, daß sich niedere menschliche Intelligenzfunktionen in der Tat durch die zuverlässiger arbeitenden Elektrohirne oder Denkmassen ersetzen lassen. Dadurch geht die so oft beklagte Aufsplitterung der Arbeit in Ausübung zahlloser monotoner Einzelhandgriffe am Fließband stark zurück oder fällt sogar ganz fort, der arbeitende Mensch wird nämlich immer mehr auf Überwachungsaufgaben isolierter Funktionen an Maschinen oder Maschinenaggregaten verwiesen. Er wird zum Dirigenten des Produktionsprozesses an den Schalttafeln, insofern er viele Arbeitsstunden nur Apparaturen oder Produktionsvorgänge zu beobachten hat.

Auch für die Bürowelt gilt ähnliches, da in ihr die gelernten, womöglich akademisch ausgebildeten Buchhalter, Statistiker und Bilanztechniker im Zuge der Vollautomatisierung ersetzbar werden. Durch die Aufstellung von Cybernetics (elektronische Denkmassen) werden nur noch sog. Operators, d. h. Büromaschinenbediener benötigt. Diese Entwicklung, die allmählich auch das Büro zu einer Art Fabrik werden läßt, scheint in den USA schon weit vorgeschritten — zumindest nach den Schilderungen, die der Deutschamerikaner Norbert Wiener¹¹⁾ gegeben hat. Gewiß wird dieser Operator als neuer Typ des arbeitenden Menschen mit wichtiger Verantwortung oder Teilverantwortung beladen, aber die von der Automation geschaffenen neuen Arbeitsbedingungen erzeugen eine neue Art der Monotonie. Die Last wird also nicht leichter, sie drückt nur an anderer Stelle. Wahrscheinlich ist nämlich das moderne Arbeitsschicksal als solches unaufhebbar und kann nur exopon, d. h. außerhalb des eigentlichen Arbeitsvorganges kompensiert werden. Da bei den heutigen Produktionsmethoden die Arbeit nicht mehr die Selbstverwirklichung des Menschen erbringen kann, von der Karl Marx gesprochen hatte, fällt diese Aufgabe heute immer mehr der Freizeit zu.

Heute bereiten aber noch gar nicht diese Fragen Kopfzerbrechen, sondern das viel elementarere Problem, woher denn eigentlich die Arbeiter und Angestellten für die Automation kommen sollen, ausgebil-

dete Techniker nämlich, die ein hohes spezialistisches Wissen haben, so daß sie geeignet sind, die immer schwieriger werdende Überwachung hochkomplizierter maschineller Vorgänge verantwortlich zu übernehmen.

Insolgedessen werden in der modernen technisierten Arbeitswelt vor allem zwei Arbeitertypen gefragt und dominierend werden: der hochqualifizierte Facharbeiter, von dem gesagt worden ist, daß er „von immer weniger immer mehr wissen muß“, und neben ihm ein neuer Facharbeitertyp, der vielseitig und umstellungsfähig sein muß und den Schelsky als betriebsgebundenen „Anlerntechniker“ bezeichnet hat. Die alte klassische Einteilung der Arbeiter in Gelernte, Angelernte und Ungelernte entspricht nicht mehr den modernen Arbeitsbedingungen. Der wendige, schnell einsatzbereite, in kurzer Zeit für irgendeine Tätigkeit anlernbare Spezialarbeiter ist neben dem gelernten Facharbeiter alten Stils wohl der für die industrielle Fertigung künftig wichtigste Arbeitertyp. Der Anlerntechniker braucht heute weniger seine Muskeln als vielmehr seine Nerven und sein Gemüt bei der Kontrolle der mechanischen Sklaven zu strapazieren, d. h. also, seine Arbeitsbeanspruchung und Belastung verschiebt sich von der körperlich-manuellen auf die psychische Seite. Ferner werden vom Anlerntechniker oder technischen Spezialisten in einem noch ganz anderen Ausmaß als vom alten Arbeitertyp charakterliche Fähigkeiten verlangt, wie etwa Sorgfalt und Verantwortungsbewußtsein für den Lauf eines Fertigungsprozesses. Mithin wird die allgemeine Durchbildung und die systematische Erziehung dieses neuen, von der Industrie benötigten Arbeitertyps von entscheidender Bedeutung sein, zumal es ja schließlich auch darum geht, aus ihrer Mitte heraus neue betriebliche Führungskräfte zu gewinnen. Dies wird auch von den Verantwortlichen gesehen. In einem Gutachten des Bundesarbeitsministeriums über zeitnahe Berufserziehung ist zu lesen:

„Die Entwicklung charakterlicher Fähigkeiten bei einem hohen Maß an Umstellungsfähigkeit, die Erziehung zur Gewissenhaftigkeit und Selbstsicherheit gegenüber technischen Änderungsprozessen werden bei der Ausbildung im Mittelpunkt stehen müssen. So ergeben sich für die Gestaltung der Berufsausbildung schon jetzt feststellbare Folgerungen. Der geistig aufgeweckte Typ des Anlerntechnikers, der in vielen Sätteln reiten kann, wird nicht durch frühzeitige Spezialisierung erreicht. Die Ausbildung kann daher nicht mehr in erster Linie darin bestehen, bestimmte handwerkliche Fertigkeiten und Kenntnisse zu vermitteln. Vielmehr kommt der technisch-elementaren Schulung des Denkens und der Förderung der Einsichtsfähigkeit in technische und betriebliche Zusammenhänge eine wichtige Bedeutung zu. Daher muß für möglichst viele Lehr- und Anlernberufe eine gleiche Grundausbildung auf breiter Basis durchgeführt werden. Die nachfolgende speziellere Berufsausbildung ist auf eine vielseitige Einsatz- und Entwicklungsmöglichkeit einzustellen. Eine enge Begrenzung der Berufsausbildung ist zu vermeiden.“

Diesen Forderungen wird auch in der Tat bereits insofern entsprochen, als weitsichtige Unternehmer,

¹⁰⁾ Für diese Angaben beziehe ich mich u. a. auf Aufsätze resp. Vorträge von Prof. H. G o e s c h e l: Der strukturelle Wandel der industriellen Arbeit, VDI-Nachrichten 1958, Nr. 6; Ingenieur und Großbetrieb, VDI-Zeitschr. Bd. 100 (1958), Nr. 24.

¹¹⁾ Mensch und Menschmaschine, Frankfurt 1952 (1956²).

besonders der Großindustrie, schon selber daran gegangen sind, in der Berufsausbildung neue Wege zu beschreiten. Die besseren Industriellen, die die Zeichen der Zeit erkannt haben, betrachten sich heute selber nicht nur als Wirtschaftsführer, sondern auch als Menschenführer; ohne eine ethische Grundeinstellung gegenüber den arbeitenden Menschen ist ein Industriebetrieb überhaupt nicht zu führen. Eine wachsende Zahl von Großunternehmen hat bereits moderne Lehrwerkstätten eingerichtet, in denen der Lehrling, losgelöst von der Produktion, ein breites Fundament an technischem, sozialem und allgemeinem Wissen erhält, um die gesellschaftlichen Zusammenhänge verstehen zu können, in denen der eigene Betrieb steht. Als Beispiel wird oft das Stickstoffwerk Hibernia in Wanne-Eickel genannt, in dessen Lehrlingsausbildungsstätte die Volksschulabgänger eine zweijährige, rein schulische Erziehung erhalten, die eine intensive, praktische, theoretische wie auch künstlerische Erziehung umfaßt. Letzten Endes geht es ja deshalb in der Berufserziehung darum, daß der Jugendliche nicht nur den betrieblichen Anforderungen gewachsen ist oder als Anlerntechniker eine bestimmte Funktion akkordreif ausführen kann, sondern daß er den Ansprüchen, die das Leben in der modernen Industriegesellschaft an ihn stellen wird, gerecht werden kann. Also muß der Ausbildungsvorgang über den beruflich-fachlichen Rahmen hinausgehen, wenn wir — um an das genannte Leitbild gegenüber der örtlichen Erziehung zu erinnern — einen freien und verantwortungsbewußten Menschen prägen wollen. Mehr denn je brauchen wir heute einen in sich selbst zentrierten Menschen, der nicht der Reizüberflutung der entfesselten Konsumwelt widerstandlos erliegt, sondern der Selbstzucht, Selbstkontrolle und Distanz zu sich selber hat. Wir brauchen einen Menschen, der sich gegenüber den Verlockungen der Wohlstandsgesellschaft, ihres Zivilisationskomforts und ihres Konsumzwanges die Freiheit der inneren Entscheidung zu erhalten vermag, und nicht zum „Verbraucherrekruuten“ hinabsinkt. Gerade der fraglose Vorrang der Konsumgüter droht heute zur Angleichung aller Lebensbereiche und zu einer Nihilisierung aller Werte zu führen. Deshalb wird heute in Schweden bereits von der „Wohlstandskrise“ als dem gesellschaftlichen Problem Nr. 1 gesprochen. Ihr kann man nur aus echtem Wertgefühl widerstehen, indem man Verhaltenssicherheit gewinnt.

Die schwersten Gefahren stehen aber noch bevor, wenn nämlich die Entvölkerung in den Werkstätten und Büros der automatisierten Industrien beginnt, die sog. „technologische Arbeitslosigkeit“ und infolge der unabwendbaren Arbeitszeitverkürzung überall die 40- oder 35-Stunden-Woche eingeführt werden muß. Dann werden nämlich erst die großen Probleme auf uns zukommen, welchen Gebrauch der von der Arbeit befreite Mensch von seiner Freizeit wirklich machen wird. Zunächst einmal stehen die meisten den massiven Angeboten einer die Freizeit kommerziell ausbeutenden Vergnügungsindustrie unkritisch gegenüber. — Wird nun der einzelne, zumal der jugendliche Mensch, dem schablonisierten Sensationsrummel der Freizeitfabrikanten, dieser geheimen Miterzieher, schutzlos preisgegeben sein? Oder darf man optimistischer sein und erwarten, daß ein Galopp der Steckenpferde ausbrechen wird? Oder werden sich die Jugendlichen nicht viel eher, um der Langeweile und der inneren Leere zu

entgehen, in die Schwarzarbeit flüchten? Oder gar in die Kriminalität von Halbstarckenbanden? Die amerikanischen Erfahrungen bisher lassen erkennen, daß der einzelne vor der Fünf-Tage-Woche in einen zweiten oder dritten Beruf ausweicht. Der amerikanische Gewerkschaftsführer Walter Reuther hat bereits den Kampf für die Vier-Tage-Woche, also das dreitägige Wochenende, angekündigt. Und dabei sieht es bereits schon jetzt so aus, daß der arbeitende Mensch in seiner neugewonnenen Freizeit keine freie Zeit mehr haben wird. Als Massenphänomen hat es derlei noch nie gegeben.

Ich kann diese Zukunftsfragen, die ich für ernster halte als viele andere, nicht beantworten, weil nämlich unsere Bemühungen um die echte Formung junger Menschen die Antwort sein werden, wie weit wir ihnen wirklich einen Fundus echter Allgemeinbildung mitgeben können. Nur soweit wir den Menschen innere Haltung geben, werden sie Halt haben, nur soweit wir Leitbilder eines heilen, ganzheitlichen Menschentums errichten können, werden sie gebildet sein. Anders werden sie die echten Lebensbedürfnisse von den Surrogatbedürfnissen niemals unterscheiden lernen und den Komfort oder Zivilisationskonsum eben doch mit „Glück“ verwechseln. Unsere eigene Schwierigkeit als Eltern und Lehrer ist dabei nur, daß wir selber noch aus einer vortecnischen Welt kommen und bei unseren Einflußnahmen und Beratungsversuchen die veränderten Bedingungen der heutigen Arbeitswelt leicht unterschätzen. Wenn aber alles auf die Weckung des inneren Widerstandswillens gegen die schleichende Selbstentfremdung ankommt, dann gehören zumal in die Berufsschulen, Lehrlingswerkstätten, Wohn- und Freizeitheime unsere besten Erzieher und Menschenbildner, nicht bloß Techniker und Werkmeister, die ihre Arbeit gut verstehen, vielleicht auch noch in wirtschaftlichen Wettbewerbsfragen versiert sind, aber von Pädagogik keine Ahnung haben. Die richtige pädagogische Ausbildung der Ausbilder, zumal der Berufsschul- und Gewerbelehrer, ist darum das heute vordringliche Problem.

Kurz möchte ich hier auch die Probleme des Volkshochschulwesens und der Erwachsenenbildung berühren dürfen, deren erprobte Methoden in der zweiten Nachkriegssituation häufig zu versagen scheinen. Alle Beobachtungen kommen darin überein, daß der schöne Bildungswille der alten Arbeiterbewegung in der jungen Generation nicht mehr existiert, da die Berufsauffassung ganz versachlicht worden ist bis hin zur Funktionserfüllung im einseltigen Sinne des „Erwerbsberufes“. Die heute allseitig übliche Bewertung der Arbeit nach der Lohntüte kann das alte Arbeitsethos schwerlich ersetzen. Der von Karl Bednarik gekennzeichnete Typ des jungen Arbeiters von heute, dessen Ideal und Lebensführung mit Motorrad, Kofferradio, eleganter Kleidung, häufigen Besuchen von Kino- und Tanzvergnügungen umschrieben ist, findet sich in den bildenden Arbeitsgemeinschaften und Vorträgen der Volkshochschulen nicht mehr ein, die in den Klein- und Mittelstädten oft beinahe eine Domäne der Akademiker zu werden drohen. Wenn vor 30 Jahren Wissen als Macht gegolten hat, so heute als Gewinnchance beim Fernseh-Quiz. Der junge Arbeiter von heute scheint auch selten Verlangen danach zu spüren, seine Arbeitssituation in ihren größeren Zusammenhängen zu begreifen. Von einer politischen Interpre-

tation etwa im Sinne der alten sozialistischen Ideen ist er ohnehin weit entfernt, Klassenschicksal und Klassenkampf sind unter den jungen Arbeitern unverständliche Begriffe geworden, wie Umfragen im Bundesgebiet ergeben haben. Das ist kein Wunder! Mit der proletarischen Situation ist eben auch das proletarische Bewußtsein geschwunden; der gehobene Lebensstandard ist zum ausschließlichen Motiv des sozialen Prestiges geworden. Bednarik stellt dazu fest: „Wenn aber dem neuen Typ des jungen Arbeiters kein geistiges Leben vermittelt werden kann, dann besteht nicht nur die Gefahr, daß seine Masse einer neuen Gewalt-herrschaft zum Opfer fällt, sondern auch, daß er in seinen stärkeren, weil kältesten Exemplaren, jene „Funktionäre“ hervorbringt, die in der nächsten Generation unsere Verwaltungsmaschinerie dirigieren werden.“¹²⁾

Nun ist auch mir vollständig klar, daß man den sinnentleerten Arbeitsvollzug nicht im unmittelbaren Zugriff mit Sinn erfüllen kann, weil die menschliche Selbstentfremdung im seelenlosen Betrieb der mechanisierten Arbeit nicht durch eine Wunderkur aufgehoben wird. Der Schweiß des laborare läßt sich nicht wegparfümieren, freilich auch nicht durch Lohn-erhöhungen zum Verschwinden bringen. Wenn es wahr ist, daß Arbeit für den Menschen etwas Natürliches und Artgemäßes ist, daß Arbeit, wie schon Hegel¹³⁾ sagte, zur Wesensbestimmung des Menschen gehört und im dialektischen Prozeß sogar seine Freiheit und seine Selbstwerdung fördert, wird es den Menschen immer wieder nach Arbeit verlangen. Dafür sprechen ja auch starke Triebe seiner Natur: Schaffensdrang, Erkenntniswille, Herrschbegier, Spieltrieb und, last not least — soll ja noch vorkommen — Pflichtgefühl. Wichtig ist nur das eine, daß der Mensch wieder den Sinn seiner Arbeit erfahren lernt. Dazu muß er aber seine Arbeit anschauen, durchdenken und in größere Zusammenhänge einordnen können, damit er von der Sinnhaftigkeit seiner Bemühungen einen Begriff bekommt und persönliche Verantwortung für die von ihm hergestellten Gegenstände übernehmen kann. Als erstes muß man darum seinen Fragewillen wecken, damit ihm der eigene Beruf zum Mittelpunkt eines Horizontes wird, von dem aus sowohl die Welt draußen, wie auch das persönliche Leben wirklich beurteilbar werden.

Natürlich wird hier noch manches andere eine Rolle spielen, wie etwa die Pflege der modern gewordenen „human relations“ im Betrieb zwecks Schaffung eines humaneren Betriebsklimas, vielleicht auch Mitbestimmungsrechte und Delegation von Teilverantwortung an die breite Schicht der mittleren Angestellten und der Vorarbeiter. Die Experimente der Duisburger Kupferhütte mit Gewinnbeteiligung und Eigentumsbildung der Werkarbeiter sind jedenfalls lehrreich. Wenn dadurch die menschliche Bindung an den Industriebetrieb verstärkt werden kann, gehört auch das sog. Mitunternehmertum oder der Versuch einer Eigentumsbildung durch Volksaktien in diesen Zusammenhang, um den Arbeiter gemäß seiner Leistung an den Erträgen des Betriebes zu beteiligen, damit er wirklich ein Werksangehöriger wird.

Ich bin aber der Meinung, daß Veränderungen der Eigentumsverhältnisse, wie sie sich heute schon weit-

gehend vollziehen, an den Anforderungen der modernen Industrielwelt und damit am Arbeitsschicksal als solchem nichts ändern werden. Die moderne Technik läßt sich nun einmal nicht humanisieren, sie läßt sich höchstens dadurch kompensieren, daß der einzelne Mensch in seinem Selbstwert durch die Erfahrung der Kooperation, d. h., der verantwortlichen Gliedschaft in einem Arbeitsteam, gesteigert werden kann. Das in Amerika entwickelte Teamwork-Prinzip als freiwillige Interessengemeinschaft über den Interessengegensätzen kann dem Leitbild der sozialen Partnerschaft dienen. Im Grunde ist nämlich Teamwork die westliche Antwort auf die russischen Zwangskolchosen und die ostzonalen Produktionsgenossenschaften. Seit Ernst Abbés Aufbau der Zeisswerke in Jena sind auf der Basis von Teamwork-Plänen innerhalb und außerhalb Deutschlands mancherlei Modelle einer auf sozialer Partnerschaft beruhenden Gesellschaftsordnung aufgestellt worden. Der „Arbeiterbürger“ anstelle des ehemaligen Proletariats ist ein sich schon in unseren Tagen immer mehr realisierender Sozialtypus, insofern für die breiten Massen Gesetzbildung gelingt und somit unter den 70 Prozent der lohnabhängigen Existenzen ein breit gefächertes Kleingebäude zustande kommt.

Um nun aber auf das spezielle Bildungsproblem zurückzukommen: Vor der modernen Arbeitssituation wird eine idealistische Volksbildung alten Stils mit humanen Feierstunden außerhalb der unhumanen Arbeitszeit restlos versagen. Weiter käme hier schon eine Schul- und Erwachsenenbildung, die bewußt „vom Nützlichen über das Wahre zum Schönen“ führen will, und die über dem labora auch das ora nicht ganz vergißt. Freilich soll Bildung stets am Tun gewonnen werden und mithin angebbaren praktischen Zwecken dienen, schon um die Eignungsbreite der Auszubildenden zu fördern. Dieses Ziel darf niemals aus dem Auge gelassen werden. Es kommt also darauf an, den heranwachsenden Menschen durch eine harmonische Verbindung von Spiel und Ernst im erzieherischen Prozeß als Person den Anforderungen der Arbeitswelt wachsen zu machen, so daß er sie bewältigen kann, ohne sich ihr passiv zu unterwerfen. Auf hochqualifizierte Arbeitsleistung durch zweckrationales Denken und Handeln, Werktreue und werkgerechte Verfahrenstechnik, berufliche Tüchtigkeit und Zuverlässigkeit wird die Ausbildung sowohl des künftigen Facharbeiters wie die des Anlerners stets abgestellt bleiben müssen. Dazu wird heute in verstärktem Maße die Auffindung von Begabungen aus allen sozialen Schichten treten müssen. Organisation von Talenten und ihr planmäßiger Einsatz an den richtigen Stellen kann mancherlei bewirken. — Ich habe für diese Seiten des Bildungsproblems an Gedankengänge des verstorbenen Frankfurter Pädagogen Heinrich Weinstock über die Rolle der Arbeit im Prozeß unserer Menschwerdung angeknüpft, der von einem „realen Humanismus“ spricht, damit Arbeit und Bildung wieder zusammenkommen.

Auch für die Lösung der Freizeitproblematik wäre von hier aus einiges zu erwarten. Die Freizeitgestaltung wird künftig immer mehr zur bewußten Ergänzung zur Arbeit durch eine andere außerbetriebliche und außerberufliche Welt werden. Das eigentliche Leben beginnt für die meisten erst hinter der Arbeit, wenn der Betrieb die nur teilhaft beanspruchten Menschen wieder freigibt, also wenn die „graue Masse“, die aus

¹²⁾ Der junge Arbeiter, Stuttgart 1953, 150.

¹³⁾ Rechtsphilosophie, §§ 197—198.

den Werkstoren strömt, sich auflöst, und der Arbeitskittel ausgezogen wird. Die Trennung von Arbeit und Leben wird wohl immer mehr die Regel werden. Nur im Bestfall durchdringen sich beide gegenseitig. Im Grenzfall schließen sie einander aus, im Normalfall stehen sie mehr oder weniger unverbunden nebeneinander. Es muß aber nicht so sein, daß der seelenlosen, mechanisierten und gehetzten Arbeitszeit eine ebenso seelenlose, mechanisierte bzw. motorisierte und gehetzte Freizeit entspricht. Die wirklich freie Zeit in der Freizeit zu sichern, also den Feierabend und die echte Muße — das ist die eigentliche Aufgabe, damit der Mensch nach seinem Werktag, also ohne den Zwang der Arbeitsdisziplin, etwas mit sich selber anfangen kann. — Sie sehen also, der Freizeitgestaltung des üblichen Stils, da andere Leute unsere Freizeit gestalten wollen, wird hier dringend widerraten. Jeder einzelne soll sie selber gestalten lernen. Die sozialpädagogische Aufgabe ist es ja gerade, die jungen Menschen dazu zu befähigen, d. h., die schöpferischen Kräfte in ihnen zu wecken, damit sie ihre Freizeit selbst gestalten lernen. Vorläufig ist das aber noch ein Zukunftspostulat, da wir die Freizeit bisher nur als Konsument und nicht als Chance echter Persönlichkeitsentfaltung behandeln. Wir haben sie daher den sog. Massenmedien (Illustrierte, Film, Funk, Fernsehen usw.) überlassen, während sie im Osten von Staat, Partei und „gesellschaftlicher Organisation“ mit Beschlag belegt wird. Wir sollten bedenken, es handelt sich hier um eine Massenerscheinung, also um ein Politikum erster Ordnung, das sich nicht von allein erledigen wird. Die rechte Lenkung der Freizeit, die bis zu einem gewissen Grad lehrbar ist, bietet künftiger Bildungspolitik eine große Chance.

Was aber die spezielle Erziehungsaufgabe an dem Nachwuchs der Industriearbeiter angeht, so hat der aus der Gewerbeschulpraxis hervorgegangene Wiesbadener Oberschulrat Otto Monheimer mit Recht darauf hingewiesen, daß alle Bildungs- und Erziehungsarbeit heute an den globalen Lageveränderungen orientiert und auf die technisierte Arbeits- und Lebenswelt abgestellt werden muß, die die Jugend heute erwartet. Den jungen Menschen müssen seelisch-geistige Orientierungshilfen gegeben werden, damit sie erkennen können, daß reine Nützlichkeits- und Gebrauchswerte die Welt niemals aufschließen werden. Die Ansatzpunkte hierfür liegen schon innerhalb des Technischen selber. Man muß nur versuchen, die Ehrfurcht vor den Kräften und Mächten zu erwecken, die hinter dem Produktionsprozeß, hinter der Arbeitswelt und ihrer Sachgestaltung liegen. Es ist schon viel gewonnen, wenn man den Blick für den Unterschied von Qualitäten und Kategorien schärft, etwa daß man erlernt, Menschen lassen sich nicht wie Sachen behandeln, weil kein Mensch als Mittel, sondern jeder Mensch als Selbstzweck gewertet werden muß. Es geht also darum, den jungen Menschen die geistig-seelische Wertewelt als etwas über alles Nutz- und Zweckhafte Hinausweisendes erleben zu lassen. Dafür können die Augen des jungen Menschen geöffnet werden. Werden sie ihm aber geöffnet, dann dient dies der Entfaltung seiner Personhaftigkeit, seiner eigenen Menschwerdung.

eng aufgefaßt und war, nachdem ich das Wesen des Industriezeitalters skizziert hatte, einseitig auf die Probleme des Industriebetriebes und seine Bildungsnöte für den Nachwuchs eingegangen. Es wäre ja nun auch möglich gewesen, vom Wesen und Wert der allgemeinen Bildung in unserem Zeitalter überhaupt zu sprechen. Ich hätte mich dann auch mehr in der Nähe meines eigenen Berufsgebietes bewegt. Nun ist aber aus berufenem und häufiger noch aus unberufenem Mund so viel darüber gesagt worden, Ernsthaftes und Phrasenhaftes, daß ich lieber den anderen, für mich schwierigeren Weg gegangen bin. Aber immerhin möchte ich doch nicht abschließen, ohne in einem letzten Teil meines Vortrages die allgemeine Bildungssituation wenigstens skizziert zu haben. Ich darf als mir Wichtigstes folgendes feststellen:

Aus vielerlei Gründen ist heute eine längere Ausbildungszeit für die Jugendlichen geboten, als wir ihnen zu geben bereit sind. An Gründen nenne ich: die wachsende Komplizierung und Spezialisierung des gesamten öffentlichen und gesellschaftlichen Lebens, ferner das Phänomen der Akzeleration, d. h. Beschleunigung des körperlichen Wachstums bei Verlangsamung der seelisch-geistigen Reife und schließlich auch die Tatsache, daß uns die Sowjetunion in der Fürsorge für den Nachwuchs zu überrunden droht. Rußland hat die Ausbildung einer Armee von technischen Talenten organisiert (12 000 Ingenieure jährlich), mit der es mengenmäßig den Westen eindeutig überrundet. In der UdSSR zählte man 1961 739 Universitäten und Fachschulen mit fast 150 000 Hochschullehrern und 2,4 Millionen Studenten, davon die Hälfte nebenfachlich (Abendstudenten, z. T. auch in Fernkursen). Rund 45 Prozent von diesen studieren technische Fächer; die Absolventen — im Jahre 1960 waren es 120 000 — wurden als „Ingenieure“ bezeichnet. Für 1965 sieht die Planung 3,3 Millionen „Spezialisten“ als Hochschulabsolventen vor¹⁴).

Die Bedrohlichkeit dieser astronomisch anmutenden Ziffern reduziert sich insofern, als die Qualität bisher in keiner Weise der Quantität entspricht, denn das Gesamtniveau ist trotz einzelner Spitzenerfolge (Kosmonauten usw.) recht niedrig. Das dürfte mit der ideologischen Verknüpfung der Bildungsziele und Gehalte zusammenhängen, da ja in der UdSSR nicht die Bildung, sondern die Ausbildung angestrebt wird. Das kann sich aber mit der beginnenden Entideologisierung sehr schnell ändern!

In der Sowjetunion ist die Grundschulzeit, die bei uns noch acht Jahre beträgt, auf 10 Jahre erhöht worden; sie erfaßt also den jungen Menschen vom siebenten bis zum siebzehnten Lebensjahr und es wird ihm sogar pflichtgemäß eine Fremdsprache vermittelt. Die Durchführung eines elften und zwölften Schuljahres ist in Vorbereitung, wenn Chruschtschow auch aus anderen Überlegungen heraus diese Entwicklung jetzt abgebremst hat. Für unsere Verhältnisse dürfte auf die Dauer ein neuntes und später vielleicht sogar ein zehntes Pflichtschuljahr unvermeidlich werden. Das der Berufsfindung dienende 9. und 10. Schuljahr sollte von Volks- und Berufsschule gemeinsam erprobt werden. Auch Aufbauklassen an den Berufsschulen, die zur Fachschulreife führen, werden von manchen Pädagogen

Mein Thema hieß: „Der Wert der allgemeinen Bildung im Industriezeitalter.“ Ich hatte es, wie Sie sahen, sehr

¹⁴) Die Zahlen entstammen R. Meyer — O. Anweiler: Die sowjetische Bildungspolitik seit 1917, Heidelberg 1961.

für erforderlich gehalten. Sicher liegen hier im Übergangsstadium zwischen Kindheit und voller Erwachsensein große erzieherische Chancen. Wir sollten hier nicht kleinlich sein, es könnte sich rächen. Wir sollten aber auch das Erziehungsziel den modernen Notwendigkeiten besser anpassen und den Geist der Selbstständigkeit auf den Schulen mehr pflegen, denn selbständiges Denken ist heute mehr wert als ein Schatz überlieferter Kenntnisse. Ferner sollte man sich zu radikalen Maßnahmen hinsichtlich der oft beklagten Stoffüberlastung in allen Schulformen entschließen. Ich darf hier einen so erfahrenen Pädagogen wie Eduard Spranger zitieren, der folgendes feststellt: „Man ist immer dem Irrtum unterlegen, daß man in der Schule Proviant für die ganze Lebensreise eintun müßte. Dadurch ist leider die innere Lebendigkeit für eigentlich produktive Leistungen frühzeitig unterdrückt worden. Auf vielen Konferenzen wird jetzt gegen diese Masse des toten Stoffes geeifert. Man erklärt sich für das exemplarische Lernen, das ja besonders in der Berufsschule gut gepflegt werden könnte. Aber niemand findet sich bereit, an die schwere Arbeit des Umdenkens der Lehrstoffe heranzugehen, die nun erforderlich wäre. Zu der Seite des Unterrichts würde auch gehören, was bisher gefehlt hat: Eine Einführung in den Gesamtzusammenhang unserer Kultur, soweit die Stufe des Anfangs eine solche Übersicht schon ermöglicht. Aber das Prinzip der Kulturkunde, das eine Zeitlang aufkam, ist vielfach bekämpft worden. Ich möchte heute noch einmal dafür eintreten, daß das in irgendeiner Form zur Geltung kommen muß“¹⁵).

Diese letzteren Gesichtspunkte haben natürlich insbesondere Geltung für die höhere Schule, die ihren Charakter leider dadurch einzubüßen droht, daß große Teile der Elternschaft in ihr lediglich nur noch ein „Zuteilungsamt von besseren Sozialchancen“ erblicken, eine Dirigierungsstelle für künftige soziale Sicherheit oder gar für das Ausmaß künftiger Konsummöglichkeiten, weshalb der Andrang zu ihr immer stärker wird. So hat sich die Zahl der Oberschüler im Bundesgebiet um 225 000 erhöht, während der Volksschulbesuch um das Doppelte zurückging. Freilich steht ein großer Prozentsatz der Oberschüler gar nicht bis zum Abitur durch, sondern geht vorher ab. Immerhin gab es 1958 in der Bundesrepublik mehr Abiturienten (ca. 40 000) als 1938 in ganz Deutschland. Dadurch, daß die alten Bildungsbedürfnisse in einen allgemeinen Sozialanspruch verfälscht werden, sinkt die höhere Schule langsam auf das Niveau der Mittelschule herunter und vermag somit ihrer Auswahl Aufgabe kaum noch nachzukommen. Was dann auf die Hochschulen und Universitäten gelangt, hat zwar heute wieder eine weit bessere Grundausbildung als in den ersten Nachkriegsjahren, aber dafür ist die geistige Einstellung oft einfach verheerend. Die Zeit des akademischen Studiums sollte doch die des aufstehenden Lebens sein, in der man aus innerem Impuls heraus mit Dingen, Menschen, Gedanken aller Art verantwortliche Auseinandersetzung pflegen will. Statt dessen aber erlebt man auf den Hochschulen ein wachsendes Unverständnis für den Geist der Universitas Literarum und die Anbetung eines ganz specialistischen Tatsachenwissens. Nicht mehr der Wunsch, die Wahrheit zu erkennen, führt den normalen Achtzehnjährigen auf die Universität, sondern die Absicht, schnellstmöglich ein gutes Fachexamen abzulegen, hinter dem die Pfründe winkt.

Früher war man wenigstens der Meinung, daß sich beides nicht auszuschließen braucht. Aber wenn ich mich nicht sehr täusche, steigt auch bei uns im Westen als das moderne Leitbild der fleischgewordene „Übersoller“ am Bildungshorizonte hoch, der Hauer Adolf Hennecke, der dauernd Überschichten fährt. Die Tendenzen unseres öffentlichen Lebens gehen nämlich allzu einseitig auf die Züchtung hochspezialisierter Facheliten bei gleichzeitiger Schrumpfung des universalen Bildungshorizonts. Aber eine einseitig auf Leistung und Fachbildung gedrehte Jugend wird durch Pseudoideale des Fachspezialistentums, die freilich magische Anziehungskraft besitzen können, von all dem distanziert werden, was abendländische Kulturtradition bedeutet. In dieser ist es bisher so gegangen, daß Adel nicht durch Leistung, sondern durch Vornehmheit, d. h. durch eine menschliche, bildungsmäßige Hochprägung, durch geistigen und moralischen Wert konstituiert worden ist. Darauf waren die Auslesemaßstäbe gerichtet und nicht auf das Quantum der technischen Fähigkeiten und Fertigkeiten. Das war und ist ein Politikum erster Ordnung. Denn schon heute gelangen durchaus nicht mehr diejenigen, die im Politischen, im Kulturellen oder in der Wirtschaft vorbildlich wirken können und prägende Kraft entfalten, auch in die Schalt- und Hebelstellen des politisch-gesellschaftlichen Apparates, sondern allzu häufig sehen wir typische Repräsentanten der gesichtslosen Massengesellschaft gerade an diesen Stellen.

Wenn ich schließlich noch speziell von der gegenwärtigen akademischen Bildungssituation sprechen darf, so ist diese durch eine zunehmende Abkapselung der einzelnen Forschungsrichtungen voneinander und ebenfalls durch ein Überwuchern der specialistischen Orientierung charakterisiert. Sie aber droht den historischen Charakter der deutschen Universitäten und Hochschulen völlig zu verfälschen. Dieser seit längerem erkannten Gefahr hat man vielerorts die Forderung eines Studium generale entgegengestellt. Wo dieses in den letzten Jahren zeitweise eingeführt wurde, waren aber die Resultate nicht gerade ermutigend. Die Ursache dafür ist sehr einfach zu nennen: Nämlich die Addition von Einzelerkenntnissen, die Vertreter verschiedener Fächer zum gleichen Thema vortragen, wird niemals ein ganzheitliches Bild ergeben können. Stets wird es auf die Zusammenschau der verschiedenen Sachgebiete auf ein Zentrum hin durch das Prisma einer einzigen Forscherpersönlichkeit ankommen müssen. Dieser Aufgabenstellung will seit Wilhelm Dilthey die Geistesgeschichte dienen, die ihre Bestimmung als Lehrfach darin sieht, den Geist einer jeden Epoche, den sogenannten Zeitgeist und seine Wandlungen zu erfassen und zur Darstellung zu bringen. Als besonderes Lehrfach¹⁶) hat die Geistesgeschichte in Deutschland bisher nur an wenigen Orten eine Vertretung gefunden, ich selber vertrete sie durch ein Ordinariat in Erlangen. Aber die vor einiger Zeit auf einer Studientagung gegründete „Gesellschaft für Geistesgeschichte“¹⁷) tritt für die Einrichtung solcher Lehrstühle an allen Universitäten, Technischen und Pädagogischen Hochschulen ein. Die Geistesgeschichte will also den Geist

¹⁵) Menschenbildung in der Wirtschaftswelt der Gegenwart, Bielefeld 1955, 17.

¹⁶) Vgl. mein Buch „Was ist und was will die Geistesgeschichte? Über Theorie und Praxis der Zeitgeistforschung“, Verl. Musterschmidt, Göttingen 1959.

¹⁷) Sekretariat Erlangen, Kochstraße 4.

einer jeden Zeit erfassen, wie er in den Manifestationen des geistigen Lebens: Philosophie, Kunst, Religion, aber auch Staat, Recht, Wirtschaft usw. zum Ausdruck kommt. Denn die Geistesgeschichte, die einen Zeitraum adäquat charakterisieren will, ist an den Zusammenhängen aller Gebiete untereinander interessiert, also z. B. an den inneren Beziehungen zwischen calvinistischer Theologie und frühkapitalistischer Wirtschaftsethik, lutherischer Amtslehre und preußischem Staat, expressionistischer Malerei und existenzphilosophischem Denken usw. Die gemeinsame Bewußtseinslage zu untersuchen, die in verschiedenen, oft gegensätzlichen Werken, Leistungen, Sozialgebilden der gleichen Epoche zum Ausdruck kommt, halte ich für ein legitimes wissenschaftliches Beginnen. Die geistesgeschichtliche Sicht auf die Kulturen und Kulturepochen als Ganzheiten und als geistige Einheiten repräsentiert ein echtes Sachanliegen. Darum würden die von uns gewünschten neuen Lehrstühle die Aufgabe des kulturkundlichen Gesamtaspektes haben, die das Summieren von Fachvorlesungen im Studium generale nicht einlösen konnte, um so die einzelnen Fächer und Disziplinen zu verbinden, ja auch zwischen den verschiedenen Fakultäten Brücken zu schlagen. In der gegenwärtigen hochschulpolitischen Situation ist das eine der wenigen Möglichkeiten, die noch offen bleiben, um die Idee der Universitas Literarum hochzuhalten und sichtbar zu machen.

Hinter dem Thema Geistesgeschichte steht, wie Sie bemerkt haben, das Problem der allgemeinen Bildung. Allgemeine Bildung umfaßt alle Lebensgebiete und sucht alle grundlegenden Geistesrichtungen zu verstehen. Die Kunst des Didaktikers liegt im exemplarischen Lehren, d. h. darin, an einem Mindestmaß von grundlegendem Lehrstoff die universelle Einführung in das Geistesleben zu gewinnen. Darum ist Berufsvorbereitung nur bildend, soweit sie Allgemeinbildung miterstrebt. Allgemeinbildung steht in kelnem Gegensatz zur Fachausbildung und zum Spezialistentum. Sie ist vielmehr ein durchaus menschliches Erfordernis. Der fundamental Gebildete wird später ein besserer Spezialist werden als derjenige, der allzufrüh durch eine auf die Zwecke des Berufes abgestellte Bildung eingeeignet wurde. Der große Göttinger Naturwissenschaftler Lichtenberg hat einmal zu Recht gesagt: „Wer nichts als Chemie versteht, versteht auch sie nicht recht.“ Das Verhältnis ist nämlich so, daß der einseitig Gebildete, der Nur-Spezialist, hoffnungslos verloren ist, wenn er einmal gezwungen wird, über seine Grenzen hinauszugehen, während der Allgemein-Gebildete die Spezialsache, die er betreibt, in einen größeren Zusammenhang eingeordnet weiß und sie darum letzten Endes viel praktischer beurteilen und in Verhandlungen auch eindrucksvoller vertreten kann als der Nur-Spezialist¹⁵⁾. Und ist man einmal Spezialist geworden, wird man erst recht bemüht sein müssen, sich nach allen Seiten auszuweiten, um die kulturellen Kontakte nicht zu verlieren, wie es Goethe einmal in seinen Gesprächen mit Riemer formuliert: „Einseitige Bildung ist keine Bildung. Man muß zwar von einem Punkte aus, aber nach mehreren Selten hin geben“¹⁶⁾.

¹⁵⁾ Ein Blick in den Inseratenanteil der „Welt“ oder der „FAZ“ kann heute jedermann davon überzeugen, daß man in der Wirtschaft heute allerorten Menschen sucht, deren Urteil über die eigenen Fachgrenzen hinausgeht.

¹⁶⁾ Am 24. 7. 1807, ed. v. Biedermann.

Nun müßte freilich zum Schluß noch exakt gesagt werden, was echte Bildung wirklich ist. Das kann aber nur in Andeutungen geschehen. Es ist leichter zu sagen, was sie nicht ist. Wer ein wandelndes Lexikon ist, dem kann man mit Recht nachsagen, er sei wissensreich, aber gebildet ist er nicht. Denn das viele Einzelwissen fügt sich in ihm ja nicht zu einem Bild zusammen. Derlei mag für Lösung von Kreuzworträtseln oder für Quizsendungen in Funk und Fernsehen nützlich sein, mit Bildung aber hat es nichts zu tun. Allvetaren, der Alleswissener, in Schweden eine populäre Figur, beinahe eine Amtsperson, hervorgegangen aus Fragesport-Ausscheidungswettkämpfen des ganzen Landes, repräsentiert ein enzyklopädisches Ideal, aber nicht Bildung. Ein mit Wissensdaten vollgespickter Zettelkasten ist eben noch lange kein gebildeter Mensch. Man könnte geradezu formulieren: „Bildung ist das, was zurückbleibt, wenn alles einzelne Wissen vergessen worden ist.“ Wir meinen hier also das Gegenteil des enzyklopädischen: das humanistische Bildungsideal, mit dem nämlich der Erwerb der vollen „Humanitas“ angestrebt wird. Wir meinen hier ein Wissen, das in das Sein übergeht, Bestandteil der geistigen Person des Menschen wird und dann ganz unaufdringlich ist. Ein kluger Mann — ich glaube, es war Max Scheler — sagte einmal: „Bildungsstolz, Wissenshochmut ist Unbildung a priori, Bildungsdünkel erst recht. Gebildet ist der, dem man nicht anmerkt, daß er studiert hat, wenn er studiert hat, und dem man nicht anmerkt, daß er nicht studiert hat, wenn er nicht studiert hat.“

Darüber hinaus ist noch zu sagen, daß wir nicht mehr im Zeitalter Goethes leben, in dem man freilich auch schon Goethe selber sein müßte, um eine wirklich universale Bildung zu besitzen. Allgemeine Bildung heute ist immer perspektivischer Art, d. h. sie ist nur von dem Ort her möglich, an dem wir stehen, als Blick unter den Bedingungen der jeweiligen Perspektive auf das Ganze mit dem Willen zum Überblick über das Ganze. Der eigene Beruf ist nun einmal der Ort, an dem der Mensch gründliche Erfahrungen machen kann, der Bereich, in dem er zu Hause ist und wo er wirklich Bescheid weiß. Der Beruf muß darum auch der Ausgangspunkt einer perspektivischen Bildung sein. Aber nur der Blick auf das Ganze verleiht die heute erforderliche Optik, wenn man individuelles Schicksal im Gesamtzusammenhang verstehen will.

Was Allgemeinbildung als pädagogisches Ziel für die Erziehung des Durchschnitts heißen würde, ist einmal für den Hausgebrauch drastisch so formuliert worden: „Allgemein gebildet ist, wer imstande ist, außer seiner Fachzeitschrift den politischen, wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Teil einer der guten Tages- oder Wochenzeitungen mit Verstand und Nutzen zu lesen und auszuwerten.“ Oder wie es in den Empfehlungen des „Deutschen Ausschusses für das Erziehungs- und Bildungswesen“ heißt: „Gebildet im Sinne der Erwachsenenbildung wird jeder, der in der ständigen Bemühung lebt, sich selbst, die Gesellschaft und die Welt zu verstehen und diesem Verständnis gemäß zu handeln.“ In diesem Sinne ist Bildung notwendig für jedermann, aber allmächtig ist Bildung nicht.

Aber vielleicht sind auch alle diese Bestimmungen noch zu eng gefaßt und genügen deshalb nicht. Denn echte Bildung muß die eigene Daseinserhellung und -bewältigung ermöglichen können, sie muß uns dazu

fähig machen, unser persönliches Schicksal zu meistern. Darum kann echte Erziehung auf die Dauer auch nicht ohne Leitbilder dessen auskommen, was der Mensch sein soll. Und so möchte ich denn zum Schluß noch andeutend dieses sagen dürfen:

Der wohlgeformte Mensch ist das Ziel aller Erziehung, nicht der Mensch als Kunstwerk — das ist er nicht und das soll er auch gar nicht sein. Denn wer sein Ich hinter einer Glasglocke der Innerlichkeit zum Kunstwerk gestalten wollte, wäre auch noch nicht gebildet, wie Th. Litt einmal gesagt hat, sondern gerade der weltoffene und das Weltganze umfassen wollende Mensch ist es, der heutzutage Technisierung und Mechanisierung als Zeitschicksal und als Aufgabe ergreift, das Menschsein zu behaupten gegen alle Organisation, weil ihm ein Bild des echten Menschseins vorschwebt. In dieses Bild soll der junge Mensch hineingebildet werden, da es die edelsten und höchsten Werte menschlicher Existenz sichtbar werden läßt: Wahrhaftigkeit, Verantwortlichkeit, Treue und Edelmut. Echte Bildungsaufgabe ist es, einen jeden Menschen an seinen eigenen Wesenskern heranzuführen, ihn wesentlich zu machen in der Meinung des Sinnspruchs von Angelus Silesius:

„Mensch werde wesentlich, denn wenn die Welt vergeht Dann fällt der Zufall weg, das Wesen, das besteht.

