B 1611 E

In der Mitte herausnehmbares Inhaltsverzeichnis 1962

2/1963

BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Nummer 2 | München, Februar 1963 | 18. Jahrgang

Beim Wintersport
mit seinen Gefahren und Verletzungen

ELASTOPLAST
LUFTDURCHLÄSSIG

Bei den typischen Verletzungen an Muskeln, Bändern und Gelenken gibt ein ELASTOPLAST-Verband sofort den nötigen Halt und lindert die Schmerzen.

Der Sportler wird schnellstens wieder gehfähig oder sogar sportfähig.

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

Die Sulfonamid-Harnstoff Kombinationstherapie mit

Jacosulfon

Jacosulfon
pulvis

Jacosulfon
unguentum

Jacopharm
Hamburg-Schenefeld

Indikationen

Alle eitrigen Wunden und Verletzungen	Mundausschlag
Alle Pyodermien	Ulcus cruris
Impetigo contagiosa	Strophulus infantum
Ekzeme	Phlegmonen
Furunkel	Exantheme
Karbunkel	Abszesse
Infektionsprophylaxe bei Verletzungen	Botanitis errosiva
Brandwunden	Herpes
Fissuren und Rhagaden	Folliculitiden
Röntgenstrahlenschäden	Akne vulgaris, Akne necrotica
Pemphigus	Seborrhoisches Ekzem
Intertrigo	Neurodermitis
Wundsein der Säuglinge	Sykosis non parasitaria
Schweißdrüsenabszesse	Congelationen
Mastoiditis	Scheiden-Dammrisse
Mamillenrhagaden	Portioerosionen
Operationswunden	Unspez. Fluor (Vaginaltamponade)

Pilzerkrankungen der Haut
(Unguentum u. Pulvis im Wechsel)

Jacosulfon

Unspez. Fluor *vaginale* diff. Kolpitis
Portioerosionen Vaginitis

sowie alle anderen entzündlichen und infektiösen Erkrankungen der Vaginalschleimhaut

PRIMUM NIL NOCERE

bei Bronchitis u. Pertussis

Frischpflanzenextracte
ohne Codein und Antibiotica

Zäpfchen · Tropfen · Dragees

Monapax®

APOTHEKER MÜLLER ARZNEIMITTELFABRIK BIELEFELD

RABRO® - Magentabletten

bei Ulcus ventriculi et duodeni; Gastritis und Duodenitis; Zustand nach Magenresektion mit und ohne peptischem Geschwür. Nervöse Magenbeschwerden, Spasmen, Gastralgien, Schwangerschaftsgastritis.

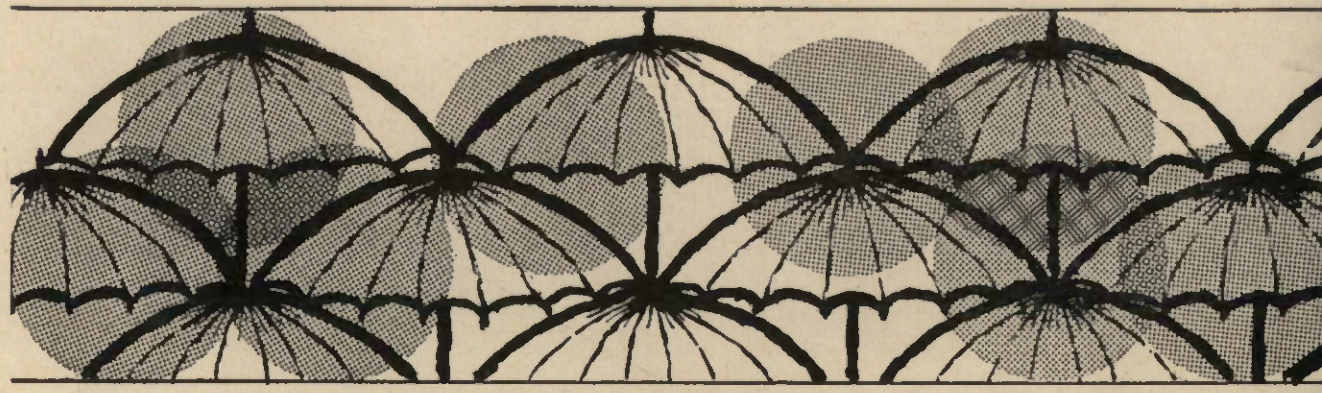
a) Hoher Heilungsprozentsatz,
b) Auffallend schnelle Spasmenlösung, schnelle Schmerzbefreiung (auch ohne Belladonna-Zusatz)

c) Keine besondere Diät erforderlich,
d) meist ambulante Behandlung möglich,
e) Keine unerwünschten Nebenerscheinungen,
f) Voll-wirksam auch bei Hyper-, Sub- und Anacidität.

Dosierung: Täglich 3mal1bis zu 2 Tabletten nach dem Essen.

H. TROMMSDORFF AACHEN GEGRÜNDET 1797

ASTA-ARZNEIMITTEL



Gegen Grippe und fieberhafte Erkältungskrankheiten

QUADROCHIN® mit Vitamin C

10 und 20 Dragees · 6 Suppositorien
6 Supp. für Kinder (ab 3. Lebensjahr)

Analgetikum und Antipyretikum

QUADRONAL®

gegen Schmerzen aller Art

10 und 20 Tabletten · 6 Supp. für Erwachsene
6 Supp. für Kinder

Hochwirksames Expektorans

ASTAPECT®
ASTAPECT®-KODEIN

Flaschen zu 20 ml

Zur spezifischen Grippeprophylaxe

INFLUENZA-IMPFSTOFF »ASTA«

monovalent **polyvalent**

Neuartiger, gut verträglicher Adsorbatimpfstoff.
1 Jahr anhaltende Schutzwirkung nach einmaliger Impfung

Packungen mit 1 Ampulle · Packungen mit 5 Ampullen
monovalent bzw. polyvalent

ASTA-WERKE AG · Chemische Fabrik · 4812 Brackwede (Westf.)

ASTA-ARZNEIMITTEL

zur Prophylaxe und Therapie bei Erkältungskrankheiten und Grippe

Inhaltsverzeichnis

Sewering: Zur Schluckimpfung 77

Hein: Jetzt Schluckimpfung 3 — ohne Bedenken . 77

Theopold: Rauchen bei Schülern 80

Berensmann/Winter: Praxisverkauf—Praxistausch — Praxiswert 82

AUS DEM STANDESLEBEN 90
Nachtrag zum Bericht über die Neuwahl der Bayer. Landesärztekammer — Berufung von Chef- und leitenden Ärzten an den Münchner städt. Krankenhäusern

FAKULTÄT UND PERSONALIA 92
Brachmann — Eder — Küchle — Spann — Fruhmann — Gastpar — Hofschneider — Karl — Kugler — Rudolph — Ruéff — Rutenfranz — Sachse — Stehr — Zimmer — Rütt — Weller — von Braunbehrens — Wymer

IN MEMORIAM 92
Weber

AUS DER GESCHICHTE DER MEDIZIN 93
Koerting: Philipp Franz von Walther

Tagung des Deutschen Atomforums in München . . . 101

AUS DER BUNDESPOLITIK 105
Stockhausen: In erster Lesung: Sozialpaket 1963 — Bundesarbeitsminister Blank zur Sozialreform

AUS DER LANDESPOLITIK 118
Regierungserklärung im Landtag — Aus der Debatte zur Regierungserklärung — Diagnoseangabe auf Krankenbescheinigungen von Staatsbediensteten — Dr. Soenning wendet sich an den Bundeskanzler — Um die Einbeziehung städt. Großkrankenhäuser in den Lehrbetrieb der Universitäten — Ausweitung des Klinikum-Bauprogramms — 50 Millionen für den Hochschulausbau — Gesundheitsabteilung bleibt im Innenministerium

FEUILLETON 125
Gubalke: Totaler Untergang

AMTLICHES 128
Landesärzte nach dem Bundessozialhilfegesetz — Ruhen der Bestallung als Arzt — Aufhebung des vorläufigen Verbots zur Ausübung des ärztlichen Berufes

GESETZES- UND RECHTSFRAGEN 129
Der Kraftfahrer überläßt die Führung des Wagens einem Dritten ohne Führerschein — Die verletzte Ehefrau hat jetzt eigenen Schadensersatzanspruch — Wegnahme des Führerscheins durch die Polizei bedeutet noch keinen Verlust der Fahrerlaubnis

STEUERFRAGEN 130
Bundesfinanzhof zu den Rechten des Steuerpflichtigen — Endlich freie Bahn für Ehegattenverträge — Voraussetzung für ein Gesellschaftsverhältnis zwischen freiberuflich tätigen Ehegatten — Kennst du das Land, wo Zinsen und Renditen blüh'n...

MITTEILUNGEN 135
Überleitungsabkommen zwischen der Bayer. Versicherungskammer, Bayer. Ärzteversorgung und der Ärztekammer Westfalen-Lippe, Westfälisch-Lippische Ärzteversorgung — Impftechnik bei Pockenschutzimpfung — Auslobung (Ludwig-Sievers-Preis) — Franz-Redeker-Preis — Arbeitsunfälle nahmen zu — Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern — Erholungs- und Rehabilitationsstätte für Blinde — Deutsche Tuberkulose-Gesellschaft

BUCHBESPRECHUNGEN 138
Der voraussichtliche Bedarf an ärztlichem Nachwuchs — Die Umsatzbesteuerung der freien Berufe — Ist Rauchen wirklich schädlich? — Erfolge der ärztlichen Kosmetik

KONGRESSE UND FORTBILDUNG 140
Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren — Bundesverband Deutscher Ärzte für Naturheilverfahren — Kneippärztebund e. V. Bad Wörishofen

Druckfehlerberichtigung 142

In der Mitte herausnehmbares Inhaltsverzeichnis 1962

Orale Breitspektrum Therapie

Pneumonie Otitis media Mastitis
Cystopyelitis Tonsillarabszeß
Cholecystitis Adnexitis Abszesse

®Hostacyclin »P«

Tetracyclin »Hoechst«

einfach anzuwenden
2x2 Kapseln täglich

hochwirksam
gut verträglich

Kapseln zu 50 und 250 mg
Tetracyclin-Phosphat-Komplex
Sirup mit 25 mg pro ml
und
Tropfen mit 100 mg pro ml
Tetracyclin phosphatgepuffert

Pr 741 d

HOECHST
1863
HUNDERT JAHRE HOECHST
1963

FARBWERKE HOECHST AG. FRANKFURT (M)-HOECHST

BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Nummer 2 | München, Februar 1963 | 18. Jahrgang

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Die Schluckimpfung drei gegen die Kinderlähmung in Bayern beginnt am Montag, den 18. Februar 1963; sie wird zwei bis drei Wochen dauern. Der Bayer. Staatsminister des Innern hat die bayerische Ärzteschaft in einem Brief an mich gebeten, nach ihren Möglichkeiten zu dem Gelingen der dritten Impfaktion beizutragen.