Der Zufall muß hinweg und aller falsche Schein. Du mußt ganz wesentlich und ungefärbt sein.“

Der ganz wesentliche und ungefärbte Mensch aber ist der Mensch als Kreatur vor Gott, der Mensch, wie ihn ein biblisch geläuterter Humanismus sieht. Nicht der Mensch titanischer Hybris, aber auch nicht der durch Nivellierung und Vermassung degradierte Mensch,

sondern der wirkliche, der wesentliche Mensch, der für seine Handlungen und Schöpfungen auch die volle Verantwortung übernimmt. Aus jedem jungen Menschen können die besten Anlagen und Möglichkeiten, die in ihm schlummern, die Gott in ihn hineingelegt hat, herausgeholt und zum Maximum der Entfaltung gebracht werden, wenn er das Glück hat, in den Jahren seiner Entwicklung einem echten Menschenbildner zu begegnen. Das Unglück ist vielleicht nur, daß solche Seelenführer, solche echten Pädagogen, nicht in genügend großer Zahl geboren werden. Aber es gibt auch das Glück der fruchtbaren Stunde, der schicksalhaften Fügung, durch die die Wesensgestalt eines jeden Menschen angerufen und zur Entfaltung befreit werden kann, denn ein jeder trägt das Bild dessen, das er werden soll, immer schon in sich. Es muß nur jemand kommen, der ihm den Schleier davor fortzieht. In jedem Menschenleben gibt es aber diese großen Augenblicke, in denen Begegnung geschieht, in denen Schicksal sich fügt und die geistigen Funken überspringen. Man muß nur Vertrauen zum Weltgrund selber haben und man darf niemals die Hoffnung aufgeben. Ich möchte in diesem Sinne des Glaubens an die Gunst der verliehenen Stunde und an die Unausschöpflichkeit der menschlichen Zukunft mit einem großen Satze aus der religiösen Weltliteratur schließen dürfen:

„Denke nicht gering, von keinem Menschen und von keinem Ding

Denn jedes Ding hat seine Stunde und jeder Mensch hat eine Zukunft“²⁹⁾.

Anschr. d. Verf.: Erlangen, Ebrardstr. 11

²⁹⁾ Talmudtraktat Sprüche der Väter IV, 3.

Die Wirkungen des Wetters auf den menschlichen Organismus*)

(Von Dr. H. Brezowsky)

Ausgehend von der Anwendung der Bioklimatologie auf die Klimatherapie entstand in Deutschland vor dem 2. Weltkrieg eine Anzahl von Kurortklimakreisstellen. Nach dem Krieg entwickelte sich aus ihnen in den verschiedenen Ländern eine Reihe von Medizinmeteorologischen Beratungsstellen, davon eine in Bad Tölz. Ihre Aufgabe ist es, im Gegensatz zu den bioklimatischen Dienststellen, die Zusammenhänge zwischen den kurzfristigen aperiodischen Vorgängen des Wetters und dem lebenden Organismus zu untersuchen. Die rasche Entwicklung der Wetterkunde in den letzten 25 Jahren ermöglichte dabei eine exaktere und differenziertere Erfassung vieler Teilfaktoren, aus denen sich in Form einer Summenwirkung der „meteorologische Akkord“ des Wetterablaufs zusammensetzt. Auf diese Weise konnten die bereits vor dem Krieg begonnenen Untersuchungen der Beziehung zwischen dem meteorologischen und dem biologischen Geschehen intensiver und ergebnisreicher fortgesetzt werden. Besonders interessant war dabei, daß die aus den damals gegebenen politischen Verhältnissen heraus unabhängig voneinander an den verschiedenen Dienststellen durchgeführten Untersuchungen im wesentlichen zu den gleichen Er-

gebnissen führten. Der Ausbau der Medizin-Meteorologie als selbständiges Grenzgebiet erschien daher lohnend.

1. Die meteorologische Arbeitsmethodik

Die meteorologische Arbeitsweise ist in wesentlichen Zügen in Deutschland überall die gleiche. Hier sei die in Bad Tölz von Ungeheuer und Brezowsky entwickelte Methodik kurz dargestellt, die den später wiedergegebenen Untersuchungsergebnissen zugrunde liegt. Bei jeder meteorologischen Methodik handelt es sich darum, den scheinbar völlig regellosen Ablauf der kurzfristigen Wettervorgänge nach Phasen gleicher oder weitgehend ähnlicher Form zu ordnen. Wir entwarfen daher ein Schema von Wetterphasen, das, laufend beziffert, den (idealen) Kreislauf der Wettervorgänge für den angenommenen Fall beschreibt, daß hintereinander ein Hochdruckgebiet und ein Tiefdruckgebiet über den Beobachtungsort hinwegziehen. Wie Abb. 1 zeigt, beginnt dieser Kreislauf mit dem angenehmen und freundlichen Wetter bei Wetterphase 1. Sie stellt die biologisch günstigste Phase dar, also diejenige, bei der im statistischen Mittel die Zahl der Befindensstörungen ihr Minimum erreicht. Sie ist charakterisiert durch eine weitgehend ungestörte 24stündige Periodik der meteorologischen Elemente bei geringer Luftbewegung, wobei Strahlung und damit Gestaltung der Tempera-

*) Nach einem Vortrag, gehalten auf dem 10. Fortbildungskurs in praktischer Medizin in Bad Wiessee.

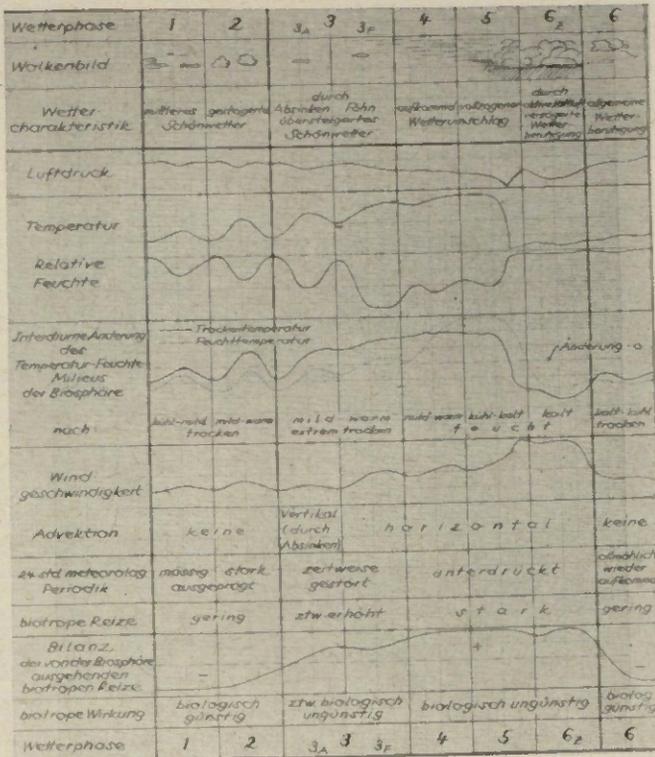


Abb. 1

tur- und Feuchteverhältnisse ein sehr bekömmliches mittleres Niveau erreichen. Mit weiterer Annäherung des Hochdruckgebiets erfahren diese Verhältnisse eine Steigerung. Es handelt sich bei Wetterphase 2 um das gesteigerte Schönwetter mit starker Strahlung und entsprechender erheblicher Erwärmung und Austrocknung am Tage, jedoch noch unter Wahrung der meteorologischen Periodik.

Bei Wetterphase 3 beginnt der Übergangsbereich zwischen Hoch und Tief. Sie enthält die beiden Sonderformen 3A und 3F, also das Abgleiten und den Föhn. Die Abgleitvorgänge sind mit ausgeprägtem, aber schon übersteigertem Schönwetter verbunden, d. h. bei meist wolkenlosem Himmel mit außerordentlich intensiver Strahlung, hartem Licht, starker, für die Jahreszeit meist zu starker Erwärmung und vor allem extremer Austrocknung mit einer relativen Feuchtigkeit am Tage von unter 40%. Es handelt sich dabei bereits um die Zufuhr eines fremden Luftkörpers, in diesem Falle mehr aus vertikaler Richtung, indem bei zurückweichendem Hoch die extrem trockene Höhenluft unter starker Erwärmung in Richtung auf den Erdboden hinabgleitet. Entgegen dem äußeren Eindruck beginnt hier bereits die positive Biotropie des Wetters mit einer erheblichen Steigerung der Befindensstörungen und einzelnen Sensationen besonders dort, wo Spasmen im Spiele sind. Gleichzeitig wird eine psychische Irritation beobachtet. Die andere Form der Wetterphase 3 stellt den Sonderfall des Gebirgsföhns dar, der orthographisch bedingt ist und daher nicht überall auftritt. Da die Biotropie des Wetters aber allgemein beobachtet wird, ist es eine irrierte Meinung, daß der Föhn allein als kausaler Faktor in Frage kommt bzw. daß jede wetterbeteiligte Befindungsstörung mit einer Föhnlage einhergehen müsse. Der Schwerpunkt der biologischen Wirkung des Föhns liegt bei starken Allgemeinbeschwerden, erheblicher psychischer Beeinflussung und bei großer Wärme einer meist hypotonen Reaktions-

form. Auch hier wird also ein fremder Luftkörper zugeführt, nämlich die durch den Absinkvorgang im Lee des Gebirges stark erwärmte und extrem ausgetrocknete Föhnluft, die sich namentlich durch von Süd nach Nord führende Täler je nach der Intensität der Strömung noch einige 10 Kilometer weit in das Vorland des Hochgebirges ergießt. Es ist eindeutig erwiesen, daß aber weniger dieser Luftkörper selbst als vielmehr das Stadium des Vorföhns und die Randgebiete des Föhns die stärksten biologischen Erscheinungen aufweisen. Eine solche Zufuhr eines fremden Luftkörpers (Advektion) führt zu einer merklichen Störung der 24stündigen Periodik der meteorologischen Elemente. Bezüglich der Kausalität liegt es nahe, eine damit einhergehende Störung der endogenen Periodik anzunehmen.

Mit weiterer Annäherung des Tiefdruckgebiets kommt es nun mehr und mehr zu einem Aufgleiten der an der Vorderseite des Tiefs in der Höhe einströmenden wärmeren und feuchteren Luft. Dieses warmfeuchte Temperatur-Feuchte-Milieu, wie es U n g e h e u e r abgeleitet hat, stellt diejenige atmosphärische Situation dar, in der die meisten Krankheitsbilder ihre maximale Beeinflussung durch das Wetter zeigen. Neben verbreiteten Allgemeinbeschwerden kommt es zu einer erheblichen Herz-Kreislaufbelastung mit zahlreichen Sensationen, und zwar bei ausgesprochen hypotoner Reaktionsform. Sie äußert sich ferner in schweren Störungen des Gerinnungsmechanismus. Die meisten Infekte haben hier ihren Sitz. Dieser Zustand läßt sich als avitalisierend (Daubert), also erschlassend bezeichnen und ist daher wie schon bei der Wetterphase 3F mit erheblichen individuellen Fehlleistungen verbunden. Über die Störung der Wärmeregulation hinaus muß hier eine schwere Belastung der Regulationsvorgänge in weitestem Umfang angenommen werden. Diesen Wetterablauf fassen wir in der Wetterphase 4 zusammen.

Sie wird beendet mit dem Durchzug der Kaltfront, d. h. dem Übergang von der warmen zur kälteren Seite des Tiefs (Wetterphase 5). Der Wechsel des Temperatur-Feuchte-Milieus ist dabei je nach der vorliegenden Zirkulation der Atmosphäre und der Art des zugeführten Luftkörpers verschieden. Auch in den einzelnen Jahreszeiten ergeben sich Unterschiede. So ist die Biotropie dieser Wetterphase zwar groß, sie führt jedoch z. B. im Sommer geradezu zu einer Entlastung, dann nämlich, wenn sie das drückend schwüle Wetter der Wetterphase 4 endlich durch einen etwas kühleren Luftkörper mit größerer Luftbewegung ablöst. Derartige Differenzierungen beim Kaltfrontdurchgang sind die Ursache dafür, daß manche frühere Untersuchung,

Bitte beachten Sie den Weihnachtsaufruf

der ärztlichen Organisationen für die Stiftung

„Ärzte helfen Ärzten“

in der die biologischen Erscheinungen lediglich mit Kaltfronten verglichen wurden, teilweise zu widersprüchlichen Ergebnissen geführt haben. Je nach der Intensität der Zirkulation kommt es dann einige Stunden nach Kaltfrontdurchgang erneut zu einer stark biotropen Wetterphase, dann nämlich, wenn die kälteste Stelle der Atmosphäre, also die Kaltluftzunge an der Rückseite des Tiefs, den Beobachtungsort passiert (Wetterphase 6z). Hier kommt es zu einem zweiten ausgesprochenen Gipfel der Wetterwirkung, bei dem vor allem Krankheitsbilder spastischer Genese im Vordergrund stehen, so Koliken, Apoplexien, epileptische Anfälle, daneben motorische Unruhe und infolge der thermischen Wirkung aufflackernde rheumatische und arthrotische Beschwerden. Wir vereinigen die entsprechenden Wettervorgänge in der Wetterphase 6z.

Mit dem Abzug des Tiefdruckgebiets ist das Eingreifen fremder Luftkörper beendet. Es kommt im Bereich der Wetterphase 6 bei allmählich aufkommender meteorologischer Periodik zu durchgreifender Wetterberuhigung, die erstmals wieder mit einem deutlichen Rückgang der Befindensstörungen weit unter den Mittelwert verbunden ist. Mit der Ankunft eines neuen Hochdruckgebiets würde der Kreislauf dann wieder mit Wetterphase 1 beginnen.

Natürlich ist dieser ideale Kreislauf mit exakter Aufeinanderfolge aller Wetterphasen nur relativ selten erfüllt. Bei starker Zirkulation treten Beschleunigungen und das Überspringen einzelner Phasen auf, bei schwach ausgebildeter Zirkulation Verzögerungen derart, daß unter Umständen mehrere Tage hindurch die gleiche Wetterphase herrschen kann. Auch die Gestaltung des Temperatur-Feuchte-Milieus der Biosphäre durch die einzelnen Phasen kann bei den verschiedenen Jahreszeiten und je nach dem Weg des zugeführten

Luftkörpers verschieden sein. Als gemeinsamer Zug bleibt aber bestehen, daß alle Wetterphasen mit weitgehend ungestörter Periodik der meteorologischen Elemente, also ohne Zufuhr eines fremden Luftkörpers, im statistischen Mittel mit einer deutlichen Verminderung der Befindensstörungen verbunden sind, dagegen alle Wetterphasen mit einer vertikalen oder horizontalen Advektion und gestörter meteorologischer Periodik mit einer ebenso deutlichen Vermehrung der biologischen Erscheinungen. Hierbei ergibt sich das Maximum der Biotropie bei Wetterphase 4 und ein zweites, kleineres, aber deutlich ausgebildetes beim kaltfeuchten Milieu der Wetterphase 6z, wobei man die biologischen Erscheinungen in dem beschriebenen Sinne nach ihrer Genese ordnen kann.

2. Arbeitsergebnisse

Der Nachweis für die Biotropie dieser kurzfristigen aperiodischen Wettervorgänge wurde anhand von etwa 100 Einzeluntersuchungen geführt, deren Materialreihen jeweils einige Hundert bis einige Zehntausend Beobachtungen umfassen. Typische Beispiele sind in den nachfolgenden Abb. 2 und 3 wiedergegeben. Sie sind statistisch überprüft und haben sich als überzufällig erwiesen.

Abb. 4 gibt einen Überblick über die pathogenetische Biotropiebilanz, d. h., über die Verteilung der beobachteten biologischen Erscheinungen je nach ihrer Genese auf die verschiedenen atmosphärischen Zustände. Aus ihm geht hervor, daß jeweils eine klare Abhängigkeit von der Art des atmosphärischen Reizes auf den Organismus besteht, der sich am deutlichsten in dem warmtrockenen bis warmfeuchten Milieu an der Vorderseite des Tiefdruckgebiets und dem kaltfeuchten bis kalttrockenen an der Rückseite des Tiefs widerspiegelt.

Diese Abhängigkeit läßt nun ebenso erwarten, daß sich eine unterschiedliche Form der Biotropie je nach dem klimatischen Gepräge ergibt, das dem betreffenden Beobachtungsort zugeordnet werden muß. Wie groß die

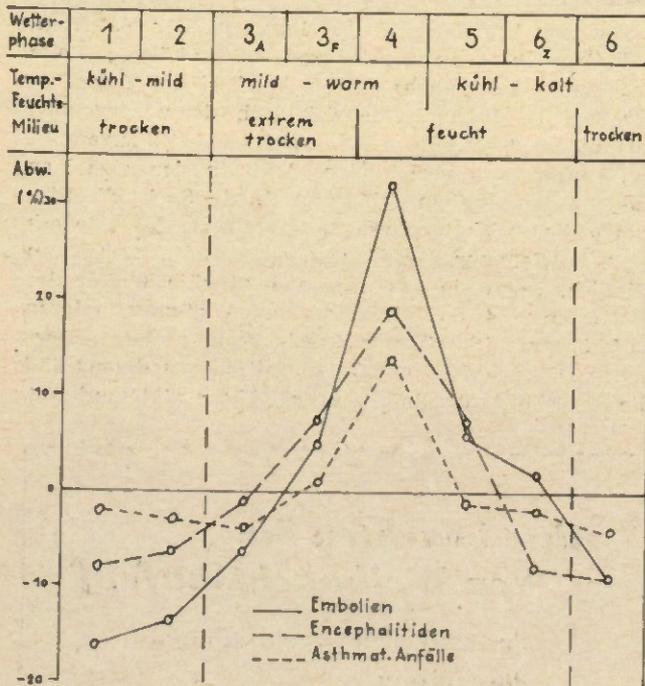


Abb. 2 Reaktion auf die warme Seite der Biosphäre

(Abweichungswerte in % vom Erwartungswert).

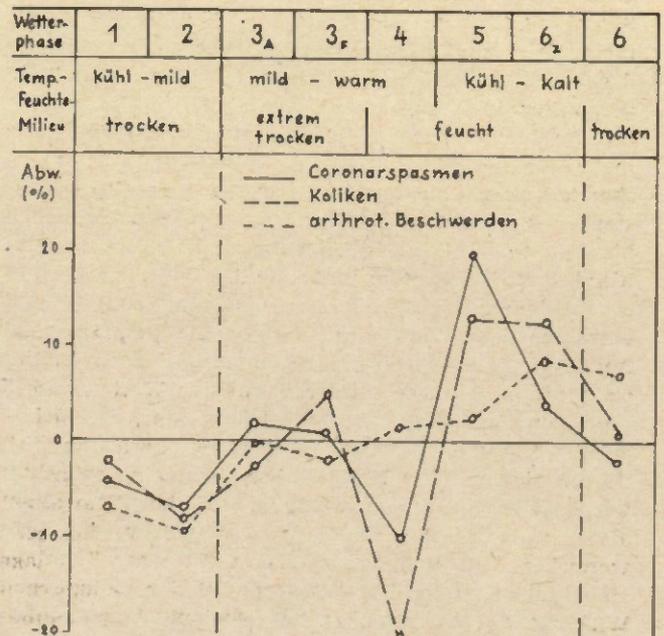


Abb. 3 Reaktion auf die kalte Seite der Biosphäre

Unterschiede allein in Bayern sind, zeigt die Gegenüberstellung vergleichbarer Materialreihen aus Nordbayern (repräsentiert durch Bayreuth) und dem Alpenvorland (Abb. 5). Man erkennt, daß die Biotropie der warmen Seite der Biosphäre in dem mildtrockenen bis mildfeuchten Gebiet von Bayreuth größer ist als im Alpenvorland (vgl. Wetterphase 4), während umgekehrt die Biotropie der kaltefeuchten Seite der Biosphäre in dem kaltefeuchten Gepräge des Alpenvorlandes gegenüber Bayreuth erhöht ist (Wetterphase). Jedes Bioklima potenziert also die Biotropie des Wetters auf seiner spezifischen Seite. Mit anderen Worten: man kann sich an ein Klima nicht „gewöhnen“, wenn man über eine nicht mehr intakte Regulation verfügt. Ein typisches Beispiel hierfür sind die Föhngebiete: wer ohne ausreichende Regulation in ein Föhngebiet zieht, reagiert nach einer kurzen Zeitspanne auf den Föhn ebenso wie ein Mensch nicht ausreichender Regulation, der in dieses Gebiet hineingeboren ist und dort immer schon lebt. Wir fassen diese Unterschiede nach dem jeweiligen Bioklima in der klimatischen Biotropiebilanz zusammen.

Schließlich muß sich eine weitere Differenzierung aus der Tatsache ergeben, daß die individuelle Reaktionsform des Organismus an der biologischen Reaktion maßgeblich beteiligt ist (individuelle Biotropiebilanz). Man kann dies z. B. bereits an der Körpertemperatur nachweisen. Ihre Werte sind — außerhalb von Krankheitszuständen gemessen — von der jeweiligen Reaktionsform der einzelnen Versuchsperson derart abhängig, daß sich für die vagotone bzw. sympathikotone Form bei den einzelnen Wetterphasen entgegengesetzte Abweichungen vom Mittelwert ergeben (Abb. 6).

Aus diesem kurzen Abriss geht die Vielfalt der Beeinflussung des lebenden Organismus durch den Umweltfaktor „Wetter“ hervor. Es handelt sich also sozu-

sagen um eine biologische Reaktion, die in Form von Schüben oder Wellen auftritt, die von den gleichzeitig ablaufenden Wettervorgängen ausgehen und deren Ausbreitung über ganze Kontinente hinweg nachgewiesen werden konnte. Es ist in fernerer Zukunft lediglich eine Frage der Organisation, die Vorhersage solcher Wellen den Kliniken und Praxen zukommen zu lassen, um auf diese Weise dort, wo es möglich ist, den Erfolg des ärztlichen Handelns und das Bemühen um eine optimale Therapie zu unterstützen.

Anschr. d. Verf.: Bad Töiz, Badstr. 15

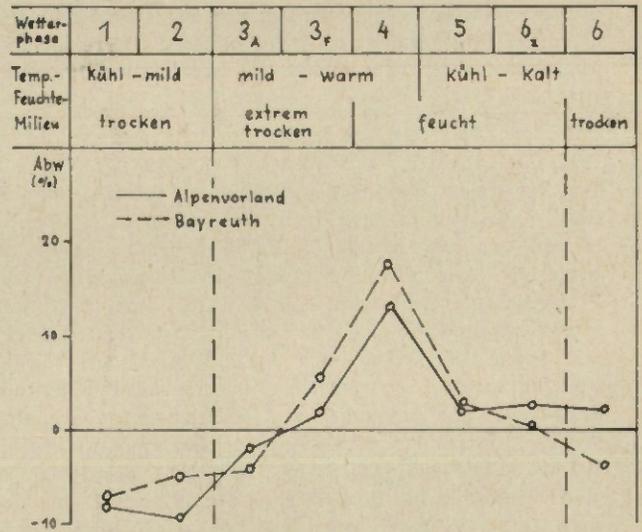


Abb. 5 Biotropiebilanz zwischen Nord- und Südbayern für 9 Krankheitsbilder verschiedener Genese

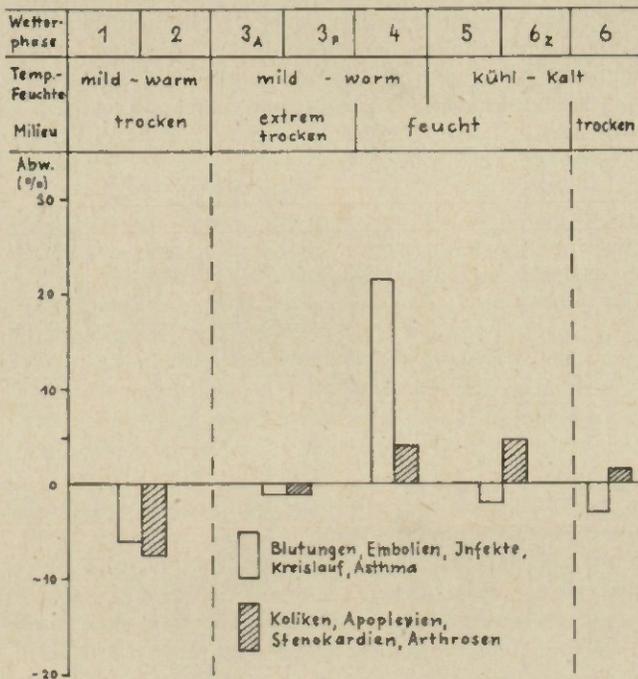


Abb. 4 Unterschiedliche Reaktion auf Wetterphase und Temp.-Feuchte - Milieu je nach der Krankheitsgenese (Pathogenetische Biotropiebilanz)

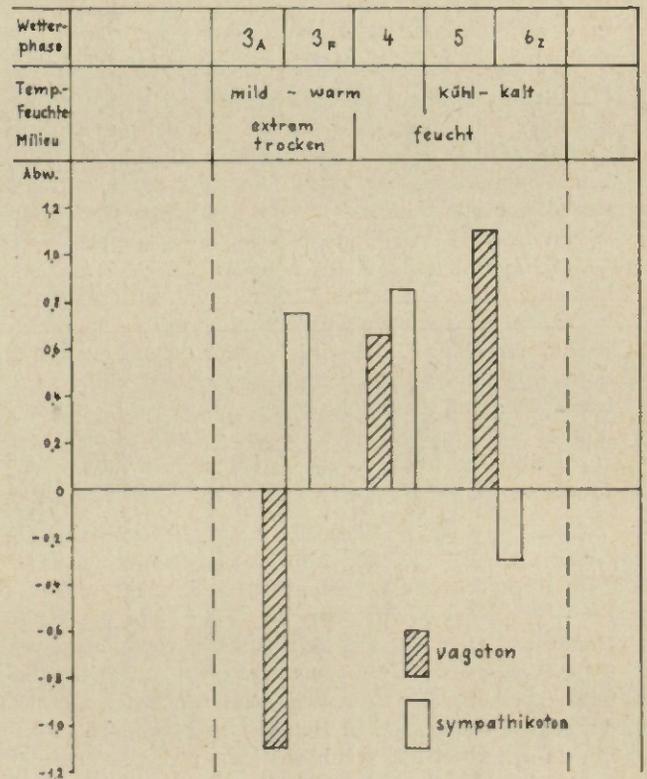


Abb. 6 Gegensätzliche Reaktion der Körpertemperatur auf das Gepräge des biosphärischen Milieus bei verschiedenen individuellen Reaktionstypen

Preisgerechtigkeit auch für ärztliche Leistungen

Warum Erhöhung der ärztlichen Gebühren?

Von Dr. med. J. Stockhausen, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer

Amtliche Grundlage und Wertbemessungsmaßstab für ärztliche Leistungen ist in der Bundesrepublik Deutschland die „Amtliche Gebührenordnung für Ärzte“ (Preugo). Sie stammt von 1896, ihre derzeitige Fassung aus dem Jahre 1924. Die 1924 festgelegten Gebührensätze wurden seither zweimal, und zwar 1952 und 1957, durch Preisrechtsverordnungen um insgesamt rd. 66% erhöht. Demgegenüber stieg das allgemeine Preisniveau allein seit dem Jahre 1936 bis zum Jahre 1957 um 101%.

Dieses Zurückbleiben hinter der allgemeinen Lohn-Preis-Entwicklung war auch der Grund für den für das Preisrecht zuständigen Bundeswirtschaftsminister, nach jeweils allerdings recht langwierigen Verhandlungen das wertmäßige Volumen der hier in erster Linie interessierenden Preugo-Mindestsätze durch zwei Preisrechtsverordnungen 1952 und 1957 um insgesamt zwei Drittel anzuheben; wohlgedenkt: gegenüber dem Stand von 1924! Daß auch diese Erhöhungen bereits zum Zeitpunkt ihres Inkrafttretens unzureichend waren, ergibt sich aus dem Hinweis, daß der Anhebung des Wertvolumens der ärztlichen Gebührenordnung von 100 im Jahre 1936 auf 166 im Jahre 1957 schon damals eine Erhöhung des Preisniveaus auf über 200 im gleichen Zeitraum gegenüberstand. In den seither vergangenen fünf Jahren sind aber Löhne und Preise weiterhin in erheblichem Maße gestiegen, so daß eine Anpassung der Gebührensätze und damit des Wertvolumens der ärztlichen Gebührenordnung an das gestiegene Lohn-Preis-Niveau immer notwendiger und deshalb von der Bundesärztekammer beantragt wurde.

Daß dieser Schritt der Ärzteschaft nicht überall ein positives Echo fand, so z. B. bei den Krankenkassenverbänden, ist bis zu einem gewissen Grade verständlich. Bedauerlich aber ist die Argumentation, mit der von dieser wie von anderer am ärztlichen Gebührenwesen interessierter Seite dagegen vorgegangen wird. Die Behauptungen, mit denen man nachzuweisen sucht, daß eine Erhöhung der ärztlichen Gebührensätze weder begründet noch wirtschaftlich tragbar sei, beruhen entweder auf einer Unkenntnis in der Sache oder sind dort, wo man es eigentlich besser wissen mußte, Polemik. Die Dinge aus solcher Polemik herauszunehmen und nüchterner Prüfung an Hand exakter Unterlagen zugänglich zu machen, ist Ziel der folgenden Ausführungen.

Zunächst ein paar Worte über Wesen, Rechtscharakter und Funktionen der Amtlichen Gebührenordnung. Dem Grundsatz nach besteht zwischen Arzt und Patient Vertragsfreiheit über die Höhe des ärztlichen Honorars. Diese ist insoweit eingeschränkt, als nach § 3 der Allgemeinen Bestimmungen der Amtlichen Gebührenordnung der Arzt sein Honorar innerhalb der durch ihre Mindest- und Höchstsätze gezogenen Grenzen zu bemessen hat, wenn er nicht vor Aufnahme der Behandlung eine davon abweichende vertragliche Vereinbarung mit dem Patienten getroffen hat. Beim Festsetzen der Höhe des Honorars sind vom Arzt nach den Allgemeinen Gebührenordnungsbestimmungen ange-

messen zu berücksichtigen: Die besonderen Umstände des Einzelfalles, und hierbei die Beschaffenheit und Schwierigkeit der erbrachten Leistung sowie die Vermögenslage des Zahlungspflichtigen und schließlich eventuelle örtliche Gepflogenheiten. Die Mindestsätze der Amtlichen Gebührenordnung sind nach § 2 ihrer Allgemeinen Bestimmungen dann anzuwenden, wenn der Arzt sein Honorar aus Mitteln des Staates oder der gesetzlichen Kranken-, Unfall- oder Rentenversicherung erhält. Diese Institutionen gelten die ärztlichen Leistungen überwiegend nach Verträgen ab, deren Berechnung auf der Amtlichen Gebührenordnung beruht.

Damit ist klargestellt, daß ein zwingender und direkter Zusammenhang, eine unmittelbare Koppelung also zwischen den Ausgaben der sozialen Krankenversicherung für ambulante ärztliche Behandlung und der Amtlichen ärztlichen Gebührenordnung nicht besteht. Ihre Gebührensätze sind als solche keineswegs bereits ärztliches Honorar, das von den Zahlungspflichtigen verbindlich zu entrichten ist; sie bilden lediglich den Wertbemessungsmaßstab, auf Grund dessen dann Honorarvereinbarungen getroffen werden. Dieser Grundsatz ist ausdrücklich in den Allgemeinen Bestimmungen der Amtlichen Gebührenordnung verankert. Er wurde darüber hinaus in beide Preisrechtsverordnungen zur Erhöhung der Preugo-Mindestsätze 1952 und 1957 nochmals ausdrücklich aufgenommen: § 3 dieser Verordnungen sagt nämlich, daß zum Zeitpunkt ihres Inkrafttretens bereits bestehende vertragliche Vereinbarungen, in denen die Mindestsätze als Entgelt festgelegt wurden, von ihrer Anhebung unberührt bleiben! Es ist daher irreführend, in der Öffentlichkeit zu behaupten, die beantragte Erhöhung der ärztlichen Gebührenordnung würde die Ausgaben der sozialen Krankenversicherung für ärztliche Behandlung von etwa 2,2 Milliarden DM 1962 in kurzer Zeit auf 3 Milliarden DM ansteigen lassen. Gerade im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung weiß man sehr genau, daß z. B. die im Jahre 1957 durch Preisrechtsverordnung vorgenommene Erhöhung der Preugo-Mindestsätze um durchschnittlich 27% bis heute — nach fünf Jahren also — immer noch nicht in vollem Umfang realisiert worden ist. Zahlreiche gesetzliche Krankenkassen des Bundesgebietes zahlen auch heute noch Vergütungen, die zum Teil erheblich unter den damals festgelegten Mindestsätzen liegen. Auch aus taktischen Erwägungen sollte man daher nicht behaupten, eine Erhöhung der ärztlichen Gebührenordnung verlange zwingend höhere Krankenkassen-Beiträge von den Versicherten. Tatsache ist vielmehr, daß auch nach den Gebührenordnungs-Erhöhungen von 1952 und 1957 die Beiträge der gesetzlichen Krankenversicherung wegen des Arzthonorars nicht heraufgesetzt werden mußten. Ein paar Zahlen machen das noch deutlicher: Entfielen in den Jahren von 1949 bis 1956 ständig etwa 22 bis 23% der gesamten Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung auf ambulante ärztliche Behandlung, so sind das heute — zum Teil bedingt durch die

anders geartete Struktur der Ausgaben — nur noch 20—21%. Weiter: Die Beitragssätze der sozialen Krankenversicherung blieben bis 1956 — d. h. bis 4 Jahre nach der ersten Erhöhung der Gebührenordnung um rd. 33% im Jahre 1952 — trotz derselben praktisch unverändert. Wenn sie seitdem zum Teil stark angehoben werden mußten, geht das nicht zu Lasten einer anteilmäßigen Steigerung der Ausgaben für ärztliches Honorar oder der zweiten Gebührenordnungs-Erhöhung 1957, sondern hat seinen Grund in einer Reihe danach eingeführten sozialpolitischer Maßnahmen, insbesondere Erhöhungen auf dem Gebiet der Barleistungen der Krankenversicherung, des Krankengeldes also.

Die Mehrzahl der Orts-, Land-, Innungs- und Betriebskrankenkassen zahlt zur Abgeltung der kassenärztlichen Betreuung ihrer Versicherten an die Kassenärztlichen Vereinigungen mit befreiender Wirkung eine Gesamtvergütung. Diese errechnet sich aus dem Bedarf der einzelnen Krankenkassen an ärztlichen Leistungen in einem Ausgangszeitraum und ist zu einem Teil an die Entwicklung des durchschnittlichen Grundlohnes der Versicherten dieser Krankenkassen angepaßt. Damit wird das bereits erwähnte Prinzip der ärztlichen Honorargestaltung gewahrt, die wirtschaftliche Lage des zur Honorarzahlung Verpflichteten zu berücksichtigen. Es ist dies ein Grundsatz, der vielleicht am treffendsten mit „sozialer Gebundenheit des Arzthonorars“ zu umreißen ist. Für die Ärzteschaft ist diese soziale Gebundenheit ihrer Honorare kein leeres Schlagwort, sondern tragendes Grundprinzip, von dem sie beispielsweise auch in den wirtschaftlich katastrophalen Zeiten unmittelbar nach dem Kriege nicht abgerückt ist.

Es ist daher mehr als verwunderlich und auch unzumutbar, dieses Prinzip in wirtschaftlich besseren Zeiten plötzlich nicht mehr gelten lassen zu wollen. Auch das Bundesverfassungsgericht hat in einem Beschluß zu § 2 des Preisgesetzes vom 10. 4. 1948 — das bekanntlich die Rechtsgrundlage für die preisrechtlichen Verordnungen des Bundeswirtschaftsministeriums bildet — festgestellt, daß bei Aufrechterhaltung der Preisbindung auch das Anheben der so gebundenen Preise in höherem Maße der Aufrechterhaltung des Preisstandes dienen kann als ihre Freigabe. Daher sollten Leistungsentgelte nicht von der allgemeinen Preisentwicklung nur deshalb ausgeschlossen bleiben, weil sie staatlich gebunden sind.

Es trifft zu, daß die derzeit gültige „Amtliche Gebührenordnung für Ärzte“ in ihrer inneren Struktur veraltet und überholt ist. Die Bundesärztekammer bemüht sich schon lange um eine neue und modernere allgemeinverbindliche ärztliche Gebührenordnung, die dem heutigen Stand der medizinischen Wissenschaft besser entspricht. Die Rechtsgrundlagen dafür wurden nach über 12jährigen Bemühungen aber erst vor knapp einem Jahr durch Verabschiedung einer neuen Bundesärzteordnung gesetzlich geschaffen. Erst nach ihrem Inkrafttreten konnten die Arbeiten zur Gestaltung eines neuen Vorschlages in Angriff genommen werden. Mit einem diskussionsreifen Ergebnis, das dann den zuständigen Ministerien seitens der Bundesärztekammer vorzulegen ist, dürfte jedoch nicht vor 20—24 Monaten zu rechnen sein. Danach wird es noch eines weiteren Zeitraums für Beratungen zwischen Bundesregierung und den Beteiligten bedürfen, bis in etwa 3 bis 4 Jahren — so hofft die Ärzteschaft — dann endlich eine

völlig neugestaltete ärztliche Gebührenordnung in Kraft treten kann.

Bis dahin aber ist es noch ein weiter Weg und der Ärzteschaft einfach nicht mehr zuzumuten, ihre Leistungen nach einer Amtlichen Gebührenordnung bewerten zu lassen, deren Sätze in ihrem Wert erheblich unter dem allgemeinen Niveau von Preisen und Löhnen liegen. Wenigstens vorläufig hier die dringend notwendige Anpassung baldmöglichst herbeizuführen, ist das Ziel der Bundesärztekammer bei ihrem Antrag an das Bundeswirtschaftsministerium auf Erhöhung der Gebührensätze.

Aber der Arzt verdiene doch — d. h. auch ohne Erhöhung der Gebührenordnung schon jetzt! — gut, und das solle er ja auch, so wird in den negativ-polemischen Äußerungen dagegen gesagt. Gleichzeitig wird aber gefragt, ob eine Gebührenerhöhung unter diesen Umständen und auch im Vergleich zur Einkommensentwicklung anderer freier Berufe, wie der Arbeitnehmer insgesamt, überhaupt gerechtfertigt sei. Zur Begründung wird dann die Statistik bemüht: Der durchschnittliche Jahresumsatz einer Arztpraxis sei seit 1954 um über 75% gestiegen und überschreite — ohne Gebührenerhöhung! — bereits jetzt 65 000 DM.

Eine solche Behauptung ist zumindest in dieser Form unhaltbar. Einmal ist das Jahr 1954 für jeden Sachkenner keine geeignete Vergleichsbasis, weil gerade zu jener Zeit der Jahresumsatz der Ärzte weit hinter der seit 1948 rasch vorangeschrittenen allgemeinen Entwicklung der Wirtschaft zurückgeblieben war: Das Volkseinkommen beispielsweise stieg je Einwohner von 1936 bis 1954 um 148%, die durchschnittliche Brutto-Lohn- und -Gehaltssumme je beschäftigter Arbeitnehmer stieg im gleichen Zeitraum um 135%; der Durchschnittsumsatz je steuerpflichtiger Arzt dagegen war in der gleichen Zeit nur um 76% gestiegen! Wenn man die Dinge aber von einem solchen verschobenen Ausgangspunkt her betrachtet, muß jede dann in der Folge eingetretene Annäherung der ärztlichen Umsätze an die allgemeine wirtschaftliche Entwicklung den (falschen!) Eindruck erwecken, als seien die Umsätze der Ärzte dem Volkseinkommen und den Löhnen weit vorausgeeilt.

In diesem Zusammenhang sei gleich noch eine zweite, statistische Fehlbeurteilung klargestellt, die auf Verwendung falscher Durchschnittszahlen beruht. Seit 1957 werden Ärzte mit Umsätzen unter 8500 DM jährlich von der Statistik nicht mehr erfaßt, weil Umsätze bis zu dieser Höhe für freie Berufe umsatzsteuerfrei sind. Darunter fallen bei den Ärzten zwar nur 1,2% des Gesamtumsatzes, aber rund 14% aller Ärzte. Zieht man diese Zahlen in die Berechnung mit ein — und das muß man, wenn man vergleichbare Durchschnittswerte ermitteln will —, dann sinkt der Durchschnittsumsatz der Ärzte im Jahre 1960 auf etwas über 55 000 DM ab. Nach Abzug der Praxisunkosten, die, je nach Größe der Praxis, zwischen 35 und 55% liegen, verbleiben dann pro Arztpraxis im Durchschnitt jährlich etwa 33 000 DM. Aus diesen noch nicht versteuerten Einkünften sind alle gerade für den Freiberufler lebenswichtigen Aufwendungen zur Vorsorge für Alter, Invalidität, Hinterbliebenenversorgung, Erkrankung und Urlaub selbst zu tragen. Gewiß wäre es unberechtigt, von einer allgemeinen wirtschaftlichen Notlage im ärztlichen Beruf zu sprechen; andererseits aber sollte man bei näherer Betrachtung dieser Einkommen auch

nicht vergessen zu bedenken den Arbeitsumfang des Arztes und die von ihm geforderte ständige Dienstbereitschaft, die weder eine geregelte Freizeit, unge störte Nachtruhe, noch 48-Stunden- und 5-Tage-Woche kennt. Ebenso sollte man nicht vergessen, welches lange, kostspielige und einkommenslose Studium der Arzt absolvieren mußte, bis er in eigener Praxis seine Kranken betreuen und seine und seiner Familie Existenz sichern kann, und welche große Verantwortung auf seiner Tätigkeit ruht.

Um es aber auch an dieser Stelle ganz klar zu betonen: Der Antrag der Bundesärztekammer auf Erhöhung der Sätze der „Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte“ (Preugo) verzichtet bewußt auf eine einkom-

menspolitische Begründung. Die Ärzteschaft erwartet nicht mehr und nicht weniger als die Anpassung ihrer staatlich festgesetzten und damit der freien Preisbildung entzogenen Gebühren an das allgemeine Preisniveau; sie will für sich also nichts als Preisgerechtigkeit! Wie äußerte sich doch der Sprecher der Bundesregierung, Staatssekretär von Hase, am 4. Oktober 1962 im Zusammenhang mit der von der Bundesregierung geplanten Tarifierhöhung bei Bahn und Post? Es handle sich hier um einen Nachholbedarf, der keinen neuen Anreiz für die Lohn- und Preisspirale bedeuten dürfe, erklärte er. Ist es daher unbillig, wenn auch die Ärzte vom Staat Preisgerechtigkeit für ihre Gebührenordnung verlangen?

Anschr. d. Verf.: Köln-Lindenthal, Haedenkampstr. 1.

Zur Diskussion

Über die Gefahren pseudo-wissenschaftlicher Untersuchungsmethoden pharmazeutischer Firmen in der Diabetes-Diagnostik

Stellungnahme von Dr. med. Curt Schuler zu der Er widerung von Prof. Dr. F. Steigerwaldt und Dr. H. Mehnert auf seinen Artikel „Über die Gefahren pseudo-wissenschaftlicher Untersuchungsmethoden pharmazeu tischer Firmen in der Diabetes-Diagnostik“ BÄBL. Heft 4 und 9/1962.

Bei dieser Veröffentlichung handelt es sich m. E. eindeutig um die private Meinung von Steigerwaldt und Mehnert und keinesfalls um die des Insulin-Komitees.

Ebenso geht es in obiger Abhandlung keineswegs um die Frage, ob eine regelmäßige und fachgerechte Blut- und Harnzuckerkontrolle mit guten, altbewährten und fachlich einwandfreien Methoden wünschenswert sei oder nicht. Daß eine laufende, regelmäßige, aber fachlich-klinisch einwandfreie Diabetesüberwachung die einzige Möglichkeit darstellt, die Zuckerkranken vor Stoffwechsellstörungen mit den oft schwerwiegenden Folgen zu schützen, ist eine Tatsache, welche gerade ich in meiner Praxis hier in München bereits jahrzehntelang an Tausenden von Diabetikern praktiziere; aus diesem Grunde gehen die Steigerwaldtschen Ausführungen völlig an dem eigentlichen Thema vorbei, nämlich an der Anprangerung unzuverlässiger und dadurch sehr schädlicher Untersuchungsmethoden der Harnzuckerbestimmung einiger pharmazeutischer Firmen, welche in letzter Zeit mit erheblichem Reklameaufwand der Ärzteschaft angepriesen wurden. Es dürfte doch wohl keinem Zweifel unterliegen, daß die Polarisation des Harnzuckers die Methode der Wahl ist und bleibt; auf der anderen Seite kann ich gerade aus meinem immerhin nicht unbeträchtlichen Erfahrungsspektrum von zur Zeit über 2000 laufend kontrollierten Diabetikern genügend Beispiele für die völlige Unbrauchbarkeit der von Steigerwaldt so intensiv verteidigten Harnzucker-testpillen anführen. Mit Entschiedenheit muß ich daher der Steigerwaldt-Mehnertschen Verteidigung dieser

unzuverlässigen Präparate entgegentreten. Diese Präparate weisen außerordentlich weitgespannte Fehlergrenzen auf; es läßt sich z. B. mit diesen Teststreifen nicht feststellen, ob z. B. eine Harnzuckerprobe auf 1 Prozent oder 2,9 Prozent liegt, was wohl schon jeder, der sich mit diesen Dingen überhaupt genauer beschäftigt hat, inzwischen festgestellt hat. Nimmt man nun z. B. eine 24-Stunden-Ausscheidung von zwei Litern Harn, so ergibt obige Diskrepanz bei der Harnzuckerfeststellung durch die kritisierten Harntestpräparate einen Unterschied bei der Errechnung der Tagesgrammausscheidung zwischen 20 g und 58 g!