Der 15. Bayer. Ärztetag in Passau hat sich bereits mit der sehr erfolgreichen ersten Impfaktion beschäftigt und die Bevölkerung aufgefordert, sich an den weiteren Impfaktionen zahlreich zu beteiligen.

Ich bitte nun alle Kolleginnen und Kollegen in Bayern, nach Kräften mitzuhelfen, daß auch die dritte Schluckimpfung als Teil einer großen und segensreichen gesundheitspolitischen Maßnahme den erwarteten Erfolg hat.

Mit kollegialen Grüßen
Dr. Sewering
Präsident der Bayer. Landesärztekammer

Aus der Gesundheitsabteilung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern
(Leiter: Ministerialdirigent Dr. med. W. Schmelz)

Jetzt Schluckimpfung 3 – ohne Bedenken*)

Von E. Hein

Am 18. Februar beginnt die dritte Aktion der öffentlichen Schutzimpfung gegen Poliomyelitis mit Lebendvakzine als sog. Schluckimpfung 3. Sie richtet sich gegen den Erregertyp III (Leon), der neben dem Erregertyp I (Brunhilde) die häufigsten Lähmungen verursacht. Damit soll das erste bayerische Impfprogramm abgeschlossen werden.

Nachrichten aus den Vereinigten Staaten von Amerika und Kanada, in denen die Bedeutung des Typ-III-Impfstammes von Sabin in einigen Fällen von Poliomyelitis bei Erwachsenen erörtert wurde, haben verschiedentlich die Frage aufkommen lassen, ob auf Grund der augenblicklichen epidemischen Lage nicht auf den Einsatz des Impfstoffes verzichtet oder ob seine Verwendung zurückgestellt werden sollte.

Vorweg kann festgestellt werden, daß sich die genannten Staaten nach eingehender Prüfung der Vorkommnisse für die Fortführung der Schutzimpfung auch gegen den Erregertyp III entschieden haben.

In Kanada hat das Dominion-Council of Health bereits am 14. November 1962 empfohlen, die Impfung mit trivalenter Oralvakzine wieder aufzunehmen.

Auch in den Vereinigten Staaten von Amerika wurden nach drei Monaten die im September 1962 gegen den Typ-III-Impfstoff ausgesprochenen Vorsichtsmaßnahmen**) wieder aufgehoben. In dem nun vorliegenden Bericht des US Department of Health, Education and Welfore — Public Health Service — vom 21. Dezember 1962 Nr. 273 wird dringend auf die beschleunigte Inangriffnahme des Impfprogramms gegen Poliomyelitis hingewiesen. Dabei sollen alle drei Typen der oralen Sabin-Vakzine verwendet werden. Besonderes Gewicht soll auf die Impfung von Kindern und jungen Erwachsenen gelegt werden. Ebenso wird sie jenen Erwachsenen empfohlen, die dem Risiko des natürlichen Auftretens einer Krankheit am stärksten ausgesetzt sind, z. B. Eltern von Kleinkindern, Schwangeren, Personen, die sich in einem Epidemiegebiet aufhalten oder eine Auslandsreise planen.

Nach dem Gutachten, das der Empfehlung der obersten amerikanischen Gesundheitsbehörde zugrunde liegt, beträgt die Gesamtzahl der mit der direkten Verabreichung von Typ-III-Vakzine in Zusammenhang gebrachten Fälle jetzt elf, von denen acht Personen über 30 Jahre alt sind. Bei 15 Millionen verabreichten Dosen liegt das maximale potentielle Risiko beim Typ III — ebenso wie beim Typ I — bei einem Verhältnis von insgesamt 1 : 1 Milllon oder weniger. Weiterhin hat sich die Verbreitung durch Kontakt nicht als ausgesprochenes Gefahrenmoment herausgestellt. Die Sachverständigen haben dabei besonders herausgestellt, daß nach ihrer Meinung im einzelnen Erkrankungsfall der Zusammenhang mit dem Impfstoff nicht sicher geklärt werden kann. Auf Grund keiner Laborbefunde sei es gelungen, diese Frage endgültig zu beantworten. Jedoch haben sie versucht, für jeden Fall zu entscheiden, ob es „im Bereich des Möglichen" liegen könnte, daß die Erkrankung durch die Vakzine ausgelöst wurde. Sie haben solche Erkrankungen berücksichtigt, die zwischen dem 4. und 30. Tage nach Verabreichung der Vakzine aufgetreten sind, das klinische Bild einer paralytischen Poliomyelitis zeigten und solche Laborbefunde aufwiesen, die einen Zusammenhang mit dem Impfstoff nicht ausschließen.

*) Dem allzufrüh verstorbenen Freund und Mitarbeiter Dr. Reinhold Huther gewidmet.

**) Siehe „Oral-Poliomyelitis-Impfstoff III?" Bayer. Ärzteblatt 21, S. 722 (1962).

Der Bayerische Obermedizinalausschuß hat sich unabhängig davon, zuletzt in seiner Sitzung am 21. Dezember 1962, für eine konsequente Fortführung des Impfprogrammes, also jetzt für eine Schluckimpfung gegen den Erregertyp III, ausgesprochen. Auf Grund der vorgelegten Unterlagen hat er nach der örtlich und zeitlich begrenzten Häufung und dem Charakter der in den Vereinigten Staaten beobachteten Störungen einen direkten Zusammenhang mit der Schluckimpfung für unwahrscheinlich gehalten. Dort wurde die Schutzimpfung unter anderen Voraussetzungen angekündigt, sie wurde in den Sommermonaten fortgeführt, es wurden keine besonderen Gegenanzeigen beachtet und keine Hinweise für das Verhalten nach der Impfung gegeben. Um unerwünschte Störungen von vorneherein weitgehendst zu vermeiden, wurden und werden die bayerischen Impfaktionen in die Jahreszeit mit dem geringsten Vorkommen von Pollomyelitis- und verwandten Erregern verlegt. Dabei werden ebenso die immer häufiger isolierten Viren ausgeschlossen, die poliomyelitisähnliche Krankheitsbilder mit vorübergehenden Lähmungen verursachen können.

Die Auffassung des Obermedizinalausschusses ist gestützt durch die störungsfreien Impfungen in verschiedenen Bundesstaaten von Amerika sowie in vielen Ländern (z. B. der Schweiz, Österreich, England, Neuseeland), die den gleichen Impfstoff verwendet haben und weiter verabreichen. Eine altersmäßige Beschränkung der Schutzimpfung auf Kinder und Jugendliche hielt der Ausschuß daher auch nicht für angezeigt.

Nachdem ernstliche ärztliche Gründe der Verwendung des Typ-III-Impfstoffes nicht mehr entgegenstehen, ist noch die ärztliche Indikation für seine Verwendung in öffentlichen Terminen zu prüfen.

Schon vor den Schluckimpfungen ist eine deutliche Verschiebung im Verhältnis der Virustypen als Ursache poliomyelitischer Lähmungen festgestellt worden. So ist der Anteil des Erregertyps III in den Vereinigten Staaten von Amerika von 10 v. H. im Jahre 1959, auf 27 v. H. im Jahre 1960 und rd. 50 v. H. im Jahre 1961 angestiegen. Eine stetige Zunahme dieses Typs ist auch aus England berichtet worden. In Freiburg waren von 35 Fällen 18 auf den Erreger III zurückzuführen. Andere deutsche virologische Untersuchungsstellen haben bis zu 25 v. H. dieses Typs isoliert. Im Jahre 1961 betrug der Anteil des Typs III an den Poliomyelitisvirusisolierungen der virologischen Abteilung der Staatl. Bakteriologischen Untersuchungsanstalt München rd. 20 v. H. Epidemien hat der Typ III in Massachusetts (1960), in Georgia (1961) verursacht. Es kann dahingestellt bleiben, ob diese relative Zunahme von Typ-III-Erkrankungen auch einen absoluten Anstieg darstellt. Das um so mehr, als zu befürchten ist, daß der nicht viel weniger Lähmungen verursachende Typ III die Rolle des mit der ersten Impfaktion verdrängten Typs I übernimmt.

Der Obermedizinalausschuß hat auch die Frage der ärztlichen Indikation der dritten Impfaktion bejaht. Er hält die potentielle Gefahr, die vom Poliomyelitis-Erreger-Typ-III ausgeht, als erwiesen. Unbestritten ist, daß der Kampf gegen die Poliomyelitis erst abgeschlossen ist, wenn die Bevölkerung gegen alle drei Erreger ausreichend geschützt ist.

Damit dürfte die verschiedentlich aufgetretene Verwirrung über die Verwendung des Typ-III-Impfstoffes in öffentlichen Impfplanungen behoben sein. Die Entwicklung rechtfertigt die bisherigen Bemühungen in Bayern, die Pollomyelitis zu verdrängen.

In Bayern war die Gesundheitsverwaltung wegen der besonderen epidemiologischen Verhältnisse*) schon früh genötigt, ein Impfprogramm aufzustellen, das sich auf verschiedene Beschlüsse des Obermedizinalausschusses stützt. Da solche Impfprogramme sorgfältig und langwierig vorzubereiten sind und es auch nicht leicht ist, die Meinungsbildung darüber in der Bevölkerung zu steuern, können sie nur geändert oder unterbrochen werden, wenn schwerwiegende Gründe vorliegen. So wurde die im Monat November des vorigen Jahres durchgeführte zweite Impfaktion in der Weise geändert, daß nicht, wie ursprünglich vorgesehen, bivalent gegen die Erregertypen II und III geimpft wurde, sondern wegen der Nachrichten aus den USA und Kanada nur gegen den Erregertyp II. Dazu kam, daß polyvalente Impfstoffe das Vorgehen nicht vereinfachen. Polyvalente Impfstoffe müssen entsprechend der Zahl der Erregertypen, gegen die sie schützen sollen, mehrfach verabreicht werden. Eine in einem gewissen Verhältnis mögliche Interferenz zwischen den Typen kann den Impferfolg bei dem einzelnen für einen der Typen hindern. Wegen den nur vereinzelt vorgekommenen Lähmungen durch den Erregertyp II ist die zweite Impfaktion auch kritisiert worden. Ein Verzicht auf die schon angekündigte Impfaktion erschien aus verschiedenen Gründen nicht vertretbar. Die Bevölkerung sollte gegen alle drei Erregertypen geschützt werden. Es sollte in ihr der Gedanke an die Notwendigkeit des Impfschutzes wachgehalten und so die Brücke zu der dritten, wichtigeren Impfaktion geschlagen werden. Außerdem mußte die Zeit genützt werden, um noch im Frühjahr 1963 — vor der nächsten Poliomyelitissaison — eine dritte Impfaktion ansetzen zu können. Das Vorhaben konnte um so leichter durchgeführt werden, als der Sabin-Impfstamm II besonders günstige Eigenschaften hat und es keine Anzeichen für ein Risiko gibt. Nachträglich hat sich als weiterer Vorteil herausgestellt, daß nach Impfaktionen mit Lebendvakzine für eine gewisse Zeit die Ausbreitung von Wildstämmen und anderen Enteroviren in der Bevölkerung zurückgedrängt wird.