Wohl jeder kompetente Diabetologe wird mir bestätigen, daß eine Kontrolle mit derartigen Methoden noch schlechter ist, oder mindest genauso schlecht ist, wie überhaupt keine Kontrolle. Zum Thema Nierenschwelle ist zu sagen, daß ein gewisser Prozentsatz Diabetiker, überwiegend Insulinmangelfälle, eine höhere Ausscheidung als die sonst als tragbar angesehenen 20—25 g pro die zeigen, ohne deshalb renale Fälle oder auch Umber-Fälle zu sein, was ich nicht nur aus meinem Karteimaterial, sondern selbst aus Entlassungsberichten aus der Abteilung Steigerwaldt belegen kann. Die Behauptung Steigerwaldts und Mehnerts, es würde sich hierbei um Fälle von „renalem Diabetes“ handeln, ist abwegig. Würden Steigerwaldt und Mehnert zum Beweilsversuch ihrer Behauptung einem derartigen „renalen“ Diabetiker auch nur wenige Tage lang nur die Hälfte seiner derzeit zur optimalen Einstellung erforderlichen Insulindosis verabfolgen, so würde dieser sofort auf präkomaatöse Werte hinaufschmelzen.

Auch in anderen Punkten sind meine Ausführungen von Steigerwaldt sinnwidrig ausgelegt worden. So habe ich z. B. keineswegs behauptet, daß ich eine definitive Insulineinstellung auf 80—120 mg/Prozent Profildurchschnitt vertreten würde, sondern habe gerade umgekehrt diese Werte als extremes Beispiel für an der Hypoglykämiegrenze liegende Fälle angeführt, bei welchen, falls die Harnausscheidung z. Z. mehr als 30 g betragen würde, die von Steigerwaldt propa-

Anmerkung der Schriftleitung: Die Diskussion über dieses Thema wird mit einer abschließenden Bemerkung von Prof. Dr. Dr. Steigerwaldt und Dr. H. Mehnert im Januarheft 1963 beendet.

gierten alleinigen Harnzuckeruntersuchungen einen schweren ärztlichen Kunstfehler, in Anbetracht der eventuell schwerwiegenden Folgen für den Patienten, darstellen würde.

Es ist auch nicht richtig, aus meinen Ausführungen einen Gegensatz zur allgemeinen Lehrmeinung zu konstruieren. Auch Steigerwaldt weiß doch, daß z. B. die Nierenschwelle durchaus nicht immer konstant bei 180 mg/Prozent angenommen werden kann, sondern daß diese häufig, und zwar in jedem einzelnen Fall verschieden, ganz erhebliche Abweichungen zeigen kann, wie auch die Berichte von Mohnike bestätigen. Gerade auf diesen Fällen fußte meine Warnung vor alleinigen Harnkontrollen; diese Warnung kann nicht deutlich genug ausgesprochen werden!

In meiner Abhandlung und auch in meinen früheren Referaten habe ich ein derartiges Verhalten als ausgesprochenen ärztlichen Kunstfehler bezeichnet und stehe auf diesem Standpunkt auf Grund meiner praktischen Erfahrung an zahlreichen mir später mit Spätschäden zugelaufenen Fällen.

In der scharfen Kritik eines derartigen Kunstfehlers weiß ich mich einig mit wohl fast allen namhaften Diabetologen. Es nimmt nicht wunder, wenn solche Fälle auf Grund von mangelhaften Überwachungsmaßnahmen dann frühzeitig diabetischen Spätschäden zum Opfer fallen und damit die von Steigerwaldt angeführten Joslinschen Zahlenangaben leider erhärten. Aus diesem Grunde bin ich gerne bereit, aus meinem erheblichen statistischen Material, nachzuweisen, daß es möglich ist, bei rechtzeitiger und pünktlicher sowie fachgerechter Diabetesüberwachung in bezug auf diabetische Spätschäden, diese Zahlenangaben weitgehend, nach Steigerwaldtscher Ausdrucksweise sogar „sensationell“, zu korrigieren.

Übrigens bin ich nicht der erste, der bei laufend guteingestellten Diabetikern derart günstige Ergebnisse in bezug auf Vermeidung diabetischer Spätschäden feststellen konnte. Gerade der von Steigerwaldt in gegenteiliger Absicht zitierte Joslin konnte unter denjenigen Diabetikern, welche er von Anbeginn an in seine Behandlung bekam und dadurch besonders sorgfältig betreuen konnte, gar keine Gefäßschäden sowie bei einer weiteren, auch laufend gut überwachten Gruppe Diabetikern nur zwei Prozent Spätschäden feststellen, womit die Steigerwaldtschen Ausführungen wohl auch in diesem Punkte widerlegt werden.

Auch bei der oralen Therapie versuchen Steigerwaldt und Mehrbert, durch falsche Auslegung meiner Ausführungen deren Sinn zu entstellen. So konnte ich z. B. bei einer Reihe von Fällen feststellen, daß von

Krankenhäusern bei einem Blutzuckertagesprofildurchschnitt in erheblicher Höhe z. B. 300 mg/Prozent zwei, drei, sogar vier Tabletten täglich erfolglos gegeben wurden, anstatt derartige Fälle rechtzeitig auf Insulin ordnungsgemäß optimal einzustellen. Solche Fälle wiesen dann häufig bereits erhebliche Spätschäden auf. Die Schuld dafür muß jenen zugesprochen werden, welche jahrelang in solchen Fällen mit vergeblicher oraler Therapie die ordnungsgemäße Einstellung verzögert haben. Nachdem dies aber durchaus keine Einzelfälle sind, sondern ich immer wieder auf derartige Fälle stoße, war es mir in der Abhandlung an die praktizierende Ärzteschaft wichtig, auch diesen Punkt gestreift zu haben. Andererseits kann ein erheblicher Prozentsatz der mit oraler Therapie gut einstellbaren Diabetiker in der Dosierung wieder abgebaut werden, wobei eben erfahrungsgemäß der allmähliche Abbau auch über eine Dosierungshöhe von $0,25 \text{ g} = \frac{1}{2}$ Tablette und schließlich sogar von $0,12 \text{ g}$ unter entsprechender Profilbeobachtung erfolgen muß. Fast jede Woche muß ich mehrere Neuzugänge aus Krankenhäusern entlassener Fälle bezüglich der oralen Therapie in dieser Richtung korrigieren, weil diese Fälle in konstanter weiterer Befolgung der Anweisung des betreffenden Krankenhausarztes monatelang, teilweise sogar jahrelang zwei oder gar drei Tabletten genommen haben, obwohl nach Art dieser Fälle diese Präparate schon längst hätten reduziert werden müssen, was allerdings erst durch allmähliches vorsichtiges Absetzen dieser Präparate im Rahmen der ambulanten Kontrolle ersichtlich werden kann.

Dem Krankenhausarzt, der ja die Diabetiker nur während der kurzen Krankenhauszeit kennt, entzieht sich der im allgemeinen wesentlich interessantere weitere Verlauf der Erkrankung. Daß deshalb die ambulante Diabeteseinstellung und die laufende spätere fachgerechte Überwachung durch Anpassung an die täglichen Alltagsverhältnisse des Diabetikers der stationären Einstellung nicht nur kostenmäßig und sozialpolitisch gesehen, sondern vor allem auch vom klinisch-ärztlichen Standpunkt aus, der stationären Einstellung meist überlegen ist, ist eine Erfahrungstatsache, welche ich hier in München schon jahrzehntelang verwirklichte zugunsten der Münchner Diabetiker, deren Hausärzte sowie nicht zuletzt der Versicherungsträger. Anshr. d. Verf.: München, Landwehrstraße 7

Literatur-Verzeichnis

Joslin: The treatment of diabetes mellitus. Philadelphia 1952.

Mohnike, Lisewski: Z. ges. inn. Med. 16, 1961, 24:1073.

Mellinghoff: Med. Klin. 54/712.

Schuler: Der Landarzt, 33. J. H. 34/988—990.

SCHWEFELBAD

hilft Cortisone sparen

bei Rheuma, Haut- und Frauenleiden

Dr. Klopfer

PROTINA GMBH. MÜNCHEN 54



Prof. Dr. Jahn,
Nürnberg



Prof. Dr. K. H. Bauer,
Heidelberg



Dr. E. Gögler,
Heidelberg



Prof. Dr. Kt. Herzog,
Krefeld

AUS DEM STANDESLEBEN

29. Tagung des Kollegiums für ärztliche Fortbildung in Regensburg

Ernst-von-Bergmann-Plakette für Prof. Dr. med. Dietrich Jahn, dem Begründer der Regensburger Fortbildungstage

Bei der feierlichen Eröffnungssitzung des 29. Ärztl. Fortbildungskurses in Regensburg im historischen Reichssaal des Alten Rathauses überreichte Herr Dr. Sewering, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer und Vizepräsident der Bundesärztekammer, Herrn Prof. JAHN die ihm vom Vorstand der Bundesärztekammer verliehene Ernst-von-Bergmann-Plakette. Herr Prof. Jahn erhielt diese Auszeichnung für seine großen Verdienste um die ärztliche Fortbildung seit 1948. Seit dieser Zeit ist er auch der Vorsitzende des Regensburger Kollegiums für ärztl. Fortbildung, dem 33 Hochschullehrer und Wissenschaftler angehören. Herr Kollege Jahn, der nach seinem Staatsexamen in Freiburg von 1926 bis 1934 Assistent an der 1. Med. Klinik der Universität München war, hatte sich dort im Jahre 1930 habilitiert. Nach einem zweijährigen Aufenthalt in New York wurde er 1934 Oberarzt an der Med. Universitätsklinik in Freiburg/Breisgau. Dort erhielt er 1939 die Berufung an die 1. Med. Klinik der Karls-Universität in Prag und 1940 das Ordinariat für innere Medizin. Nachdem er bereits 1947 zum Vorstand der 1. Med. Klinik der Städt. Krankenanstalten Nürnberg gewählt worden war, wurde er 1948 apl. Professor der Universität Erlangen.

Herr Prof. Jahn ist Träger des Bayer. Verdienstordens und wurde mit der Albertus-Magnus-Medaille für Förderung von Kunst und Wissenschaft ausgezeichnet.

1. Hauptthema:

Unfallmedizin

Die Aktualität dieses Themas wird uns durch alltägliche, grauenhafte Schlagzeilen der Presse zur Genüge vor Augen gehalten. Der Umfang, die Tragik und die weitreichenden Folgen dieses Chaos sind aber sicher noch zu wenig bekannt. Prof. Dr. K. H. BAUER, Heidelberg, umriß in einem Übersichtsreferat die Bedeutung des Unfalls in der industrialisierten Welt und gab eine gründliche Analyse von Umfang, Ursache und Wirkung dieses Geschehens. Fast 10% der Bevölkerung werden pro Jahr auf irgendeine Art in einen Unfall verwickelt, dabei 108 Personen pro Tag gewaltsam getötet, was der Vernichtung der Einwohnerzahl einer

mittleren Kreisstadt von etwa 40 000 Einwohnern pro Jahr gleichkommt. Noch immer entfallen 90% auf sog. Arbeitsunfälle und 10% auf Verkehrsunfälle, aber die jährliche Progredienz der Statistik geht deutlich zu Lasten der letzteren. Die Mehrzahl der Betroffenen entfällt auf die Männer der Altersgruppen zwischen 18 und 25 Jahren. Keine Krankheit bedroht diese jungen Menschen ähnlich wie der Unfall. Die Statistik widerlegt also die Vermutung, daß die alten Menschen, weil sie alt sind, auch dem Unfallgetriebe eher erliegen, im Gegenteil, es sind die jungen Menschen, weil sie jung sind!

Stellt man die Fragen nach der Ursache und damit nach den Möglichkeiten einer Unfallverhütung, so sind folgende Schwerpunkte zu erkennen: Geschwindigkeit, mangelnde persönliche Vorsorge und unzureichende Straßenverhältnisse. Die Jahre 1952 (Aufhebung der Geschwindigkeitsbegrenzung) und 1957 (Wiedereinführung derselben) beweisen durch einen deutlichen Knick in der Statistik die Bedeutung der Geschwindigkeit für Zahl und Ausmaß der Unfälle. Die Wucht des Aufpralls wächst im Quadrat, der Bremsweg und die Schrecksekunde sind verlängert. Die wiederholt empfohlenen Sturzhelme am Motorrad, Sicherheitsgurte im Pkw usw., werden leider noch viel zu selten verwendet. In Straßenführung, Sichtverbesserungen an Kreuzungen und aerodynamischen Abschirmungen, vor allem aber in einem großzügigen Ausbau des gesamten Straßennetzes muß noch viel geleistet werden.

Ein Drittel der Klinikbetten ist heute bereits durch Unfallverletzte belegt. Bei ständiger Zunahme der Schwere der Verletzungen rücken die des Schädels mehr und mehr in den Vordergrund, bei den Motorradfahrern sind es bereits 80%. Im Auto häufen sich die Mehrfachverletzungen, die außer Schädel, Brustkorb, Extremitäten, Zweihöhlenverletzungen und Wirbelsäule miteinbeziehen. Die Luxationsfraktur, bzw. Abschleuderung der HWS, meist im Bereich des 5./6. HWK, sind typische Ereignisse. Diese erschreckende Bilanz macht den Ruf Professor Bauers „Chirurgen an die Front“ verständlich; denn nur rasche ärztliche Hilfe — schon am Unfallort — kann durch sachgemäße Beurteilung der Situation das Schicksal der Betroffenen günstiger gestalten.

Dr. E. GÖGLER, Heidelberg, zeigte anhand reicher Erfahrungen die Möglichkeiten der Erstversorgung. Auch

D. A. Dr. K. D. Bock,
EssenProf. Dr. E. S. Bücherl,
Berlin-CharlottenburgProf. Dr. Hackethal,
ErlangenD. A. Priv.-Doz.
Dr. W. Grill, MünchenProf. Dr. T. Riechert
Freiburg i. Brsg.

in seinem Referat kam zum Ausdruck, daß der Faktor „Zeit“ eine enorme Bedeutung bei der Betreuung der Verletzten erlangt hat. Bei großen Katastrophen hat sich das gerade in Heidelberg eingesetzte Klinomobil hervorragend bewährt und in 20% der gefahrenen Einsätze brachte es sicher die einzig mögliche Lebensrettung. In diesen Fällen steht idealerweise ein chirurgisches Team mit hervorragender Ausrüstung zur Verfügung. In vielen Fällen aber ist dieser Aufwand entbehrlich, wenn nur die gerufenen oder zufällig vorbeikommenden Ärzte hinreichend ausgerüstet sind. Der „Arztkoffer“ bedarf dringender Modernisierung. Infusionsmöglichkeit, Venaesectio-Besteck, Intubationsgerät, Direktatemspendemöglichkeiten, Brandwundentuch, reichhaltiges Verbandsmaterial, evtl. pneumatische Schienen und manches andere sind Voraussetzung für die ärztliche Erste Hilfe geworden. Als Musterbeispiel einer solchen Zusammenstellung könne der von der Bundeswehr verwendete Unfallkoffer dienen. Ein gut ausgerüsteter Arzt ist besser als ein überhetzter Transport, weil die Statistik zeigt, daß nur $\frac{2}{3}$ der Schwerverletzten lebend in die Klinik kommen.

Ein Schema für die Behandlung ist bei der Vielfältigkeit der Verletzungen nicht zu geben, doch ist es günstig, einige häufige und wesentliche Komplikationen zu beachten. Suche nach Blutungsquellen, in Zusammenhang mit der Beurteilung der Kreislaufverhältnisse — Überwachung der Atemfunktion (Freihalten der Atemwege, Spannungspneumothorax, Haematothorax usw.) — kurze Überprüfung nach Frakturen, erscheinen vordringlich. Alle Maßnahmen sollen erst nach gründlicher Untersuchung der Situation, dann aber rasch durchgeführt werden. Unnützes Umlagern, überstürzter Abtransport oder gar hastiges „Befreien“ aus den Trümmerhaufen schaffen häufig zusätzliche Verletzungen durch Weichteilerreißungen, neuerliche Blutungen, Verschlimmerung des Schockzustandes.

Die Behandlung ist so differenziert geworden, daß Lehrgänge für eine Übung in solchem Handeln veranstaltet werden müßten. In diesem Rahmen konnten die Probleme lediglich angedeutet werden. Der Schockzustand wird am besten durch eine Infusion mit den neu entwickelten Plasmaexpandern (Haemacel, Rheo-macrodex usw.) bekämpft. Vorsicht gegenüber Infusionen ist allerdings bei dem Verdacht von schweren Brustkorbprellungen mit „Herzcommotio“ angezeigt, da sich rasch ein Lungenödem infolge traumatischer Herzinsuffizienz entwickeln kann. Nach genauer Differenzierung des jeweiligen Zustandes kann bei schweren Schmerzzuständen eine Morphiumspritze hilfreich sein. Bei Atemstillstand bewährte sich die Mund-zu-

Mund-Beatmung, mitunter kann eine Intubation mit einem Beatmungsgerät noch bessere Dienste leisten, vor einer übereilten Tracheotomie wird allerdings gewarnt. Die Lagerung Bewußtloser zur Verhinderung von Aspirationen ist hinlänglich bekannt. Den Spannungspneumothorax, den man an der schweren Atemnot mit blasendem Geräusch, evtl. verbunden mit Bluthusten erkennt, muß man sofort therapeutisch angehen; sofern ein Absauggerät nicht zur Verfügung steht, kann eine eingestochene normale Injektionskanüle mit geschlitztem Fingerling als Ventilaufsatz auch das Schlimmste verhindern. Zeigt sich eine starke Einflußstauung, so sollte an einen Mediastinalpneumothorax und an eine Herztamponade gedacht werden, wobei auch in diesen Fällen nur ein entschlossenes Eingreifen am Unfallort mit Mediastinotomie und Absaugung letzte Rettung bringen kann. Bei Rippenserienfraktur und paradoxer Atmung, ebenso bei offenem Pneumothorax ist unbedingt eine Intubation notwendig. Die Herzmassage mit Eröffnung des Brustkorbs im 4. ICR ist die letzte Möglichkeit bei Herzstillstand, um eine akute Gefahr vielleicht doch noch zu überwinden. Nach all den besprochenen Eingriffen ist es selbstverständlich erforderlich, daß der Patient auch während des Transportes noch ärztlich überwacht bleibt. Die meisten heute verwendeten Sanitätswagen sind leider ungeeignet, da in ihnen der Arzt kaum vernünftig sitzen, geschweige denn stehen oder handeln kann.

Prof. Dr. Kt. HERZOG aus Krefeld ergänzte die Betrachtungen der Medizin am Unfallort durch eigene Erfahrungen. Er betonte, daß jeder approbierte Arzt zwar verpflichtet sei, sich bei jedem ihm begegnenden Unfallereignis zur Verfügung zu stellen, doch, daß bis heute die Ausrüstung und die Ausbildung der meisten für solche Situationen noch viel zu mangelhaft wäre. Der Arztkoffer solle zuletzt nicht zu viele Instrumente beinhalten, weil das nur einer übertriebenen Aktivität von Ungeübten Vorschub leistet. Er meinte, man müsse vor allem das Netz der Krankenhäuser engmaschiger werden lassen, um dadurch Weg und Zeit bis zu einer sachgemäßen Hilfe abzukürzen.

Besonders in den dünner besiedelten Gebieten Süddeutschlands sei dies problematisch, weil viele der Kreiskrankenhäuser zudem nicht über Neurochirurgische oder Spezial-Unfallchirurgische Abteilungen verfügen. Bei der Ausbildung der Laien solle in ganz besonderem Maße vor einem Übereifer gewarnt werden; für diese ist es heute besser, wenn möglich, rasch einen Arzt oder sonst einen Krankentransport zu organisieren.

Schock und Kollaps sind bei den Unfallverletzungen

— gleich welcher Art — von zentraler Bedeutung. Leider wird diesem Tatbestand bis heute noch nicht durch klare Definitionen dieser Begriffe Rechnung getragen. Ausdrücke wie Spannungskollaps, Entspannungskollaps, Schocksyndrom ohne Schock und ähnliche Formulierungen, zeigen die Verwirrung. Andererseits würde eine klare Einteilung nicht nur ein akademisches Interesse befriedigen. Entscheidende therapeutische Konsequenzen hängen von einer genauen pathogenetischen Gliederung ab.

Privatdozent BOCK, Essen, schilderte in Anlehnung an die von Schwiegk, Buchborn und Allgäuer vertretenen Auffassungen folgende Definitionen: Kollaps sei eine akut eintretende, sich meist rasch erholende Kreislaufinsuffizienz, somit also ein Symptom. Ein längeres Persistieren oder eine rasch hintereinanderfolgende Wiederholung dieser Blutdruckabfälle könne letzten Endes eine der Ursachen des Schockgeschehens werden. Das Schocksyndrom selbst ist als eine Reaktion auf eine drastische haemodynamische Störung aufzufassen, wie sie erstens nach Hypovolämie (die Folge von Blutungen, größeren Flüssigkeitsverlusten, Verbrennungen usw.), zweitens nach toxisch bedingtem peripherem Kreislaufversagen (Histaminsubstanzen, stark ausgedehnte entzündliche Prozesse) und drittens im Gefolge einer cardialen Insuffizienz (Infarkt) auftreten kann. Der Organismus versucht diese Notfallsituationen durch eine Zentralisation des Kreislaufs zu beantworten. Dabei entsteht eine relative Ischämie in der Peripherie. Diese führt ihrerseits zu einer Gewebshypoxidose und leitet somit nach Ausbildung sog. Endotoxine in eine neuerliche Kreislaufbelastung und damit in eine Art *Circulus vitiosus* über.

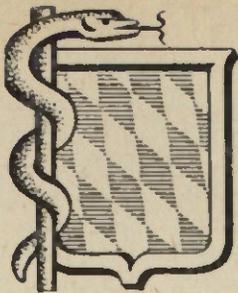
Zusammenfassend bedeutet Schock also: Akute Reduktion des Herzzeitvolumens, Ischämie und Hypoxidose der Peripherie (ist in Aufeinanderfolge von Haut, Muskulatur und Splanchnicusgebiet, später auch des Nierenkreislaufs und metabolische Entgleisung dieser Gebiete zu verstehen). Durch diese sympathicotone Vasokonstruktion und durch Mobilisierung der venösen Blutspeicher sollen die lebenswichtigen Organe Herz und Gehirn noch ausreichend versorgt werden. Die Dauer der soeben beschriebenen Situation entscheidet über zusätzliche Komplikationen oder Erholung des Organismus. Können die schockauslösenden Faktoren nicht beseitigt werden, so schreitet der Prozeß in Richtung einer irreversiblen Schädigung fort. Demnach gilt es, nicht nur ein Schocksyndrom schlechthin zu diagnostizieren, sondern die jeweilige Phase im Ablauf des skizzierten Geschehens zu differenzieren, da die Behandlung different sein muß. Im Augenblick der Zentralisation des Kreislaufs kann die Anwendung von Vasodilatoren (Wärmeanwendung oder Sympathicolitica bzw. Ganglienblocker) zu einer Katastrophe führen. In der zweiten Phase beginnt mit zunehmender Dauer die Gewebshypoxidose an Bedeutung zu gewinnen. Aus ihr resultiert in einem dritten Verlaufsstadium eine peripher metabolische Veränderung mit Acidose, Anreicherung von Endotoxinen und Minderung der Funktion betroffener Organgebiete, z. B. Schockniere.

Die Therapie wird parallel zu einer differenzierteren Besprechung der einzelnen Phasen des Schocks diskutiert.

Im ersten Reaktionsstadium, d. h. der Kreislaufzentralisation, ist zur Beseitigung der schockauslösenden

Ursachen oder doch zumindest zu deren Überbrückung bis zu einer ausreichenden Klinikversorgung die Auffüllung des Kreislaufs mit den sog. Plasmaexpandern (Macrodex, Haemacel usw., im besten Fall durch Bluttransfusionen) erstes Gebot. Eine Ausnahme macht hier lediglich der cardiogene Schock, bei dem die vorsichtige Anwendung kreislaufstützender Pharmaca eher angezeigt ist. Die Beobachtung der gleichzeitigen Aktivierung des Nebennierenmark- und -rindensystems veranlaßte uns bisher stets, möglichst rasch und möglichst hoch Corticosteroide zu applizieren. Interessante Tierversuche zeigten jedoch, daß einerseits beim haemorrhagisch bedingten Schock die Bildung von Nebennierensteroiden gesteigert und die Ansprechbarkeit der Nebennieren auf ACTH erhöht ist, andererseits beim toxisch oder endotoxisch bedingten Schock die Funktion geschädigt oder doch zumindest gehemmt ist. Der Reflex „Schock, also Cortison“ ist unbegründet. Nur wenn toxisch allergische oder entzündliche Ursachen anzunehmen sind, wird eine Gabe oder Substitution von Corticosteroiden angezeigt sein. Der antiphlogistische, anti-allergische und zellschützende Effekt dieser Medikamente ist dann von großem Nutzen. Andere hormonelle Umstellungen in dieser Phase, wie Vermehrung des antidiuretischen Hormons, Steigerung der Aldosteronproduktion und Reninangiotensinsekretion bleiben nach derzeitiger Auffassung ohne therapeutische Konsequenzen. Sie alle stehen im Dienste der in diesem Augenblick noch nutzbringenden homöostatischen Mechanismen. Wenn die periphere Ischämie zu einer Gewebshypoxidose geführt hat, und wenn daraus eine metabolische Acidose und die Entstehung von neuen Endotoxinen droht, erscheint die Behandlung in einem Sauerstoffzelt mit O₂-Überdruck sinnvoll. Außerdem sind zu dieser Zeit möglicherweise, wenn eine volumenmäßige Auffüllung des Kreislaufs sicher erreicht ist, Sympathicolitica zu versuchen. Jede Applikation von vasopressorischen Pharmaca muß die Situation dagegen sichtlich verschlechtern. Allerdings ist die Gabe von Ganglienblockern oder ähnlichen Sympathicolitica eine höchst differente und nur unter exakter ständiger Beobachtung durchzuführende Therapie.

Prof. BÜCHERL, Berlin, wies in seinem Korreferat darauf hin, daß nur die Ausschöpfung aller derzeit möglichen Behandlungswege eine Verbesserung unserer Therapieerfolge bringen wird. Er empfiehlt deshalb, die Acidose durch Natriumbicarbonat oder mit dem sog. Tham (einer organischen Puffersubstanz) auszubalancieren, die Viscosität durch Fibrinolytica oder durch neue Substanzen, wie Rheomacrodex zu beeinflussen, und regte an, bei schweren Schockzuständen mit lang persistierender Gewebshypoxidose den günstigen Effekt einer Hypothermie auszunützen. Die Gabe von Cardiacis ist meist berechtigt, beim cardialen Schock eine Notwendigkeit. Kommt es trotz allem zu ersten Funktionsstörungen, vor allem der Niere, so ist meist eine zeitweise extrakorporale Dialyse nicht zu umgehen. Abschließend soll auf die Möglichkeit des therapeutischen Eingreifens hinsichtlich geschädigter intra-abdominaler Organe, Leber, Milz und Darmschleimhaut hingewiesen werden. Es gilt, zunächst, das Anfluten von Toxinen durch die geschädigte Darmschleimhaut zu verhindern. Nicht oder schwer resorbierbare Antibiotica sollten versucht werden. Die Leber, und im gewissen Sinn das gesamte reticuloendotheliale System (RES) mit der Milz als Einflußgebiet solcher Toxine



BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Nummer 12

München, Dezember 1962

17. Jahrgang

Ergebnis der Wahl der Delegierten und Ersatzmänner zur Bayerischen Landesärztekammer vom 24. November 1962

Gemäß § 23 Abs. 2 der Wahlordnung wird hiermit das Ergebnis der Wahl der Delegierten und Ersatzmänner zur Bayerischen Landesärztekammer vom 24. 11. 1962, gegliedert nach den Wahlbezirken gemäß § 3 der Wahlordnung und nach den von den Bezirkswahlausschüssen gebildeten Stimmkreisen, veröffentlicht.

Als Stichtag für die Bekanntgabe dieses Wahlergebnisses habe ich gemäß § 23 Abs. 2 der Wahlordnung den 20. Dezember 1962 festgesetzt.

Jeder Wahlberechtigte kann gemäß § 25 Abs. 1 der Wahlordnung binnen 14 Tagen nach Bekanntgabe dieses Wahlergebnisses die Wahl wegen Verletzung der Wahlordnung bei der Bayer. Landesärztekammer, München 23, Königinstraße 85/III, anfechten.

Landeswahlleiter
Poellinger
Rechtsanwalt

Wahlbezirk München-Stadt und -Land

Delegierte:

- Dr. Schmitt Ludwig, pr. A., München 13, Elisabethstr. 44
Dr. Brentano-Hommeyer Karl, pr. A., München 15, Landwehrstraße 20
Dr. v. Bary Siegfried, FA Frauen, München 2, Sendlinger Straße 61
Dr. Petz Hans, pr. A., München 27, Höchlstraße 3
Dr. Stollnreuther Karl, pr. A., München 42, Villacher Straße 29
Dr. Ahle Hanns, FA Chirurgie, München 23, Nikolaistraße 5
Dr. Dr. Grassl Erich, pr. A., München-Solln, Hofbrunnstraße 42
Prof. Dr. Hellbrügge Theodor, Oberarzt, München 8, Lucile-Grahn-Straße 39
Dr. Breidenbach Heinz, pr. A., München 23, Mandlstr. 20
Dr. Meider Walther, pr. A., München 9, Wettersteinstr. 5
Dr. Wallnöfer Alexander, FA Röntgen u. Str., München 15, Sonnenstraße 10
Dr. Schneider Kurt, FA Urologie, München 22, Schönfeldstraße 19
Dr. Kleeberger Eduard, FA Frauen, München 8, Prinzregentenstraße 72
Dr. Baluschek Othmar, pr. A., München 13, Bauerstr. 34
Dr. Allwein Eugen, pr. A., München 58, Büchmannstr. 1
Dr. Klefhaber Josef, pr. A., München 9, Martinstr. 18a
Dr. Baumgartner Georg, FA Chirurgie, München 8, Versailler Straße 21
Dr. Stier Franz Joseph, FA Urologie, München 22, Maximilianstraße 31
Dr. Bestvater Horst, pr. A., München 23, Kaiserstraße 22
Dr. Krieger Hans, pr. A., München 22, Galeriestraße 30
Priv.-Doz. Dr. Vogt Dietrich, Oberarzt, München 19, Arnulfstraße 297
Prof. Dr. Maurer Georg, Chefarzt, München 8, Ismaninger Straße 22
Prof. Dr. Dr. Borelli Siegfried, Wiss. Ass., München 15, Thalkirchner Straße 48
Dr. Strambach Friedrich, pr. A., München 13, Hohenstaufenstraße 4
Dr. Berling Hugo, pr. A., München 8, Wörthstraße 14
Priv.-Doz. Dr. Dr. Karnbaum Sebastian, Wiss. Ass., München 23, Osterwaldstraße 115
Dr. Wallner Peter Paul, pr. A., München 9, Ohlmüllerstraße 19
Dr. Lins Germanus Theo, Stationsarzt, München 27, Händelstraße 5
Dr. Hauser Heinrich, Ass.-Arzt, München 27, Friedrich-Herschel-Straße 8
Dr. Steinkohl Hans, Oberarzt, München 55, Farchanter Straße 19
Dr. Riffart Wolfgang, FA Frauen, München 2, Neuhauser Straße 3
Dr. Loeber Frank, Oberarzt, München 23, Unertlstr. 34
Ob.-Med.-Rat Dr. Keller Hans, Medizinalbeamter, München-Obermenzing, Menzinger Straße 127
Dr. Schinzler Kurt Rudolf, FA HNO, München 9, Wettersteinplatz 2
Dr. Heisig Peter Josef, Ass.-Arzt, München 23, Königinstraße 103
Dr. Bach Franz, Stationsarzt, München 19, De-la-Paz-Straße 4
Dr. Kruel Norbert, Stationsarzt, München 55, Wessobrunner Straße 6
Dr. Stehr Klemens, Wiss. Ass., München-Solln, Herterichstraße 29
Flottillenarzt Dr. Kneip Günther, Sanitätsoffizier, München 27, Steinbacher Straße 12

Ersatzmänner:

- Dr. Fischer Doris, pr. Ä., Grünwald bei München, Am Koglerberg 1

- Dr. Zehetbauer Anton, pr. A., München 5, Wittelsbacherstraße 20
Dr. Scherpf Christa, pr. Ä., München 23, Clemensstr. 8
Dr. Bombé Clemens, FA Innere, München 2, Residenzstraße 23
Dr. Daschner Irmgard, pr. Ä., München 55, Schröfelhofstraße 19
Dr. Zierhut Wolfgang, pr. A., München 15, Waltherstr. 34
Dr. Zettl Wolfgang, FA Augen, München 23, Viktoriastraße 11
Dr. Kassel Karl, pr. A., München-Pasing, Marschnerstraße 45
Dr. Hausner Franz, FA Innere, München 13, Elisabethstraße 13
Dr. Hess Ludwig, FA Chirurgie, München 23, Siegfriedstraße 8
Dr. Raab German, FA Innere, München 22, Königinstraße 47
Dr. Begus Richard, pr. A., Feldkirchen bei München, Graf-Zeppelin-Straße 1
Dr. Surén Helmut, FA Frauen, München 25, Am Harras 10
Dr. Kühle Hans Joachim, Wiss. Ass., München 15, Mathildenstraße 8
Dr. Schaetz Albrecht, Stationsarzt, München 27, Ortnitstraße 20
Dr. Lachenmeier Karl Robert, Stationsarzt, München 19, Hildebrandstraße 13
Dr. Scherf Horst, FA Chirurgie, München 2, Schützenstraße 5
Dr. Ederer Bruno, Ass.-Arzt, München 23, Ruemannstraße 13
Dr. Ammende Hans Peter, Wiss. Ass., München 9, Ehlerstraße 33
Dr. Wiesmaier Paul, Ass.-Arzt, München 8, Harsdörferstraße 1
Dr. Kehl Karl Oskar, FA Chirurgie, München 13, Georgenstraße 46
Dr. Bauder Klaus, Ass.-Arzt, München 5, Wittelsbacherstraße 4
Oberfeldarzt Dr. Richter Helmut, Sanitätsoffizier, Krailling bei München, Wolf-Ferrari-Straße 16
Dr. Jany Wigbert, Ass.-Arzt, Unterföhring bei München, Schulstraße 3

Wahlbezirk Oberbayern

Stimmkreis I (Ärztlicher Kreisverband Ingolstadt) (Ingolstadt — Aichach — Schrobenhausen)

Delegierte:

- Dr. Baumgartner Fritz, FA HNO, Ingolstadt, Theresienstraße 23
Dr. Beck Georg, pr. A., Aichach, Bahnhofstraße 5

Ersatzmänner:

- Dr. Schreyögg Georg, FA Innere, Ingolstadt, Östliche Ringstraße 15
Dr. Goetz Hermann, pr. A., Ingolstadt, Ludwigstraße 14
Dr. Krebs Hans W., Ob.-Med.-Rat, Aichach, Rosenau 12
Dr. Pfundmair Josef, pr. A., Aichach, Jakobsweg 9

Stimmkreis II (Ärztlicher Kreisverband Dachau) (Dachau — Pfaffenhofen)

Delegierter:

- Dr. Sewering Hans Joachim, FA Lungen, Dachau, Oberanger 14

Ersatzmänner:

- Dr. Seidl Josef, pr. A., Scheyern
Dr. Roth Adolf, pr. A., Wolnzach, Am Starzenbach 1

Stimmkreis III
(Ärztlicher Kreisverband Fürstenfeldbruck)

Delegierter:

Dr. Mierlein Heinz, pr. A., Olching, Daxerstraße 24

Ersatzmänner:

Dr. Krausenecker Theo, pr. A., Fürstenfeldbruck,
Feuerhausstraße 13

Dr. Kurz Hermann, FA Augen, Fürstenfeldbruck,
Hauptstraße 27

Stimmkreis IV
(Ärztlicher Kreisverband Freising)

Delegierter:

Dr. Völlinger Friedrich, pr. A., Freising,
General-von-Nagel-Straße 22

Ersatzmänner:

Dr. Bauer Hans, FA Innere, Freising, Eckerstraße 13
Dr. Fröhlich Alfred, pr. A., Freising, Obere Hauptstraße

Stimmkreis V (Ärztlicher Kreisverband Ebersberg)
(Ebersberg — Erding — Wasserburg)

Delegierte:

Dr. v. Bary Gottfried, pr. A., Wasserburg/Inn,
Marienplatz 19

Dr. Peckert Joachim, pr. A., Grafing, Marktplatz 5

Ersatzmänner:

Dr. Troll Richard, pr. A., Wartenberg

Dr. Ortner Ludwig, pr. A., Erding, Schranzenplatz 6

Dr. Jäger Helmut, pr. A., Hohenlinden, Isener Straße 5

Dr. Döderlein Hermann, FA Chirurgie, Wasserburg/Inn
Köbingerbergstraße 10

Stimmkreis VI (Ärztlicher Kreisverband Starnberg)

Delegierte:

Dr. Alletag Elisabeth, pr. A., Starnberg, Theresienstr. 8
Dr. Mößner Hermann, FA Innere, Tutzing, Bahnhofstr. 4

Ersatzmänner:

Dr. Hepp Adalbert, pr. A., Gauting, Zugspitzstraße 11

Dr. Bartels Rudolf, pr. A., Gauting, Gartenpromenade 10

Dr. Schnorrenberg Josef, FA Lungen, Starnberg,
Maximilianstraße 14

Dr. Oeffner Hans, FA Innere, Starnberg, Hauptstraße 18

Stimmkreis VII (Ärztlicher Kreisverband Bad Aibling)
(Bad Aibling — Wolfratshausen)

Delegierter:

Dr. Platiel Anton, pr. A., Wolfratshausen,
Schnellriederweg 4

Ersatzmänner:

Dr. Brunner Hermann, pr. A., Wolfratshausen,
Sauerlacher Straße 45

Dr. Schneider Hans, pr. A., Wolfratshausen,
Obermarkt 20

Stimmkreis VIII (Ärztlicher Kreisverband Rosenheim)

Delegierte:

Dr. Schloßer Otto, FA Innere, Rosenheim,
Münchner Straße 6

Dr. Reinhardt Felix, pr. A., Frasdorf

Ersatzmänner:

Dr. Mulzer Hans, pr. A., Rosenheim, Ludwigsplatz 18

Dr. Roesch Ernst, FA Augen, Rosenheim, Rathausstr. 6

Dr. Pummerer Ernst, FA Röntgen, Rosenheim,
Königstraße 9

Dr. Peters Rudolf, pr. A., Endorf, Bahnhofstraße 27

Stimmkreis IX (Ärztlicher Kreisverband Miesbach)

Delegierte:

Dr. Middelmann Wilhelm, pr. A., Gmund,
Münchener Straße 8

Dr. Schulenburg Gerhard, pr. A. Weißbach,
Post Rottach-Egern

Ersatzmänner:

Dr. Christ Franz, pr. A., Bad Wiessee, Münchener Str. 29

Dr. Zimmermann Günther, FA Innere, Rottach,
Georg-Hirth-Straße 7

Dr. Nett Elimar, pr. A., Miesbach, Kolpingstraße 20

Dr. Bauer Hans, FA Augen, Bad Wiessee, Seestraße 6

Stimmkreis X (Ärztlicher Kreisverband Altötting)
(Altötting — Mühldorf)

Delegierte:

Dr. Sporer Alfred, pr. A., Aschau bei Mühldorf

Dr. Niedersteiner Josef, pr. A., Garching/Alz

Ersatzmänner:

Dr. Diebl Kurt, FA Nerven, Mühldorf, Eichkapellenweg

Dr. Heinichen Heinz, pr. A., Altötting, Herrenmühlstr. 75

Dr. Krönert Benno, pr. A., Töging/Inn., Kirchstraße 6

Dr. Waldvogel Alfons M., pr. A., Kraiburg/Inn

Stimmkreis XI (Ärztlicher Kreisverband Traunstein)
(Traunstein — Laufen)

Delegierte:

Dr. Gruber Christian, FA Augen, Traunstein,
Bahnhofstraße 24

Dr. Pauli Heinz, pr. A., Laufen, Tittmoninger Straße 43

Ersatzmänner:

Dr. Höcherl Hans, pr. A., Altenmarkt

Dr. Rechl Hermann, pr. A., Trostberg, Bahnhofstraße 5

Dr. Schraube Kaspar, FA Innere, Traunstein, Maxstr. 14

Prof. Dr. Hirsch Wolfgang, FA Innere, Traunstein,
Eugen-Rosner-Straße 12

Stimmkreis XII
(Ärztlicher Kreisverband Bad Reichenhall —
Berchtesgaden)

Delegierte:

Dr. Schretzenmayr Viktor, FA Nerven, Bad Reichenhall,
Bahnhofstraße 12

Dr. Kammerer Erich, pr. A., Berchtesgaden,
Locksteinstraße 7

Ersatzmänner:

Dr. Sebald Ernst, FA Chirurgie, Bad Reichenhall,
Städt. Krankenhaus

Dr. Neugebauer Wilfried, pr. A., Berchtesgaden,
Marktplatz 17

Dr. Kreuzpointner Richard, pr. A., Bad Reichenhall,
Bahnhofstraße 6

Dr. Karadensky Franz, Ass.-Arzt, Berchtesgaden,
Sücklergäßchen 11

Stimmkreis XIII (Ärztlicher Kreisverband Bad Tölz)

Delegierter:

Dr. v. Blomberg Hans, FA Innere, Bad Tölz,
Schützenweg

Ersatzmänner:

Dr. Gokus Theodor, FA HNO, Bad Tölz, Fröhlichgasse 25
Dr. Leich Hans, Ob.-Med.-Rat, Bad Tölz,
Staatl. Gesundheitsamt

**Stimmkreis XIV (Ärztlicher Kreisverband Landsberg)
(Landsberg — Schongau)**

Delegierter:

Dr. Hausladen Wolfgang, FA Innere, Landsberg,
Hindenburgring 58

Ersatzmänner:

Dr. Segmiller Walter, pr. A., Kinsau
Dr. Walter-Schaffner Isolde, pr. Ä., Schwabhausen

Stimmkreis XV (Ärztlicher Kreisverband Weilheim)

Delegierter:

Dr. Dr. v. Gugel Wolfgang, pr. A., Dürnhausen,
Post Sindelsdorf

Ersatzmänner:

Dr. Kau Wolfram, FA HNO, Weilheim,
Schmiedstraße 11
Dr. Schleicher Johann, FA Chirurgie, Peißenberg,
Knappschafts-Krankenhaus

**Stimmkreis XVI (Ärztlicher Kreisverband
Garmisch-Partenkirchen)**

Delegierter:

Dr. Henkel Klaus, FA Röntgen, Garmisch-Partenkirchen,
Partnachstraße 49

Ersatzmänner:

Dr. Beyer Wilhelm, FA Chirurgie,
Garmisch-Partenkirchen, Rathausplatz 9
Dr. Geiger Fritz, FA Lungen, Garmisch-Partenkirchen,
Rathausstraße 10

Wahlbezirk Niederbayern

Stimmkreis A (Ärztlicher Kreisverband Straubing)

Delegierter:

Dr. Forchheimer David, pr. A., Straubing,
Innere Passauer Straße 5

Ersatzmänner:

Dr. Foucar Heinz, pr. A., Bogen, Erzbergerstraße 238
Dr. Stegbauer Hans, pr. A., Schierling

Stimmkreis B (Ärztlicher Kreisverband Deggendorf)

Delegierte:

Dr. Gartner Josef, FA Frauen, Kötzing, Holzapfelstr. 1
Dr. Kappl Rudolf, pr. A., Deggendorf, Walchstraße 74

Ersatzmänner:

Dr. Danner Fritz, pr. A., Viechtach, Marktplatz 138
Dr. Stein Ernst, pr. A., Regen/Ndb.
Dr. Schulz Günther, FA Innere, Deggendorf,
Luitpoldstraße 14
Dr. Plitzko Günther, pr. A., Hengersberg

Stimmkreis C (Ärztlicher Kreisverband Passau)

Delegierte:

Dr. Bandtlow Oskar, FA HNO, Passau, Bahnhofstraße 2
Dr. Schwaabe Karl, pr. A., Vilshofen, Donaugasse 2

IV

Ersatzmänner:

Dr. Steinebrey Adam, pr. A., Passau, Nibelungenstr. 2
Dr. Moritz Eugen, FA Augen, Passau, Jägerhofstraße 4
Dr. Dietz Anton, pr. A., Waldkirchen
Dr. Jörisen Hermann, pr. A., Wegscheid Nr. 165

Stimmkreis D (Ärztlicher Kreisverband Eggenfelden)

Delegierter:

Dr. Dörfler Josef, pr. A., Griesbach/Rottal, Hauptstr. 150

Ersatzmänner:

Dr. Ertle Egon, pr. A., Eggenfelden, Stadtplatz 2
Dr. Waidhas, pr. A., Pfarrkirchen, Dr.-Bayer-Straße 10

Stimmkreis E (Ärztlicher Kreisverband Landshut)

Delegierte:

Dr. Michel Kurt, pr. A., Landshut, Ländtorplatz 4
Dr. Lössl Joachim, FA Röntgen u. Str., Landshut,
Städt. Krankenhaus

Ersatzmänner:

Dr. Schaber Anselm, pr. A., Landshut,
Neue Bergstraße 66^{1/2}
Dr. Schiller Klaus, pr. A., Landshut, Adelmanstr. 99a
Dr. Schmid Josef, pr. A., Landshut, Neue Bergstr. 56^{1/2}
Dr. Bühler Viktor, FA Urologie, Landshut,
Johannisstraße 28