Die Bevölkerung hat sich dann zwar nicht so zahlreich wie bei der ersten (4,3 Millionen = 44,1 v. H. der Bevölkerung) an der zweiten Impfaktion (3,3 Millionen = 34 v. H.) beteiligt. Der Anteil der unter 18 Jahre alten ist nach einer repräsentativen Auswertung mit rd. 75 v. H. nahezu gleichgeblieben, so daß ein epidemiologischer Erfolg zu erwarten ist.

Die öffentliche Schutzimpfung gegen den Erregertyp III wird in der gleichen Weise wie die beiden vorhergegangenen Aktionen durchgeführt. Zur Teilnahme sind wiederum besonders aufgerufen alle Kinder und Jugendlichen von 6 Monaten bis zu 18 Jahren und die Angehörigen der Wohngemeinschaft, weiterhin die Heranwachsenden und Erwachsenen bis zum 40. Lebensjahr. Kindern und Jugendlichen wird sie deswegen so nachdrücklich empfohlen, weil bei ihnen die Gefahr natürlich auftretender Poliomyelitis am größten ist. Sie sind deshalb auch als natürliche Infektionsquelle für ihre Umgebung anzusehen. Aus der Impfung der empfänglichen Altersgruppen ergibt sich

*) Siehe Bayer. Ärztebl. 9, S. 538—556 (1962).

gerade der Vorteil der oralen Vakzine für die Gemeinschaft, weil sie durch die Besiedelung des Darmtraktes mit Impfviren als Glied der Infektketten ausschelden. Ebenso sollen sich jene Erwachsenen beteiligen, die dem Risiko des natürlichen Auftretens am stärksten ausgesetzt sind, z. B. Eltern und sonstige Angehörige einer Wohngemeinschaft mit Kindern und Jugendlichen, Angehörige besonders gefährdeter Berufe. Dazu kommt, daß nicht genügend geschützte Erwachsene häufiger und schwerer an Poliomyelitis erkranken. Bei virulenter Infektion kommt auf 30 nicht immune Erwachsene eine Erkrankung, die dann fünfmal schwerer verläuft als bei Kindern. Kinder sind im Verhältnis 100 : 1 der Krankheit ausgesetzt. Nach dem 40. Lebensjahr verringert sich im allgemeinen die Notwendigkeit einer Impfung, weil mit zunehmendem Alter als Folge von nicht wirksam gewordenen Infektionen eine natürlich erworbene Abwehrbereitschaft besteht.

Weiterhin sollen alle zur Impfung kommen, die schon mit Salk-Impfstoff vorgeimpft sind. Die durch den oralen Lebendimpfstoff bewirkte sog. Darmimmunität verbessert nicht nur den Schutz des einzelnen, sondern hat, wie schon erwähnt, eine Bedeutung für die Gemeinschaft. Auch sind Impflinge, die schon mit Totimpfstoff geimpft wurden, weitgehend gegen Reaktionen des Lebendimpfstoffes gefeit.

Auch wer sich noch nicht an den Schluckimpfungen 1 und 2 beteiligt hat, soll teilnehmen. Es wird später Gelegenheit gegeben, das nachzuholen. Im übrigen wird niemand zurückgewiesen werden, wenn er eine Impfung wünscht.

Bestimmte Krankheiten und Zustände gelten auch weiterhin als Gegenanzeigen. Von der Impfung ist ausgeschlossen, wer Fieber hat, an Krämpfen, Durchfällen oder schweren chronischen Erkrankungen leidet, mit Steroiden behandelt wird und kurze Zeit vor der Impfung, vor allem im Nasen-Rachenraum, operiert wurde.

Vor und nach der Schluckimpfung sind zwischen den einzelnen Schutzimpfungen bestimmte Sperrfristen zu beachten*). Nach der Schluckimpfung sollen für zwei Wochen ungewohnte körperliche Überanstrengungen vermieden werden. Auch sollen in dieser Zeit Blutspenden unterbleiben.

Bei der Schluckimpfung 3 wird wiederum ein in England und in den Vereinigten Staaten von Amerika auf Unschädlichkeit und Wirksamkeit staatlich geprüfter Impfstoff verabreicht werden

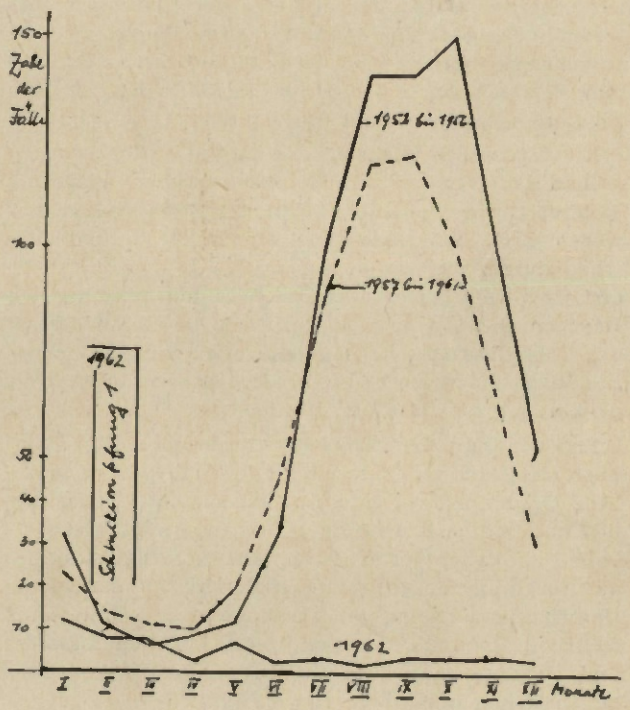
In diesem Zusammenhang darf auch noch auf die epidemiologische Wirkung der öffentlichen Schutzimpfung gegen Poliomyelitis hingewiesen werden. Sie läßt sich den Morbiditätsstatistiken entnehmen. Im Jahre 1962 wurden in Bayern 62 Neuerkrankungen gemeldet, eine Zahl, die nur vor dem Jahre 1924 verzeichnet wurde. Nach dem Fünfjahresdurchschnitt sind in den Jahren 1952 bis 1956, also zu einer Zeit, in der noch nicht gegen Poliomyelitis geimpft wurde, jährlich 790 Erkrankungen aufgetreten. Nach der 13. Woche, dem Zeitpunkt, an dem der Impfschutz der ersten Schluckimpfung wirksam wurde, sind im Jahre 1962 nur noch 35 Fälle erfaßt worden. Im gleichen Zeitraum sind früher ebenfalls nach einem fünfjährigen Durchschnitt rd. 590 Erkrankungen aufgetreten.