**Stimmkreis F (Ärztlicher Kreisverband Landau)
(Mainburg — Rottenburg — Kelheim)**

Delegierte:

Dr. Müller-Platz Carl, pr. A., Frontenhausen,
Dingolfinger Straße 256
Dr. Blömer Carl Albrecht, pr. A., Kelheim, Donaustr. 10c

Ersatzmänner:

Dr. Winkelhofer Franz, pr. A., Großköllnbach
Dr. Köhler Friedrich, Amtsarzt i. R., Dingolfing,
Lederergasse 20
Dr. Kistler Mathias, pr. A., Mainburg, Bahnhofstr. 173
Dr. Münch Alfred, pr. A., Bad Abbach, Nr. 30^{1/2}

Wahlbezirk Oberpfalz

Stimmkreis A (Ärztlicher Kreisverband Amberg)

Delegierte:

Dr. Stetter Erwin, pr. A., Amberg, Prechtlstraße 9
Dr. Mühleisen Hermann, Oberarzt, Amberg,
Haselmühl 147

Ersatzmänner:

Dr. Stanjek Kurt, pr. A., Amberg, Herrnstraße 10
Dr. Ruffing Johannes, Ass.-Arzt, Amberg, Balanstr. 8
Dr. Brandlmeier Paul, Oberstabsarzt,
Sulzbach-Rosenberg, Weiherstraße 4a
Dr. Klever Richard, pr. A., Sulzbach-Rosenberg,
Kugelplatz 8

Stimmkreis B

(Ärztlicher Kreisverband Cham — Neumarkt)

Delegierte:

Dr. Treutinger Josef, pr. A., Neumarkt/Opf.,
Oberer Markt
Dr. Marlinger Bernhard, pr. A., Cham, Marktplatz 11

Ersatzmänner:

- Dr. Richter Werner, pr. A., Neumarkt/Opf.,
Pelchenhofer Straße 17a
Dr. Weidinger Ernst, pr. A., Hohenfels/Opf.
Dr. Schmldbauer Wolfgang, pr. A., Cham, Marktplatz 5
Dr. Hirmer Christof, pr. A., Cham, Rindermarkt 8

Stimmkreis C (Ärztlicher Kreisverband Regensburg)

Delegierte:

- Dr. v. Velasco Ferdinand, FA Kinder, Donaustauf,
Prüllstraße 1
Dr. Klier Max, pr. A., Regensburg, Watmarkt 9
Dr. Betz Adolf, Ob.-Med.-Rat, Regensburg,
Arndtstraße 10
Dr. Braun Hermann, pr. A., Nittendorf
Dr. Wolfrum Josef, FA Innere, Burglengenfeld,
Kirchengasse 1

Ersatzmänner:

- Dr. Demmel Franz, FA Innere, Regensburg,
Taxisstraße 8
Dr. Kehrer Arno, pr. A., Regensburg, Sternbergstraße 8
Dr. Einhauser Heribert, pr. A., Regensburg,
Wiesmellerweg 21
Dr. Bayer Willy, FA Chirurgie, Burglengenfeld,
Kreiskrankenhaus
Dr. Burger Wilhelm, FA Haut, Regensburg,
Dechbettener Straße 18
Dr. Zacharias Kurt, pr. A., Regensburg,
Obermünsterstraße 21
Dr. Kirschner Inge, pr. A., Regensburg, Hochweg 4
Dr. Beierlein Max, FA Innere, Schwandorf,
Friedrich-Ebert-Straße 57
Spiegler Corbinian, pr. A., Regenstau, Hauptstr. 128
Dr. Pohl Walter, FA Lungen, Schwandorf, Breite Str. 3

Stimmkreis D (Ärztlicher Kreisverband Weiden)

Delegierte:

- Dr. Platz Josef, FA Frauen, Weiden, Am alten Dorf 26
Dr. Panzer Walter, Oberarzt, Weiden, Krankenhaus
Dr. Seldl Eugen, pr. A., Schönsee, Weidinger Straße 161a

Ersatzmänner:

- Dr. Bösl Hans, FA Chirurgie, Weiden, Wörthstraße 5
Dr. Trottmann Eduard, pr. A., Neustadt/Waldnaab
Dr. Zeus Josef, pr. A., Tirschenreuth
Dr. Büchele Bruno, FA Chirurgie, Eschenbach,
Krankenhaus
Dr. Stuchlik Elisabeth, Ass.-Ärzt., Tirschenreuth,
St.-Peter-Straße
Dr. Schmid Alois, pr. A., Wernberg

Wahlbezirk Oberfranken

Stimmkreis A (Ärztlicher Kreisverband Bamberg)

Delegierte:

- Dr. Graepel Hartwig, FA Augen, Bamberg, Hainstr. 20
Dr. Baum Fritz, pr. A., Bamberg, Trimbergstraße 2

Ersatzmänner:

- Dr. Schörner Rudolf, FA Orthop., Bamberg,
Schützenstraße 21
Dr. Reinhardt Ursula, pr. A., Hallstadt bei Bamberg
Dr. Martin Rudolf, pr. A., Bischberg bei Bamberg
Dr. Sebald Klemens, Ass.-Arzt, Bamberg,
Karolinenstraße 25

**Stimmkreis B (Ärztlicher Kreisverband
Bayreuth — Münchberg — Pegnitz)**

Delegierte:

- Dr. Angerer Albert, pr. A., Bayreuth, Siegfriedstraße 5
Dr. Hering Bruno, pr. A., Bayreuth, Maxstraße 46
Dr. Jelke Klaus, Ass.-Arzt, Bayreuth,
Kulmbacher Straße 103

Ersatzmänner:

- Dr. Brendler Fritz, FA Frauen, Münchberg,
Robert-Koch-Straße 1
Dr. Fischer Rudi, pr. A., Bayreuth, Bismarckstraße 60
Dr. Reichel Rupert, Chefarzt, Bayreuth,
Kulmbacher Straße 103
Dr. Goebel Paul, pr. A., Bayreuth, Maxstraße 35
Dr. Korb Hans-Georg, FA Röntgen u. Str., Bayreuth,
Sofienstraße 7
Dr. Knorre Josef, pr. A., Pegnitz, Mühlweg 10

Stimmkreis C (Kreisverband Coburg)

Delegierte:

- Dr. Vatke Robert-Wolfgang, pr. A., Coburg,
Mühltdamm 7
Dr. Heß Walter, pr. A., Coburg, Mohrenstraße 7a

Ersatzmänner:

- Dr. Leis Rudolf, FA Haut, Coburg, Mohrenstraße 4
Dr. Böhm Erich, Ass.-Arzt, FA Lungen, Coburg,
Landkrankenhaus
Dr. Schilling Clemens, pr. A., Coburg, Mohrenstraße 12
Dr. Diemke Joachim, FA Innere, Coburg, Löwenstr. 12

**Stimmkreis D (Ärztlicher Kreisverband Forchheim —
Ebermannstadt — Höchstadt)**

Delegierter:

- Dr. Berthold Ferdinand, pr. A., Forchheim,
Luitpoldstraße 4

Ersatzmänner:

- Dr. Otto Wolfram, pr. A., Adelsdorf
Dr. Platzek Karlheinz, pr. A., Forchheim,
Lindenanger 13

Stimmkreis E (Ärztlicher Kreisverband Hof)

Delegierte:

- Dr. Kuckuk Werner, pr. A., Schwarzenbach/Saale,
August-Bebel-Straße 19
Dr. Franck Hans, FA Innere, Hof/Saale, Altstadt 13

Ersatzmänner:

- Dr. Beyer Günter, pr. A., Hof-Moschendorf,
Falkensteiner Straße 16
Dr. Dotzauer Theodor, pr. A., Hof/Saale, Zeppelinstr. 19
Dr. Hornfeck Werner, FA Innere, Hof/Saale,
Sophienstraße 26
Dr. Litter Horst, FA Innere, Hof/Saale, Ludwigstr. 35

Stimmkreis F

(Ärztlicher Kreisverband Kulmbach — Stadtsteinach)

Delegierter:

- Dr. Eschenwecker Hanns, pr. A., Kulmbach,
Hardenbergstraße 38

Ersatzmänner:

- Dr. Sauer Sigurd, pr. A., Mainleus
Dr. Niederhellmann Hanskarl, pr. A., Kasendorf

**Stimmkreis G (Ärztlicher Kreisverband
Lichtenfels — Kronach — Staffelstein)**

Delegierte:

Dr. Puschmann Otto, FA Haut, Lichtenfels,
Stadtgraben 8
Dr. Giesen Heinrich, pr. A., Kronach, Kolpingstraße 3

Ersatzmänner:

Dr. Pfeiffer Robert, FA Orthop., Kutzenberg, Heilstätte
Dr. Schudok Gerhard, pr. A., Kronach,
Amtsgerichtsstraße 9
Dr. Mockenhaupt Johannes, FA Lungen,
Heilstätte Schwabthal
Dr. Stroebel Ludwig, pr. A., Staffelstein, Goethestr. 13

**Stimmkreis H (Ärztlicher Kreisverband
Wunsiedel — Marktredwitz — Selb)**

Delegierter:

Dr. Schleußner Armin, pr. A., Wunsiedel,
Gabelmannsplatz 2

Ersatzmänner:

Dr. Reinhardt Bernhard, pr. A., Selb, Hainstraße 14
Dr. Hauser Josef, pr. A., Marktredwitz, Klingerstraße 11

Wahlbezirk Mittelfranken

Stimmkreis 1 (Ärztlicher Kreisverband Ansbach)

Delegierte:

Dr. Dr. Wendelstein Helmut, FA HNO, Ansbach,
Promenade 6
Dr. Steuerer Günter, FA Innere, Ansbach,
Städt. Krankenhaus
Dr. Rumbaur Waldemar, FA Augen, Ansbach,
Bischof-Meiser-Straße 2a

Ersatzmänner:

Dr. Schmidt Horst, Reg.-Med.-Dir., Ansbach,
Merckstraße 55
Dr. Däschlein Friedrich, pr. A., Petersaurach 12
Dr. Ruhl Georg, pr. A., Ansbach, Neustadt 24
Dr. Herrmann Theobald, FA Innere, Ansbach,
Städt. Krankenhaus
Dr. Kittel Herbert, Oberarzt, Heilstätte Strüth
Dr. Städtler Karl, FA Chirurgie, Feuchtwangen,
Kreiskrankenhaus

Stimmkreis 2 (Ärztlicher Kreisverband Erlangen)

Delegierte:

Dr. Rothlauf Rudolf, pr. A., Erlangen,
Loewenichstraße 33
Dr. Kasper Werner, FA Röntgen, Erlangen,
Luitpoldstraße 83
Dr. Wolf Friedrich, FA Innere, Erlangen,
Christ.-Ernst-Straße 56
Dr. Breining Helmut, Wiss. Ass., Erlangen
Theaterplatz 13

Ersatzmänner:

Dr. Koch Willi, pr. A., Baiersdorf
Dr. Seybold Paul, pr. A., Erlangen, Friedrichstraße 13
Dr. Wenzel Ruppert, pr. A., Erlangen, Breslauer Str. 14
Dr. Heinkel Klaus, FA Innere, Erlangen, Jaminstr. 28
Dr. Sailer Anna, O.-Reg.-Med.-Rätin, Erlangen,
Königsberger Straße 18
Dr. Grimm Herbert, FA Anaesthesie, Buckenhof,
Herrenlohe 145
Dr. Stephan Ulrich, FA Kinder, Erlangen, Loschgestr. 15
Dr. Strubelt Otfried, Wiss. Ass., Erlangen, Föhrenweg 4

**Stimmkreis 3 (Ärztlicher Kreisverband
Fürth — Neustadt/Aisch — Scheinfeld)**

Delegierte:

Dr. Backens Alexander, pr. A., Fürth, Alexanderstr. 24
Dr. Paschke Robert, pr. A., Emskirchen b. Neustadt/Aisch
Dr. v. Frankenberg und Ludwigsdorff Manfred,
Ass.-Arzt, Fürth, Stadtkrankenhaus

Ersatzmänner:

Dr. Scheuermann Kurt, pr. A., Fürth, Ludwigstraße 32
Dr. Lex Oskar, pr. A., Fürth, Königswarter Straße 56
Dr. Engelhardt Paul, pr. A., Scheinfeld
Dr. Berthold Helmut, Ass.-Arzt, Fürth,
Stadtkrankenhaus
Dr. Schröter Horst, FA HNO, Neustadt/Aisch,
Franz-Schubert-Straße
Dr. Griese Manfred, Ass.-Arzt, Fürth,
Stadtkrankenhaus

**Stimmkreis 4 (Ärztlicher Kreisverband
Nürnberg und Umgebung)**

Delegierte:

Dr. Dehler Klaus, FA Innere, Nürnberg,
Spittlertorgraben 15
Dr. Bauer Ernst, FA HNO, Nürnberg, Munkerstraße 7
Dr. Butters Fritz, FA Chirurgie, Nürnberg,
Westtorgraben 3
Dr. Dehler Hans, FA Frauen, Nürnberg,
Spittlertorgraben 15
Dr. Schmidt Hugo, pr. A., Nürnberg, Haslerstraße 27
Dr. Kolb Friedrich, pr. A., Nürnberg, Bucher Straße 11
Dr. Reichel Fritz, pr. A., Hersbruck, Gartenstraße 57
Dr. Meyer Erich, FA Urologie, Nürnberg,
Hefnersplatz 4
Dr. Voit Heinrich, FA Augen, Nürnberg,
Fürther Straße 17a
Dr. Bruch Hans, FA Frauen, Nürnberg, Maxtorgraben 31
Dr. Autenrieth Karl, FA Innere, Nürnberg,
Guntherstraße 50

Ersatzmänner:

Dr. Grobe Wilhelm, FA Nerven, Nürnberg,
Roonstraße 13
Dr. Müller Gertrud, FA Röntgen, Nürnberg,
Hastverstraße 22
Dr. Vahldieck Werner, FA HNO, Nürnberg, Schilfstr. 14
Dr. van de Witt Walther, FA Haut, Nürnberg,
Gibitzenhofstraße 58
Dr. Höhne Christian, pr. A., Nürnberg, Moltkestraße 5
Dr. Stolzenberger Hans, FA Frauen, Nürnberg,
Vestnertorgraben 15
Dr. Görl Walter, FA Innere, Nürnberg, Erlenstegenstr. 4
Dr. Meidenbauer Ernst, FA Lungen, Nürnberg,
Zweibrückener Straße 11
Dr. Paechner Fritz, pr. A., Nürnberg, Färberstraße 7
Dr. Keck Hans, pr. A., Nürnberg, Linnéstraße 5
Dr. Händel Fritz, FA Innere, Nürnberg,
Lorenzerplatz 10a
Dr. Kleemann Robert, pr. A., Nürnberg, Hübnersplatz 7
Dr. Schnelder Kurt, pr. A., Nürnberg, Kinkelstraße 2
Dr. Pelletier Heinz, FA Innere, Nürnberg,
Westtorgraben 5
Dr. Bader Hans, FA Innere, Nürnberg,
Steinplattenweg 63
Dr. Beier Franz, FA Orthop., Nürnberg, Königstr. 17a
Dr. Cordes Irmgard, FA Frauen, Nürnberg,
Labenwolfstraße 11
Dr. Witschel Friedrich, pr. A., Nürnberg,
Erlenstegenstraße 64
Dr. Lehr Leo, FA Lungen, Nürnberg, Seumestraße 16
Dr. Beyer Vally, pr. A., Nürnberg, Willstraße 7

Dr. von Hoyingen Huene Reinhold, pr. A., Nürnberg,
Pirkheimer Straße 11

Dr. Weiler Klaus, Assistenzarzt, Nürnberg,
Burgschmietstraße 7

Stimmkreis 5 (Ärztlicher Kreisverband Südfranken)

Delegierte:

Dr. Doerfler Hermann, pr. A., Weißenburg,
Eichstätter Straße 19

Dr. Orth Erich, pr. A., Pappenheim

Ersatzmänner:

Dr. Mahner Artur, FA Chirurgie, Kipfenberg

Dr. Koch August, pr. A., Wolframs-Eschenbach

Dr. Hofmann Albin, pr. A., Thalmässing

Dr. Mehlhorn Gustav, pr. A., Rednitzhembach Nr. 3

Wahlbezirk Unterfranken

Stimmkreis I (Ärztlicher Kreisverband Aschaffenburg)

Delegierte:

Dr. Keller Fritz, FA Chirurgie, Aschaffenburg,
Grünwaldstraße 7

Dr. Flach Karl-Hans, pr. A., Aschaffenburg,
Dalbergstraße 41

Dr. Trott Christian, pr. A., Sailauf über Aschaffenburg

Ersatzmänner:

Dr. Schleicher Gustolf, FA Haut, Aschaffenburg,
Frohsinnstraße 16

Dr. Schmelz Alfred, pr. A., Wenigumstadt über
Aschaffenburg

Dr. Voit Erich, FA Chirurgie, Aschaffenburg,
Frohsinnstraße 20

Dr. Geiling Alfred, FA Nerven, Aschaffenburg,
Grünwaldstraße 3

Dr. Mayer Heinz, pr. A., Aschaffenburg-Schweinheim,
Gutwerkstraße 37

Dr. Breyer Alfred, pr. A., Laufach, Lohweg 16

Stimmkreis II (Ärztlicher Kreisverband Bad Kissingen)

Delegierte:

Dr. Rusche Horst, FA Innere,
Bad Neustadt, Sonnenstraße 10

Dr. Katzenberger Hanns, pr. A., Bad Kissingen,
Ludwigstraße 16

Ersatzmänner:

Dr. Vetterlein Siegfried, pr. A., Bad Kissingen,
Kurhausstraße 3

Dr. Schmähling Franz, pr. A., Brendlorenzen,
Kreis Neustadt/Saale

Dr. Staab Frithjof, pr. A., Burkardroth Nr. 112

Dr. Böhm Adalbert, pr. A., Unsleben, Hauptstraße 40

Stimmkreis III (Ärztlicher Kreisverband Gemünden)

Delegierter:

Dr. Gmeiner Gerhard, FA Innere, Lohr a. M.,
Erthalstraße 2

Ersatzmänner:

Dr. Schreiber Fritz, FA Augen, Lohr a. M.,
Rechtenbacher Straße 47B¹/₇

Dr. Eichner Rudolf, pr. A., Marktheidenfeld, Marktplatz

Stimmkreis IV (Ärztlicher Kreisverband Schweinfurt)

Delegierte:

Dr. Jordan Werner, FA HNO, Schweinfurt, Markt 2

Dr. Kranz Adam, FA Kinder, Schweinfurt, Mangasse 15

Ersatzmänner:

Dr. Barthel Gerhard, pr. A., Haßfurt,
Peter-Wagner-Straße 6

Dr. Widera Max, FA Frauen, Haßfurt,
Kreiskrankenhaus, Heideloffplatz

Dr. Spath Norbert, FA Innere, Schweinfurt, Markt 6

Dr. Brandel Rolf, FA Orthop., Schweinfurt, Markt 6

Stimmkreis V (Ärztlicher Kreisverband Würzburg)

Delegierte:

Dr. Brückl Bernhard, pr. A., Würzburg, Ludwigstraße 11

Dr. de l'Espine Anton, FA Kieferorthop., Würzburg,
Christian-Mayer-Weg 8

Dr. Herrmann Gerhard, FA Urologie, Würzburg,
Kaiserstraße 1

Prof. Dr. Zissler Josef, FA Innere, Würzburg,
Josef-Schneider-Straße 2

Ob.-Reg.-Med.-Rat Dr. Vierheilig Hugo, FA Nerven,
Würzburg, Scheffelstraße 4

Dr. Dillig Rudolf, pr. A., Kitzingen, Falterstraße 13

Dr. Oschmann Franz Josef, FA Chirurgie, Kitzingen,
Städt. Krankenhaus

Dr. Zillmer Herrmann, FA Chirurgie, Würzburg,
Dürerstraße 8—10

Dr. Gailer Hans-Joachim, Ass.-Arzt, Würzburg,
Max-Heim-Straße 12

Ersatzmänner:

Dr. Brod Walter, pr. A., Würzburg, Gerbrunner Weg 11

Dr. Erk Richard, FA Innere, Würzburg, Kaiserstraße 24

Dr. Muth Walter, FA Lungen, Würzburg, Spiegelstr. 19

Dr. Herrmann Erich, FA Orthop., Würzburg,
Eichhornstraße 28

Dr. Schmitt Armin, FA Innere, Würzburg, Hofstr. 10

Dr. Hubbauer Eduard, pr. A., Würzburg, Theaterstr. 13

Dr. Römmelt Werner, pr. A., Zeilitzheim,
Kreis Geroizhofen

Dr. Drescher Heinz, Ass.-Arzt, Würzburg, Herzogenstr. 2

Dr. Müller Robert H., FA Innere, Würzburg,
Sanderstraße 14—16

Reg.-Med.-Rat Dr. Heim Ludwig, FA Kinder,
Würzburg, Eichendorffstraße 8

Dr. Wilhelm Gerhard, Wiss. Ass., Würzburg,
Univ.-Frauenklinik

Dr. Becker Viktor, FA Innere, Würzburg, Leistenstr. 43

Dr. Wirsching Wilfried, Wiss. Ass., Würzburg,
Erthalstraße 3

Dr. Sperling Martin, Wiss. Ass., Höchberg,
Am Hessenthal 538c

Dr. Dietrich Johannes, Ass.-Arzt, Würzburg,
Rennwegerring 15

Dr. Leibold Ingeborg, Wiss. Ass., Würzburg,
Seuffertstraße 9

Dr. Hardörfer Siegmund, Ass.-Arzt, Würzburg,
Ulrichstraße 6

Dr. Lick Claus Dieter, Ass.-Arzt, Würzburg,
Juliusspital

Wahlbezirk Schwaben

Stimmkreis 1 (Ärztlicher Kreisverband Augsburg)

Delegierte:

Prof. Dr. Schretzenmayr Albert, FA Innere, Augsburg,
Prinzregentenstraße 1

Dr. Gahbauer Alfred, pr. A., Stadtbergen,
Osterfeldstraße 21

Dr. Kling Maximilian, pr. A., Augsburg, Ulmer Str. 204

Dr. Dengg Hubert, Ass.-Arzt, Augsburg, Frohsinnstr. 18

Dr. Weinmann Hermann, pr. A., Augsburg,
Humboldtstraße 41

Dr. Hartweger Edmund, pr. A., Langerringen,
Kreis Schwabmünchen

Ersatzmänner:

Priv. Doz. Dr. Giuliani Karl, Chefarzt, Göggingen,
Butzstraße 25

Ob.-Med.-Rätin Dr. Nusser Elisabeth, Amtsärztin,
Augsburg, Kaiserplatz 1

Dr. Gossner Eugen, Chefarzt, Haunstetten,
Siebentischstraße 6

Dr. Fabian Walter, Ass.-Arzt, Augsburg, Reinöhlstr. 87a

Dr. Halbeck Ferdinand, pr. A., Augsburg,
Ravenspurger Straße 43

Dr. Hoffmann Günter, pr. A., Augsburg, Alte Gasse 22

Dr. Reiser Max, pr. A., Augsburg, Teplitzer Straße 25

Dr. Jiranek Karl Maria, pr. A., Buttenwiesen,
Kreis Wertingen

Dr. Niemens Brigitte, FÄ Frauen, Schwabmünchen,
Luitpoldstraße 1

Dr. Becker Eduard, pr. A., Friedberg, Burgwallstr. 15

Dr. Krenke Georg, pr. A., Großaitingen, Bahnhofstr. 12

Dr. Hülsemann Bernd, Ass.-Arzt, Augsburg,
Kaiserplatz 10

Stimmkreis 2

(Ärztlicher Kreisverband Lindau/Bodensee)

Delegierter:

Dr. Euler Stefan, pr. A., Lindau/B., Langenweg 13

Ersatzmänner:

Dr. Hilbing Rudolf, pr. A., Lindau/B., Münchhofstr. 1

Dr. Feuerle Martin, FA Innere, Lindenberg,
Rathausstraße 10

Stimmkreis 3

(Ärztlicher Kreisverband Memmingen — Illertissen)

Delegierte:

Dr. Weldlich Bruno, Oberarzt, Memmingen,
Bismarckstraße

Dr. Soenning Rudolf, FA Augen, Memmingen, Hallhof 8

Ersatzmänner:

Dr. Johne Josef, FA Haut, Memmingen,
Maximilianstraße 10

Dr. med. habil. Frank Heinz, FA Innere, Memmingen,
Bismarckstraße

Dr. Bernreiter Fritz, Oberarzt, Memmingen,
Buxacher Straße 16

Dr. Scherrer Hermann, pr. A., Illertissen, Hauptstr. 7^{1/2}

Stimmkreis 4 (Ärztlicher Kreisverband Mindelheim)

Delegierte:

Dr. Bauer Gertrud, FÄ Nerven, Bad Wörishofen,
Kneippstraße 20a

Dr. Sollors Engelbert, pr. A., Mindelheim, Bahnhof-
straße 51

Ersatzmänner:

Dr. Rudert Heinrich, FA HNO, Mindelheim,
Maximilianstraße 2

Dr. Druxa Karl, pr. A., Kirchheim/Schwaben,
Friedhofstraße 1b

Dr. Häfelin Heinz, pr. A., Oberkammlach

Dr. Geese Kurt, pr. A., Bad Wörishofen,
Kathreinerstraße 24

Stimmkreis 5 (Ärztlicher Kreisverband Mittelschwaben)

Delegierte: Dr. Sann Rudolf, FA HNO, Neu-Ulm,
Insel 13

Dr. Blume Robert, pr. A., Neuburg/Kammel

Ersatzmänner:

Dr. Barth Max, Med.-Dir., Günzburg,
Reisenburger Straße 2

Dr. Gerstmaier Wolfgang, pr. A., Nersingen

Dr. Staber Georg, pr. A., Neu-Ulm, Stegstraße 6

Dr. Tiedemann Günter, FA Haut, Neu-Ulm,
Schützenstraße 3

Stimmkreis 6 (Ärztlicher Kreisverband Nordschwaben)

Delegierte:

Dr. Aurnhammer Walter, Chefarzt, Neuburg/Donau,
Bahnhofstraße B 104

Dr. Schön Anton, pr. A., Donauwörth, Kronengasse 151

Ersatzmänner:

Dr. Dorffmeister Hermann, Oberarzt, Neuburg/Donau,
Bahnhofstraße B 107

Dr. Lenner Sepp, FA Chirurgie, Oettingen,
Kellerstraße 131^{1/8}

Dr. Bernhardt-Schlötter Gertrud, pr. Ä., Wemding,
Bahnhofstraße 6

Dr. Heiß Werner, pr. A., Nördlingen, Löpsinger Str. 32

Stimmkreis 7 (Ärztlicher Kreisverband Oberallgäu)

Delegierter:

Dr. Wollmann Bruno, pr. A., Fischen/Allgäu,
Hauptstr. 10

Ersatzmänner:

Dr. Süs Walter, FA HNO, Sonthofen, Promenadestr. 9

Dr. Ach Robert, pr. A., Immenstadt, Bahnhofstraße 25

Stimmkreis 8 (Ärztlicher Kreisverband Ost-Allgäu)

Delegierte:

Dr. Kiefer Rudolf, pr. A., Füssen, Augsburger-Tor-Pl. 6

Dr. Zasche Richard, pr. A., Kaufbeuren-Neugablonz,
Hubertusstraße 4

Ersatzmänner:

Dr. Dietrich Gerhard, FA Augen, Kaufbeuren,
Kaiser-Max-Straße 44

Dr. Rometsch Fritz, pr. A., Horn bei Füssen

Dr. Mayr Ulrich, FA Chirurgie, Pfronten-Ried,
Krankenhaus

Dr. Hautmann Richard, pr. A., Marktoberdorf,
Poststr. 10

Stimmkreis 9 (Ärztlicher Kreisverband Allgäu-West)

Delegierter:

Dr. Schmidt Wilhelm, FA Augen, Kempten,
Bahnhofstraße 12

Ersatzmänner:

Dr. Dexl Werner, pr. A., Kempten, Römerweg 13

Dr. Holweger Walter, pr. A., Heising, Kreis Kempten

können möglicherweise durch eine Leberschutztherapie etwas gestützt werden. Mit Rücksicht auf die pathogenetische Betrachtung kämen aber auch hier rechtzeitig angewendete Sympathieolytika, die eine schädigende Ischämie und Hypoxie dieser Organe verhindern können, in Frage.

Schlußfolgerung: Zu einer geeigneten Schockbehandlung gehört eine Differentialdiagnose des Schocksyndroms hinsichtlich Ursache und Verlaufsphase.

In zwei folgenden Referaten wurde ein Überblick über die speziellen klinischen Behandlungsmethoden gegeben. Prof. HACKETHAL, Erlangen, betonte, daß die Versorgung von Frakturen drei Hauptgesichtspunkten folgen sollte. Möglichst formgerechte Widerherstellung der anatomischen Verhältnisse, wenn möglich geschlossene Bruchbehandlung und rasches Erreichen einer Übungsstabilität, damit die Patienten nicht den Gefahren einer zu langen Bettruhe ausgesetzt sind. Die Deformationsschäden bei ungenügender Korrektur und Einstellung der Bruchstücke treten zwar meist erst 10 oder gar 20 Jahre später auf, doch ist bei der großen Zahl von Jugendlichen, die die Verletzungen erleiden, mit vielen Arthrosen und Funktionsstörungen, beginnend mit Überlastungsschäden am Bandapparat zu rechnen. Das bisherige konservative Vorgehen mit Gips und Extensionsbehandlung hatte zwar den Vorteil einer geschlossenen Frakturversorgung, die anderen beiden Vorbedingungen konnten jedoch nicht genügend erfüllt werden. Emboliegefahr, hypostatische Pneumonien und Decubitalgeschwüre sind zusätzliche Komplikationsrisiken. Die Kombination von Bildwandler und Fernsehübertragung des Röntgenbildes gestatten heute eine geuldige und dann auch exakte Behandlung. Professor Hackethal modifiziert dabei die Methode der Marknagelung durch die sog. Bündelnagelung, mit der eine bessere Auffüllung des Markhohlraumes und damit eine steilungsgerechte Auffädung der Frakturteile und belastungsfähigere Stabilisierung derselben erreicht werden kann. Im Repositionsapparat wird durch Extension die Fraktur im Sinne einer Weichteilstraffung dargestellt, sodann eine variable Zahl von sog. Bündelnägeln unter Fernsicht vorgetrieben, wobei sich selbst Mehrfachfrakturen relativ günstig aufreihen lassen. Auch Trümmerbrüche, beispielsweise im Handgelenk, können durch Drahtspickung unter Röntgensicht gut adaptiert und gefestigt werden. Die Schenkelhalsfraktur ist dagegen nach wie vor problematisch. Die Spätergebnisse sind oft schlecht, weil beinahe jede Marknagelung zu partiellen Ernährungsstörungen führt, wobei drei Monate nach dem Unfall Kopfnekrosen auftreten können. Diese Komplikationen sind durch die Besonderheiten der Gefäßversorgung der Schenkelhalsknochen mitbedingt. Die von Moore angegebene Endoprothese des Schenkelhalskopfes bringe einen gewissen Fortschritt. Wichtig ist, daß zwar sofort Bewegungsübungen mit dosierter Belastungssteigerung durchgeführt werden, in den ersten drei Monaten aber keinesfalls die volle Höhe derselben erreicht wird.

Dozent Dr. GRILL, Universitätsklinik München, nahm zu den Fragen der Unfalchirurgie im Thorax- und Bauchbereich Stellung. 8% der Verletzten tragen bei den heutigen Straßenverkehrsunfällen eine wechselnd schwere Thoraxverletzung davon. Die Diagnostik hält sich an die üblichen Methoden der Perkussion, Auskultation und Röntgenübersichtsaufnahme, hat außerdem Einflusstauung, Atemtypus, Herz- und Kreis-

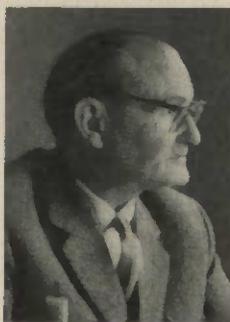
lauffunktionen, Hautemphysem und Schockzustände zu beachten, um die wesentlichsten Verletzungen, wie Rippenfrakturen, Brustbeinbruch, Haematothorax, Spannungspneumothorax, Zerreißung großer Gefäße, Mediastinalemphysem, Mediastinaltamponade und die verschiedensten Möglichkeiten eines offenen Pneumothorax auseinanderzulegen zu können. Bei allgemeiner Zurückhaltung und genauer Verlaufsbeobachtung ist bei Verdacht auf tamponierende innere Blutungen und Spannungspneumothorax mit reflektorischer oder mechanischer Irritation der Herz- und Atemfunktionen eine Operation angezeigt. Die Tracheotomie sollte in der Klinik in solchen Fällen eher einmal zu oft und zu früh, als umgekehrt durchgeführt werden. Die aktive Beatmung, die Möglichkeiten der Drainage und Dauer-saugung verbessern die Heilungsaussichten. Pneumektomien lassen sich meist umgehen, sie sind mit großer Zurückhaltung abzuwägen.

Die Verletzungen der Bauchorgane verblüffen oft durch eine Diskrepanz zwischen intraabdominellen Komplikationen und oberflächlicher, subcutan erkennbarer Läsion. Abgesehen von der Trennung von stumpf-geschlossener und scharf-offener Gewalteinwirkung ist die Symptomatik von Kreislaufchock, Darmmotilität und Abwehrspannung sowie der Leukozytenwerte richtungweisend. Bei schweren parenchymatösen Verletzungen und intraabdominellen Blutungen seien die Leukozytenwerte meist über 15 bis 20 000 erhöht. Bei Abwehrspannung, Darmatonie und langanhaltendem Schockzustand ist bald ein aktives Vorgehen ratsam. Die Erholung aus dem Schockzustand kann dann nicht abgewartet werden, vielmehr muß die Ursache der mangelnden Erholung gesucht und korrigiert werden. Fixierte Darmabschnitte, retroperitoneal gelegene parenchymatöse Organe (Niere) sollen besonders beachtet werden. Bei offenen Bauchverletzungen solle so lange alles in situ belassen werden, also auch die verletzenden Gegenstände, bis eine operative Versorgung möglich wird.

Prof. RIECHERT, Freiburg, wies besonders auf die Schwierigkeiten der Differentialdiagnose der Schädel-Hirntraumen hin. Oft entscheidet auch hier erst der Verlauf, aber selbst dann kann durch eine Contusio die sonst beispielsweise klassische Symptomatik einer epi- oder subduralen Blutung verwischt werden. Hauptaufgabe ist es also zunächst, durch Überwachung von Kreislauf und Atmung eine zentrale Hyp- oder Anoxie zu vermeiden. Erbrechen, Bradycardie, neurologische Ausfälle (Aphasie, einseitige Pupillenstarre), Liquorpunktion (ein klarer Liquor schließt eine intracraniale Blutung nicht aus) und EEG bei möglicherweise neurologisch stummen Gebieten machen die Diagnose einer akuten intracranialen Drucksteigerung wahrscheinlich. Zur Therapie empfiehlt sich bei Contusionen: Osmotherapie, Antibiotica, Tracheotomie, Magenspülung mit Verweilsonde und Absaugung sowie lytische Mischungen (Atosil, Hydergin, Doiantin) zur vegetativen und motorischen Ruhigstellung; bei zunehmenden Hirndrucksymptomen ist die Trepanation nicht zu umgehen. Offene Schädelverletzungen, meist frontobasale Einbrüche im Bereich der Stirnhöhle, evtl. mit Duraabriß, sind durch Infektionen gefährdet, bei den Antibiotica aber doch in einer besseren Situation als früher. Insgesamt muß der Vorschlag einer besseren Organisation neurochirurgischer Behandlungsmöglichkeiten gemacht werden. Einerseits sollten an



Prim. Dr. A. von Lutterotti,
Cles (Trento)



Prof. Dr. Lob,
Murnau



Wiss. Oberrat Dr. Anders
Berlin-Dahlem



Med.-Dir. Dr. Dr. K. Schuwirth,
Nürnberg



Prof. Dr. G. Stüttgen,
Düsseldorf

großen Kliniken genügend ausgebildete Leute zur Verfügung stehen, die in kleineren Häusern als Gastoperateure helfen können, andererseits muß dann in diesen Kliniken ein neurochirurgisches Instrumentarium angeschafft werden.

In einem ergänzenden Referat befaßte sich Prof. von LUTTEROTTI mit den Problemen des Elektrounfalls. Die Schädigungen entstünden dabei durch mechanische Wirkung (Blitz, Verbrennungen), Hirnschädigungen, sowie durch Herzrhythmusstörungen (Kammerflimmern), insbesondere bei Niederspannung. Als Spätfolgen sind vor allem Lungenödem, Hirndruck, Pneumonie, Retinitis, Katarakt, vor allem aber auch Spätblutungen, zu befürchten. Bei letzteren sei besonders zu beachten, daß Unterbindungen meist erfolglos oder schädlich sind, weil das umgebende Gewebe stark mitgeschädigt ist, weshalb Kompressionsverbände vorzuziehen seien.

Abschließend berichtete Prof. LOB aus dem Berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhaus Murnau über den mühevollen Weg einer Rehabilitation, die sich von der medizinischen Rehabilitation im Sinne einer Wiederherstellungschirurgie und Krankengymnastik über die psychische Festigung bis zur beruflichen und sozialen Wiedereingliederung erstreckt. Hydrotherapie, orthopädische Hilfsapparate, Gruppenbehandlung zur psychischen Lockerung in Sport und Spiel und Umschulung bei entsprechenden persönlichen Voraussetzungen schaffen dann neue Wege.

2. Hauptthema:

Einschleppungs- und Milieuwechselkrankheiten

Dr. W. ANDERS vom Bundesgesundheitsamt gab einen Abriss der Gesamtsituation und der staatlichen Gesundheitsfürsorge im internationalen Reiseverkehr. 8 Mill. Fluggäste, 50 000 Einreisende auf dem Schiffsweg und 1 Million sog. Durchreisender pro Jahr in der Bundesrepublik sind der Personenkreis, der für die Einschleppung von Krankheiten, insbesondere Seuchen aus zivilisatorisch rückständigen Ländern, in Frage kommt. Dazu gesellen sich die Schwierigkeiten der hygienischen Überwachung von Frachtgütern und vor allem auch der Post. Als Internationales Problem wurde es längst im Rahmen der Weltorganisation erfaßt, und sog. internationale Gesundheitsvorschriften sind seit 1955 auch für uns verbindlich geworden. Sie beinhalten vorsorgende Maßnahmen zur Einschleppungsverhütung von Pest, Cholera, Gelbfieber, Pocken, Fleck- und Rückfallfieber, also der im Bundesseuchengesetz zusammengefaßten Quarantänekrankheiten. Eine „gelbe Warnkarte“, die jeder Einreisende aus gefährdeten Ländern bei sich führen soll und muß, kann bei jeder Anamnese eines aus gefährdeten Ländern eintreffenden Patienten

verlangt werden und soll die Arbeit und das Verständnis auf beiden Seiten erleichtern. Die beste Voraussetzung zur Diagnose jener Krankheiten ist für den Arzt schon in einer gezielten Anamnese gegeben. Die Pest hat Indien, den Kongo, Indonesien, Rhodesien und Südamerika, die Cholera vornehmlich Indien, Thailand und Pakistan, das Gelbfieber an erster Stelle Äthiopien, die Pocken praktisch ganz Afrika und Asien, das Fleck- und Rückfallfieber ebenfalls Äthiopien und Vorderasien als Quellengebiete. Die Vorschriften besagen, daß eine Stadt oder ein Kreis dann als örtliches Infektionsgebiet erklärt werden muß, sobald der erste, nicht eingeschleppte Fall auftritt. Eine solche Bezeichnung drängt dann den gesamten Apparat der Hygiene mit Quarantänemaßnahmen, Betriebsschließungen etc. auf den Plan, und nach einer unterschiedlichen Zeit von zwei bis acht Wochen nach Tod oder Genesung des letzten Erkrankten oder nach Verschwinden überträgerverdächtiger Tiere (Nagerpest, Gelbfieberaffen, Fleckfieberläuse, ebenso nach Wasserhygiene bei Cholera) können diese Vorschriften wieder aufgehoben werden. Interessanterweise kann die Weltseuchenlage ähnlich einer Wetterkarte bei der Internationalen Gesundheitsbehörde in Genf wöchentlich eingesehen werden.

Medizinaldirektor Dr. SCHUWIRTH von der Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung nahm anschließend die Gesundheitsfürsorge der Fremdarbeiter unter die Lupe. Die Zahl von derzeit etwa 700 000 kommt vorwiegend aus Italien (50%) und Spanien (10%), der Rest aus Griechenland, Ägypten, Persien, also insgesamt kaum aus den im Vorangehenden erwähnten Epidemiegebieten. Eine ärztliche Untersuchung ist primär bezüglich der Arbeitsauswahl und der Arbeitsfähigkeit zur Pflicht gemacht, eine Seuchenhygiene fällt dabei aber sozusagen mit ab. Insbesondere wird bei den Untersuchungen auf Tuberkulose, infektiös parasitäre Erkrankungen, Verdauungsleiden durch Ernährungsumstellungen sowie Seh- und Hörstörungen geachtet. Durchschnittlich 8% werden zurückgestellt. Daß sich dennoch mitunter ausgesprochen kranke Personen einschleichen, läge daran, daß über die „Einwanderung“ ein Weg beschritten werden kann, der diese üblichen Untersuchungen umgeht. Auch die Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung stelle für die von ihr beurteilten Leute sog. Legitimationskarten aus. Die Gefahr der Einschleppungskrankheiten sei bei der Fremdarbeiterzuwanderung zwar sehr gering, doch sollte bei der Behandlung solcher Leute immer wieder an die Eigenheiten ihres Ursprungslandes gedacht werden (Cave Trachom, Bilharziose, Amöbenruhr). Bei der ärztlichen Betreuung der Fremdarbeiter tritt aber auch das Problem des Milieuwechsels auf uns zu. Eine Symptomatologie, die

man zunächst als reine Simulation bezeichnen würde, wird heute von vielen Psychiatern als hypochondrische Entwurzelungsdepression gedeutet, wobei diese Diagnose den einzig möglichen Behandlungsweg vorzeigt.

Besondere Aktualität haben in den letzten Jahren immer wieder die Pocken erlangt. Prof. STÜTTGEN aus Düsseldorf, einem zuletzt erst betroffenen Gebiet in der Bundesrepublik, zeigte in eindringlichen Diapositiven die Schwierigkeiten der Diagnostik. Die Anamnese und die epidemiologische Befragung erfordere oft detektivische Fähigkeiten, weil viele Kranke in Epidemiezeiten in einer Art Panikstimmung die notwendigen Quarantänemaßnahmen scheuen. Zur Sicherung des Pockenverdachts mögen folgende Symptome dienen: Die Inkubationszeit beträgt fast regelmäßig 12 Tage, dann tritt grippeartiges Fieber mit einem uncharakteristischen Frühexanthem auf, das jedem Arzneimittel-exanthem verwechselbar ist. Erst das anschließende Stadium bringt die typischen Pockeneffloreszenzen. Jede isolierte Papel muß beachtet werden, im Zweifelsfall durch Punktion einem entsprechenden Institut für Virologie Sekret zugesandt werden. Der „klinische Blick“ möge die Lokalisation und die Aufeinanderfolge der betroffenen Körperpartien beachten. Kopf und Extremitäten werden nacheinander am meisten betroffen, häufig bringt ein mäßiger Befall der Inguinalgegend einen Fingerzeig. Die Qualität der Papeln ist gegenüber den Varzellen wesentlich elastischer, praller gefüllt, weniger leicht einreißbar. Beim Ablassen des Sekrets erscheint sie gekammert. Die typische Nabelung ist zu Beginn nicht obligat. Die Purpura variolosa zeigt zudem Haemorrhagien, conjunctivale Blutungen und einen besonders perniziösen Verlauf.

Prof. Dr. GRÜN vom Hygienischen Institut der Medizinischen Akademie Düsseldorf wies ergänzend auf die Probleme der Hygiene hin. Gesunde Keimträger oder symptomlose Dauerausscheider von Pockenviren gibt es nicht. Die Quelle der Infektion ist immer der an Pocken erkrankte Mensch. Die Partikelgröße der Pockenviren eigne sich auf Grund physikalischer Gesetze (Braunsche Bewegung) dazu, leicht im Luftraum weitergetragen zu werden und somit einen relativ großen Streukreis möglich zu machen. Innerhalb einer Klinik läßt sich unter diesen Voraussetzungen die notwendige Quarantäneabdichtung nie erreichen. Es sollten stets isoliert stehende Häuserblöcke, evtl. Schulen, verwendet werden, selbstverständlich mit peinlicher Wäschedesinfektion und absoluter Abriegelung der Außenwelt. Die Bevölkerung ist dringend zu informieren, daß die Verletzung solcher Quarantänezonen gesetzlich strafbar ist. Noch besser und segensreicher wäre eine Vervoillständigung der Impfprophylaxe. Es sollte kein Einreisender mehr ohne Impfsertifikat im Lande bleiben dürfen. Andererseits sollten die Auffrischimpfungen für jene Leute zur Pflicht gemacht werden, die ins gefährdete Ausland zu reisen beabsichtigen.