*) S. Bayer. Ärztebl. 9, S. 564 (1962).

Poliomyelitis in Bayern

Erkrankungsfälle

	5-Jahres-Durchschnitt 1952 bis 1956	5-Jahres-Durchschnitt 1957 bis 1961	1962
Januar	32	23	12
Februar	11	14	8
März	7	11	8
April	9	10	3
Mai	12	20	7
Juni	33	47	3
Juli	102	90	4
August	141	120	2
September	141	122	4
Oktober	150	101	4
November	101	68	4
Dezember	51	31	3



Die Abbildung zeigt einen frappierenden Unterschied der jahreszeitlichen Kurve der Erkrankungen im Jahre 1962 zu den Kurven der Mittelwerte in den Jahren 1952 bis 1956, zu einer Zeit, in der noch nicht gegen Poliomyelitis geimpft wurde, und in den Jahren 1957 bis 1961, in denen Salk-Impfstoff zur Verfügung stand. Die gefürchtete Häufung in den Sommer- und Herbstmonaten ist im Jahre 1962 zum ersten Male ausgeblieben. Das kann nur als Erfolg der ersten Impfaktion im Frühjahr 1962 gebucht werden. Dabei ist der hohe Anteil der durch den Erregertyp III verursachten Lähmungen zu berücksichtigen, gegen den jetzt geimpft wird.

Die günstigen Verhältnisse des Jahres 1962 dürfen bei der Eigenart der in bestimmten Zeiträumen epidemisch auftretenden Krankheit nicht zu der Meinung verleiten, daß mit den bisherigen Impfaktionen alles getan ist. Ob die Durchimpfung der Bevölkerung einen wirklichen Erfolg darstellt, wird sich endgültig feststellen lassen, wenn im Verlauf der nächsten fünf Jahre weiterhin keine Zunahme der Neuerkrankungen zu verzeichnen ist.

Das Ziel, die Poliomyelitis auszurotten, kann nur erreicht werden, wenn sich die Bevölkerung auch umfassend an der dritten Impfaktion beteiligt.

Es wird also wieder Aufgabe aller sein, denen die Sorge um das Wohlergehen der Bevölkerung auferlegt ist und die berufen sind, an der Gesundheitserziehung ihrer Mitmenschen mitzuwirken, auch für die dritte Impfaktion bei jeder sich bietenden Gelegenheit einzutreten. Der Einzelne muß überzeugt werden, daß die Aktion notwendig und nützlich ist. Es darf nicht vorzeitig der Wille erlahmen, sich auch weiterhin der Poliomyelitis zu erwehren. Die Poliomyelitis kann nur unterdrückt werden, wenn die Schutzimpfung die natürliche Infektion ersetzt.

Anschr. des Verfassers: Reg.-Med.-Direktor Dr. Erich Hein, 8 München 22, Odeonsplatz 3.

Rauchen bei Schülern

Von Dr. med. W. Theopold

Mit der Feststellung, daß das Rauchen und namentlich das Inhalieren des Zigarettenrauchs zu schweren und sogar tödlichen Schädigungen führen kann, wird zugleich die Frage der gesundheitlichen Volksbelehrung angeschnitten. Allein der in steigender Häufigkeit auftretende Lungenkrebs — von anderen Folgen ganz zu schweigen — fordert umfangreiche und rasche Vorbeugungsmaßnahmen, unter denen die Warnung vor dem Zigarettengenuß eine der wichtigsten ist.

Nun ist freilich allgemein bekannt, daß Rauchen ungesund ist. Dennoch streitet man darüber, innerhalb welcher Grenzen sich der Verbrauch des einzelnen bewegen darf, ohne daß eine ernsthafte Gesundheitsschädigung zu erwarten ist. Daß sich diese Schäden erst nach jahrelangem, oft erst nach jahrzehntelangem Rauchen entwickeln, trägt dazu bei, die Gefährlichkeit des Tabakrauchens zu bagatellisieren. So ist es möglich, daß immer noch die meisten Jugendlichen ungewarnt zum Raucher werden.

Erst der Bericht, den das Royal College of Physicians über das Rauchen und seine Folgen für die menschliche Gesundheit vorlegte, hat allgemeine und hoffentlich nachhaltige Beachtung gefunden. Diese verdienstvolle Publikation der britischen Ärzteschaft gründet sich auf sorgfältig ausgewertete umfangreiche statistische Unterlagen und zeigt, daß ein kausaler Zusammenhang zwischen Rauchen und Lungenkrebs, Coronarsklerose und Herzinfarkt, aber auch Magen-Darm-Erkrankungen bestehen muß.