Prof. Dr. FISCHER, Düsseldorf, behandelte schließlich die amoebenbedingten Dysenterieformen. Der Erreger, die Entamoeba histolytica, findet sich einmal als sog. Minutaform im Darmvolumen, daraus entsteht nach mehreren Zellzerteilungen eine Cyste, die im verunreinigten Trinkwasser wieder zur Nahrungsaufnahme gelangen kann. Dieser Kreislauf Cyste — Minutaform — Cyste zieht für den Menschen noch nicht zwingend eine Krankheit nach sich, um so mehr ist aber ein günstiger Ausbreitungsweg für Neuinfektionen gege-

ben. Erst wenn die Minutaform in die große Magna- oder Gewebsform umgewandelt wird, beginnt der typische Krankheitsverlauf einer Amoebenruhr. Es entstehen tiefe Geschwüre der Darmschleimhaut mit bevorzugtem Sitz im Colon descendens und im Rectum. Dazu gesellen sich septische Fieberschübe, allgemeine Schwächung, evtl. sogar Leberabszesse, in schlimmsten Fällen Geschwürsperforationen nach außen. Zur Entstehung dieser besonders pathogenen Gewebsform bedarf es gewissermaßen als Katalysator einer Schädigung des Darmes, die meist durch intercurrente andere Darminfekte, teilweise auch durch vorausgehende Bazillenruhr, gesetzt werden können. Die Diagnostik hat vor allem dann eine Chance, wenn an diese Erkrankung überhaupt gedacht wird, speziell bei Patienten, die aus verseuchten Ländern kommen. Bei dem Versuch, die Amoeben im Stuhl mikroskopisch zu finden, sollte man die Erfahrung geübter Kollegen zu Rate ziehen. Die Behandlung ist durch die Chinolinpräparate wie Resudren und Enteroviruform heute leichtgemacht. Zur Prophylaxe wird die Einnahme solcher Tabletten (evtl. 3 × 1 Tablette Enteroviruform pro Tag) bei Reisen in solche Länder empfohlen. Die Milieuwechselbelastung des Organismus resultiert aus dem Wechsel physikalischer Größen, also vorwiegend Temperatur, Luftdruck und Sauerstoffpartialdruck.

Prof. Dr. PIRLET berichtete über eingehende Untersuchungen über die Wärmeadaptionsfähigkeit unter spezieller Berücksichtigung der verschiedenen menschlichen Konstitutionstypen. Während rascher Temperaturumstellungen und Unterkühlungsphasen beim Baden wurden folgende Kriterien abgenommen: Kerntemperatur, Hauttemperatur, Temperatur der Akren (Finger), Blutdruck- und Kreislaufverhältnisse einschließlich peripherer Strömungswiderstand und Sauerstoffverbrauch des Organismus. Als wichtige Bezugsgröße dient die sog. mittlere subcutane Fettpolsterschicht, die durch indirekte Messung (relativer Bauch-, Brust- und Wangenumfang) bestimmt wurden. Wie zu erwarten, zeigte sich, daß das Fettpolster eine klare Parallelität zu den beobachteten thermischen Belastungsreaktionen erbrachte. Die mageren Personen werden zunächst durch eine Kältewelle passiv stärker unterkühlt, die aktive Reaktion des Organismus auf diese Umstellung verläuft dann auch in höheren Amplituden. Insbesondere die Kreislaufveränderungen (Zentralisation bei Kälte, Dilatation evtl. Kollaps bei Wärme) sind eher zu erwarten. Umgekehrt zeigt das andere Extrem, nämlich die fetten Pykniker, eine stärkere Empfindlichkeit gegenüber Wärmestau, d. h. vor allem als Resultat von körperlichen Belastungen in heißen Luftzonen. So besagt ein interessantes Zahlenmaterial aus der Zeit des Afrikafeldzuges, daß sowohl Astheniker als auch Pykniker meist sehr bald wieder in die Heimat zurückgeschickt werden mußten, dagegen die Übergangsformen in ihrer Anpassung unproblematisch waren. Ein weiteres interessantes Phänomen bei diesen Untersuchungen ergab sich bei einer Art thermischen Doppelbelastung (ähnlich dem Staub-Traugottschen Versuch), wobei nach einer ersten Unterkühlung vor Wiedererlangung der normalen Körperkerntemperatur eine neuerliche Unterkühlung gesetzt wurde. Während der Erholung begannen die Probanden bereits bei einem Temperaturniveau zu schwitzen, das normalerweise sicher nicht zu einer ähnlichen Reaktion geführt hätte. Dies ist nur erklärlich,



Prof. Dr. L. Grün,
Düsseldorf



Prof. Dr. O. Fischer,
Düsseldorf



Prof. Dr. Firllet,
Frankfurt a. M.



Prof. Dr. M. Halhuber,
Innsbruck



Priv.-Doz.
Dr. Jungmann,
Hamburg

wenn sich der Organismus auf eine andere Temperaturbasis eingestellt hat, die er nun mittels vegetativer Funktionen wieder einzupendeln versucht. Ähnliche Phänomene gibt es ja auch bei Krankheiten und psychischen Belastungen (Lampenfieber). Das praktische Fazit aus diesen Betrachtungen wäre demnach: Ausgesprochene Astheniker sollten ihren Urlaub nicht an der kühlen See, Pykniker nicht in zu heißen Zonen verbringen, insbesondere dann, wenn durch irgendwelche Krankheiten sowieso eine geminderte Belastbarkeit des Organismus besteht.

Zu den Erfordernissen des Gebirgsklimas nahm Prof. HALHUBER aus Innsbruck anhand seiner reichen Erfahrungen mit Urlaubern Stellung. Er gliederte seine Beobachtungen in Reaktionen, die bei kurzem Höhenwechsel, bei länger anhaltendem Höhenwechsel und bei Höhengaufenthalt von ausgesprochen Herzkranken auftreten. In den Mittelpunkt der kontrollierten Kriterien stellte er das Herzminutenvolumen. Die durchschnittlichen Höhenunterschiede betragen 1 500 m. Der Höhenwechsel selbst bringe zunächst eine vagotone sog. erste Phase mit sich, mit den Symptomen der Bradycardie und des Blutdruckabfalls bis zu dem möglichen Höhenkollaps. Subjektiv wird über Müdigkeit geklagt, die paradoxerweise so weit gehen kann, daß dieses erste Urlaubserlebnis verschlafen wird. Verständlicherweise ereignet sich dies nur bei den üblich gewordenen Seilbahn- und Zahnradbahnfahrten, nicht beim echten Bergsteigen. Bei längerem Aufenthalt in den Höhen über 2 000 m komme es dann zu einem vegetativ gegensätzlichen Verhalten mit sympathicotonen Einstellungen wie Frequenzzunahme, Nebennierenmark- und -rindenaktivierung, Blutdruckanstieg und subjektiv mit Euphorie bis zum Höhenrausch, verbunden mit Reizlosigkeit und schlechtem Schlaf. Diese Symptome am Übergang zur dritten Woche des Urlaubs, die man auch als akute Bergkrankheit in extremen Fällen bezeichnen kann, normalisieren sich in der vierten Woche, so daß die Forderung, daß ein Urlaub bzw. eine echte Erholung diesen Zeitraum benötige, durchaus begründet ist. Unter chronischer Bergkrankheit versteht man erst nach Monaten auftretende Beschwerden, die dann vor allem eine Polyglobulie zur Grundlage haben und sich in Dyspnoe, Kopfschmerz, cerebralen Störungen und in einem zunehmenden Cor pulmonale äußern. Bei Gesunden und auch noch bei vegetativ Labilen sind diese Reaktionen durchaus erträglich und mit harmlosen Medikamenten (Salicylate in der ersten Phase und leichte Sedativa in der zweiten Phase) gut auszugleichen. Besser als diese Medikamente ist selbstverständlich ein vorangehendes Training und ein na-

türlicheres Verhalten im Sinne von Wandern und Bergsteigen. Herz-kreislaufgefährdete Personen sollten diese Urlaubsplätze überhaupt nicht aufsuchen. Vorbestehende Stenocardien, Rhythmusstörungen, asthmacardiale Zustände und ähnliches verschlimmern sich in den entsprechenden Phasen. Interessanterweise konnte Prof. Halhuber in Übereinstimmung mit Prof. Firllet ein besonders Verhalten der verschiedenen Konstitutionstypen finden, insofern, als bei einer extremeren Ausgangslage (Astheniker mehr vagoton, Pykniker mehr sympathicoton) auch größere Schwankungen und Akklimatisationsbelastungen auftreten. Für die ärztliche Führung der Erholungsuchenden ergibt sich folgendes Resümee: Erstens die Erholung bedarf mindestens drei Wochen, zweitens Badekuren sind bei Klimaaumstellungen sehr vorsichtig durchzuführen, da sie mit deren Reaktionen kommulieren, drittens Personen, die thrombose- oder herz-kreislaufgefährdet sind, sollen ihren Urlaub in gemäßigten Zonen suchen und viertens vegetativ Labilen kann pharmakologisch eine kleine Stütze und damit eine ungetrübte Urlaubsfreude bereitet werden.

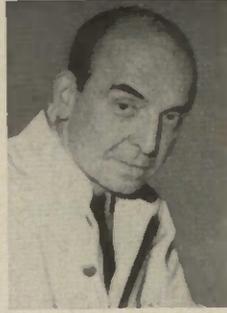
Das vom Laien so vieldiskutierte Wetter bringt tatsächlich ähnliche, oft kombinierte vegetative Umstellungsreaktionen mit sich, wie es in den beiden vorausgehenden Referaten mitgeteilt wurde. Dozent Dr. JUNG-MANN regte das Interesse für die Beobachtung meteorologischer Indizien an, da der Arzt bei einer besseren Kenntnis der Wolkenformationen und Windverhältnisse sehr schöne Rückschlüsse auf das Herannahen oder Abziehen der so gefürchteten Wetterfronten ziehen könne und damit bei gleichzeitigem Wissen um die vegetativen Folgezustände des Organismus gute vorsorgende Ratschläge geben könne. Warum sind gerade wir eine Wetterecke? Anhand von großen meteorologischen Übersichtskarten erkennt man, daß wir an den Hauptzugsstraßen der Tiefdruckgebiete, anders ausgedrückt, an den Überschneidungen von Polar- und Tropicluft liegen. Außer spezifischen Wolkenbildern, die man sich am besten bildlich einprägen müßte, sei ein Haloring um die Sonne und eine besondere Weitsicht das Zeichen einer nahenden Tiefdruckzone, die die Feuchtigkeit aufsaugenden Kumuluswolken dagegen die Kunde des Schlechtwetterabzuges. Auch dem im Gebirge so charakteristischen Föhn folge meist ein Tief mit Regen und Schauer. Von medizinischer Seite ist dabei zu beobachten, daß, aufgeproppft auf den vegetativen Tagesrhythmus (bei Tageslicht mehr sympathicon, bei Nacht mehr vagoton) die aperiodisch, willkürlich einbrechenden Wetterfronten vegetativ extreme Symptome hervorrufen. Auf der Vorderseite der Tiefdruck-



Prof. Dr. H. von
Diringshofen, München



Prof. Dr. A. J. Virtanen
Helsinki



Prof. Dr. Kühnau,
Hamburg



Prof. Dr. W. Droese,
München



Prof. Dr. A. Windorfer,
Erlangen

gebiete, d. h. im Gebirge auch bei Föhn, sind hypotone Kreislaufstörungen, Thrombosen, Embolien, Infarkte und encephalomalacische Prozesse sowie Depressionen und Notzuchtverbrechen gehäuft, auf der Rückseite verstärken sich die Spasmen der glatten Muskulatur, es finden sich hypertone Kreislaufzustände, pectangi-nöse, Asthma cordiale ähnliche Beschwerden, Euphorie und gehäufte Unfälle. — Aber auch der Hochdruck hat vor allem in Städten und tiefen Lagen seine Tücken, da sich unter einer Inversionsschicht, die etwa zwischen 600 und 800 m liege, die Industriegase und der Staub in einem Nebelschwamm verfangen und so als belastender Aerosol der Asthmatiker liegenbleibt. Asthma-kurhäuser müssen deshalb immer über 800 m liegen und selbstverständlich außerhalb von Städten. Zusammenfassend kann über die Witterungseinflüsse gesagt werden, daß sie selbst zwar nie Krankheiten verursachen, bestehende organische Veränderungen jedoch sehr wohl beeinflussen können und auch wieder konstitutionsbedingt mehr oder weniger große Belastungen und Gefährdungen mit sich bringen.

Prof. Dr. v. DIRINGSHOFEN, selbst begeisterter Flugkapitän, gab ergänzend eine Übersicht der Beanspruchung der Passagiere im modernen Luftverkehr. Zunächst möchte man meinen, daß hier die Probleme des Temperatur- und Druckwechsels sowie der Änderung des Sauerstoffpartialdruckes ganz besonders zusammen-treffen, doch sind diese Bedenken durch die modernen technischen Entwicklungen der heutigen Flugzeuge weitgehend kompensiert. Ältere Charterflugzeuge haben noch ihre Tücken, aber die großen Maschinen der transkontinentalen Flüge sind mit Überdruckkabinen, Sauerstoffgeräten und allen technischen Raffinessen für eine Stabilisierung des Fluges und eine allgemeine Flugsicherung ausgerüstet, so daß von erfahrenen Fliegern gesagt wird, daß er sich in der Luft weit sicherer fühlt als beispielsweise im Auto. Aus Materialgründen (vor allem wegen des Glases) kann der Kabinendruck in großen Höhen nicht voll ausgeglichen werden, so daß geringe Belästigungen durch einen Druckabfall bemerkbar werden (Ohrendruck, Meteorismus, Zahnschmerzen), die aber normalerweise leicht überwunden werden. Auch die Luftfeuchtigkeit könne nicht immer konstant gehalten werden, da zu große Flüssigkeits-mengen mitgeführt werden müßten. Eine störende Lärmbelastigung trete kaum mehr auf, die Sauerstoff-sättigung ändere sich nur minimal. — Dekompensierte Herz-Kreislaufkranke sollten nur in ausgesprochenen Notfällen, wenn möglich unter ärztlicher Überwachung, einen Flug antreten, bei Patienten mit Angina pectoris ist Vorsicht, evtl. eine medikamentöse Stütze, geboten,

alle übrigen Symptome wie Augenbrennen, Kopfschmerz, Rachenreizung (infolge Trockenheit), Ohrensausen, Tachycardien und ähnliches stellen keine ernstlichen Komplikationen dar. Antihistaminica, Hexobion und milde Sedativa schaffen eine Überbrückung. Eine Gegenindikation für eine Flugreise stellen Hyperthyreosen und vor allem Thyreotoxikosen, außerdem Lungenkrankheiten, vor allem Tuberkulose, wegen der Gefahr eines Spontanpneumothorax, dar. — Prof. v. Diringshofen meinte, eine häufige Komplikation sei die Angst der Passagiere, die man durch entsprechende Aufklärung über ungewohnte Ereignisse und ungewohnte Beobachtungen während des Fluges vorher besetigen müßte.

3. Hauptthema:

Ernährungsprobleme verschiedener Altersstufen

Prof. Dr. Dr. R. Ammon, der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Ernährung begrüßte die Tagungsteilnehmer und dankte Herrn Prof. Jahn für die Möglichkeit, im Rahmen einer Fortbildungstagung die wichtigen Fragen der Ernährungswissenschaft den praktizierenden Ärzten nahebringen zu können. Unverständlicherweise wurden diese Probleme, von denen unsere Entwicklung und Leistung so wesentlich abhängen, bisher recht stiefmütterlich behandelt. Prof. Ammon brachte den Wunsch zum Ausdruck, daß an den bestehenden und vor allem an den neu zu gründenden Universitäten je ein ordentlicher Lehrstuhl für die Ernährungswissenschaft eingeräumt werde.

Nobelpreisträger Prof. Dr. A. VIRTANEN vom Biochemischen Institut in Helsinki unterstrich noch einmal, daß kein Forschungsgebiet in so enger Verbindung mit dem Leben, mit der Entwicklung und der Leistungsfähigkeit des Menschen stehe, wie die Ernährung. Nach den Erkenntnissen über den Kohlenhydrat-, Eiweiß- und Fettstoffwechsel wurden die Zusammenhänge zu den Vitaminen — man müsse Prof. Ch. Step für seine großen Leistungen besonders gratulieren —, dann die der Enzyme und schließlich die der obligaten bzw. essentiellen Nährstoffe (Aminosäuren und Mineralien) aufgeklärt. Daß wir bei all diesen Fortschritten dennoch weit von einer gesunden Ernährung entfernt seien, liege an dem Hauptfehler — der Überernährung. Schwere organische Schäden, ja sogar eine Reduzierung des durchschnittlichen Lebensalters lassen sich experimentell durch Überfütterung erzeugen, also auch als Basis eines vorzeitigen Alterungsprozesses beim Menschen erkennen. Die Zusammensetzung der Nahrung hat mit zunehmendem Lebensstandard eine unnatür-

liche Fettbelastung gebracht, was sicher degenerativen Gefäßkrankungen Vorschub leiste, wengleich der Lipämie und Hypercholesterinämie keine ursächliche Bedeutung dabei zukommt. Amerikanische Untersuchungen an einer großen Zahl von Ratten lassen die Vermutung eines Zusammenhanges — offensichtlich auch nicht verursachend, sondern begünstigend — zwischen der Übergewichtigkeit und der Entstehung von malignen Tumoren zu. Die zweite Mahnung Prof. Virtanens hieß: Keine einseitige Ernährung, keine Vitaminhysterie, keine isolierte übertriebene Zufuhr von sog. essentiellen Aminosäuren, also keinerlei Auswahlnahrung, sondern eine ausbalancierte Nahrung ist die beste.

Prof. Dr. KÜHNAU von der Universität Hamburg analysierte die Frage, ob es Normen der Ernährung gibt und ob sie notwendig und sinnvoll seien. Wachstum, Arbeit, Temperatureinflüsse, Alter und vieles andere sind Varianten des Energiebedarfs, die zu berücksichtigen sind und nicht mit der einfachen Formulierung „Aufbau in der Jugend, Erhaltung im erwachsenen Alter und Abbau im Alter“ abgetan werden können. Von einer ganz anderen Sicht aus ähneln sich beispielsweise Säuglingsperiode und Greisenalter, indem sie beide biologisch relativ starr sind, d. h. ernährungsmäßig mehr Fürsorge bedürfen, da sie enzymmäßig und hormonell nicht zu einer Adaption vergleichbar dem Erwachsenen fähig sind. Am Beispiel des Kalziums können diese Zusammenhänge der Angleichung von Resorption (Vitamin D), Deponierung und Wiedermobilisierung (Epithelkörperchenhormon) sowie Ausscheidung (Nierenschwelle) deutlich verfolgt werden. Der jugendliche und noch mehr der erwachsene Organismus ist in der Lage, verschiedene Ernährungsangebote mit starken Abweichungen von sog. tabellarischen Sollwerten ohne ein biologisches Defizit durch die Enzym- und Hormonsysteme auszubalancieren. Krankheit, hormonelle Umstellungsphasen — insbesondere bei der Frau — bringen eine Adaptionslabilität mit sich, mit anderen Worten eine Diät (die nicht immer Nahrungsmangel bedeuten muß) muß auf diese Schwächen Rücksicht nehmen und eine Nahrungsinsuffizienz in diesen Zeiten verhindern. Da die Adaptionsfähigkeit hormonell und damit indirekt vegetativ begründet ist, können verständlicherweise auch psychische Faktoren Labilitäten erzeugen. Eine Ernährungsanpassung allein kann diesen Verhältnissen aber nicht mehr Rechnung tragen, die Diät macht nicht gesund, sondern nimmt Rücksicht auf eine neurotische oder krankhafte Ursache, die man besser beseitigen sollte.

Das Bemühen der ErnährungsFürsorge ist schon natürlicherweise dem unbeholfenen Säugling gegenüber am größten. Prof. Dr. DROESE, München, begann sein Referat über die Probleme der Säuglingsernährung mit dem Hinweis: Die Muttermilch ist und bleibt das Optimum der Säuglingsernährung. Steht sie aus irgendwelchen Gründen nicht zur Verfügung, so ist man dank der Fortschritte in der Erzeugung einer säuglingsgerechten und keimfreien Ersatzmilch in einer wesentlich besseren Lage als früher. Alle Marken-erzeugnisse sind brauchbar und folgen den bekannten Grundsätzen des altersgemäßen Nahrungsaufbaues. Für besonders empfindliche und vor allem für Frühgeborene empfiehlt sich Prodieton, eine Buttermilch-Säuglingsnahrung, halbfett mit Saccharose und Dextrenzusätzen. Die angesäuerte Milch sind kein wesentlicher Vorteil, manchmal sogar eher das Gegen-

teil, wenn bei zu fett- und eiweißreicher Milch eine metabolische Acidose, evtl. eine Rest-N-Erhöhung auftreten und subjektiv Blässe, Appetitmangel und Gewichtsstagnation erkennbar werden. Als Faustregel kann gelten, daß die Ernährung des gesunden Säuglings aus einer mit Kohlenhydrat und Fett angereicherten Halbmilch bestehen solle. Erzeugnisse wie „Humana“ bemühen sich, qualitativ der Frauenmilch möglichst anzugleichen und sind zwischenzeitlich bei Störungen der Gewichtszunahme zu empfehlen. Die Vitaminversorgung des Säuglings kann durch Fruchtsäfte, Karotten und durch die sehr guten Gemüsekonserven, selbstverständlich auch durch Frischgemüse reichlich gedeckt werden. Bei Übergang auf Breikost sollte nicht nur Schleim, sondern auch Kartoffeln, Gries mit geringem Zusatz von Butter, verwendet werden.

Im Kleinkindesalter ist die Enzymschwäche und das absolute ErnährungsFürsorgebedürfnis geschwunden, jetzt hat man mehr die relativen Unterschiede des Nahrungsbedarf zu berücksichtigen. Prof. WINDORFER, Erlangen, betonte die recht unterschiedlichen Altersperioden, die man in Parallele zu den phasenhaft ablaufenden Wachstumsaccelerationen setzen könne. Zwischen dem 4. und 11. Lebensjahr sei in dieser Hinsicht ein etwas ruhigerer Verlauf zu beobachten. Der Wert einer guten Ernährung werde bei Vergleichen von sozialunterschiedlichen Schichten demonstriert, in dem die Durchschnittsgröße der Heranwachsenden in schlechter gestellten Kreisen doch wesentlich kleiner sei. Die Zusammensetzung bezüglich der Grundnahrungsstoffe kann sich nur auf Hinweise beschränken. Als günstige Eiweißträger bieten sich Quark, Fisch und Fleisch an, ein oder evtl. zwei Eier pro Tag sind wertvoll, mehr unnötig, wenn nicht schädlich, an Fett empfehle sich nach wie vor am besten die Butter, und der Kohlenhydratbedarf könne mit Brot, ab dem 3. Lebensjahr auch Schwarzbrot, mit Kartoffeln und Gemüse, vor allem aber auch durch Obst günstig gedeckt werden. Ein Vitamindefizit tritt bei Gabe von Milch, reichlich Gemüse, Obst und Obstsaften praktisch nicht auf, doch müsse auf den Zusatz dieser Nahrungsmittel auch wirklich geachtet werden. Vom 3. bis 4. Lebensjahr an gehören die Kinder an den Familientisch, abends allerdings sollten sie leichte Breikost bekommen. Unnötige Gabe von Kochsalz und scharfen Gewürzen müsse sich natürlich ungünstig auswirken, ebenso sollte man Nikotin, Kaffee und Alkohol den Kindern völlig untersagen. Trotz all dieser Vorkehrungen gebe es aber immer wieder schlechte „Esser“. Dies sei dann entweder eine Zivilisationserscheinung mit familienanamnestisch verfolgbarem Instinktverlust, oder es sind übersensible Kinder, die vor allem in der Umstellungsphase des Trinkens zum Kauen Schwierigkeiten machen, schließlich sind es aber meist psychisch überlastete Kinder, die unter irgendeiner Angst oder unter Abspannung leiden und dann, wenn sie unter andere Kinder oder die Ferienruhe kommen, diese Abnormität völlig verlieren. Nicht zu übersehen ist das soziale Problem der Schlüsselkinder, die bei doppelverdienenden Eltern Selbstversorger werden und damit natürlich quantitativ und qualitativ oft unterernährt sind. Zu dicke und zu dünne Kinder solle man frühzeitig durch spezielle Diätvorschriften zu „normalisieren“ versuchen; denn aus dicken Kindern werden auch dicke Erwachsene. Extreme Fälle gehören in klinische Behandlung, da man anhand einer exakten Durchunter-

Prof. Dr. H. Kraut,
DortmundPriv.-Doz. Dr. Jahnke,
DüsseldorfProf. Dr. N. Zöllner,
MünchenProf. Dr. Nöcker,
Leverkusen

suchung schwere hormonelle Störungen ausschließen muß.

Prof. Dr. KRAUT, Direktor des Max-Planck-Instituts für Ernährungsphysiologie, nahm zur Ernährungsweise der unterschiedlichen Berufsansprüche Stellung. Grundsätzlich meinte er, daß das Gesetz von der Erhaltung der Energie in der Biologie gleiche Geltung habe, wie in allen Naturwissenschaften. Bei unterschiedlichen physischen Leistungen sei der Energiebedarf demnach auch wechselnd groß, andererseits müsse man bei positiver Energiebilanz eine Gewichtszunahme, bei negativer eine Gewichtsabnahme erwarten. Ein drastisches Experiment habe die Nachkriegszeit geliefert, in dem die Unterernährung einen statistisch nachweisbaren Leistungsrückgang in Parallelität zur absinkenden Kalorienaufnahme unter dem Sollwert zeigte. Eine andere Beobachtung bezüglich der Varianten des Ernährungsbedarfs bietet sich bei der Beobachtung der Sechstagesfahrer. Diese sind in einer körperlichen Dauerbeanspruchung und bevorzugen dabei zu ihrer Leistungserhaltung bei einem Gesamtkalorienwert von 6000 bis 7000 pro Tag und 6,3 l Flüssigkeitszufuhr im Durchschnitt die enorme Eiweißrate von 284 g bei mäßiger Fett- und etwa normaler Kohlenhydratzufuhr. Auch bei anderen Schwerarbeitern kann man das Verlangen nach eiweißreicher Nahrung feststellen, der Sollwert kann bis zu 1,2, 1,5 g pro Kilogramm anwachsen, d. h. nur bei diesem Angebot kann eine negative Stickstoffbilanz mit Mobilisierung körpereigener Eiweißreserven verhindert werden. Einen dritten Versuch liefert uns jener Kreis der Diätfanatiker, die eine möglichst eiweißfreie Kost anstreben. Ihre Leistungsfähigkeit ist an der unteren Grenze der Norm zu beobachten.

Ein sog. Normalarbeiter benötigt dagegen einen wesentlich niedrigeren Eiweiß-Fett-Quotienten. Bei jeder Tätigkeit wird sofort Kohlenhydrat + Fett — und nicht wie man weiterhin denkt nur Kohlenhydrat — verbrannt und erst bei längerer Muskelarbeit tritt eine Verschiebung zugunsten der Fettausnützung ein. Ein gesteigertes Vitaminbedürfnis des Organismus ist für das B₁ erwiesen, und zwar in Abhängigkeit zum Kohlenhydratumsatz. Prof. Jahn bemerkte in der Diskussion, daß dieser gesteigerte B₁-Bedarf auch bei klinisch objektivierbaren Hyperthyreosen, also „endogenen Leistungssteigerungen“ zu finden sei. Andere Vitaminmangelerscheinungen seien bei einer gemischten Kost heute kaum zu befürchten. Eine Analyse der Mineralstoffe läßt vorwiegend auf seiten des Phosphors einen Mehrbedarf erkennen, grob gesagt, auch in linearer Beziehung zum Leistungsniveau. Zusammen-

fassend ist bei der heutigen guten Versorgungslage kaum ein absolutes Nahrungsdefizit zu verzeichnen, das Problem liegt vielmehr in der relativen Anpassung an verschiedene Alltagsansprüche, was am Familientisch bei gemeinsamer Mahlzeit Schwierigkeiten bereiten kann.

Dozent Dr. JAHNKE von der Medizinischen Akademie Düsseldorf beleuchtete in folgendem das schon von Prof. Virtanen eingangs angeprangerte Übel der Überernährung. Die „stattliche Figur“, in weiten Kreisen ein Ausdruck benedenswerter Gesundheit, ist ganz im Gegenteil der Boden einer erhöhten Anfälligkeit des Organismus und eines vorzeitigen Alterns. Unheil droht von Krankheiten, deren Entwicklung durch die Fettiebigkeit begünstigt wird. An erster Stelle stehen die cardio-vasculär-renalenen Leiden, der Hochdruck, die Coronar- und Cerebralsklerosen. An zweiter Stelle ist der Diabetes mellitus zu nennen, ihm folgen entsprechend der Häufigkeit die chronischen Leberleiden (Fettleber), postoperativ die thromboembolischen Komplikationen, die pulmonale Anfälligkeit (mechanische Erschwerung der Atmung und Neigung zu Asthma), degenerative Erscheinungen am Skelettsystem (Arthrosen und Spondylosen). Aus dieser Aufzählung ist zu ersehen, daß der Fettiebigke potentiell krank und gefährdet ist, wie es Hadorn nannte. Das stellt den Arzt vor eine besonders verantwortungsvolle prophylaktische Aufgabe.

Nur äußerst selten ist die Fettsucht eine echte endogene Krankheit. Cushing-Syndrom, perniciosöser Hyperinsulinismus sind klar definierbare Krankheitsbilder. Dagegen muß man bei der üblichen Fettsucht einen Regulationsfehler folgender Gleichung annehmen: Nahrungsdrang = (Bewegungsdrang + Grundumsatz) + Speicherfüllung. Pathogenetisch sind hypothalamische Veränderungen (Hungerzentren), Störungen der Glukorezeptoren, neurotische Fehlhaltungen und Störungen der Wechselwirkung zwischen Fettansatz und Mobilisierung in den Speichern (hormonell gesteuert) diskutiert worden. Die Behandlungsversuche berücksichtigten mit wechselnder Betonung all diese Vorstellungen. Jahnke meint, daß letztlich eine gezielte Diät am erfolgreichsten sei, ausgesprochene Fastenkuren dagegen sinnlos und schädlich. Unter den Diätvorschlügen unterscheidet man Mischkost-Reduktionsdiäten und sog. Formuladiäten. Bei ersterer wird eine Kaloriengrenze um 1000 pro Tag festgesetzt, was sich in der Klinik gut berechnen läßt, in der ambulanten Behandlung aber kaum durchzuführen ist. Der qualitative Aufbau dieser Kost ist viel diskutiert, sicher ist nur, daß ein Soll von 1 g pro Kilogramm Körperge-

wicht erreicht werden müßte. Die Formuladiäten entsprechen gebrauchsfertigen Nährstoffkonzentraten von konstanter Zusammensetzung. Die Kaloriengrenze ist ebenfalls etwa um 1000 pro Tag gesetzt, die Zusammensetzung ist sehr variabel, der Vorteil liegt in einer überaus einfachen Handhabung; unbeabsichtigte Diätfehler entfallen, man kann seine Diät überallhin mitnehmen und entsprechende Geschmackskorrigentien können über die Eintönigkeit hinweghelfen. Die Erfolge dieser Kuren werden mit einer Reduktion von 7,5 bis 15 kg angegeben. Eine Kombination der Mischkost mit Formuladiät ist unter den entsprechenden küchenmäßigen Voraussetzungen durchaus zu empfehlen und dann optimal.

Die speziellen Probleme des Lipoidstoffwechsels und ihre Beziehung zur Therapie der Fettsucht wurden anschließend von Prof. Dr. ZÖLLNER, München, untersucht. Die Einteilung der Lipide in Neutralfette (kalorischer Reservestoff des Organismus), Phosphatide (wichtige Bestandteile der Zellmembranen) und Lipoproteine erfuhr eine äußerst fruchtbare Ausweitung durch die Methoden der Chromatographie, die alle Lipoidgruppen in chemische Individuen zu zerlegen vermag. Anhand dieser Aufgliederung versucht die derzeitige Forschung die Störungen des Lipoidstoffwechsels genauer festzulegen. Bisher stand der Cholesterinstoffwechsel im Vordergrund des Interesses, es erscheint aber beispielsweise durchaus möglich, daß seine Veränderungen nur ein Symptom des gestörten Phosphatidstoffwechsels darstellt.

Unvollständige Beobachtungen haben vielerorts einen erhöhten Cholesterinspiegel als disponierend für degenerative Gefäßerkrankungen, insbesondere für Herzinfarkte angeschuldigt. Obwohl dieses Symptom sicher nur ein Faktor in dieser Pathogenese sein wird, gingen und gehen viele Bestrebungen auf eine therapeutische Beeinflussung des Cholesterins im Serum hinaus. Eine cholesterinarme Kost versagte, die körpereigene Sterinsynthese ist zu erheblich. Der Gehalt der Nahrung an Neutralfetten spielt eine wesentlich größere Rolle. Zunächst glaubte man, daß der Cholesterinspiegel der Quantität der zugeführten Fettnahrung parallel gehe. Es wurde aber gefunden, daß die Qualität einen so wechselnden Einfluß habe, daß bei bestimmten Ölen sogar eine Senkung des Cholesterinwertes möglich ist. Besonders die mehrfach ungesättigten Fettsäuren (enthalten in ölreicher Margarine, in Pflanzenkeimölen, Maisöl, Baumwoll- oder Sonnenblumenöl) bieten diesen Effekt. Im Augenblick sind über den Mechanismus dieses Einflusses auf den Cholesterinspiegel nur Hypothesen möglich.

Viele der mehrfach ungesättigten Fettsäuren gehören in die Reihe der sog. essentiellen Fettsäuren (Linolensäure, Arachidonsäure). Ein Mangel von ihnen in der Nahrung kann durch keine körpereigene Synthese ausgeglichen werden. Normalerweise sind sie ubiquitäre Nahrungsbestandteile, ein Mangelzustand tritt kaum auf. Nur der rasch wachsende Organismus des Säuglings kann bei Einseitigkeit der Ernährung in einen Mangel geraten. Bei der Herstellung einer synthetischen Säuglingsnahrung sollte dies berücksichtigt werden (Zusatz von Baumwollöl).

In Abrundung seines Themas berichtete Prof. Zöllner schließlich über die modernen Möglichkeiten einer parenteralen Ernährung durch Fettemulsionen. Die in-

travenöse Zufuhr von Kohlehydraten, Aminosäuren, zum Zwecke einer kalorisch ausreichenden Ernährung bereitet viele Komplikationen. Man versuchte deshalb schon seit langem bei ausgesprochen kachektischen Leuten hochkalorische Fette zu infundieren. Geeignete Emulsionen wurden in den Präparaten Infonutrol, Lipovondin entwickelt, die entsprechend den Erfahrungen der letzten Jahre reaktionslos intravenös vertragen werden. Es kommt zu einer Verbesserung der Stickstoffbilanz und zu einer subjektiven Erholung der Patienten. Der Abfall des Kaliumspiegels kann bei ausgesprochenen Hyperkaliämien zusätzlich therapeutisch ausgenützt werden. Die Gesamtdosis solle jedoch 15 bis 20 E je 800 Kalorien nicht überschreiten. Es stelle sich sonst das auch von Schön, Erlangen, in der Diskussion betonte Überladungssyndrom ein. Dies umfasse neben Appetitverlust, Störungen der Blutgerinnung und der exkretorischen Leberfunktion einen Anstieg der Plasmalipide. Es ist nicht lebensgefährlich, doch sollte die Infusion abgebrochen werden und eine Corticoidbehandlung zum Ausgleich eingeleitet werden.

Prof. Dr. NÖCKER ergänzte das Tagesthema mit einer Besprechung der Grundsätze der Ernährung in der Geriatrie. Der alternde Organismus erleidet eine quantitative und qualitative Minderung der Verdauungsfunktionen. Interessanterweise resultiert aber nicht eine mangelnde Resorption, was die kalorischen Nahrungswerte betrifft. In der Praxis ist es deshalb nicht notwendig, eine bestimmte Schonkost nur wegen des Alters zu empfehlen. Ein weiterer Ausdruck des Alters ist in der Verlangsamung der Stoffwechselfvorgänge, anders ausgedrückt, in einer Abnahme der Oxydationsvorgänge zu sehen. Das Kalorienbedürfnis muß daher sinken, ein Zuviel wird sich in Fettansatz bemerkbar machen. Hier ruht eine der Hauptaufgaben der ernährungsmäßigen Betreuung des alternden Menschen, nämlich die Fettleibigkeit im Interesse einer Schonung des Kreislaufs zu verhindern. Aus der quantitativen Beschränkung der Kost für die älteren Menschen erhöht sich das Bedürfnis einer qualitativ optimalen Zusammensetzung. Im Bezug auf die Grundnahrungsmittel ist vor der übertriebenen Fettzufuhr zu warnen und der Kohlehydrat-Quotient sicher eher anzuheben. Die wünschenswerte Eiweißzufuhr liegt beim alternden Menschen relativ höher, vor allem also den heute angegebenen Zahlen entsprechend. 1,2 bis 1,5 g pro Kilogramm Körpergewicht dürften im Rahmen des jeweiligen Temperaments die höchst mögliche Aktivität verleihen und einer allgemeinen Involution am besten vorbeugen.

Der viel diskutierte Mineral- und Vitaminbedarf in der Geriatrie läßt sich wie folgt analysieren: Häufig findet sich ein Kalziumdefizit mit den Folgen einer generalisierten Osteoporose, wiewohl diese auch durch eine Störung des Eiweißstoffwechsels mitbedingt ist. Sie steht dann in engem Zusammenhang mit den Sexualhormonen, bzw. mit den eiweißanabolen Faktoren. Vielerorts wird eine erhöhte Vitaminzufuhr empfohlen, doch muß man annehmen, daß für den alten Menschen gleiche Bedarfsnormen gelten, wie für den jüngeren. Ein ausgesprochenes Vitamindefizit scheint eher in Abhängigkeit von sozialen Verhältnissen vorzukommen. Reichlich Obst, Salate, Gemüse, Milch, aber auch Vitaminpräparate können Abhilfe schaffen.



neu

**bei schwierigen Indikationen
bei schwierigsten Indikationen
bei allen Indikationen
der externen
Corticosteroidtherapie**

Indikationen:
Psoriasis vulgaris,
Neurodermitis,
Erythematodes
chronicus,
Lichen ruber
plannus, Pruritus,
Lichen sclerosus
et atrophicus,
Prurigo simplex,
Ekzeme aller Stadien
und Ursachen,
endogenes Ekzem,
Narbenkeloide,
Ulcus cruris,
Erythrodermie,
Intertrigo,
Rö.-Dermatitis,
M. Dühring,
Pemphigus vulgaris,
akute Dermatitis,
Otitis externa.

JELLIN®

Fluocinolon-acetonid

Salbe-Creme

Handelsformen:
Salbe und Creme
Tube zu 5 g DM 2,85
Tube zu 15 g DM 6,90
Alle Preise lt. D. A. T. o. U.



Herstellung und Vertrieb
Chemie Grünenthal GmbH
Stolberg im Rheinland



03250/89002

Landesversammlung 1962 des Hartmannbundes

Am 10./11. November 1962 fand in Augsburg die Landesversammlung des Landesverbandes Bayern des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) statt. Der Vorsitzende des Verbandes, Herr Dr. Siegfried Häußler, vertrat in einem Vortrag die Auffassung, daß die Zukunft des Arztes in seiner freien, von ihm allein geführten Praxis, nicht aber in einer Gemeinschaftspraxis liege. Nur der einzelne Arzt könne auch dem einzelnen Menschen aus der genauen Kenntnis der Persönlichkeit Helfer und Berater sein. Die immer weiter fortschreitende technische Entwicklung und Spezialisierung würde im übrigen auch dazu führen, daß jede Gruppenpraxis letztlich doch zu klein wäre.

Der Hauptgeschäftsführer des Hartmannbundes, Herr Dr. Karl-Heinz Reese, wies in seinem Vortrag darauf hin, daß die soziale Krankenversicherung mit ihrem kostenlosen Recht auf ärztliche Leistung manche unerfreuliche Formen für die ärztliche Tätigkeit nach sich gezogen habe und auch mit dafür verantwortlich sei, daß das Verhältnis zwischen Arzt und Patient sich gewandelt habe.

In weiteren Referaten behandelte Herr Kollege Jungmann (CDU), Mitglied des Deutschen Bundestages, Fragen der Reform der sozialen Krankenversicherung und der Bundestagsabgeordnete Hansheinrich Schmidt (FDP) Fragen der Gesundheitspolitik der Bundesregierung.

Die Landesversammlung, die Herrn Senator Dr. Dr. Wolfram von Gugel erneut zum Landesvorsitzenden wählte, nahm zwei Entschlüsse an, die sich mit der Honorierung der ärztlichen Untersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz und mit der Durchführung der 1. Strahlenschutzverordnung beschäftigten. Die Entschlüsse haben folgenden Wortlaut:

„Der Landesverband Bayern im Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) fordert nachdrücklich von der Landesregierung ein rechtlich und sachlich begründetes Honorar für die Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz.“

Begründung:

Eine Repräsentativumfrage unseres Landesverbandes hat ergeben, daß 94% der bayerischen Ärzte die bisherige, weit unter den Ansätzen der Preußens liegende Vergütung von DM 20.— als ungenügend ansehen. Nur 33 1/2% sind deswegen bereit, die Untersuchungen zu machen. Davon führt sie ein Teil nur unter Protest aus Treuegefühl gegenüber dem eigenen Patientenkreis für diesen durch.

Die von unserem Verband von Anfang an geforderte, immer noch unter den Gebührenordnungsansätzen liegende Vergütung in Höhe von DM 30.— könnte allein die lücken- und reibungslose Durchführung des Jugendarbeitsschutzgesetzes sicherstellen.

„Der Landesverband Bayern im Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) fordert die Staatsregierung auf, die im Strahlenschutz ausgebildeten Ärzte nunmehr unverzüglich zur Vornahme der in § 46 der I. Strahlenschutzverordnung vorgesehenen Untersuchungen zu ermächtigen, damit im Katastrophenfalle eine genügende Anzahl geübter Ärzte bereitsteht.“

Begründung:

In dem genannten § 46 Strahlenschutzverordnung ist vorgesehen, daß strahlengefährdete Personen von Ärzten kontrolliert werden sollen, die hierfür aufgrund ihrer Schulung geeignet erscheinen und von der zuständigen Landesbehörde dazu ermächtigt worden sind. Nach § 48 können in Zweifelsfällen Arbeitnehmer oder Arbeitgeber Antrag auf Nachkontrolle durch die übergeordnete Dienststelle (in Bayern Landesanstalt für Strahlenschutz) stellen. Bisher werden diese Untersuchungen nur von der Landesanstalt vorgenommen, obwohl in Bayern ca. 60 Ärzte im Strahlenschutz ausgebildet sind. Einzelne Strahlenschutzärzte sind auch eingesetzt, aber noch nicht zur Vornahme der Untersuchungen ermächtigt.

Dadurch entfällt einerseits die vorgesehene Möglichkeit einer Nachkontrolle, andererseits drohen die von den Strahlenschutzärzten erworbenen praktischen Kenntnisse verloren zu gehen, wenn sie nicht mit der Materie regelmäßig befaßt werden. Ihr Einsatz im Katastrophenfall muß dadurch beeinträchtigt werden. Im Interesse eines möglichst umfassenden Schutzes des bereits jetzt betroffenen Personenkreises und der Gesamtbevölkerung im Katastrophenfall erscheint es daher dringend erforderlich, nunmehr die von der Strahlenschutzverordnung vorgesehenen Ermächtigungen auszusprechen.

Um die unabhängige Stellung des Werksarztes

Erste deutsche Akademie für Arbeitsmedizin in Berlin eröffnet

Die erste Akademie für Arbeitsmedizin in der Bundesrepublik wurde am 5. November in Anwesenheit von Frau Bundesgesundheitsministerin Dr. jur. Elisabeth Schwarzhaupt, des Seniors der deutschen Arbeitsmedizin, Ministerialrat i. R. Professor Dr. med. F. Koelsch, und anderer Ehrengäste, darunter auch als Vertreter der Bundesärztekammer der Vorsitzende ihres Werksarzausschusses, Dr. med. Kaspar Roos (Köln), in Berlin feierlich eröffnet. Der Berliner Senator für Gesundheitswesen, Dr. med. Hans-Jürgen Behrendt, auf dessen Anregung die Akademie im Rahmen des Berliner Kulturprogramms errichtet wurde, stellte als Vertreter des Regierenden Bürgermeisters Willy Brandt u. a. fest, daß die Fortbildung des Arztes in der heutigen Zeit eine unausweichliche Aufgabe sei. Das treffe insbesondere auch für die Industriemedizin zu, da in der Bundesrepublik der erhebliche Vorsprung, der im Ausland auf diesem Gebiet zu verzeichnen sei, aufgeholt werden müsse. Der Senator trat weiter für die unabhängige Stellung des Werksarztes ein. Auch im Rahmen der Harmonisierungsbestrebungen der EWG-Mitgliedstaaten sei eine Verstaatlichung seiner Tätigkeit abzulehnen.

Wenngleich mit der Akademie auch praktisch nur die Kurse, die bisher von der Werksärztlichen Arbeitsgemeinschaft veranstaltet worden seien, fortgeführt würden, so sei damit dennoch ein neuer Anfang gemacht, betonte die Bundesgesundheitsministerin. Sie bejahte die Weiterentwicklung der arbeitsmedizinischen Ausbildung als wesentliche Aufgabe der modernen Industriegesellschaft und gab der Hoffnung Ausdruck, daß ähnliche Ausbildungsstätten nach dem Berliner Vorbild bald auch in anderen Teilen des Bundesgebietes entstehen möchten. In einer Zeit der In-

dustrialisierung sei es dringend erforderlich, daß immer mehr Werksärzte fachgerecht geschult würden, sei es doch ihre besondere Aufgabe, Maßnahmen gegen die spezielle gesundheitsgefährliche Gefährdung in den einzelnen Betrieben einzuleiten, auf dem Gebiet der allgemeinen und der besonderen Hygiene tätig zu werden, Erste Hilfe zu leisten, auf Grund der eigenen Gefahren auch den behandelnden Arzt zu beraten und nachgehende Rehabilitation zu betreiben.