Auch in Deutschland, wo einzelne Ärzte, wie Lickint, unermüdlich und frühzeitig und leider oft genug unbeachtet auf solch verhängnisvolle Beziehungen hingewiesen haben, macht man sich seit der Veröffentlichung des britischen Berichtes ernsthaft Gedanken, wie man dem Tabakrauchen und namentlich dem Zigarettengenuß begegnen und damit eine Gewohnheit einschränken könnte, bei der Genuß zugleich Mißbrauch ist.

Die Schwierigkeiten, die der öffentlichen Warnung entgegenstehen, sind groß. Ob man überdies auf einen Erfolg hoffen darf, wird nicht allein vom psychologischen Geschick oder von äußeren Bedingungen bestimmt, sondern auch ganz wesentlich von dem mehr oder minder großen Grad abhängen, in dem jeder Raucher als tabaksüchtig anzusehen ist. Denn eine der bedenklichsten, schon den spanischen Eroberern Mittelamerikas bekannte Wirkung des Tabaks liegt darin, daß er den Raucher unfähig macht, sich dem Genuß wieder zu entziehen. Aus dem anfänglich als Gewohnheit betrachteten Rauchen entwickelt sich oft genug ein unwiderstehlicher Zwang, eine nicht mehr zu unterdrückende Leidenschaft, die selbst bei Einsichtigen die Entwöhnung verhindert. Dennoch wird man immer wieder an die Persönlichkeit des Rauchers, an seine Einsicht und seinen Willen appellieren müssen, und es ist ermutigend, daß gerade in letzter Zeit unter dem Einfluß sachlicher Warnungen englische Ärzte in immer größerer Anzahl dem Tabakgenuß entsagt haben.

Immerhin ist die Entwöhnung schwieriger als die Verhütung. Folgerichtig sollten sich daher alle Aufklärungsmaßnahmen in erster Linie an diejenigen richten, die noch nicht mit dem Rauchen begonnen haben. Wann aber beginnt der Jugendliche zu rauchen?

Auf diese Frage gibt es nicht sehr viele verläßliche Antworten. Lickint hat 1959 Zahlen wiedergegeben, die er Berichten über die Verbreitung des Tabaks in niederländischen und belgischen Schulen entnahm. Sie

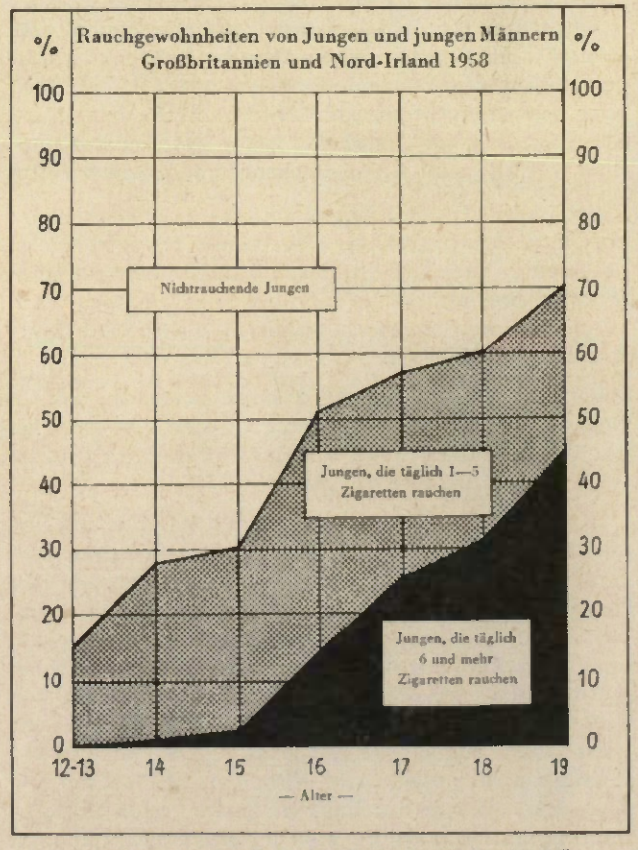


Abb. 1: Beginn des Rauchens bei Jungen und jungen Männern. Obwohl schwaches Rauchen im Alter von 15 Jahren ziemlich verbreitet ist, wird das starke Rauchen (täglich 6 und mehr Zigaretten) erst nach Schulabschluß häufig. Danach steigt die Zahl der Raucher stark an. (Das Zahlenmaterial wurde vom Ständigen Ausschuß der Tabakhersteller zur Verfügung gestellt.) (Aus: Rauchen und Gesundheit, ein Bericht des Royal College of Physicians, London.)

Tabelle 1: **Zahl der Befragten und täglicher Zigarettenverbrauch**

Schule	Zahl	Alter								Raucher	%	Zahl der tgl. Zigaretten		
		14	15	16	17	18	19	20	21			1—5	6—10	üb.10
1	28		10	15	3					11	39,9	8	3	—
2	48			4	25	19				12	25,0	6	4	2
3	45			19	17	9				21	46,6	10	9	2
4	93	14	9	27	34	7			*	57	61,3	18	12	26†
5	82			7	22	41	10	2		46	58,1	24	11	11
6	74		1	8	25	29	10	1		60	81,1	34	19	7
7	86					35	31	16	4	39	45,3	14	15	10
8	28			21	6	1				20	71,5	14	4	2
9	50			17	19	6	6	2		29	58,0	7	8	14
10	60			7	15	8	9	9	12	34	56,6	16	9	9
11	81		9	19	9	12	7	4	1	32	52,5	5	13	14
12	92		10	11	18	21	18	9	5	55	59,5	15	18	22
Gesamt	747	14	39	136	195	196	100	43	22	416	55,7	171	125	119
											%	55,7	22,9	16,9	15,9