Die Akademie für Arbeitsmedizin diene als „Stätte wissenschaftlicher Arbeit“ zunächst der Ausbildung von Werksärzten, doch sei für später auch die Fortbildung von praktizierenden Ärzten vorgesehen, stellte der Leiter der Akademie, Medizinaldirektor Dr. med. K. Siebert (Berlin), fest. Nur der besonders vorgebildete Arzt vermöge über den richtigen Arbeitseinsatz von Werksärzten zu entscheiden. Die Berliner Akademie für Arbeitsmedizin könne zwar nicht von heute auf morgen in allen Bereichen voll funktionsfähig werden, doch werde sie mit der Zeit alle Aufgaben zu lösen versuchen. Dazu gehörten vornehmlich die Vermittlung von Kenntnissen über Gewerbehygiene, Arbeitsphysiologie, Klinik und Pathologie der Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten, Toxikologie der Arbeitsstoffe, Arbeitspsychologie und präventive Arbeitsmedizin einschließlich Jugendarbeits- sowie Frauen- und Mutterschutz.

Das Kursusprogramm, an dem sich bis zum 14. Dezember rund 150 Werksärzte aus allen Teilen des Bundesgebietes beteiligen, wurde im Anschluß an die Eröffnungsfeier von Professor Dr. Konrad Mellero-wicz von der Technischen Universität Berlin mit dem Thema „Der Mensch im Mittelpunkt des Betriebes“ aus der Sicht des Betriebswirtes eingeleitet. OR

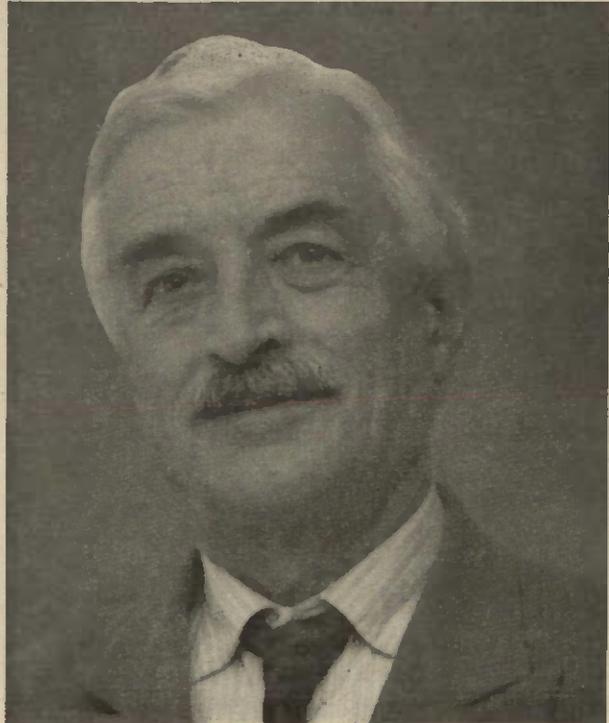
WÜRDIGUNGEN

Hohe Auszeichnung für Dr. Weiler

Der Bayerische Ministerpräsident hat am 13. November 1962 dem vormaligen Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer und ehemaligen Mitglied des Bayerischen Senats, Herrn Kollegen Dr. Karl Weiler, Reglerungsmedizinischdirektor a. D., München, den Bayerischen Verdienstorden verliehen.

Dr. Hans Spatz – 70 Jahre

Für eine Zeitschrift ist die Kontinuität ihrer Schriftleitung, personell und sachlich, von großer Bedeutung. Die „Münchner Medizinische Wochenschrift“ (MMW), nicht nur jedem deutschen Arzt wohl vertraut, sondern auch in medizinischen Kreisen des Auslandes wegen ihrer wissenschaftlichen Bedeutung geschätzt, steht — eine seltene und interessante Erscheinung — seit 76 Jahren unter der Schriftleitung von Vater und Sohn. Dabei entfallen 44 Jahre auf den Geh. Hofrat Dr. Bernhard Spatz, der 1886 dieses Amt übernommen hatte und aus dem „Ärztlichen Intelligenzblatt für Bayern“ die „Münchner Medizinische Wochenschrift“ entwickelte. Dr. Hans Spatz, sein Sohn, wurde 1930 sein Nachfolger. Mit Jahresende wird Dr. Spatz, seinen 70. Geburtstag am 21. Dezember als Anlaß nehmend, nach 32jähriger Tätigkeit an der Spitze der MMW sein Amt in andere Hände legen. Nicht nur für diese Zeitschrift, sondern für die gesamte deutsche ärztliche Presse bedeutet dieses Ausscheiden von Dr. Hans Spatz einen großen Verlust.



Dr. Hans Spatz in München geboren, besuchte hier das Gymnasium bis zum Abitur 1911. Seine Hochschulstudien begann er mit einem Semester Germanistik bei Erich Schmid in Berlin. Er kam dann nach München, um hier mit dem Medizinstudium zu beginnen. Nach dem Physikum ging Spatz nach Kiel. Von hier rückte er bei Kriegsausbruch 1914 ein. Er war in vorderster Linie tätig und wurde wiederholt, so mit dem EK I und mit der bayerischen Tapferkeitsmedaille, ausgezeichnet. Als Feldhilfsarzt des Bayer. Jäger-Regiments 1 dem Bayer. Inf.-Leib-Regiment im Frühjahr 1918 wegen der starken Ärzteverluste überstellt, bewies er in schweren Kämpfen tapferes und vorbildliches ärztliches Handeln im Felde. Nach dem Kriege promovierte Spatz bei Prof. Dr. Oberndorfer in München über „Encephalitis lethargica“. 1920 wurde er Assistent an der Medizinischen Klinik in Köln unter Prof. Dr. Friedrich Moritz und 1924 in München Assistent bei Geh. Rat Prof. Dr. Friedrich von Müller. Im zweiten Weltkrieg nahm Dr. Spatz am Polenfeldzug teil. Er stand dann bis 1942 im Westen und wurde anschließend in ein Lazarett in München versetzt, um die Weiterführung der Schriftleitung der MMW durch ihn zu ermöglichen.

Besondere Verdienste erwarb sich Dr. Spatz um die deutsche medizinische Presse. Im Jahre 1950 gründete er mit den Schriftleitern Oelemann, Rodewald und Walder wieder die „Vereinigung der deutschen medizinischen Fach- und Standespresse“, deren 1. Vorsitzender er wurde und bis 1962 blieb. Dr. Spatz gelang die Wiederherstellung des Anschlusses an die „Union Internationale de la Presse Médicale“ (U.I.P.M., Paris). Als diese ihren 4. Kongreß im Jahre 1959 in Köln abhielt, leitete Dr. Spatz als Präsident die erfolgreiche, aus dem Auslande zahlreich besandte Tagung. Von 1959 bis 1961 wirkte er als Vizepräsident dieser internationalen medizinischen Presse-Vereinigung. Diese verlieh ihm auf ihrem letzten Kongreß in Turin 1961 die Würde eines Gründungs- und Ehrenmitgliedes.

So hat Dr. Spatz weit über Bayern und Deutschland hinaus der deutschen medizinischen Presse zu besonderem Ansehen verholfen.

So sehr man das Ausscheiden von Dr. Hans Spatz aus der Schriftleitung der MMW allgemein bedauern muß, so sehr muß man ihm nach einer so erfolgreichen jahrzehntelangen Tätigkeit für die Wissenschaft und die deutschen Ärzte, nebst aufrichtigem Dank für seine Aktivität, wünschen, daß er noch viele Jahre in voller Gesundheit weiter wirken möge. Zu seinem Jubeltage sei er herzlich beglückwünscht!

Dr. W. Koerting

Dem Gedächtnis von Geheimen Sanitätsrat Dr. med. Dr. rer. pol. h. c. Alfons Stauder

Am 18. Dezember jährt es sich zum 25. Male, daß Geheimrat Stauder für immer von uns gegangen ist. Wie stark seine überragende Persönlichkeit auf seine Umgebung wirkte, mögen die jungen Kollegen, die nicht mehr das Erlebnis hatten, mit Stauder in persönlichen Kontakt zu kommen, daraus ersehen, daß einer seiner engsten juristischen Mitarbeiter in der Bayerischen Ärzteversorgung ihn mir gegenüber einmal im Gespräch den „großen Stauder“ genannt hat. Seine lebenswürdige und doch bestimmte Art im Umgange mit den Menschen, der durchdringende und doch im Grunde gütige Blick seiner blauen Augen, seine vollendete äußere Gestalt, dies alles hinterließ bei jedem, mit dem Stauder in Berührung kam, einen bleibenden Eindruck. Stauder war auch ein Freund der Jugend, und die Sorge um den ärztlichen Nachwuchs ließ ihn keine Gelegenheit versäumen, in direkten Gesprächen dessen Gedanken und Wünsche zu erforschen. Für mich wird es immer eine unvergeßliche Erinnerung bleiben, wie der mit Ämtern und hohen Ehren überhäufte Führer der deutschen Ärzteschaft sich auf der Kneipe zu uns jungen Medizinstudenten setzte, um mit uns über die Probleme des ärztlichen Berufes zu plaudern. Daß er auch für die älteren Kollegen warme Fürsorge bezeugte, das beweist die von ihm gegen großen Widerstand geschaffene Bayerische Ärzteversorgung, die ihre Feuerprobe bei der Währungsreform 1948 so glänzend bestanden hat.

Stauder wurde am 12. 4. 1878 als Sohn eines Oberlehrers in Nürnberg geboren, besuchte dort das altberühmte Melanchthon-Gymnasium und nach dem Abitur die Universitäten Erlangen und Würzburg, wo er 1901 sein Staatsexamen mit Note I machte und summa cum laude promovierte. Nach Ausbildung als Assistent bei den Professoren Rosenheim und Fraenckel in Berlin ließ er sich 1903 als Facharzt für Magen-, Darm- und Stoffwechselkrankheiten in Nürnberg nieder und erwarb sich bald eine große Praxis.

Schon 1904 wurde Stauder in die Vorstandschaft des Ärztlichen Bezirksvereins Nürnberg gewählt, wurde erst 2., später 1. Vorsitzender. 1919 wurde er Vorsit-



zender des Landesausschusses der Ärzte Bayerns, 1927 Vorsitzender der Bayerischen Landesärztekammer und des bayerischen Ärzteverbandes, 1921 wurde er in den Geschäftsausschuß des Deutschen Ärztevereinsbundes berufen, 1925 wurde er 2. Vorsitzender dieser Vereinigung und 1926 1. Vorsitzender. Von 1929 bis 1933 war er 1. Vorsitzender des Verbandes der Ärzte Deutschlands. So hatte sich Stauder durch seine Arbeitskraft und seine vorbildlichen Leistungen an die Spitze der deutschen Ärzte emporgearbeitet.

Besonders in der Nachkriegszeit war Stauder auch literarisch tätig, und eine Reihe wertvoller Arbeiten ging aus seiner Feder hervor. Hierher gehören vor allem das bayerische Ärztetaschenbuch mit Kommentar des bayerischen Ärzterechts (Stauder-Wirschingler), Arbeiten über die „Gesetze der Bayerischen Ärzteversorgung 1923“ und das „Bayerische Ärztegesetz 1927“, das nach dem Zusammenbruch 1945 vom bayerischen Staat als vorbildlich wieder in Kraft gesetzt wurde. Seit 1919 war Stauder der Leiter der Bayerischen Ärztetage, seit 1927 auch der Deutschen Ärztetage. Seine Eröffnungsreden waren nach Form und Inhalt Meisterwerke.

1922 wurde Stauder zum Sanitätsrat ernannt, 1923 wurde ihm der Dr. rer. pol. h. c. von der Universität Erlangen verliehen, 1927 erhielt er den Titel Geheimer Sanitätsrat. Außerdem war Stauder Ehrenmitglied zahlreicher ärztlicher Bezirksvereine und Vorstands-

Cefasabal®

TROPFEN · TABL. · AMP.



CEFAK · KEMPTEN

Pyelitis Cystitis
Prostatitis
Prostatahypertrophie

mitglied vieler ärztlicher Reichsausschüsse, die alle aufzuführen, es hier an Platz mangelt.

Um so bedauerlicher war es, daß nach der sog. „Machtübernahme“ der Nationalsozialismus auch vor dieser überragenden und um das deutsche Gesundheitswesen hochverdienten Persönlichkeit nicht halt machte. Unter entwürdigenden Umständen wurde er aus allen seinen Ämtern vertrieben. Ein Herzleiden, das er sich, dekoriert mit den höchsten Tapferkeitsauszeichnungen, im Fronteinsatz des 1. Weltkrieges geholt hatte, flackerte wieder auf und setzte seinem Leben am 18. Dezember 1937 ein allzufrühes Ende. Als einzige Zeitung des „Großdeutschen Reiches“ wagte es der „Fränkische Kurier“, unter seinem Chefredakteur Dr. Rudolf Kötter, seiner in einem längeren Nachruf zu gedenken, nicht einmal die „Münch. Med. Wochenschrift“, zu deren Herausgeberkollegium der Verstorbene gezählt hatte, besaß den Mut, den bereits gesetzten Nachruf zu bringen.

Über diese letzten Jahre Stauders schreibt sein Sohn in seinem Erinnerungsbuch:

„Als der erwählte Führer der deutschen Ärzte hatte er seine angesparten Kräfte noch einmal an große soziale Aufgaben hingegeben, aber schon aus der ersten Begegnung, zu der ihn der primitive Cäsar befahl, ging er mit der Erkenntnis hervor, daß die Deutschen einen besessenen Zerstörer auf den Schild erhoben hatten, der auf seinen roten Altären alles hinschlachten würde, was nicht die gleiche Herkunft aus den Lemurenbereichen bezeugte wie er selbst. Und nun, da der Vater sich Verfolgungen und Demütigungen ausgesetzt fand, ja stündlich bereit sein mußte, durch den Kerker in die Freiheit des Todes zu gehen, trat sein Kriegsgesicht wieder aus den späteren Verpuppungen hervor, mit denen es ein paar Jahre lang übersponnen schien. Es war ein sehr zukünftiges Gesicht, ein Antlitz, das mit seiner letzten Gestalt schon vertraut war, die sich erst im Tode offenbarte. Man mußte ihm alles zerstören, dessen ein Mann bedarf, um atmen zu können, ehe sein Herz brach. Oft hatte ich ihn zu bewegen versucht, sein Leben aufzuzeichnen. Aber auch dann, wenn er schon entschlossen schien, legte er die Feder wieder beiseite. „Da liegt der Krieg wie ein unübersteigbarer Block mitten auf meinem Weg“, sagte er, „ich könnte die Unterwelt noch einmal betreten, vielleicht aber kein zweites Mal könnte ich in das Licht zurückkehren, dessen der Schreibende in der Nacht bedarf. Ich glaube, dann wäre das Schöne und das Dienende nicht mehr wahr, das mir vergönnt war.“ Er war schon in das große Schweigen entrückt, als sein letzter Kampf begann. Daß ich ihn zu diesen letzten Gängen begleiten durfte, immer tiefer in seine Verslossenheit hinein, gehört zu den unvergänglichen Geschenken meines Lebens, wenn es auch eine lange Passion war, in der er ausgemeißelt wurde wie ein

Vollendeter aus dem Marmor. Erst als die todkranke Mutter die Augen geschlossen hatte, überließ er sich der eigenen Schwäche, um ihr nach wenigen Tagen zu folgen, ritterlich selbst im Tode.“

Vieles, wovon unser ärztlicher Stand heute noch zehrt, wie der Plan der Bundesärztekammern, die Reform des ganzen Arztrechts u. v. a. m. geht auf Stauders Entwürfe zurück, die dann freilich im 3. Reiche zunächst inhibiert wurden, aber dann nach dem totalen Zusammenbruche wieder richtunggebend für den Wiederaufbau geworden sind.

In unserem schnellebigen Zeitalter, in dem sich weittragende politische Ereignisse und neue wissenschaftliche Entdeckungen nur so überstürzen, ist der Name Stauders schon fast der Vergessenheit anheimgefallen. Darum soll es uns bayerischen Ärzten eine Ehrenpflicht sein, an seinem 25. Todestag dieses Mannes zu gedenken, der sein ganzes Leben lang unserem ärztlichen Stande nach besten Kräften gedient hat.

Dr. med. Robert Paschke, Emskirchen/Mfr.

Literatur: Fürnrohr Wilhelm, Dr.: „Alfons Stauder zum Gedächtnis.“ Mitteilungen für alte Erlanger Bayern vom 6. Mal 1938, S. 74 ff. — Regau Thomas: „Mars“. Geist und Welt Nr. 5/1958.

Enthüllung eines Denkmals für den Radiologen Rudolf Grashey in Deggendorf am 11. 11. 1962

Für den in Deggendorf geborenen, insbesondere durch seine Bücher und Lehrtafeln* über die Knochenröntgenologie international bekannten Radiologen, den eifrigen Mitarbeiter der „Deggendorfer Blätter“** und den gelstvollen Aphoristiker Rudolf Grashey (1876 bis 1950, ab 1920 Chefarzt der Röntgenabteilung des Krankenhauses München-Schwabing, ab 1928 Ordinarius für Röntgenologie und Lichtheilkunde der Universität Köln) wurde dort aus Mitteln der Stadt und solchen von Spendern ein ebenso schlichtes wie eindrucksvolles Denkmal errichtet. Es besteht aus einem 2.90 m hohen, rechteckigen Block aus grauem Hauzenberger Granit mit Inschriften; die Vorderseite trägt die Angabe des Namens, der Lebensdaten und des beruflichen Höhepunkts, die Rückfläche einen der Denksprüche Grasheys: „Die Logik wird vom Talent als Brücke, vom Genie als Geländer benutzt.“ An den schmalen Seitenwänden sind Symbole für seine Tätigkeit als Arzt und Wissenschaftler angebracht. Das Denkmal, um dessen Zustandekommen sich Herr Dr. med. Mühlbauer, Deggendorf, ganz besondere Verdienste erworben hat, ist das Werk des Bildhauers

*) Sein Werk „Typische Röntgenbilder des normalen Menschen“, weitergeführt von BERKNER, ist heute noch — in neuer Auflage — wohl in fast jedem Röntgeninstitut deutschen Sprachraums zu finden, ferner seine „Röntgentafel des Skeletts“.

**) Das „M“ kein Druckfehler, es handelt sich um ein inzwischen eingegangenes zeitkritisch-humoristisches Blatt, das viel gelesen wurde.

Jodex

bei Sportverletzungen
Prellungen
Zerrungen
Blutergüssen

DM 1.25

PROTINA GMBH., MÜNCHEN 54



Kurt Schürzinger, Plattling. Die Übergabe erfolgte mit einer Festrede von Herrn Oberbürgermeister Heckscher. Die Festansprache über Grashey hielt Herr Professor Stumpf, München, der aus eigenem Erleben als Freund ein sehr anschauliches Bild der vielseitigen Persönlichkeit Grasheys entwickelte.

Herr Professor v. Braunbehrens überbrachte die Grüße der medizinischen Fakultät der Universität München, der Grashey über 20 Jahre angehört hatte, Chefarzt Ekert, München, den Dank der Deutschen Röntgengesellschaft, zu deren Gründungsmitgliedern Grashey zählte. Der 1. Vorsitzende der Bayerischen Röntgenvereinigung, Herr. Dr. med. Wuttge, München, sprach als Vertreter dieser Gesellschaft Worte der Anerkennung für das geschaffene Ehrenmal, wobei er gleichzeitig darauf hinwies, daß Grashey nicht nur in Bayern, sondern auch international hohen Ruf genoß. Nach der Enthüllung des Denkmals teilte er mit, daß

die Vorstandschaft der Bayerischen Röntgenvereinigung die Stiftung einer Grashey-Medaille beschlossen habe, die in größeren Zeitabständen für hervorragende radiologische Arbeiten in ihrem Bereich oder für wesentliche Beiträge zur Grashey-Forschung vergeben werden soll.

Dozent Dr. Ekert, Krkhs. re. d. I., München 8, Ismaninger Straße.

FAKULTÄT und PERSONALIA

München: Professor Dr. med. Alfred Marchionini — Direktor der Dermatologischen Univ.-Klinik München — wurde anlässlich der Tagung der Internationalen Liga der Dermatologischen Gesellschaften in Washington zum Präsidenten des XIII. Internationalen Dermatologen-Kongresses gewählt. Seit 1904 wird dieses Amt zum erstenmal einem deutschen Dermatologen übertragen.

Prof. Dr. med. Gerd Peters — geschäftsführender Direktor der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie (Max-Planck-Institut) München — wurde mit ME Nr. V 61 606 vom 12. 9. 1962 zum Honorarprofessor der Psychiatrie und Neurologie in der Med. Fakultät der Univ. München bestellt.

Professor Dr. med. Hans-Werner Altmann, Ordinarius für allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie und Direktor des Pathologischen Instituts der Universität Würzburg, hat den an ihn ergangenen Ruf auf den o. Lehrstuhl für Pathologie an der Universität Freiburg i. Brg. abgelehnt.

Würzburg:

Der wissenschaftliche Assistent an der Universitäts-Kinderklinik, Dr. med. Harald Haupt, wurde zum Privatdozenten der Kinderheilkunde ernannt.

Zu „apl. Professoren“ wurden ernannt:

Der Privatdozent der „Augenheilkunde“
Dr. med. William Münich,
der Privatdozent der „Inneren Medizin“
Dr. med. Franz Parr,
der Privatdozent der „Chirurgie“
Dr. med. Hans-Joachim Viereck,
der Privatdozent der „Kinderheilkunde“
Dr. med. Hans Zeisel.

Der o. Professor der Inneren Medizin und Direktor der Medizinischen Universitätsklinik, Dr. med. Ernst Wollheim, wurde als Councillor in den Vorstand der Internationalen Gesellschaft für Cardiologie gewählt.

Aus der Geschichte der Medizin

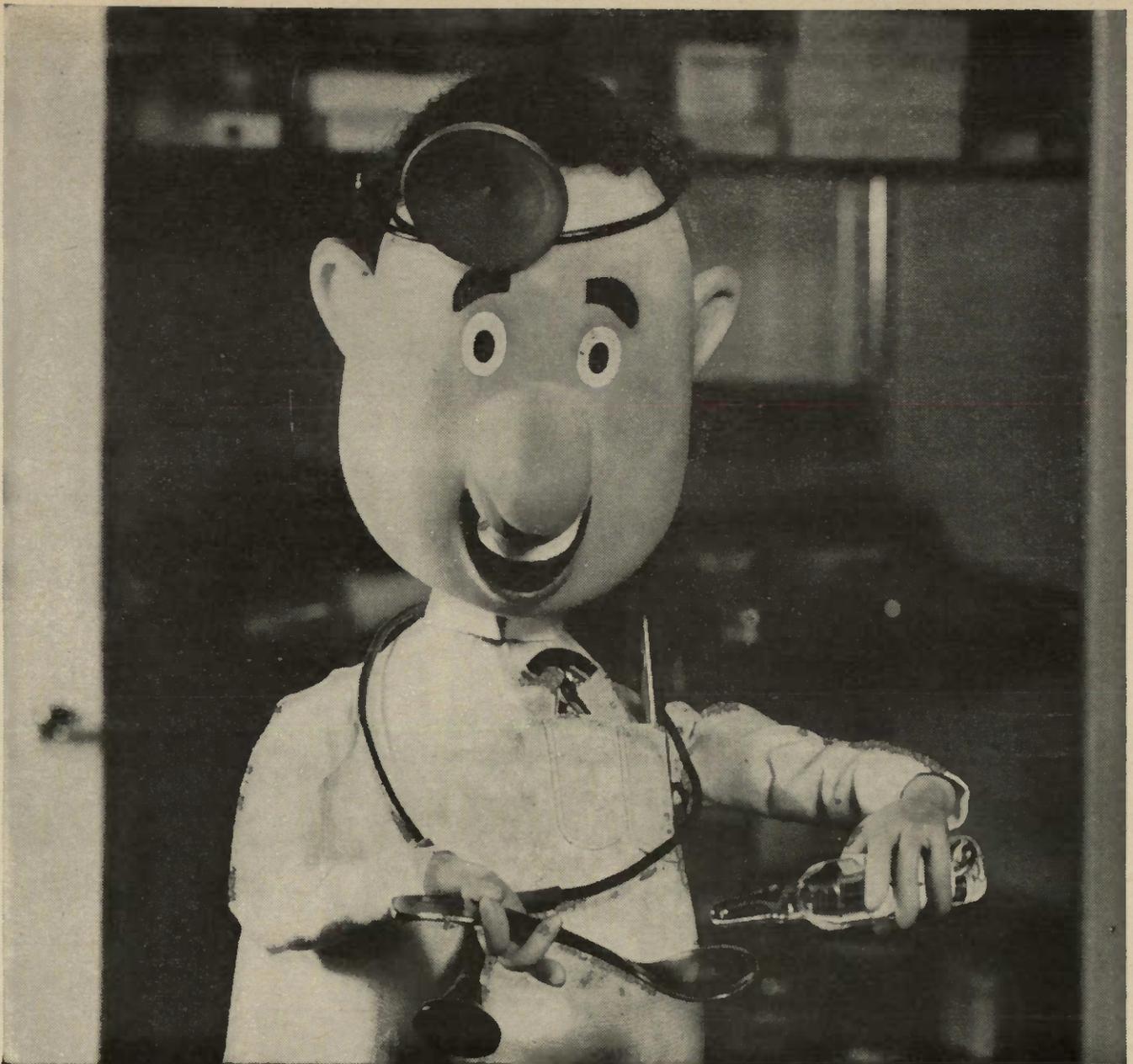
Die Entwicklung der Augenheilkunde

Eine bedeutsame medizin-historische Ausstellung

Als im Sommer d. J. eine gemeinsame Tagung der „Österreichischen Ophthalmologischen Gesellschaft“ und der „Vereinigung bayerischer Augenärzte“ in Wien stattfand, überraschte das „Institut für Geschichte der Medizin an der Universität in Wien“ durch eine hervorragende Ausstellung „150 Jahre Wiener Augenheilkunde“. Sie bot in einer überaus sehenswerten, wohl einmaligen Schau Bilder, Dokumente, Handschriften, Publikationen von seltener Kostbarkeit, aus öffentlichem und privatem Besitz, damit einen großartigen

Überblick über die Entwicklung der Augenheilkunde gebend.

In Wien hatte am 28. April 1812 Joseph Georg Beer (1763—1812), nachdem er durch Jahre erfolgreichen Wirkens den Beweis seiner beruflichen Befähigung gegeben hatte, seine Tätigkeit in der durch ihn neu gegründeten Klinik für Augenranke aufgenommen. Sie bestand vorerst nur aus einem Krankenzimmer und einem gleichzeitig als Ambulatorium dienenden Hörsaal, in dem Beer seine Vorlesungen ab-



... täglich 2 Teelöffel

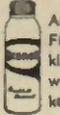
sollten Sie Ihrer eigenen Praxis verordnen. PRIL-entspanntes Wasser sorgt bei kleinsten Dosen und geringem Aufwand für Sauberkeit und Hygiene in allen Räumen der Praxis. Mit PRIL-Spezialpackungen für Großverbraucher lassen sich die Reinigungskosten beträchtlich senken.

Wer PRIL nimmt, der spart gutes Geld!

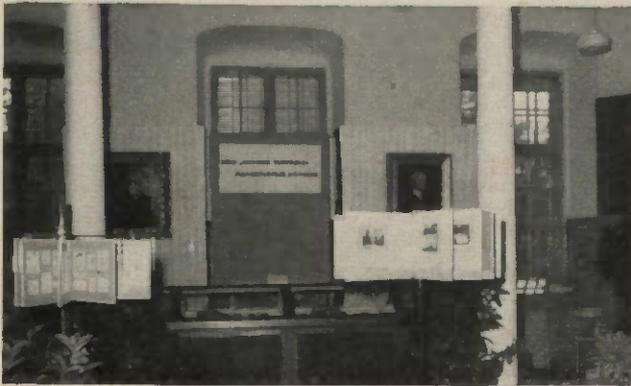


GV 7/62

Wirtschaftliche Spezialpackungen aus dem Fewa-Werk:

PRIL-flüssig	FEWA	RILAN	PARAL	OZONELL	TOMORIN	PROHI-Autobad
 <p>Kanister à 5 kg, Kunststoffbehälter à 30 kg.</p>	 <p>Pflegt Teppiche, Polster, Vorhänge. Fäßchen à 1,5 kg.</p>	 <p>Putzt, poliert, pflegt kratzerfrei. Fäßchen à 10 kg.</p>	 <p>Automat. Gegen Fliegen, Mücken und Motten.</p>	 <p>Automat. Für saubere, klare und weitgehend keimfreie Luft.</p>	 <p>Vernichtet Ratten und Mäuse. Streudose à 500 g, Fäßchen à 5 kg.</p>	 <p>Wäscht und konserviert zugleich. Kanister à 5 kg.</p>

Lieferung über den Fachhandel.



Einblicke in die umfangreiche Ausstellung



hielt. Doch schon nach wenigen Monaten erhielt Beer zwei eigene Krankenzimmer mit je acht Betten, einen eigenen Assistenten und zwei Krankenschwestern. 1816 erfolgte eine Erweiterung der Klinik und 1818 kam es zur Errichtung des Ordinariats — das mit der eigenhändigen Unterschrift Kaiser Franz I. versehene Dokument war in einer der Vitrinen — und den Einbau des Faches der Augenheilkunde in die allgemeinmedizinische Ausbildung mit einer fünfstündigen Vorlesung über zwei Semester. Damit war durch das zielbewußte Streben Beers erreicht worden, daß die Augenheilkunde ein selbständiges Fach geworden war.

Beer konnte eine eigene Schule bilden, die, sich immer mehr verzweigend, weithin über das Ausland erstreckte. (Eine instruktive Weltkarte gab in der Ausstellung einen eindrucksvollen Überblick über die Ausstrahlung der Wiener augenärztlichen Schule bis in den europäischen und außereuropäischen Raum, bis nach den Vereinigten Staaten, nach dem Nahen und Fernen Osten, usw.) Philipp Franz von Walther, zuletzt Professor an der Ludwig-Maximilians-Universität in München — auf den noch gesondert hinzuweisen sein wird —, auch ein Schüler Beers, schrieb 1846: „Beer war das Haupt einer wohldisziplinierten ärztlichen Schule, welche für Deutschland und durch dasselbe für die ganze kultivierte Welt der Mittelpunkt der neuen wissenschaftlichen Entwicklung der Augenheilkunde geworden und bisher auch noch geblieben ist.“

Die leider nur für kurze Zeit in dieser Ausstellung vereinigten Dokumente medizin-historischer Entwicklung auf einem Spezialgebiet gaben Einblick in das langsame Werden einer immer wertvolleren und umfangreicheren Fachliteratur, in den Fortschritt bei dem Ausbau des einschlägigen Instrumentariums u. a. Hier fand man pietätvoll die okulistischen Bestecke aus dem Instrumentarium der Josephs-Akademie, die augenärztlichen Bestecke bedeutender Ophthalmologen,

die alle an der Entwicklung der heutigen Bedeutung der Augenheilkunde mitgewirkt haben. In die Arbeitsweise dieser Gelehrten wurde man durch Original-Aufzeichnungen, die bis in den Anfang des 19. Jahrhunderts reichten (Notiz- und Tagebücher, Anmerkungen für das Kolleg, Nachschriften der Vorlesungen, u. a.), eingeführt. Mit großer künstlerischer Begabung wurden von den Professoren in Bleistiftskizzen und Aquarellen einzelne Befunde festgehalten. Hochwertige Landschaftsskizzen, Figurinen für Wagners „Siegfried“ u. a. gaben Aufschluß über die vielseitigen Fähigkeiten namhafter Ophthalmologen. An diese gerichtete Originalbriefe, z. B. Metternichs, Adalbert Stifters, ließen Einblick in die persönlichen Beziehungen zwischen berühmten Patienten und ihren Ärzten gewinnen. Die beiden, nur einen kleinen Ausschnitt zeigenden Bilder und die kurze Aufzählung können nur andeutungsweise auf die Fülle des Materials hinweisen, das hier in mehreren Sälen vereint war, deren besonderer Schmuck große Ölgemälde namhafter Professoren waren, die der Ausstellung zur Verfügung gestellt worden waren. Die Zusammenstellung einer solchen Sammlung seltener Werte bedarf nicht nur einer großen Vorarbeit, sondern auch einer besonderen Einfühlung in den Geist der Zeit von 150 Jahren. Frau Professor Dr. Dr. Erna Lesky, Vorstand des Wiener Univ.-Institutes für Geschichte der Medizin, ist für diese Ausstellung, die einen aufschlußreichen Einblick in die Geschichte der Entwicklung der Augenheilkunde in so eindrucksvoller Weise gab, zu danken. Für jeden Besucher war es ein schmerzliches Empfinden, daß diese Ausstellung nach ihrer Auflösung und Rückgabe der wertvollen Leihgaben an ihre Besitzer — bis auf die großen Schätze des Instituts selbst — in alle Winde zerflattert war.

Anschrift des Verfassers: Dr. W. Koerting, München 27, Holbeinstrasse 16.

Ulcrrurisan®

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



CHEMISCHE FABRIK
»BAYARIA«
MÜNCHEN-GRÄFELING

AUS DER BUNDESPOLITIK

Bundesrat zum „Sozialpaket“

Der Bundesrat hat in seiner Sitzung am 30. November die drei Gesetze des sogenannten „Sozialpaketes“ — Krankenversicherungs-Neuregelung, Lohnfortzahlung und KIndergeld — gebilligt. Zum Krankenversicherungs-Neuregelungsgesetz lagen dem Bundesrat 59 Änderungsanträge vor.

Auf Antrag des Arbeits- und Sozialausschusses des Bundesrates strich der Bundesrat die Sätze 3 bis 5 im Absatz 2 des § 392, in denen Zuschläge zu den Gebührenordnungen für solche Kassen vorgesehen waren, bei denen das der Beitragsbemessung zugrunde liegende durchschnittliche monatliche Entgelt den Durchschnitt aller Kassen übersteigt. Als Begründung für diese Streichung hatte der A- und S-Ausschuß angegeben:

„Bei der geplanten Einzelhonorierung ist ein innerer Zusammenhang zwischen dem der Beitragsbemessung zugrunde liegenden durchschnittlichen monatlichen Entgelt und den Honorarsätzen nicht gegeben. Der durchschnittliche Grundlohn im Bundesgebiet beträgt einschließlch der Ersatzkassen rd. 5 300 DM. Lediglich bei 94 Kassen wird der Durchschnittsgrundlohn überschritten, so daß die Zuschläge an sich entfallen sollten. Außerdem würde die vorgeschlagene Regelung wiederum ungleiche Honorare für die ärztlichen Leistungen, getrennt nach den Kassen, ergeben. Diese Auswirkung wäre sehr bedenklich.“

Der Antrag, die vorgesehenen Vorsorgeuntersuchungen schon vom 20. Lebensjahr an zu ermöglichen, wurde abgelehnt; ebenso die Erhöhung der Pflichtver-

sicherungsgrenze bis zur Höhe der jeweils in der Rentenversicherung geltenden Beitragsbemessungsgrenze. Auch wurden alle Anträge abgelehnt, die eine Streichung der Selbstbeteiligung beabsichtigten.

Beim Lohnfortzahlungsgesetz wurde der Antrag angenommen, daß bei Ausstellung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung „ohne Zustimmung des Arbeitnehmers keine Angaben über die Art der Krankheit“ gemacht werden dürfen.

Bei den Bestimmungen über die Prüfung der kassenärztlichen Abrechnungen beschloß der Bundesrat folgende Änderung:

§ 391, Absatz 2 soll lauten:

„Hat ein Kassenarzt nach Auffassung der Kassenärztlichen Vereinigung oder der Krankenkasse gegen § 389, Abs. 2, verstoßen, so ist die Angelegenheit auf Antrag der Kassenärztlichen Vereinigung oder Kasse von einem Prüfungsausschuß zu prüfen...“

Außerdem machte der Bundesrat zu den §§ 394 und 396 auf evtl. verfassungsrechtliche Bedenken aufmerksam.

Zum vertrauensärztlichen Dienst wurde beschlossen, daß dem Ausschuß des vertrauensärztlichen Dienstes neben den zwei Vertretern der Kassenärzte und einem Vertreter der Kassenzahnärzte die Geschäftsführer der Landesverbände der Krankenkassen angehören sollen. Außerdem wünscht der Bundesrat, daß das Ergebnis der vertrauensärztlichen Begutachtung (§ 408, Abs. 2) nicht nur dem Arbeitgeber, sondern auch der zuständigen Krankenkasse mitzuteilen ist.

AUS DER LANDESPOLITIK

Ärzte im Landtag

Bei der Wahl am 25. November 1962 wurden folgende Kollegen als Abgeordnete in den Bayer. Landtag gewählt:

Für die CSU

Für die FDP

Für die BP



Dr. Soenning
Memmingen



Dr. Dehler
Nürnberg



Dr. Brentano-Hommeyer
München

Die Namen der in die Bezirkstage gewählten Kollegen werden im Januarheft veröffentlicht.

Salistoperm **Inasthmon**
 Das percutane Heilanaestheticum Das percutane Expectorans
 P E R M I C U T A N - K G · D R . E U L E R · M U N C H E N 1 3

AMTLICHES

Ergebnis der Wahl der Delegierten zur Bayer. Landesärztekammer vom 24. November 1962

Das amtliche vom Landeswahlleiter veröffentlichte Ergebnis der Wahl der Delegierten zur Bayer. Landesärztekammer wird in diesem Heft 12/1962 des „Bayer. Arzteblattes“ bekanntgegeben.

Das Wahlergebnis ist gesondert gedruckt in der Mitte dieser Nummer beigeheftet. Auf diese Bekanntmachung wird hiermit verwiesen.

Poellinger
Landeswahlleiter

Wichtige Mitteilungen des Bayer. Staatsministeriums des Innern

Teratogene Wirkung von Podophyllin

Das Bundesgesundheitsamt hat empfohlen, bei Arzneimitteln, die zur Behandlung krankhafter Veränderungen der Gallenwege oder als Abführmittel bestimmt sind und die Podophyllin oder Podophyllin und Zubereitungen daraus enthalten, wegen möglicher teratogener Nebenwirkungen auf den Gehältnissen und Umhüllungen und in den Gebrauchsanweisungen den Hinweis anzubringen:

„Nicht bei bestehender Schwangerschaft anzuwenden.“

Ferner hat das Bundesgesundheitsamt empfohlen, im Verzeichnis der verschreibungspflichtigen Arzneimittel (in Bayern Abgabeverordnung vom 21. 7. 1961 — GVBl. S. 194)

- a) bei der Position „Podophyllin“ die Wiederholungsmenge 0,1 g zu streichen,
- b) die Position „Podophyllin“ wie folgt zu fassen:
Podophyllin
Podophyllin, indisches
Podophyllum hexandrum,
unterirdische Teile
Podophyllum peltatum,
unterirdische Teile.

Dieser Empfehlung hat das Staatsministerium des Innern mit Verordnung vom 16. 11. 1962 (GVBl. Nr. 21) entsprochen. Damit ist gewährleistet, daß alle Verschreibungen auf podophyllinhaltige Zubereitungen wiederholt nur geliefert werden dürfen, wenn der Arzt das auf der Verschreibung besonders vermerkt (§ 5 der Abgabeverordnung).

Medizin rezeptpflichtig

Der Bayerische Staatsminister des Innern, Alfons Goppel, hat mit Wirkung vom 1. Dezember 1962 in das Verzeichnis der rezeptpflichtigen Arzneimittel den Stoff Meclizin aufgenommen, der vor allem in Arzneimitteln verwendet wird, die einem Erbrechen (z. B. während einer Schwangerschaft oder auf Reisen) vorbeugen sollen. Solche Arzneimittel sind u. a. als Peremesin forte, Calmonal, Postafen-Tabl. und Suppos., Postadoxin, Siguran, Bonamine, Diligan im Handel. Sie dürfen jetzt nur mehr auf ärztliche Verschreibung hin abgegeben werden. Der Grund für diese Maßnahme ist eine Mitteilung des schwedischen Gesundheitsministeriums, wonach nicht ausgeschlossen ist, daß der

Stoff Meclizin, wenn er während einer Schwangerschaft genommen wird, zu Mißbildungen des werdenden Kindes führen kann.

Ärztliche Berufsgerichte

Das Bayer. Staatsministerium der Justiz hat die richterlichen und nichtrichterlichen Mitglieder der ärztlichen Berufsgerichte, deren Amtszeit abgelaufen ist, auf die Dauer von 5 Jahren neu ernannt. Die Ernennung der nichtrichterlichen Mitglieder erfolgte auf Vorschlag des 15. Bayer. Ärztetages 1962 in Passau.

Die Berufsgerichte und das Landesberufsgericht setzen sich demnach wie folgt zusammen:

Berufsgericht für die Heilberufe beim Oberlandesgericht München

Richterliche Mitglieder

Vorsitzender

Oberlandesgerichtsrat Dr. Kurt Steinle
(Oberlandesgericht München)

Stellvertreter

Oberlandesgerichtsrat Dr. Steer
(Oberlandesgericht München)

Untersuchungsführer

Landgerichtsrat Dr. Frankenberger
(Landgericht München I)

Stellvertreter

Landgerichtsrat Walter Zlpfel
(Landgericht München I).

Nichtrichterliche Mitglieder

1. Dr. Nikolaus Hohenadl,
prakt. Arzt, München 23, Ohmstraße 13/I
Stellvertreter (in der angegebenen Reihenfolge)
Dr. Ludwig Binner,
Oberregierungsmedizinalrat, Straubing, Am Platzl 14
Dr. Gerhard Dietrich,
Facharzt für Augenkrankheiten
Kaufbeuren, Kaiser-Max-Straße 40
Dr. Elmar Hellenthal,
Facharzt für Chirurgie, Landshut, Altstadt 29
Dr. Ernst Mößner,
Facharzt für Kinderkrankheiten,
Landshut, Seligenthalerstraße 11
2. Dr. Felix Kircher,
prakt. Arzt, Lauingen/Donau, Herzog-Georg-Str. 86
Stellvertreter (in der angegebenen Reihenfolge)
Dr. Rudolf Schinzler,
Facharzt für Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten
München 9, Wettersteinplatz 2
Dr. Josef Spanneberg,
prakt. Arzt, Schwindegg
Dr. Harald Taeger,
Facharzt für Innere Krankheiten
Fürstenfeldbruck, Münchener Straße 41
Dr. Wolfgang Zettl,
Facharzt für Augenkrankheiten,
München 23, Viktorlastraße 11.

Berufsgericht für die Heilberufe bei dem Oberlandesgericht Nürnberg

Richterliche Mitglieder

Vorsitzender

Oberlandesgerichtsrat Dr. Bickermann

(Oberlandesgericht Nürnberg)

Stellvertreter

Oberlandesgerichtsrat Dr. Eyslein

(Oberlandesgericht Nürnberg)

Untersuchungsführer

Landgerichtsrat Dr. Brunner

(Landgericht Nürnberg-Fürth)

Stellvertreter

Landgerichtsrat Walter Wolf

(Landgericht Nürnberg-Fürth)

Nichtrichterliche Mitglieder

1. Dr. Otto Mögen

(wurde nicht neu ernannt, da seine Amtszeit erst mit Ablauf des 20. Juni 1965 endet.)

Stellvertreter (in der angegebenen Reihenfolge)

Dr. Franz Geser,

prakt. Arzt, Falkenstein/Opf., Bahnhofstraße 21

Dr. Theo Heumann,

Facharzt für Frauenkrankheiten, Krankenhausdirektor a. D.,

Ansbach, Feuchtwanger Straße 28

Dr. Friedrich Kühnlein,

Facharzt für Augenkrankheiten

Coburg, Mohrenstraße 3

Dr. Marianne Martin-Reith,

Fachärztin für Röntgenologie

Würzburg, Grabenberg 2

2. Dr. Rudolf Steininger,

prakt. Arzt, Amberg, Blücherstraße 6.

Stellvertreter (in der angegebenen Reihenfolge)

Dr. Erich Orth,

prakt. Arzt, Pappenheim, Rukwidstraße 3

Dr. Willi Russ,

prakt. Arzt, Hof/Saale, Schillerstraße 1

Dr. Hans Schnidtmann,

prakt. Arzt, Nürnberg, Hohenlohestraße 11

Dr. Hans Taucher,

prakt. Arzt, Bamberg, Untere Sandstraße 43.

Landesberufungsgericht für die Heilberufe bei dem Bayer. Obersten Landesgericht

Richterliche Mitglieder

Vorsitzender

1. Dr. Walter Rösch,

Präsident des Bayer. Obersten Landesgerichts

Stellvertreter

a) Senatspräsident Hans Grüber,

(Bayer. Oberstes Landesgericht)

b) noch nicht besetzt

2. Oberlandesgerichtsrat Dr. Deisenhofer,

(Bayer. Oberstes Landesgericht, wurde nicht neu ernannt, da seine Amtszeit erst mit Ablauf des 1. 8. 1964 endet.)

Stellvertreter

a) Oberstlandesgerichtsrat Dr. Paul Ratz,

(Bayer. Oberstes Landesgericht, wurde nicht neu ernannt, da seine Amtszeit erst mit Ablauf des 1. 3. 1964 endet.)

b) Oberstlandesgerichtsrat Dr. Gichtel,

(Bayer. Oberstes Landesgericht, wurde nicht neu ernannt, da seine Amtszeit erst mit Ablauf des 1. 3. 1964 endet.)

Nichtrichterliche Mitglieder

1. Dr. Albin Angerer,

Facharzt für Chirurgie, Würzburg, Schönleinstraße 3

Stellvertreter (in der angegebenen Reihenfolge)

Dr. Albert Angerer,

prakt. Arzt, Bayreuth, Wahnfriedstraße 1

Dr. Hermann Bickel,

Facharzt für Augenkrankheiten

Augsburg, Schäßlerstraße 19/II

Dr. Heinrich Dreher,

Facharzt für Augenkrankheiten

Neuburg/Donau, Brüdergartensiedlung 7

Dr. Hans-Karl Endlich,

prakt. Arzt, Uehlfeld bei Neustadt a. d. Aisch

2. Dr. Karl von Godin,

Oberregierungsmedizinalrat

Dachau, Schleißheimer Straße 77

Stellvertreter (in der angegebenen Reihenfolge)

Dr. Kurt Göppfert,

Facharzt für Innere Krankheiten

Schweinfurt, Florian-Geyer-Straße 8 1/2

Dr. Eduard Hiller,

Facharzt für Chirurgie

Dachau, Hermann-Stockmann-Straße 39

Dr. Anton Höhne,

prakt. Arzt, Würzburg, Schellingstraße 9

Dr. Theodor Joos,

Facharzt für Urologie

München 23, Herzogstraße 64

3. Dr. Karl Senft,

prakt. Arzt, Maxhütte-Haidhof/Opf.

Stellvertreter (in der angegebenen Reihenfolge)

Dr. Hans Rauscher,

prakt. Arzt, Ortenburg/Ndb.

Dr. Anton Schredl,

prakt. Arzt i. R.

Würzburg, Friedrich-Ebert-Ring 7

Dr. Georg Sölla,

prakt. Arzt, Erlangen, Universitätsstraße 31

Dr. Franz Josef Stier,

Facharzt für Urologie

München 22, Maximilianstr. 31.

Vollzug des Gesetzes über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz) vom 17. Februar 1939 (RGBl. I S. 251); hier Mitglieder des gemeinsamen Gutachterausschusses für Heilpraktiker

Entschl. des BStMdl vom 4. 10. 1962 Nr. 111 8 — 5370/10 — 14/62

Gemäß § 4 der Ersten Durchführungsverordnung zum Heilpraktikergesetz vom 18. 2. 1939 (RGBl. I S. 259) werden mit Wirkung vom 1. Oktober 1962 für die Dauer von 2 Jahren als Mitglieder des für alle Regierungsbezirke gebildeten gemeinsamen Gutachterausschusses für Heilpraktiker berufen:

Vorsitzender:

Dr. Detlev Oswald, Oberverwaltungsrichter a. D., München 22, Widenmayerstraße 46

Ärztliche Mitglieder:

1. Dr. med. David Forchheimer, prakt. Arzt, Straubing, Innere Passauer Straße 37

2. Dr. med. Adolf Schlick, Facharzt für innere Krankheiten, München 23, Martiusstraße 1

Stellvertreter:

1. Dr. med. Josef Seidl, prakt. Arzt,
Scheyern
2. Dr. med. Adolf Roth, prakt. Arzt,
Wolnzach

Heilpraktiker:

1. Ferdinand Linder, Heilpraktiker,
München 25, Khidlerstraße 10
2. Otto Riede, Heilpraktiker,
München 23, Destouchesstraße 21/II

Stellvertreter:

1. Rosa Mayerhofer-Leykam, Heilpraktikerin,
München 23, Ungererstraße 70/III
2. Godwin Rall, Heilpraktiker,
Oberstdorf — Kornau 15 1/2

Gemeinsame Bekanntmachung
der Staatsministerien der Finanzen und des Innern
vom 29. Oktober 1962 AZ. LG 4061 — 59/200 — 59 683

**Gewährung von Staatsdarlehen zum Bau und zur
Einrichtung freigemeinnütziger und privater
Krankenanstalten für das Rechnungsjahr 1963**

1. Im Entwurf des Staatshaushaltsplans für das RJ 1963 sind wiederum Darlehensmittel für die Förderung des Baues und der Einrichtung freigemeinnütziger und privater Krankenanstalten vorgesehen.

2. Die Anträge auf Gewährung von Staatsdarlehen für den Bau und die Einrichtung von freigemeinnützigen und privaten Krankenanstalten sind bis spätestens 15. Januar 1963 bei den Regierungen einzureichen.

Die Anträge auf Gewährung von Staatsdarlehen für den Bau von Krankenanstalten sind mit den entsprechenden Stellungnahmen den beteiligten Ministerien bis 15. Februar 1963 vorzulegen. Über die Anträge auf Gewährung von Darlehen für die Einrichtung von Krankenanstalten entscheiden die Regierungen in eigener Zuständigkeit.

3. Die Darlehen werden zinsfrei ausgereicht. Sie sind in 25 Jahresraten zurückzuzahlen. Der Verwaltungskostenbetrag beträgt 0,2% p. a. aus dem Anfangsdarlehensbetrag.

4. Die Bewilligung der Darlehen erfolgt für das RJ. 1963. Die Voraussetzungen für die Auszahlung der bewilligten Darlehen müssen bis spätestens 31. Mai 1964 vorliegen.

Bei Maßnahmen, deren Durchführung in einem Jahr nicht abgeschlossen werden kann, ist auf den Kostenvoranschlägen anzugeben, welche Kosten voraussichtlich bis zum Ende des RJ. 1963 anfallen werden.

5. Im übrigen ist nach den Richtlinien vom 2. Sep-

tember 1958 Nr. LG 4061 — 59 — 77 251 und Nr. III 1a — 5195 e 69 (St.Anz. Nr. 36) zu verfahren.

6. Bei Baumaßnahmen, die in Gebieten errichtet werden sollen, die in der Bekanntmachung vom 9. März 1962 Nr. IV A 6 — 9097 f 11 (St.Anz. Nr. 17) zu Brennpunkten der Bautätigkeit erklärt wurden, ist den Anträgen ein Nachweis des zuständigen Arbeitsamts beizufügen, daß der örtlich zuständige Baukoordinierungsausschuß die Durchführung des Baues im Hinblick auf die örtliche Konjunkturlage für vertretbar hält.

7. Die Kontingente für die Bewilligung von Darlehen für die Einrichtung von Krankenanstalten werden den Regierungen gesondert mitgeteilt.

8. Die Förderung des Baues und der Einrichtung kommunaler Krankenanstalten unterliegt gesonderter Regelung.

**Ärztliche Untersuchung von Ausländern vor Erteilung
der Aufenthaltserlaubnis**

Entschl. des BStMdl v. 17. 10. 1962 Nr. I A 2 - 2084/4 - 33

Zahlreiche Ausländer, die sich um eine Beschäftigung in der Bundesrepublik Deutschland oder um ihre Niederlassung bemühen, erfüllen nicht die gesundheitlichen Voraussetzungen für den Aufenthalt im Bundesgebiet. Die Ausländer und ihre Familienangehörigen können, insbesondere wenn sie vor der Einreise unter anderen klimatischen Bedingungen oder anderen sozialen oder Umweltverhältnissen gelebt haben, Krankheiten in das Bundesgebiet einschleppen, die eine Gefahr für die Gesundheit der einheimischen Bevölkerung, vor allem für solche Leute bilden, mit denen sie die Unterkünfte teilen, in Hausgemeinschaft wohnen oder beruflich, insbesondere an den Arbeitsstellen, zusammenreffen. Im Interesse der Volksgesundheit ist es daher erforderlich, daß sich die Ausländer einer ärztlichen Untersuchung auf ansteckende und ekelerregende Krankheiten unterziehen, bevor sie die Aufenthaltserlaubnis erhalten.

Jeder Ausländer, der erstmals oder erneut um eine Aufenthaltserlaubnis nachsucht, hat der Ausländerbehörde eine ärztliche Bescheinigung über die gesundheitliche Unbedenklichkeit nach dem Muster der Anlage 1 vorzulegen. Ausgenommen sind, sofern im Einzelfall kein besonderer Anlaß für eine ärztliche Untersuchung vorliegt, diejenigen Arbeitnehmer, die durch die Kommissionen der Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung im Ausland vermittelt werden und im Besitz einer Legitimationskarte sind. Diese Ausländer werden bereits vor der Einreise von Ärzten der Kommission untersucht. Die Unbedenklichkeitsbescheinigung braucht nicht verlangt zu werden von Grenzarbeitnehmern; von sonstigen Ausländern dann nicht, wenn es im Ein-

INSPIROL- *freie Atemwege*
NASENSALBE



zelfall aus bestimmten Gründen als untunlich erscheint.

Für Ausländer, die bereits eine Aufenthaltserlaubnis besitzen, ist eine nachträgliche ärztliche Untersuchung in der Regel nicht erforderlich.

Die Beibringung der ärztlichen Unbedenklichkeitsbescheinigung obliegt dem Ausländer. Die Wahl des Arztes ist ihm grundsätzlich freigestellt; die Ausländerbehörde kann jedoch in Zweifelsfällen eine amtsärztliche Untersuchung verlangen. Dem ärztlichen Untersuchungsbefund nach dem Muster der Anlage 2 ist mindestens eine Röntgenaufnahme der Lungen und ein Cardioli-pin-Test zugrunde zu legen. Darüber hinaus ist die Untersuchung auf weitere Geschlechtskrankheiten und auf die Ausscheidung von Typhus-, Paratyphus-, sonstigen Salmonelloseerregern und von Ruhrerregern auszudehnen, wenn in solcher Richtung Verdacht besteht. Positive Ergebnisse dieser weiteren Untersuchungen und auch andere Befunde, wie z. B. Mykose und sonstige Hautkrankheiten sind in die Spalte „Sonstige wichtige Befunde“ einzutragen.

Um die Verständigung zwischen dem Arzt und dem ausländischen Arbeitnehmer zu erleichtern, hat das Bundesministerium für Gesundheitswesen die am häufigsten zu erwartenden Redewendungen in englische, französische, italienische, spanische und griechische Sprache übersetzen lassen. Die Zusammenstellung wird demnächst veröffentlicht werden. Außerdem ist in Heft 18 der „Ärztlichen Mitteilungen“ vom 26. Mai 1961 auf S. 1049 eine „Kurzgefaßte Anleitung zur Verständigung mit Italienern, Griechen und Spaniern“ veröffentlicht worden. Die Anleitung ist zwar mehr auf die ärztliche Behandlung ausländischer Arbeitnehmer abgestellt, sie kann aber auch für die Untersuchung dienlich sein.

Falls keine der in Absatz 2 erwähnten Ausnahmen vorliegt, ist künftig die Aufenthaltserlaubnis nur nach Vorlage der ärztlichen Unbedenklichkeitsbescheinigung zu erteilen. Kann ein Ausländer die ärztliche Unbedenklichkeitsbescheinigung nicht beibringen, so ist die Aufenthaltserlaubnis zu versagen (Dienstanweisung Nr. 1 Abs. 2 zu § 5 APVO).

Abschn. II Nr. 3 Buchst. d der ME vom 1. Februar 1961 Nr. I A 2 - 2084/4 - 5 (nicht veröffentlicht) wird aufgehoben.

Anlage 1

Ärztliche Bescheinigung zur Erlangung der Aufenthaltserlaubnis

Name Vorname
geboren in am
Ausgewiesen durch Relsepaß-Personalausweis Nr.
ausgestellt vom am
Jetzige Anschrift

ist von mir heute untersucht worden. Er/Sie ist frei von ansteckenden und ekelerregenden Krankheiten. Es

ergaben sich keine Anhaltspunkte dafür, daß er/sie Ausscheider von Krankheitserregern ist. Der Untersuchung haben insbesondere eine Röntgenaufnahme der Atmungsorgane und eine serologische Untersuchung (Cardioli-pin-Mikro-Flockungstest) zugrunde gelegen.

....., den

(Stempel)

(Unterschrift des Arztes)

Anlage 2

Ärztlicher Untersuchungsbefund zur Erlangung der Aufenthaltserlaubnis

(Bleibt bei der untersuchenden Stelle)

I. Personalangaben

Name Vorname
geboren in am
Ausgewiesen durch Reisepaß-Personalausweis Nr.
ausgestellt von am
Aufenthalt während der letzten 3 Monate vor der Einreise
Jetzige Anschrift

II. Ärztlicher Befund (Erläuterungen siehe Rückseite)

Befunde, der Atmungsorgane auf Grund einer Röntgenaufnahme:

Serologische Untersuchung:
(Cardioli-pin-Mikro-Flockungstest)
Sonstige wichtige Befunde:

....., den

(Stempel)

(Unterschrift des Arztes)

Erläuterungen:

Dem ärztlichen Untersuchungsbefund ist mindestens eine Röntgenaufnahme der Lungen und ein Cardioli-pin-Test zugrunde zu legen. Darüber hinaus ist die Untersuchung auf weitere Geschlechtskrankheiten und auf die Ausscheidung von Typhus-, Paratyphus-, sonstigen Salmonelloseerregern und vor Ruhrerregern auszudehnen, wenn in solcher Richtung Verdacht besteht. Positive Ergebnisse dieser weiteren Untersuchungen und auch andere Befunde wie z. B. Mykose und sonstige Hautkrankheiten sind in die Spalte „Sonstige wichtige Befunde“ einzutragen.

Tabletten, Suppositorien, Ampullen TOXIMER Analgeticum, Antineuralgicum, Antirheumaticum. L. MERCKLE G.m.b.H. Blaubeuren. 1 Tablette enthält: Dimethylaminophenyldimethylpyrazolon 0,2; Phenacetin 0,2; Caffein 0,05; Codein, phosphoricum 0,01. 1 Suppos. enthält: Dimethylaminophenyldimethylpyrazolon 0,2; Komplex von Dimethylaminophenyldimethylpyrazolon-Barbitursäureäthylester 0,2, letztere entsprechend 0,1 Diäthyl-Diallyl-Phenyläthyl-barbitursäure; Codein, phosphoricum 0,03; Phenacetin 0,1.

GESETZES- UND RECHTSFRAGEN

Wichtige Entscheidung des Bayer. Verfassungsgerichtshofes

Der Bayerische Verfassungsgerichtshof — Vf 79-VII-59 — hat in seiner Sitzung am 30. 11. 1962 die Anträge einiger beamteter Ärzte auf Feststellung der Verfassungswidrigkeit der Artikel 4, 6, 11, 16 und 20 des Bayer. Kammergesetzes vom 15. 7. 1957 abgewiesen.

Die Antragsteller hatten die Auffassung vertreten, daß die in den entsprechenden Bestimmungen des Kammergesetzes getroffene Regelung, wonach alle zur Berufsausübung in Bayern berechtigten Ärzte ordentliche Mitglieder der Ärztlichen Kreisverbände sind und einer Beitragspflicht unterliegen, verfassungswidrig ist.

Der Verfassungsgerichtshof hat in seiner Entscheidung festgestellt, daß der Gesetzgeber im Kammergesetz die Grenzen des ihm zustehenden Ermessens nicht überschritten hat. Die Gleichbehandlung beamteter und freipraktizierender Ärzte sei im übrigen auch sachlich begründet. Die Pflichtmitgliedschaft beamteter Ärzte bei den Ärztlichen Kreisverbänden sei daher auch nicht zu beanstanden.

Die Entscheidung des Bayer. Verfassungsgerichtshofs wird im Januarheft 1963 des „Bayerischen Ärzteblattes“ im vollen Wortlaut veröffentlicht werden.

Bundessozialgericht zum Thema „Prüfwesen“

Urteil des Bundessozialgerichts vom 29. 5. 1962,
Az.: 6 RKa/24/59

Aus den Gründen:

1. Gegenstand des Rechtsstreites sind die Kürzungsbescheide der beklagten KV vom 13. Februar 1957 (betr. III/1956), vom 29. März 1957 (betr. IV/1956) und vom 28. Juni 1957 (betr. I/1957) in der Gestalt des — sie bestätigenden — Bescheides des Beschwerdeausschusses der beklagten KV vom 22. August 1957 (vgl. § 95 Sozialgerichtsgesetz — SGG — I. V. m. § 368 n Abs. 4 Satz 7 Reichsversicherungsordnung — RVO —). Zutreffend ist das LSG davon ausgegangen, daß die Berufung zulässig ist. Die angefochtenen Verwaltungsakte betreffend „Ansprüche auf wiederkehrende Leistungen“ (§ 144 Abs. 1 Nr. 2 SGG) für einen Zeitraum von drei Vierteljahren (vgl. die Entscheidung des Senats vom gleichen Tage in der Sache 6 RKa 8/61). Die Berufung ist daher nach § 143 SGG statthaft.

2. Von den drei Kürzungsbescheiden des Prüfungsausschusses weist der zuerst ergangene Bescheid (vom 13. Februar 1957) die Besonderheit auf, daß er einen Vorläufer (Bescheid vom 3. Januar 1957) gehabt hat, mit dem der „geschäftsführende Arzt“ der beklagten KV dem Kläger eröffnete, daß „der Prüfer“ die

Honorarforderung für das 3. Quartal 1956 als überhöht angesehen habe und das auf die „kleinen Sonderleistungen“ entfallende Honorar um 5% gekürzt werde. Auf den Einspruch des Klägers hin hat der Prüfungsausschuß eine „individuelle Nachprüfung“ vorgenommen, die Kürzung von 5% auf 10% des auf die „kleinen Sonderleistungen“ entfallenden Betrages erhöht und dem Kläger eine nochmalige Beschwerdemöglichkeit eröffnet.

Der Kläger hat dieses Verfahren, insbesondere seine Schlechterstellung durch den zweiten Kürzungsbescheid, nicht beanstandet. Trotzdem wäre ein hierin liegender Mangel des Verfahrens vor dem Prüfungsausschuß vom Revisionsgericht zu berücksichtigen; denn er wäre kein „Verfahrensmangel“ i. S. des § 164 Abs. 2 Satz 2 SGG — der nur auf Rüge hin zu beachten wäre —, sondern ein die Rechtmäßigkeit des angefochtenen Bescheides betreffender Mangel, der bei einer statthaften Revision von Amts wegen zu beachten wäre.

Ob — und gegebenenfalls unter welchen Voraussetzungen — die zur Entscheidung über den Einspruch berufene Verwaltungsstelle den angegriffenen Verwaltungsakt zum Nachteil des Adressaten des Verwaltungsaktes ändern darf, kann jedoch im vorliegenden Rechtsstreit auf sich beruhen; denn es erweist sich bei näherer Prüfung, daß erst der Bescheid vom 13. Februar 1957 der „ursprüngliche Verwaltungsakt“ i. S. des § 95 SGG ist, der den Streitgegenstand bildet. Der erste Kürzungsbescheid vom 3. Januar 1957 war das Ergebnis einer Überprüfung durch den „Prüfer“. Gegen die Einschaltung eines solchen ärztlichen Vorprüfers (vgl. auch § 4 der Prüfordnung der beklagten KV vom 22. Januar 1959) ist rechtlich nichts einzuwenden, wenn diesem Arzt nur Maßnahmen der Vorbereitung für die Entscheidung des Prüfungsausschusses übertragen sind. Eine Prüfungsentscheidung durch ein einzelnes Mitglied des Prüfungsausschusses widerspricht aber der gesetzlichen Regelung. Die RVO kennt zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung — in der ersten Instanz — nur Prüfungsausschüsse (§ 368 n Abs. 4 RVO). Wie der Bundesgerichtshof (BGHZ 21, 294 = DVBL 1957, 24) zutreffend festgestellt hat, setzt das Zustandekommen eines durch ein Kollegium zu erlassenden Verwaltungsaktes ein Dreifaches voraus: die Willensbildung der Mitglieder des Kollegiums, die Beschlußfassung durch Abstimmung und die Verlautbarung des Beschlusses. Fehlt es an der Willensbildung und Beschlußfassung des kollegialen Verwaltungsorgans, so leidet der Verwaltungsakt an einem schweren Mangel. Ob dieser Mangel in jedem Fall zur Nichtigkeit des Verwaltungsaktes

Röntgen- und elektramedizin. Apparate

KURT PFEIFFER

Ärzte- und Krankenhausbedarf

NÜRNBERG, Gleißbühlstraße 7
FRANKFURT a. M. - S, Gartenstr. 114

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

► Projektilierung und Ausführung kompletter Ärzte- und Krankenseinrichtungen ◀

Besuchen Sie bitte unsere Ausstellungsräume!

Pepsaldra®

Pepsin-Salzsäure-Dragees

gegen Subacidität,
Achylie und Dyspepsie

Original-
Packungen
zu 45 Stück
u. 125 Stück

Fabrik
pharmazeutischer
Präparate



Karl Engelhard
Frankfurt a. M.

Pepsaldra®

compositum

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

Original-
Packungen
zu 40 Stück
u. 100 Stück

Auch bei **Mykosen=Jacosulfon** ungt. pulv. } im Wechsel auftragen

Hellanzelgen deutscher Bäder, Kurorte und Sanatorien

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

Brückenau-Bad (300 m), Säuerlinge Moorbäder, Trinkkuren, gegen Erkrankungen des Nierenbeckens, der Blasen- und Harnwege, Kreislaufstörungen, Rheuma, Frauenleiden.

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

Bad Mergentheim (210 m).

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

Privatnervenklinik Gauting bei München

mit Sanatoriumcharakter

Leitender Arzt Dr. Ph. Schmidt

Heilschlaf
Anoxie und
Elektrobehandlung
Bäderabteilung
Röntgen
Telefon München 86 12 26

Privatabteilung des Hospitals zum Hl. Geist

Klinik Prof. Br. Heupke

Bad Homburg v. d. Höhe

Innere Krankheiten

sorgfältige Diät

Telefon 33 77

DR. SCHEDE'S Kindersanatorium „Kloos-Andreas-Heim“



(7891) Uhlingen,
südlich Hochschwarzwald
650 m. 35 Kinder, 0-13 J.
Unterricht. Stündliche ärztliche Betreuung im Hause.
Hallenschwimmbad.

Leitung: Frau Dr. med. E. Ries-Schede

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

BRIEFMARKEN
Westberlin-Freiliste gratis,
Rolf Anders, 1 Berlin 42

ORIENT-TEPPICHE

Direkt-Importe aus dem ganzen Orient!

Meine günstigen Preise sind durch jahrzehntelange Erfahrung fachmännische Einfuhrleistungen ersten Ranges.

Einige Preisbeispiele:

Kleine Orientbrücken	95.-	75.-	56.-	38.-
Größere Orientbrücken	175.-	150.-	120.-	90.-
Belautsch	130×90	175.-	Yasaghan	320×215 1350.-
Hamadan	190×110	240.-	Sarab	320×200 1500.-
Massul	200×110	250.-	Yaraghan	365×240 1650.-
China	160×95	260.-	Täbriz	340×255 1650.-
Hamadan	210×110	275.-	Kirman	300×200 1695.-
Schiraz	200×160	395.-	Mahal	440×325 1950.-
Bassnia	310×205	750.-	Bibibaff	400×300 2850.-
Täbriz	300×200	975.-	Saraugh-M.	435×320 2900.-
Baktiari	305×205	1050.-	Täbriz	415×325 3250.-
Serabend	315×215	1175.-	Yesd	455×305 3850.-
Hamadan	300×200	1175.-	Maimeh	420×335 4600.-

und über 1000 andere bis zu den allerfeinsten Spitzen-erzeugnissen.

SPEZIALITÄT: Orient-Teppiche in Übergrößen.

MAX STEINHAUSEN

München 2, Briener Straße 10, Telefon 22 61 61-29 70 23



KREWEL-WERKE
Eitorf b. Köln

ANALGIT

Externes Analgeticum

führt (so BGH a. a. O.), oder ob der Mangel der fehlenden Kollegialentscheidung den Verwaltungsakt nicht schlechthin nichtig macht, sondern diese Folge nur dann hat, wenn der Mangel nach außen erkennbar ist (so Oberverwaltungsgericht Münster, DVBI 1957, 21 und Ule, DVBI 1957, 26 in der Besprechung der beiden genannten Urteile), kann im vorliegenden Rechtsstreit dahinstehen; denn der Bescheid des „Prüfers“ vom 3. Januar 1957 läßt klar erkennen, daß ein einzelner Arzt die Entscheidung getroffen hat. Diesem Verwaltungsakt ist somit der schwere — sein Zustandekommen betreffende — Verfahrensmangel „an die Stirn geschrieben“. Er ist daher nichtig.

Erst auf den Einspruch des Klägers hin hat somit überhaupt ein ordnungsmäßiges Prüfverfahren stattgefunden, das erstmals zu einem wirksamen Prüfungsbescheid — und zwar des Prüfungsausschusses als des berufenen Prüfungsorgans — geführt hat. Dieses Prüfverfahren war nach keiner Richtung hin durch den vorausgegangenen — nichtigen — Verwaltungsakt begrenzt.

3. Bei der Prüfung der Rechtmäßigkeit der angefochtenen Verwaltungsakte hatte der Senat — wie auch die Vorinstanzen — nicht nur die Tatsachen und rechtlichen Gesichtspunkte zu berücksichtigen, die der Begründung dieser Verwaltungsakte zu entnehmen sind.

Die Prüfungsbescheide müssen zwar ausreichend begründet sein; für die Bescheide des Beschwerdeausschusses ergibt sich das aus dem Gesetz (§ 368 n Abs. 4 Satz 6 RVO i. V. m. § 85 Abs. 3 SGG), für die Bescheide des Prüfungsausschusses aus der Natur der Sache (BSG 11, 102, 116 f.). So bedeutsam auch dieser Begründungszwang zur Verhütung übereilter, summarischer Prüfungsbescheide und zur Sicherung der Verteidigungsposition des überprüften Kassenarztes ist, so darf er noch nicht in dem Sinne verstanden werden, daß er ein weiteres Vorbringen zur Stütze des angefochtenen Verwaltungsakts ausschließt. Die Begründung muß die rechtlichen und tatsächlichen Gesichtspunkte erkennen lassen, auf die die Prüfungsinstanz ihren Prüfungsbescheid gestützt hat. Ist aber dem Bescheid eine in diesem Sinne ausreichende Begründung mitgegeben, so ist damit dem Erfordernis des Begründungszwangs genügt. Die Verwaltungsbehörde darf im gerichtlichen Verfahren neue Gesichtspunkte rechtlicher oder tatsächlicher Art ins Feld führen, sofern der angefochtene Verwaltungsakt dadurch nicht in seinem Wesensgehalt und Ausspruch verändert und der Betroffene in seiner Rechtsverteidigung wesentlich beeinträchtigt wird (BSG 3, 209, 216; 7, 8, 12; 7, 257, 261; 8, 125, 128; 9, 232, 235; 10, 209, 211). Die letztgenannte — vom 3. Senat besonders betonte (vgl. BSG 3, 209, 216) — Voraussetzung darf dabei nicht so aufgefaßt werden, daß schon der Umstand, daß die nachgeschobenen Gründe erst im gerichtlichen Verfahren geltend

gemacht werden, eine Beeinträchtigung der Rechtsverteidigung bedeutet; denn damit wäre ein Nachschieben von Gründen im Prozeß in aller Regel überhaupt ausgeschlossen, weil die Geltendmachung bisher nicht herangezogener Tatsachen und Gesichtspunkte zur Rechtfertigung des durch Klage angegriffenen Verwaltungsakts die Prozeßsituation des Klägers, der sich auf die Bekämpfung der in der Begründung des angefochtenen Verwaltungsakts angeführten Gründe eingestellt hat, regelmäßig erschweren wird. Insofern genügt es, daß der Kläger rechtliches Gehör zur Einlassung auf die veränderten Gesichtspunkte erhält und, falls er nach Kenntnis und in Würdigung der neuen Gründe die Hauptsache für erledigt erklärt oder die Klage zurücknimmt (vgl. § 102 Satz 3 SGG), von der Kostenlast freigestellt wird.

Im vorliegenden Rechtsstreit sind somit auch die erst im gerichtlichen Verfahren von der beklagten KV geltend gemachten Gründe — insbesondere die vergleichende Betrachtung der Behandlungsweise des Klägers mit der sich aus den Durchschnittswerten ergebenden Praxis der Fachgruppe der homöopathischen Ärzte — bei der Prüfung der Rechtmäßigkeit der angefochtenen Verwaltungsakte zu berücksichtigen.

4. Zutreffend ist das LSG davon ausgegangen, daß die Prüfungsinstanzen der KV nur dann zu Kürzungen der Honorarforderung des überprüften Kassenarztes schreiten dürfen, wenn dessen Behandlungsweise unwirtschaftlich ist; denn die Prüfungsausschüsse sind „zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung im einzelnen“ eingesetzt (§ 368 n Abs. 4 Satz 1 RVO). Die einschlägigen sachrechtlichen Vorschriften verwenden zur Kennzeichnung des Ausmaßes der Krankenpflege von Versicherten z. T. andere Begriffe (vgl. § 182 Abs. 2 RVO: „ausreichend“, „zweckmäßig“, „das Maß des Notwendigen nicht überschreitend“; § 368 e RVO: „zweckmäßig“, „ausreichend“, „für die Erzielung des Heilerfolges nicht notwendig“, „unwirtschaftlich“). Diese Begriffe stehen jedoch in einem untrennbaren inneren Zusammenhang. Was zur Erzielung des Heilerfolges nicht notwendig oder zweckmäßig ist, ist begrifflich auch unwirtschaftlich. Die Unwirtschaftlichkeit der Behandlungsweise folgt daraus, daß Überflüssiges (mehr, als „notwendig“ oder „ausreichend“ ist) getan wird oder daß — an sich geeignete — Behandlungsmethoden gewählt werden, die aufwendiger als andere zum gleichen Erfolg führende Behandlungsweisen sind (nicht „zweckmäßig“). Insofern trägt der für die Tätigkeit der Prüfungsinstanzen der KV maßgebende Begriff der „Wirtschaftlichkeit“ die anderen genannten Sachvoraussetzungen in sich.

Mit Recht hat das LSG diesen Begriff als unbestimmten Rechtsbegriff aufgefaßt, der im Streitfall der vollen gerichtlichen Nachprüfung unterliegt (BSG 11, 102, 117). Ebenso ist nicht zu beanstanden, daß das

LANG'S PFLASTERBINDEN

porös — luftdurchlässig
elastisch und hochelastisch (extra)

Nichtklebend an Haut und Haaren
Schmerzfremde Abnahme
Hautschonend
Bademöglichkeit mit ang. Verband
Mehrere Male nachzuwickeln

LANG & Co. KG · MÜNCHEN 45

LSG es im Grundsatz gebilligt hat, daß die Prüfungsinstanzen der beklagten KV die Feststellung der Unwirtschaftlichkeit der Behandlungsweise des Klägers bei dem gegebenen Sachverhalt nicht anhand einzelner Behandlungsfälle, sondern auf Grund einer vergleichenden, von Durchschnittswerten ausgehenden Betrachtung getroffen hat. Der Senat hat bereits entschieden, daß, abgesehen von den vergleichsweise seltenen und weniger bedeutsamen Fällen, in denen eine Einzelfallprüfung praktisch durchführbar ist, es für den Nachweis der unwirtschaftlichen Behandlung nicht der Einzelfallprüfung bedarf, wenn diese nicht durchführbar ist oder unverhältnismäßige Schwierigkeiten oder Aufwendungen verursachen würde (a. a. O. S. 114). Diese Voraussetzungen sind im vorliegenden Fall erfüllt. Wenn in einem Vierteljahr, wie die beklagte KV zur Illustration glaubhaft vorträgt, erfahrungsgemäß etwa 800 000 Krankenscheine der RVO-Kassen abzurechnen sind und hieraus regelmäßig mehr als ein Viertel einer Nachprüfung unterzogen werden muß, so würden die Prüfungsausschüsse mit ihren wenigen — ehrenamtlichen — Mitgliedern („mindestens drei“: § 2 Abs. 1 Satz 2 der schon erwähnten Prüfordnung) ihren Prüfpflichten nicht im entferntesten genügen können, wenn der Nachweis der Unwirtschaftlichkeit allgemein anhand von Einzelfallprüfungen geführt werden müßte. Mit Recht weist das LSG in diesem Zusammenhang darauf hin, daß keine gesetzliche Handhabe dafür besteht, Patienten, die von dem zu überprüfenden Kassenarzt behandelt worden sind, von den Prüfungsinstanzen zur Vernehmung oder von beauftragten Gutachtern zur Begutachtung vorzuladen. Selbst wenn man annimmt, daß der eine oder andere Versicherte auch ohne rechtlichen Zwang einer Vorladung folgen würde, bleibt doch sehr fraglich, ob solche — auf jeden Fall lästigen — Vernehmungen oder Untersuchungen, die unmittelbar jedenfalls nur für das Abrechnungsverfahren zwischen Kassenarzt und KV von Bedeutung sind, den Versicherten nicht besser erspart bleiben sollten. Derartige Einzelfalluntersuchungen können nur in Ausnahmefällen gerechtfertigt sein.

Allerdings muß auch eine auf vergleichender Betrachtung beruhende Prüfung „individuell“ in dem Sinn sein (BSG a. a. O. S. 115), daß durch eine zweckentsprechende Auswahl der Vergleichstatbestände den Besonderheiten der Praxis des zu überprüfenden Arztes Rechnung getragen wird. War daher in den angefochtenen Kürzungsbescheiden gewählte Vergleichsmaßstab — die Durchschnittswerte in der Fachgruppe aller praktischen Ärzte des Abrechnungsgebietes — noch relativ allgemein (d. h. nicht individuell), so entsprach die spätere Invergleichsetzung des Klägers mit der engeren Gruppe der homöopathischen Ärzte durchaus dem Ziel einer möglichst ver-

feinerten Vergleichswertung. Zwar ist dem Kläger darin recht zu geben, daß auch innerhalb der Gruppe der Ärzte homöopathischer Fachrichtung verschiedene Auffassungen über zweckentsprechende Behandlungs- und Untersuchungsmethoden bestehen. Aber die Erfahrung läßt doch den Schluß zu, daß bei dieser von einer gleichen Grundauffassung her bestimmten Arztgruppe mehr Übereinstimmung in der Behandlungsweise — und auch im „Krankengut“ — besteht, als es bei der viel stärker differenzierten großen Gruppe aller praktischen Ärzte der Fall ist. Der Vergleich des Klägers mit der Gruppe seiner engeren Fachkollegen ist daher sachgemäß. Er zeigt, daß der Kläger mit den „kleinen Sonderleistungen“ weit über dem Durchschnitt der anderen homöopathischen Ärzte liegt (in III/1956 7,19 DM je Behandlungsfall gegenüber 2,47 DM), so daß auch den vom Kläger vorgebrachten Bedenken, die Vergleichsgruppe von nur 16 Ärzten sei zu klein, hier kein Gewicht zukommt.

Der Kläger muß sich auch einen Vergleich mit seiner eigenen Behandlungstätigkeit in anderen Abrechnungszeiträumen gefallen lassen (BSG a. a. O. S. 114 f.). Wie das LSG festgestellt hat, sind die „kleinen Sonderleistungen“ — und zwar beginnend bei II/57 mit einem Rückgang von mehr als 25% gegenüber I/57, dem letzten hier im Streit befindlichen Abrechnungsabschnitt — bis I/59 auf einen Stand zurückgefallen, der den Kläger mit seinen Grundleistungen dicht an den Gesamtdurchschnitt der praktischen Ärzte heranzführt. Wenn — nach den eigenen Angaben des Klägers — das „Krankengut“ seiner Praxis sich nicht verbessert, sondern eher etwas verschlechtert hat und seine Patienten trotz der Änderung der Behandlungsweise, wie er vorträgt, unverändert gut versorgt werden, so zeigt dieser Vergleich zum mindesten, daß auch dem Kläger eine sachgemäße Betreuung seiner Patienten ohne übermäßige Inanspruchnahme von „kleinen Sonderleistungen“, insbesondere von „eingehenden Untersuchungen“ (Nr. 19 der Preugo) in dem Maße möglich ist, wie es in den Vierteljahren III/56 bis I/57 der Fall war.

Wenn der Kläger demgegenüber darauf verweist, daß bei der Frage der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise eine einzelne Leistungsgruppe („Kleine Sonderleistungen“) nicht für sich allein betrachtet werden dürfe, so trifft diese Auffassung, jedenfalls insoweit zu, als die durch eine bestimmte Behandlungs- oder Untersuchungsmethode in anderen Behandlungsbereichen erzielten Ersparnisse bei der Gesamtabwägung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise des Kassenarztes mit in Rechnung zu stellen sind. Ein solcher Ausgleich des mit einer bestimmten Behandlungsweise verbundenen höheren Aufwands durch einen Minderaufwand bei anderen Leistungen setzt aber voraus, daß der Mehraufwand ursächlich für die Ersparnis auf der anderen Seite ist. Irrig ist die Annahme



HEPARHORM®

Leberextrakt + Vit. B₁₂ + Kobalt

Anämie - Leberschutztherapie

Erhöhter B₁₂-Gehalt!

1 ccm = 10 bzw. 35 γ

HORMON-CHEMIE
MÜNCHEN

des Klägers, eine „ganzheitliche“ Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise eines Kassenarztes sei in dem Sinne möglich, daß jedem Kassenarzt ein bestimmter Durchschnittswert für erbringbare Leistungen (unter Einschluß der Fremdleistungen) je Behandlungsfall „zur Verfügung stehe“ und daß das Gebot der Wirtschaftlichkeit jedenfalls dann nicht verletzt sei, wenn der Kassenarzt nur insgesamt mit seinen Leistungen in einem Abrechnungszeitraum diesen Durchschnittswert nicht überschritten habe. Diese Betrachtungsweise übersieht, daß der Minderaufwand bei bestimmten Leistungsgruppen auf Gründen beruhen kann, die von der besonderen Art der Behandlungsweise des Arztes unabhängig sind. So kann die Zusammensetzung des „Krankenguts“ hierfür von Bedeutung sein. Wenn beim Kläger, wie die beklagte KV in diesem Zusammenhang mit Recht hervorhebt, bestimmte Arten schwerer Behandlungsfälle (Arthrosen, Lungenemphyse, Asthma, Krebs, schwere dekompensierte Herzanfalle, frische und alte Verletzungen), wie sie sonst in der Praxis praktischer Ärzte nicht selten sind, kaum vorkommen, so erklärt das zum großen Teil, warum die mit solchen Behandlungen erfahrungsgemäß verbundenen aufwendigen Leistungen einschließlich der Fremdleistungen fehlen und der Durchschnittsbetrag der entsprechenden Leistungsgruppen des Klägers niedriger als der Gesamtdurchschnitt ist. Jedenfalls kann der Kläger den auffälligen Mehraufwand an „kleinen Sonderleistungen“ nicht schon damit rechtfertigen, daß er auf die niedrigeren Durchschnittswerte bei anderen Leistungsgruppen und Fremdleistungen hinweist, wenn nicht der ursächliche Zusammenhang zwischen Mehr- und Minderleistungen dargetan ist.

Entgegen der Meinung der Revision besteht auch keine Vermutung, daß ein solcher ursächlicher Zusammenhang besteht, was zur Folge hätte, daß die Prüfungsinstanzen durch Gegenbeweise diese Vermutung ausräumen müßten. Die „Ersparnisse“ bei bestimmten Leistungsgruppen können so vielfältige Ursachen haben, daß es eine unzulässige Vereinfachung wäre, wenn sie unterschiedslos in erster Linie auf eine bestimmte Behandlungsweise — z. B. auf „eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende physikalische Untersuchung der Brust- und Bauchorgane“

(Nr. 19 der Preugo) oder bestimmte Injektionen (Nr. 25 c der Preugo) — zurückgeführt würden. Vielmehr gilt in dieser Hinsicht, was der Senat bereits über die Verpflichtung des überprüften Arztes zur Mitwirkung an der Aufklärung der Umstände zum Ausdruck gebracht hat, die geeignet sind, den aus der statistischen Vergleichsbetrachtung herrührenden ersten Anschein der Unwirtschaftlichkeit der Behandlungsweise zu widerlegen (vgl. a. a. O. S. 115 f.). Im vorliegenden Fall haben die Prüfungsinstanzen die ihnen aus den Abrechnungsunterlagen zugänglichen „individuellen“ Umstände — wie Umfang der Praxis und Zusammensetzung des Krankenguts (vgl. BSG aaO S. 116) —, in Rechnung gestellt. Für die weiteren entlastenden Umstände, die der Kläger bei der Beurteilung der Wirtschaftlichkeit seiner Behandlungsweise berücksichtigt wissen will — nämlich der Minderaufwand bei bestimmten Leistungsgruppen sowie die „Ersparnisse“ an Fremdleistungen —, genügt nicht der Tatsache, daß sie gegeben waren, oder der allgemeine Hinweis darauf, daß im Einzelfall eine ursächliche Beziehung zwischen dem Mehraufwand bei den „kleinen Sonderleistungen“ und dem Mehraufwand in anderen Leistungsbereichen bestehen könnte. Vielmehr wäre es Sache des Klägers gewesen, substantiiert darzulegen, in welchen Bereichen er kompensationsfähige „Ersparnisse“ erzielt hat, und zwar in einem Ausmaß, daß ein Ausgleich zwischen Mehr- und Minderaufwand hergestellt ist. Daß es für den Kassenarzt nicht einfach ist, dieser Darlegungspflicht zu genügen, liegt auf der Hand. Für die Mitglieder des Prüfungsausschusses wäre aber ohne eine solche Mitwirkung des Kassenarztes die Aufhellung der schwer zu beurteilenden Zusammenhänge zwischen Mehr- und Minderaufwand schlechterdings unmöglich. Unterläßt es der überprüfte Kassenarzt, konkrete Zusammenhänge in dem erforderlichen Umfange aufzuzeigen, so muß er es hinnehmen, daß der Prüfungsausschuß nach seinem ärztlichen Erfahrungswissen schätzt, welchen Einfluß die vom Kassenarzt bevorzugte — gegenüber dem Durchschnitt aufwendigere — Behandlungsweise auf den Minderaufwand in anderen Leistungsbereichen gehabt hat (vgl. dazu BSG aaO S. 114). Das haben die Prüfungsinstanzen auch im vorliegenden Fall getan mit dem Ergebnis, daß ihrer Auffassung nach selbst nach Durch-

ANALGETICUM

DOLORSAN*Dragées*

4 · Salicylamidophenazol 0,15 g
N-Acetyl-p-aminophenol 0,15 g
Coffein. natr. benzoicum 0,025 g

Zur Schmerzbekämpfung mit besonders breitem Wirkungsspektrum.



ANTIRHEUMATICUM

DOLORSAN P*Dragées*

4 · Salicylamidophenazon 0,3 g
Prednison 0,75 mg
Zur kausalen Therapie chronisch-entzündlicher Schmerzzustände.

**Schmerztherapie
ohne
Schattenseite**

JOHANN G. W. OFFERMANN & SOHN
Bergisch Gladbach



führung der von ihnen verfügten Kürzung der Honorarforderung die auf die Vielzahl der „kleinen Sonderleistungen“ zurückzuführende Unwirtschaftlichkeit nicht in vollem Umfange durch kompensationsfähige Ersparnisse in anderen Leistungsbereichen wettgemacht wird.

Allerdings haben sowohl der Prüfungsausschuß als auch der Beschwerdeausschuß davon abgesehen, das genaue Ausmaß der Auswirkungen der Unwirtschaftlichkeit der Behandlungsweise des Klägers festzustellen. Die Prüfungsinstanzen haben sich damit begnügt — einer, wie es scheint, allgemeinen Praxis folgend —, einen Kürzungsbetrag festzusetzen, der jedenfalls noch im Rahmen des auf der Unwirtschaftlichkeit der Behandlungsweise beruhenden Mehraufwands liegt. Ein solches Verfahren wäre dann nicht unbedenklich, wenn die Prüfungsorgane verpflichtet wären, eine volle Wiedergutmachung im Sinne einer Schadensersatzleistung durch den Kassenarzt herbeizuführen. Dafür könnte sprechen, daß jedes Entgegenkommen der Prüfungsinstanzen bei der Festsetzung des Kürzungsbetrages zu Lasten der übrigen Kassenärzte geht, deren Anteil an der Gesamtvergütung entsprechend geschmälert wird. Auf der anderen Seite sind triftige Gründe denkbar, die es — auch im Interesse der Versicherten — ratsam erscheinen lassen, dem Kassenarzt die Unwirtschaftlichkeit seiner Behandlungsweise nicht in voller Schärfe vor Augen zu führen. So wird es häufig genügen, einem noch nicht lange zur Kassenpraxis zugelassenen Arzt die Beachtung des Erfordernisses der Wirtschaftlichkeit durch relativ bescheidene Kürzungsmaßnahmen nahelegen, die erst bei fehlender Einsicht bis zur vollen Höhe des auf Unwirtschaftlichkeit beruhenden Mehraufwands gesteigert werden würde. Vor allem aber fällt ins Gewicht, daß der Rechtsbegriff der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise einen „niemals völlig objektivierbaren“ (BSG a. a. O. S. 118) Beurteilungsspielraum enthält. Wären die Prüfungsinstanzen genötigt, den vollen Betrag des auf die Unwirtschaftlichkeit entfallenden Mehraufwands durch Kürzung der Honorarforderung „hereinzuholen“, so müßten ihre Kürzungsentscheidungen jene Zone des Beurteilungsspielraums berühren, die besonders umstritten ist und die meisten Angriffsflächen bietet. Die Folge wäre eine starke Zunahme der Honorarstreitigkeiten, die dem Interesse der Wahrung des

Rechtsfriedens innerhalb der kassenärztlichen Selbstverwaltung abträglich wäre. Deshalb ist es rechtlich nicht zu beanstanden, wenn die Prüfungsinstanzen von der genauen Feststellung des auf der Unwirtschaftlichkeit der Behandlungsweise beruhenden Mehraufwands absehen und sich nach pflichtgemäßem Ermessen mit der Festsetzung einer Kürzung der Honorarforderung begnügen, die sich jedenfalls noch im Rahmen des auf die Unwirtschaftlichkeit entfallenden Mehraufwands hält.

Demnach sind die angefochtenen Bescheide der Prüfungsinstanzen der beklagten KV rechtmäßig. Die Revision ist als unbegründet zurückzuweisen.

MITTEILUNGEN

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat Oktober 1962

(Zusammengestellt auf Grund der Wochenmeldungen)
(Tabelle s. S. 794)

Bei den im Oktober gemeldeten Erkrankungsziffern zeichnet sich verschiedentlich das Ende der warmen Jahreszeit ab. Die meisten der meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten der Verdauungsorgane traten etwas seltener als am Vormonat auf, nur die Zahl der Ruhrfälle blieb unverändert. Auch an Hepatitis infectiosa (übertragbarer Leberentzündung) erkrankten etwas weniger Personen, obwohl bisher eher in den Sommermonaten ein jahreszeitlicher Tiefstand zu beobachten war.

Erkrankungen an übertragbarer Kinderlähmung wurden im Oktober ebenso selten wie in den vergangenen Monaten dieses Jahres gemeldet.

Die Zahl der Scharlacherkrankungen erhöhte sich, ähnlich wie im Vorjahr um diese Jahreszeit, auf das Doppelte, während die der Diphtherieerkrankungen nur geringfügig zunahm.

Berichtigung

Herr OMR Dr. F. Stemplinger bittet um folgende Veröffentlichung:

„Zu meinem Aufsatz ‚Alkoholismus, ein soziales Problem der Gegenwart‘ in Heft 11/62 des Bayer. Ärzteblattes darf ich erfreulicherweise berichten, daß die Landesversicherungsanstalt Schwaben inzwischen eine Reihe von Entziehungskuren genehmigt und finanziert hat. Insofern entspricht meine Bemerkung auf Seite 669, Sp. 2, Zeile 5—7, nicht mehr den Tatsachen.“

Bei allen
Erkrankungen
der
Atmungsorgane

Antibex[®]

SIMPLEX · FORTE · CUM EPHEDRINO

125 ccm enthalten
50 mg Dihydrokodein

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

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 30. 9. 1962 bis 27. 10. 1962 (Vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11			
	Diphtherie		Scharlach		Übertragbare										Tuberkulose 3) der				Typhus abdominalis		Paratyphus A und B			
					Kinderlähmung dar. parol. Fälle		Hirnhautentzündung				Gehirnentzündung		Atmungsorgane (aktive Form)		Heut		Übrigen Organe							
							Meningokokken-Meningitis		Übrige Formen															
E 1) ST 2)		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST				
Oberbayern	6	—	182	—	—	—	—	—	4	—	11	—	—	—	188	31	—	—	31	2	2	—	3	—
Niederbayern	—	—	46	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	61	10	—	—	7	1	4	1	1	—
Oberpfalz	13	—	52	—	—	—	—	—	6	1	3	—	—	—	75	11	1	—	4	—	—	—	—	—
Oberfranken	1	—	93	—	1	1	—	—	4	—	3	—	1	—	88	12	—	—	11	—	—	—	—	—
Mittelfranken	3	—	52	—	—	—	—	—	4	—	1	1	—	—	77	20	4	—	8	1	1	—	—	—
Unterfranken	—	—	53	—	—	—	—	—	2	1	3	—	—	—	71	7	2	—	13	1	6	—	1	—
Schwaben	—	—	55	—	3	3	14)	—	1	—	—	—	1	—	75	10	—	—	10	—	1	—	—	—
Bayern	23	—	533	—	4	4	14)	—	21	2	22	1	3	—	635	101	7	—	84	5	14	1	5	—
München	2	—	97	—	—	—	—	—	—	—	9	—	—	—	82	9	—	—	15	1	1	—	—	—
Nürnberg	2	—	19	—	—	—	—	—	1	—	1	1	—	—	33	13	1	—	2	1	—	—	—	—
Augsburg	—	—	19	—	1	1	14)	—	—	—	—	—	—	—	11	2	—	—	1	—	—	—	—	—
Regensburg	3	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	—	—	4	—	1	—	—	—

Gebiet	12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25	
	Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa		Bettlismus		Hepatitis infectiosa		Ornithose				Verdachtsfälle von Tollwut 5)		Bangsche Krankheit		Kindbettfieber bei oder nach Fehlgeburt		Leptospirose		Toxoplasmose		Wundstarrkrampf					
			Salmonellose						Übrige Formen		Psittacose								Übrige Formen						Well'sche Krankheit		Übrige Formen	
	E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST	
Oberbayern	40	—	19	—	1	1	—	—	53	—	1	—	2	—	—	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Niederbayern	2	—	—	—	1	—	—	—	7	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Oberpfalz	3	—	18	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—	9	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Oberfranken	—	—	—	—	—	—	—	—	31	—	—	—	2	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Mittelfranken	4	—	4	—	—	—	—	—	9	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Unterfranken	1	—	11	—	2	—	—	—	52	2	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Schwaben	5	—	13	—	—	—	—	—	12	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—
Bayern	55	—	65	—	4	1	—	—	170	2	1	—	4	—	20	—	6	—	2	—	1	—	1	—	1	—	2	—
München	36	—	15	—	—	—	—	—	26	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Nürnberg	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	1	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	16	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

1) E = Erkrankungen (einschl. der erst beim Tode bekanntgewordenen Krankheitsfälle) mit Ausschluß der Verdachtsfälle

2) ST = Sterbefälle

3) Nur Neuzugänge, keine Zugänge aus anderen Tbc-Gruppen

4) Nachmeldung aus der 38. Berichtswoche

5) Verletzungen durch ein teilwutkrankes oder teilwutverdächtiges Tier sowie Berührungen eines solchen Tieres oder Tierkörpers

die älteste Herzsalbe

aber allen neuzeitlichen Forderungen entsprechend
 schnelle Penetration und Resorption, hierdurch sichere Wirkung
 fettfrei — wasserlöslich — nicht schmutzend

O.P. 20 g lt. A.T. DM 1,90 o.U.

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

KUNDGEBUNG

der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung auf ihrer Jahresbauptversammlung am 24. Oktober 1962

ZUR SOZIALEN SICHERUNG IN DER EWG

anlässlich der Beratenden Konferenz über die soziale Sicherheit im Dezember 1962 in Brüssel

Der Beginn der zweiten Phase des Gemeinsamen Marktes gibt Veranlassung, die bisher erzielten Erfolge auf dem Gebiet der sozialen Sicherung kritisch zu würdigen sowie die Möglichkeiten und Notwendigkeiten einer weiteren Integration auf diesem Gebiet zu prüfen.

Die sozialpolitische Zielsetzung der EWG ist die Beseitigung von Hindernissen, die der im Vertrag von Rom garantierten Freizügigkeit entgegenstehen. Daher muß die Gewährung sozialer Leistungen in jedem Mitgliedstaat ohne persönliche Diskriminierung sichergestellt werden. Wesentliche Fortschritte sind durch die Verordnungen Nr. 3 und 4 der Kommission der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft bereits erzielt worden.

Eine fortschrittliche sozialpolitische Zielsetzung hat davon auszugehen, daß sich soziale Sicherung nach den freiheitlichen Leitbildern der Demokratie nur in solchen Ordnungsformen verwirklichen läßt, die es allen Beteiligten erlauben, eigenverantwortlich ihre Geschicke zu gestalten. Dabei ist zu berücksichtigen, daß die Sozialpolitik von der Wirtschafts- und Finanzpolitik abhängig ist.

Die Entwicklung hat in der Vergangenheit in den Mitgliedstaaten der EWG zu unterschiedlichen Regelungen geführt. Jedes dieser Systeme hat in seinem Rahmen seine Berechtigung, keines rechtfertigt einen Anspruch auf Allgemeinverbindlichkeit.

In Deutschland haben die Erfahrungen auf dem Gebiet der sozialen Sicherung die besondere Eignung gesonderter Solidaritätsgemeinschaften erwiesen. Sie entsprechen den individuellen Bedürfnissen ihrer nach Berufsmerkmalen und Lebensgewohnheiten verschiedenartigen Versicherten. In diesem auf sozialer Partnerschaft, Selbstverantwortung und Selbstverwaltung beruhenden Rahmen einer gegliederten sozialen Ordnung war es möglich, ein Leistungsniveau zu erreichen, das die Mindestnormen der Konvention Nr. 102 des Internationalen Arbeitsamtes in fast allen Bereichen übertrifft.

Es wäre deshalb nicht gerechtfertigt, den Mitgliedstaaten staatliche Versicherungsmonopole oder versorgungsstaatliche Systeme aufzudrängen. Die vom EWG-Vertrag vorgesehene Abstimmung bedarf weder einer Egalisierung der vorhandenen nationalen Systeme der sozialen Sicherung noch der Festsetzung eines supranationalen Leistungs-

schemas. Derartige Bestrebungen lassen die auch bei zunehmender Wirtschaftsintegration vorhandenen natürlichen und historischen Unterschiede in den Mitgliedstaaten außer acht. Sie würden gerade im Zeitalter der Automation die Gefahr eines unpersönlichen bürokratischen Dirigismus begünstigen, der mit der Würde des in Freiheit selbstverantwortlichen Menschen unvereinbar ist.

Die Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V. ist eine Vereinigung, in der neben zahlreichen Versicherungs- und Sozialwissenschaftlern Verbände der Sozialversicherung, der Privatversicherung, der Ärzte- und Zahnärzteschaft und weiterer Berufsstände, wie die der Landwirte und Handwerker, schließlich Arbeitgeber- und Arbeitnehmerorganisationen, mitarbeiten. Sie widmet sich der wissenschaftlichen Behandlung der Probleme der Sozialen Sicherung mit dem Ziele, einer fortschrittlichen Entwicklung zu dienen.

BUCHBESPRECHUNGEN

Lehrbuch der Kinderheilkunde. Herausgeber: Dr. W. Keller, Dr. A. Wiskott. Georg Thieme Verlag, Stuttgart. 1090 S., 371 Abb. usw. Ganzleinen 78 DM.

In dem Lehrbuch der Pädiatrie, von W. Keller und A. Wiskott herausgegeben, wurde ein neuer Weg beschritten, den umfangreichen Stoff der Kinderheilkunde und ihrer Grenzgebiete zur Darstellung zu bringen. Neu insofern, als die zahlreichen Mitarbeiter nur insgesamt erwähnt, jedoch nicht ihre Verantwortlichkeit für die einzelnen Kapitel besonders herausgestellt werden. So wird auch äußerlich die Geschlossenheit des Werkes dokumentiert. Begrüßenswert ist auch der neue Druck-Typ — in der englischen Literatur weit verbreitet und nun vereinzelt auch bei uns zu finden — der das Leben vereinfacht und den Stoff einprägsamer macht als das sonst übliche Druckverfahren. Das Anliegen der Verfasser, ein Lehrbuch aus einem Guß zu verfassen, ist gelungen. Hier liegt die Stärke des Werkes. Die Verfasser haben auf mehr als 1000 Seiten das gesamte Gebiet der Kinderheilkunde und auch ihrer Grenzgebiete abgehandelt, so daß sich der Leser schnell über den neuesten Stand informieren kann, und zwar über die konservativen wie auch operativen Möglichkeiten. Besonders hervorzuheben sind die speziellen Kapitel über Viruserkrankungen mit einer umfassenden Darstellung der so bedeutsamen Infektionskrankheiten im Kindesalter, der präventiven Medizin, der Schutzimpfungen und sogar der Unfallschäden. Weitere Kapitel über Arzneimittelverordnung, Normalwerttabellen sowie den wichtigsten gesetzlichen Vorschriften beschließen das Lehrbuch. Alles in allem ein sehr gelungenes Werk, das viele Freunde finden wird.

Ein Wunsch an die Herausgeber für die sicher bald erfolgende Neuauflage: Das vorzügliche Werk würde noch mehr gewinnen und insbesondere für den Studenten noch attraktiver sein, wenn die einzelnen Kapitel mit mehr Abbildungen und insbesondere Schemata ergänzt würden. Eine Illustrierung kann bei einem so umfangreichen Werk nicht übertrieben werden.

Prof. Dr. Hockerts

Bei asthmatischen Beschwerden, spastischer Bronchitis und starkem Reizhusten hilft

ASTH-MED®

SAGITTA

KONGRESSE UND FORTBILDUNG

„Atomstrahlung in Medizin und Technik“
 2. Wissenschaftlich-Technische Tagung des Deutschen
 Atomforums
 vom 23.—25. Jan. 1963 im Deutschen Museum, München

Über den neuesten Stand der Anwendungsmöglichkeiten der Atomkernenergie in Medizin und Technik berichten Fachleute aus dem In- und Ausland auf einer Fachtagung in München. Die Veranstaltung, die vom 23. bis 25. Januar 1963 im Kongreßsaal des Deutschen Museums, München, stattfindet, wird vom Deutschen Atomforum in Zusammenarbeit mit der Isotopenstudien-gesellschaft und der Studiengesellschaft für Kernenergieverwertung in Schiffbau und Schifffahrt durchgeführt. Die Tagung steht unter der Leitung von Prof. Dr.-Ing. H. Goeschel, Mitglied des Präsidiums des Deutschen Atomforums und Vorstandsmitglied der Siemens-Schuckertwerke AG, Erlangen. Die Diskussionsleitung für die Vorträge auf dem Gebiete der Medizin hat Prof. Dr. H. W. Knipping, Direktor der medizinischen Klinik der Universität Köln. Prof. Dr. M. Pfender, Präsident der Bundesanstalt für Materialprüfung, Berlin, leitet die Diskussion für die technischen Vorträge. Die Begrüßung der Teilnehmer übernimmt Prof. Dr.-Ing. K. Winnacker, Präsident des Deutschen Atomforums, stellvertretender Vorsitzender der Deutschen Atomkommission und Vorsitzender des Vorstandes der Farbwerke Hoechst AG.

Eine Übersicht über den in der Bundesrepublik erreichten Stand auf dem Gebiete der Isotopenanwendung erscheint um so notwendiger, als die deutsche Kerntechnik erhebliche Schwierigkeiten zu überwinden hat:

Sie hat einen Vorsprung von mehr als zehn Jahren einzuholen, den die kerntechnische Entwicklung in anderen Ländern durch die Nachkriegsbedingungen besitzt. Dieser Rückstand kann nur durch beträchtliche apparative Ausrüstungen, wie durch entsprechend ausgebildete und eingearbeitete Forschungs-, Entwicklungs- und Bedienungsmannschaften, aufgeholt werden.

Die Bundesrepublik könnte am ehesten Anschluß an das internationale Niveau gewinnen, wenn sie Arbeiten auf bisher vernachlässigten Spezialgebieten leistet. Die Anwendung von Radioisotopen in der Biologie des Menschen, des Tieres und der Pflanzen sowie in der Medizin hat in der Bundesrepublik schon zu ansehnlichen Erfolgen geführt. Für Behandlungsverfahren, bei denen bis vor kurzem als Strahlenquelle lediglich Radium zur Verwendung kam, wurden in letzter Zeit billigere und wirksamere Präparate künstlich hergestellt. Dadurch wurden zahlreiche neue Verfahren in Diagnostik und Therapie entwickelt, die Aussichten auf Fortschritte in allen medizinischen Bereichen eröffnen. Die Tagung „Atomstrahlung in Medizin und Technik“ in München verdient Beachtung, weil die deutschen Isotopenanwender über Erfolge und Arbeiten berichten, die in den deutschen Forschungsstätten und Entwicklungsgruppen bisher erzielt und geleistet werden konnten.

Der Einsatz von Radionukleiden in der Technik kann ebenfalls im Weltmaßstab gemessen werden. Auch auf diesem Sektor stehen die deutschen Leistungen nicht zurück.

Die Bundesrepublik ist für den Bezug von Radioisotopen auf Einfuhren angewiesen. Es bleibt zu hoffen, daß mit der zunehmenden Inbetriebnahme deutscher Reaktoren eine größere eigene Produktion von strahlenden Stoffen für die Nutzung in Technik und Medizin aufgebaut wird.



Die Patientin M. G., 26 Jahre, klagte seit Monaten über allgemeine innere und äußere Unruhe, Angstgefühl und Schwindelzustände. Der Schlaf war oft erheblich gestört. Objektiv ließ sich keine organische Krankheit feststellen. Eine vegetative Dystonie, verstärkt durch familiäre Spannungen, war unverkennbar.

Mit 3 x 1 Dragee ATOSIL tägl. besserten sich die subjektiven Beschwerden. Patientin ist viel ruhiger und seelisch ausgeglichener. Die Schlafstörungen sind beseitigt.



Patientin F. Sch., 38 Jahre, leidet seit ihrer Kindheit an Bronchialasthma. Bei psychischen Belastungen Steigerung der Anfallshäufigkeit. Ofters stationäre Aufnahme wegen Status asthmaticus. Starke Schlafstörungen. Regelmäßige Einnahme von täglich 3 x 10 Tropfen ATOSIL besserten die asthmatischen Beschwerden. Schwere Anfälle sind nicht mehr aufgetreten. Jetzt ist die Nachtruhe ungestört — die Patientin wirkt ausgeglichener.



Patient M. K., 64 Jahre, leidet seit Jahren an chron. Emphysebronchitis mit asthmoider Komponente. Bei Belastung stärkere Allgemeinbeschwerden. Infolge quälenden Reizhustens und Atemnot erhebliche Schlafstörungen.

Mit 4 x 1 Dragee ATOSIL tägl. und 1 ATOSIL-Zäpfchen abends wurde eine nachhaltige Besserung der asthmatischen Beschwerden erzielt. Atemnot und Hustenanfälle gingen zurück, Patient kann wieder schlafen.



Atosil® Atosil Atos

KONGRESSKALENDER

Da die Termine der Kongresse manchmal geändert werden, empfehlen wir auf jeden Fall, vor dem Besuch einer Tagung sich noch einmal mit dem Kongreßbüro bzw. der Auskunftsstelle in Verbindung zu setzen.

Januar 1963

- 2.—5. 1. in **Karlsruhe**: 3. Fortbildungstagung der Vereinigung deutscher Strahlenschutzärzte e. V. Auskunft: Dr. H. R. Beck, Karlsruhe, Händelstraße 6.
- 12.—26. 1. in **Madonna di Campiglio**: XXIII. Fortbildungslehrgang des Deutschen Sportärztebundes im Wintersport. Auskunft: OMR Dr. Fr. Friedrich, München 23, Wilhelmstraße 16. Kongreßreise: Prospekte durch Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
- 21.—22. 1. in **München**: 68. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Balneologie, Bioklimatologie und Physikalische Medizin (vgl. AM 39 v. 29. 9. 1962). Auskunft: Prof. Dr. Zörkendörfer, Bad Salzflun, Bäderwissenschaftliches Institut.
- 23.—25. 1. in **München**: „Atomstrahlung in Medizin und Technik“ (Anwendung von Radionukliden), 2. Wissenschaftlich-Technische Tagung des Deutschen Atomforums in Zusammenarbeit mit der Isotopenstudien-

gesellschaft und der Studiengesellschaft zur Förderung der Kernenergieverwertung in Schiffbau und Schifffahrt im Deutschen Museum, München. Auskünfte über Deutsches Atomforum e. V., Bonn, Kaiserstraße 201, Telefon: 2 18 48 und 2 67 57.

21. 1.—1. 2. in **Neuherberg bei München**: Strahlenschutzkurs (Einführungskurs, 1. und 2. Fortbildungskurs für Werkärzte). Auskunft: Dr. R. Wittenzeller, Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.
- 23.—24. 1. in **München**: Fortbildungskurs des Verbandes Deutscher Badeärzte (vgl. AM 39 vom 29. 9. 1962). Auskunft: Verband Deutscher Badeärzte e. V., Bad Oeynhausen, Westkorso 7.
- 23.—26. 1. in **Gießen**: III. Fortbildungskurs für Fachärzte der Frauenheilkunde. Auskunft: Sekretariat der Gießener Fortbildungskurse, Gießen, Klinikstraße 32g, Pathologisches Institut.

Februar 1963

- 4.—15. 2. in **Neuherberg bei München**: Strahlenschutzkurs für Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Auskunft: Dr. R. Wittenzeller, Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.
- 4.—15. 2. in **Schloßgut Neutrauchburg über Isny/Allgäu**: Einführungslehrgang in die Manualtherapie (WS und Extremitäten). Auskunft: Sekretariat der MWE, Schloßgut Neutrauchburg über Isny/Allgäu.



Patient E. F., 41 Jahre, beruflich stark überfordert, war überreizt und sehr nervös. Er klagte über Magenschmerzen, Sodbrennen, Brechreiz, Appetitlosigkeit und Gewichtsverlust. Mit 4 x 1 Dragee ATOSIL tägl. wurde das Allgemeinbefinden wesentlich gebessert. Die Magenschmerzen sind völlig abgeklungen. Der Patient ist viel ruhiger geworden.



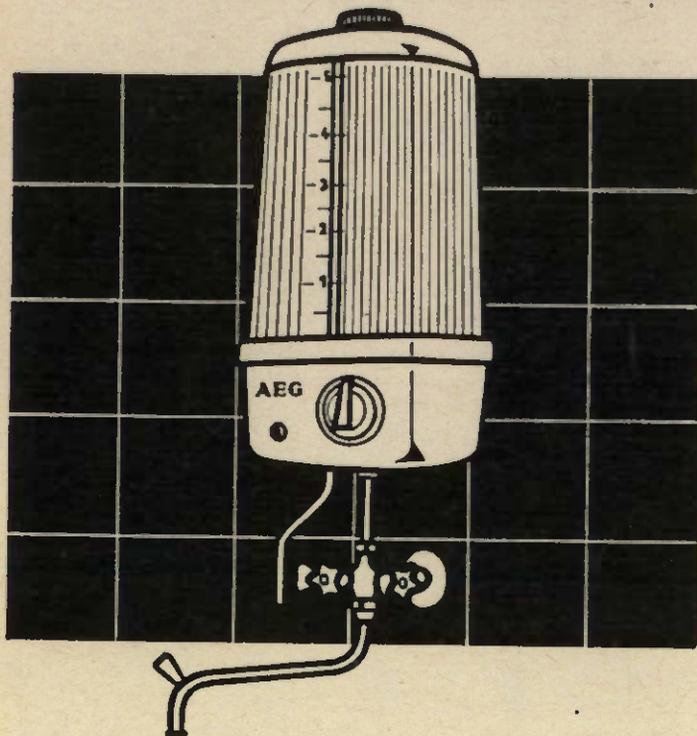
Bei dem Patienten W. H., 23 Jahre, ergab die Röntgenkontrolle eine kleine Ulcusnische im Bulbusbereich. Neben den charakteristischen Magenbeschwerden bestand das Bild einer neurovegetativen Übererregbarkeit. 4 x 1 Dragee ATOSIL tägl. bewirkte eine psychische Ruhigstellung mit Besserung des Allgemeinbefindens. Schnelle Heilung des Ulcus duodeni.



Die Patientin E. M., 56 Jahre, litt seit vielen Jahren an einer Neurodermitis von wechselnder Intensität. Bereits kleine seelische Erregungen führten zu einer Verschlimmerung der ekzematösen Hautveränderungen. Mit täglich 4 x 1 Dragee ATOSIL ließ sich in kurzer Zeit eine erstaunliche Besserung erreichen. Seit drei Monaten ist die Patientin rezidivfrei.

Atosil Atosil Atosil

Kochendes Wasser im Handumdrehen



„AEG-Thermofix“ - das ist die moderne Art, schnell und bequem heißes Wasser zu bereiten: stufenlose Temperaturwahl von 35° bis 85° C.

- Schaltstufe für kochendes Wasser ● Trockengehschutz ● wirtschaftlichste Heißwasserbereitung durch Inhaltmarkierung von 1/2 bis 5 Liter
- einfache Installation. Jetzt in der neuen, modernen Flachform! Und noch etwas: immer und überall betreut vom weitverzweigten und erfahrenen AEG-Kundendienst.

Die starke Nachfrage beweist es: der „AEG-Thermofix“ ist das ideale Gerät für schnelle und rationelle Heißwasserbereitung - hervorragend bewährt in Haushalt und Gewerbe. Empfohlener Preis einschließlich Spezialarmatur 198.- DM.

Unverbindliche Vorführung überall beim guten Fachhandel. Prospekte kostenlos gegen Einsendung des Coupons an die AEG in Nürnberg.

AEG

Thermofix

Senden Sie mir bitte kostenlos Prospekts über AEG-Heißwassergeräts.

Name _____
Straße _____
Ort _____

An das
AEG-Heißwasser-
geräts-Werk,
Abt. H 10,
85 Nürnberg,
Postfach 180

20.-24. 2. in New Delhi: Internationaler Kongreß des American College of Chest Physicians (vgl. AM 31/32 vom 11. 8. 1962). Auskunft: Prof. Dr. Hein, Krankenhaus Tönshelde, Post Innien über Neumünster/Holstein. Kongreßreise: Prospekte durch Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.

25. 2.-15. 3. in Neuherberg bei München: Strahlenschutzkurs (Einführungskurs, 1. und 2. Fortbildungskurs). Auskunft: Dr. med. R. Wittenzeller, Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.

März 1963

2.-15. 3. in St. Ulrich (Grödnertal) Südtirol: XXIV. Fortbildungslehrgang des Deutschen Sportärztebundes im Wintersport. Auskunft: OMR Dr. Fr. Friedrich, München 23, Wilhelmstraße 16. Kongreßreise: Prospekte durch Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.

4.-27. 3. in Gießen: XIV. Fortbildungskurs für Bäder- und Klimahelkunde und physikalische Therapie. Auskunft: Sekretariat der Gießener Fortbildungskurse, Gießen, Pathologisches Institut, Klinikstraße 32g.

10.-23. 3. in Badgastein: VIII. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer - Lehrgang für praktische Medizin. Thema: „Funktionsprüfungen als Weg zur gezielten Therapie.“ Auskunft und Prospekte durch Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal Haedenkampstraße 1.

11.-23. 3. in Davos: XI. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer - Lehrgang für praktische Medizin. Thema: „Funktionsprüfungen als Weg zur gezielten Therapie.“ Auskunft und Prospekte durch Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.

Beilagenhlaufs

Klinge, München 23
Klinge, München 23
Dr. Rudolf Reiss, Berlin
Temmler-Werke, Marburg/Lahn
Ehrl & Co., München
Chemiewerk Homburg, Frankfurt/Main
Dorsch & Co., KG., München
L. Merckle GmbH, Blaubeuren
Dr. F. Sasse, Berlin-Charlottenburg
Melusin GmbH, Düsseldorf
Chem. Fabrik von Heyden AG., München
Cilag Chemie, Alsbach
Leiziger Verein Barmenia, München

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, München 23, Königinstraße 85/III. Schriftleiter: Dr. med. Willy Reichstein, München 8, Lucile-Grahn-Straße 41; Die Zeitschrift erscheint monatlich.

Bezugspreis für Nichtmitglieder der Ärztlichen Kreisverbände in Bayern DM 2.40 vierteljährlich, zuzüglich Zustellgebühr. Postscheckkonto Nr. 52 52 Amt München, Bayer. Landesärztekammer (Abt. Bayer. Ärzteblatt). Anzeigenverwaltung: Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler, München 15, Sonnenstraße 29, Telefon-Sammel-Nr. 55 80 31, Fernschreiber 05 23662, Telegrammadresse, Gablerpreß. Für den Anzeigentell verantwortlich: Ernst W. Scharshinger, München. Druck: Richard Pflaum Verlag, München. Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrophotographie sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten.

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



Die Landesversicherungsanstalt Schwaben, Abteilung Krankenversicherung, sucht zum baldmöglichsten Eintritt

je einen hauptamtlichen Vertrauensarzt

für die Vertrauensärztl. Dienststellen Augsburg u. Krumbach. Für den Bewerber um die Stelle in Augsburg ist Anerkennung als Facharzt für Neurologie und Psychiatrie oder Facharzt für Orthopädie erwünscht.

Die Vergütung erfolgt während einer Probezeit von drei Monaten nach Vergütungsgruppe BAT II. Bei Bewährung erfolgt Übernahme in das Beamtenverhältnis entsprechend dem Bayerischen Beamtengesetz.

Bewerbungen mit handgeschriebenem Lebenslauf, Lichtbild, beglaubigten Zeugnisabschriften, Approbations- und Promotionsurkunde werden an die Landesversicherungsanstalt Schwaben, Personalabteilung, Augsburg, Postfach, erbeten.

Am Stadtkrankenhaus Ansbach/Mfr. (300 Betten) ist auf der chirurg. Abteilung zum 1. 1. 1963 die Stelle eines

Assistenzarztes

zu besetzen. Vier Jahre Fachausbildung werden anerkannt. Bezahlung nach BAT III und Gewährung von Bereitschaftsdienstvergütung. Evtl. Bewilligung einer Leistungszulage. Wohnung (3 Zimmer mit Küche u. Bad) steht zur Verfügung. Bewerbungen werden an die Stadt Ansbach — städt. Hauptamt — erbeten.

An der Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren/Allgäu mit neurologischer Abteilung und neurologisch-psychiatrischer Kinder-Beobachtungsstation ist die Stelle eines

Assistenzarztes

zu besetzen.

Gelegenheit zur Ausbildung als Facharzt (EEG-Labor, Angiographie usw.). Bezahlung nach BAT III. Wohnung vorhanden, für Ledige Verpflegung im Hause. Interessenten werden gebeten, ihre Bewerbungsunterlagen an die Direktion der Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren in 895 Kaufbeuren/Allgäu, Postfach 401, zu richten.

Am Kinderspital Fürth/Bayern (allgemeines Kinderkrankenhaus mit 100 Betten) ist sofort die Stelle eines

Assistenzarztes(ärztin)

zu besetzen. Erfahrung in der Kinderheilkunde erforderlich; Vollendung der Fachausbildung möglich.

Bewerbungen (mit Angabe der Gehaltsansprüche) erbeten an

Kinderspital Fürth

Beim Taunussanatorium Bad Saden

mit 180 Betten (Leitender Arzt: Prof. Dr. med. habil. Volkmar Böhlau) ist die Stelle

eines Assistenzarztes

zu besetzen.

Vergütung nach Vergütungsgruppe III BAT; bei Vorliegen der Facharztanerkennung für innere Krankheiten II BAT.

Das klinisch geführte Sanatorium für Asthma, unspezifische Erkrankungen der Atmungsorgane und Herzkreislaufkrankungen ist mit modernen Einrichtungen für die Diagnostik und Therapie ausgestattet.

Bewerbungen mit Angabe des möglichen Eintrittszeitpunktes unter Anschluß der üblichen Unterlagen (handgeschriebener Lebenslauf, Lichtbild, Abschriften der Approbations-, Promotions- und Facharzturkunden, Zeugnisabschriften u. ä.) werden erbeten an die

LANDESVERSICHERUNGSANSTALT WÜRTEMBERG
Stuttgart-W, Rotebühlstraße 133

An der chirurgischen Abteilung eines städtischen Krankenhauses in München sind ab sofort mehrere Planstellen für

Assistenzärzte

zu besetzen.

Bezahlung nach Vergütungsgruppe III; Aufstiegsmöglichkeit nach Vergütungsgruppe II ist gegeben.

Bewerbungen mit Lebenslauf, Zeugnisabschriften u. Lichtbild an das Personalreferat der Stadt München, Rathaus, Zimmer 335/III, erbeten.

Persönliche Vorstellung nur auf Ersuchen.

Beim Kurhaus Glotterbad bei Freiburg im Breisgau

ist die Stelle

eines Assistenzarztes

zu besetzen.

Vergütung nach Vergütungsgruppe III BAT; bei Vorliegen der Facharztanerkennung für innere Krankheiten II BAT.

Bewerbungen mit Angabe des möglichen Eintrittszeitpunktes unter Anschluß der üblichen Unterlagen (handgeschriebener Lebenslauf, Lichtbild, Abschriften der Approbations-, Promotions- und Facharzturkunden, Zeugnisabschriften u. ä.) werden erbeten an die

LANDESVERSICHERUNGSANSTALT WÜRTEMBERG
Stuttgart-W, Rotebühlstraße 133

Für neues, sehr modern eingerichtetes Krankenhaus (200 Betten) im Allgäu, Nähe Bodensee, wird zum 1. 1. 63 oder 1. 2. 63 ein erfahrener

Gynäkologe

gesucht. Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen unter M. H. 73091 über CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH, 8 München 2, Karlsplatz 13



BIONORICA KG
BIOLOGISCHE
ARZNEIMITEL
NURNBERG

Mastoperin Breitenspektrum
Phytotherapeutisches

bei Hyperfollikulinie, Mastodynie,
Mastopathia cystica

Zusammensetzung: Cyclamen, Lupulinum, Caulophyllum, Agnus castus, Ignatia, Iris
i.H.V.



Die Nordmark-Werke G. m. b. H.
Hamburg
Werk Uetersen/Holstein

suchen

für den Besuch vorwiegend von Kliniken
(einschl. Einleitung der Prüfung neuer Substanzen)

Mediziner

mit Wohnsitz in München

sowie
für den Besuch von niedergelassenen Ärzten

Arzt, Apotheker oder Chemiker

mit Wohnsitz in der Gegend von Würzburg.

Interessenten, die über Kontaktfähigkeit verfügen und nach Möglichkeit bereits Industrie-Erfahrung besitzen, werden gebeten, Bewerbungen mit handgeschriebenem Lebenslauf, Lichtbild, Zeugnisabschriften und Gehaltsansprüchen einzureichen.

Südbayer. Krankenhaus (Gebirgsnähe, zentrale Lage) sucht zum baldmöglichsten Eintritt

einen Assistenzarzt

für die chirurg. Abteilung. Vergütung erfolgt nach BAT III. DM 500,- Nebeneinnahmen werden garantiert. Ledige Bewerber erhalten Wohnung (Neubau) und Verpflegung im Hause. Geregelt Arbeitszeit wird zugesichert. Bewerbungen werden erbeten unter 331/726 über CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH, 8 München 2, Karlsplatz 13.

Für neues, sehr modern eingerichtetes Krankenhaus (200 Betten) im Allgäu, Nähe Bodensee, wird zum 1. 1. 63 oder 1. 2. 63

erster chirurg. Assistenzarzt

gesucht. Vergütung erfolgt entsprechend BAT II. Wohnung vorhanden. Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen unter B. G. 4243 über

CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH,
8 München 2, Karlsplatz 13

Im Kreiskrankenhaus Rottenburg a. d. Laaber in Niederhatzkofen (130 Betten) werden zum sofortigen Eintritt gesucht:

- 1 **Assistenzarzt (Ärztin)** für chirurgische Abteilung,
- 1 **Assistenzarzt (Ärztin)** für interne Abteilung,
- 1 **Medizinalassistent** für chirurgische Abteilung und
- 1 **Medizinalassistent** für interne Abteilung.

Vergütung erfolgt für Ärzte nach Vergütungsgruppe II BAT. Bereitschaftsdienstzulage wird gewährt. Medizinalassistenten erhalten eine Vergütung nach Gruppe III BAT.

Abgeschlossene Wohnungen (2 Zimmer, Wohnküche, Bad und Nebenräume) sind vorhanden. Bewerbungen mit Lebenslauf, Zeugnissen und Lichtbild sind zu richten an

Landratsamt Rottenburg a. d. Laaber — Personalabteilung
8303 Rottenburg a. d. Laaber/Ndb.

Medizinisch-technische Assistentin

als leitende Kraft für das moderne Röntgeninstitut des Städt. Krankenhauses Weiden l. d. Opf. gesucht.

Für die Stelle ist bei einer Gehaltseinstufung nach Vb BAT Erfahrung in Routine- und Spezialmethoden der Röntgen-Diagnostik und -Therapie sowie die Fähigkeit der Anleitung des übrigen röntgentechnischen Personals erforderlich. Geregelt Dienstzeiten, Mithilfe bei der Wohnraumbeschaffung. Die Stadt Weiden hat über 41 000 Einwohner und ist Sitz fast aller höheren Schulen.

Bewerbungen erbeten an das Hauptamt der Stadt Weiden l. d. Opf.

Jüngere

Sprechstundenhilfe

(auch Anfängerin) als Zweitkraft von Facharzt gesucht. Zuschriften mit Gehaltsansprüchen erbeten an Dr. Milbradt, Amberg/Opf., Bahnhofstraße 18

Stellengesuche

Krankengymnastin

Freiburger Examen 1959, mit Erfahrung in freier Praxis und Hydrotherapie, sucht Stelle in München halbtags oder 3-Tage-Woche. Angebote erbeten unter 331/738 über CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH, 8 München 2, Karlsplatz 13.

Stellengesuche

Arzthilfe

20 J., Mittl. Reife, Schule Dr. Nitsch, Winterhalbjahr 59/60, in ungekündigter Stellung, wünscht sich im Januar 1963 zu verändern. Klin., Sanat. o. ä. Kenntn. in kl. Labor, Bestrahl., Kartei mit Abrechnung, Steno, Masch. Gf. Angebote mit Gehaltsang. unter 331/746 über CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH, 8 München 2, Karlsplatz 13

Anzeigenschluß für die
Januar-Ausgabe
ist am 28. Dezember 1962

Gymnastiklehrerin mit Staatsexamensnote 2, 25 J., sucht geeignete Stellung in München oder nächster Umgebung. (Schule, Sanatorium oder größerer industrieller Betrieb). Zuschriften erbeten unter 331/748 über CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH, 8 München 2, Karlsplatz 13.

Praxis

Allgemeinpraxis

in Mittelstadt der nördlichen Oberpfalz, wegen Tod des Praxisinhabers zu übergeben. Angeb. erbet. unt. 331/735 über CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH, 8 München 2, Karlsplatz 13

Allgemeinpraxis in einer Großstadt, mit hohem Überschuß, aus familiären Gründen abzugeben. Zuschriften unt. M. E. 82946 über CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH, 8 München 2, Karlsplatz 13

● Beachten Sie die Beilagen ●

Gemeinde Schönbrunn

Landkreis Bamberg, in Nähe Bambergs, mit alten höheren Schulen,

bietet einem Arzt Existenz.

Ab sofort Übernahme der seit 1. 10. 62 plötzlich verwaisten Praxis; bisher ca. 500 Scheine. (Ohne Ablösung.) Praxisausdehnung möglich. Praxis- u. Wohnräume vorhanden. (3 Praxisräume, 1 Baderaum, ferner 4 Wohnräume, Küche, Bad, 3 Kellerräume, Waschküche, Garage, [Neubau]). Mietpreis ca. 150,- DM. (Zahnpraxis am Ort.) Evtl. auch Angebot eines günstigen Bauplatzes (waldreiche Gegend). Näheres
Gemeinde Schönbrunn, Landkreis Bamberg

Suche für jetzt oder später

Allgemeinpraxis

unmittelbar am Alpenordrand. Biete ggf. zum Tausch gute Landpraxis in Westfalen, 800 bis 1000 Scheine, mit Haus, Praxis und Garten.

Zuschriften erbeten unter 331/715 über CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH, 8 München 2, Karlsplatz 13

Jacosulfon ist die heilende Hand des Arztes

Augenarzt

40 Jahre, praxiserfahren, ab 1. Jan. 63 frei für Vertretungen. Angebote erbeten unter 331/736 über CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH, 8 München 2, Karlsplatz 13

Gebrauchtes Mikroskop

prelswert zu kaufen gesucht Angebote unter 331/734 über CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH, 8 München 2, Karlsplatz 13

In Bad Reichenhall sind in bester, ruhiger Kurlage 6 moderne, helle

Praxisräume

100 qm, mit Zentralh., Tel., zu vermieten. Angebote an Fr. Jaeger, z. Z. 69 Heidelberg, Schloßberg 49

Modernes Arzthaus in Deggendorf/Donau

gute Lage, Wohn- und Praxis- od. Büroräume, Garage, zu vermieten. Angebote erbeten unter 331/728 über CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH, 8 München 2, Karlsplatz 13.

Privatklinik, Kinderhelm oder Altershelm

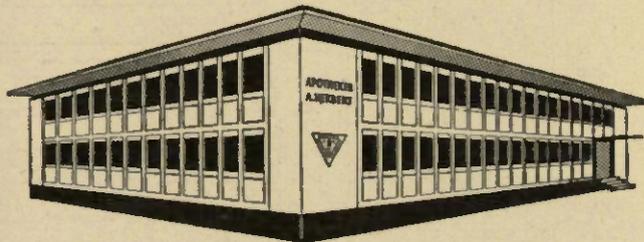
Dafür geeignetes, kompl. einger. Haus mit 31 Betten, in nebel- und staubfreier Lage über dem Chiemsee (Schnellzugstation), langjährig zu verpachten.

Job. Hegewald, Immob. (RDM), München 23, Gedonstraße 4
Telefon 33 00 50

Charm. Vierzg., berufst., Häuserb., gesch., 2 vers. erwachs. Söhne, wü. Wiederheirat m. Arzt in Stadt oder Land. Zuschriften erbeten unter 331/729 über CARL GABLER, WERBEGESELLSCHAFT MBH, 8 München 2, Karlsplatz 13

Reizendes junges Mädchen

20/1,68, schlk., mit Vermögen u. Wagen, bietet Arzt Einbeirat in die väterl. Praxis. Näh. unt. 9730, Institut Horst BAUR, Post über 7 Stuttgart-S, Weißenburgstr. 7A.

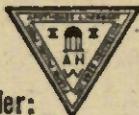


COR-NEO-NERVACIT®

LIQUIDUM
UND DRAGÉES

Herztonikum • Flasche 200 ccm

Proben auf Wunsch



Alleiniger Hersteller:

Gegründet 1918

APOTHEKER A. HERBERT 62 WIESBADEN



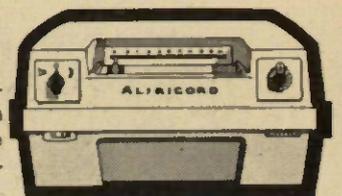
ruhig allein lassen...



ALIBICORD *telefoniert für Sie*

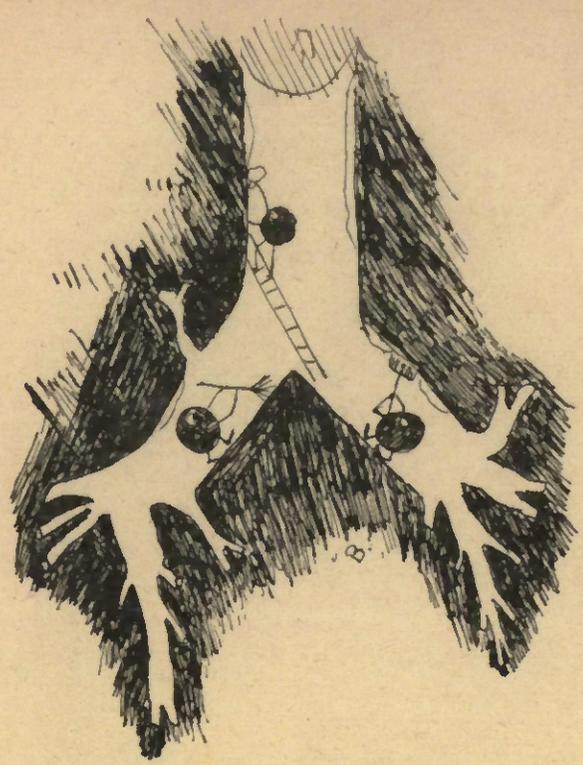
Alibicord meldet sich bei Anrufen mit jedem Text, den Sie vorher aufsprechen. Es hält wortgetreu auf Band fest, was der Anrufer zu sagen hat. So geht nie ein wichtiger Anruf verloren. Sie können unbeschwert unterwegs sein. Auch im Urlaub übernimmt Alibicord zu Hause den Telefondienst!

Machen Sie einen Testanruf: Wählen Sie nach 19 Uhr München (0811) 22 87 83, verlangen Sie die unverbindliche Zusendung der Informationsmappe C 1.



ALOIS ZETTLER GMBH • MÜNCHEN 5 • HOLZSTR. 28-30

Handwritten text at the top of the page, partially obscured.



Großreinemachen in den Bronchien

- Branchiektasen
- Bronchitis
- Pneumomykosen
- Lungengangrän

GELOMYRTOL KAPSELN

Gelomyrtol enthält in dunn-darm-löslichen Gelatine-kapseln je 0,12 g Myrtol. Dieses ist die bei 160-180° übergehende Fraktion des aus den Blättern der Myrtenpflanze gewonnenen Myrtenäles. Myrtol, ein alterprober Naturstoff, enthält als Hauptwirkstoff Cineol.
40 Kps. DM 2.70 o. U. 400 Kps. DM 20.30 o. U.

G. POHL-BOSKAMP · HOHENLOCKSTEDT / HOLSTEIN

PERU-LENICET[®]
SALBE

**mild und schmerzlindernd
granulationsfördernd
juckreizstillend
epithelisierend**

Die Heilsalbe des Arztes!

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

1/2 Dose DM 1.15
1/1 Dose DM 1.70
lt. Arzneitaxe

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