* 2 ohne Angabe
† 1 ohne Angabe

erscheinen aber so hoch, daß sie kaum den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen dürften, denn nach diesen Angaben sollen die Raucherziffern unter Kindern zwischen sechs und zwölf Jahren zwischen mindestens siebenundzwanzig Prozent und höchstens neunundsechzig Prozent liegen. Zuverlässiger erscheinen Ermittlungen, die das Londoner Schulgesundheitsamt durchführte und bei denen es zweitausendfünfhundert Schulkinder registrierte, die nach eigenen Angaben gewohnheitsmäßig und oft mit Einwilligung der Eltern rauchen. Lickint selbst hat eine Ermittlung in Chemnitz in höheren Lehranstalten und Berufsschulen angestellt und sich dabei der Methode der direkten Befragung bedient. Seine an tausendachtundfünfzig befragten Personen gewonnenen Zahlen gibt die folgende Tabelle wieder:

Alter der Raucher in Jahren:	14	15	16	17	18	19	20
Schüler %	14,5	15,0	39,0	26,4	60,7	57,1	54,2
Schülerinnen %	0	6,5	8,9	7,9	20,6	5,5	14,3

Auch aus der Schweiz liegt ein Bericht vor. Moser hat 1956 in Basel männliche Insassen von Altersheimen und vergleichend Ärzte und Studenten über ihre Rauchgewohnheiten befragt und gefunden, daß neunundsechzig Prozent aller Befragten vor dem zwanzigsten und dreiundneunzig Prozent vor dem fünfundzwanzigsten Lebensjahr zu rauchen begannen.

Ebenfalls im Bericht des Royal College of Physicians sind Angaben über das Rauchen von jugendlichen Engländern enthalten:

„Die meisten Raucher gewöhnen sich das Rauchen als Jugendliche an; in den letzten Jahren durchgeführte Erhebungen des ‚Ständigen Ausschusses der Tabakhersteller' (Tobacco Manufacturer's Standing Committee) im ganzen Land und einige unabhängige Erhebungen bei Schulkindern von der Isle of Wight bis Lancashire haben gezeigt, daß, abgesehen von einigen schulbedingten Unterschieden, im allgemeinen elf Prozent bis fünfzehn Prozent der Jungen nicht selten mit elterlicher Genehmigung oder Aufmunterung bereits mit zehn Jahren kleinere Zigarettenmengen rauchen. Während der Schulzeit nimmt der Verbrauch stetig zu und steigt im Schulentlassungsalter von fünfzehn Jahren steil an, bis mit dem neunzehnten Lebensjahr der Verbrauch Erwachsener erreicht ist. Mädchen rauchen seltener, mit fünfzehn Jahren sind sie jedoch zu fünfzehn Prozent und mit zwanzig Jahren zu vierzig Prozent regelmäßige Raucher."

Wir sahen uns aus verschiedenen, hier nicht näher zu erläuternden Gründen veranlaßt, die Frage über den Beginn des Rauchens von Jugendlichen aufzugreifen, und wir führten, mit freundlicher Unterstützung des Schulamtes*), eine Befragung an Frankfurter Gym-

*) Herrn Stadtrat Professor Dr. Gläss sei auch an dieser Stelle für seine Hilfe herzlichst gedankt.

Tabelle 2:

Zahlenangaben über den Beginn des regelmäßigen Rauchens

Schule	Beginn des Rauchens								
	13	14	15	16	17	18	19	20	21
1			8	3					
2			3	5	4				
3			5	6	5	1	*		
4	2	7	15	24	5	1	†		
5	2	2	5	14	13	9	1		
6		3	9	26	18	3	1		
7		1	4	6	14	9	4	1	
8	1		8	7	4				
9	1	3	9	13	3				
10		2	3	10	9	4	3	2	1
11	2	5	5	10	5	2	2	1	
12	1	3	12	20	10	4	4	1	
Gesamt	9	26	86	144	90	33	15	5	1
%	1,2	3,5	11,5	19,3	12,0	4,4	2,0	0,7	0,1
(747 Befragte)	1,2	4,7	16.2	35,5	47,5	51.9	53,9	54,6	54,7

* 4 ohne Angabe
† 3 ohne Angabe
+ 1% ohne Abgabe

nasien und Berufsschulen durch. Bei derartigen Erhebungen kann man gewisse Unsicherheiten naturgemäß nicht ausschließen; auf die Frage nach einer Gewohnheit, die zugleich der Männlichkeit schmeichelt und dennoch vielen Jugendlichen verboten ist, wird manche Antwort nicht frei von Dissimulation sein.

So umstritten die Methode aber auch sein mag — es gibt keine, die einfacher und rascher zu hinreichend genauen Ergebnissen führt. Die Befragung wurde in Schulen verschiedenen Charakters durchgeführt, um einen möglichst breiten sozialen Querschnitt zu erfassen. Sie beschränkte sich grundsätzlich auf männliche Jugendliche im Alter zwischen vierzehn und einundzwanzig Jahren. Die Schüler hatten einen Bogen auszufüllen, der nur kurze Fragen enthielt; auf jegliche Namensangabe wurde verzichtet. Daß die Schule der Aktion verständnisvoll gegenüberstand, dürfte sich positiv auf die Verläßlichkeit der Antworten ausgewirkt haben.

Das Ergebnis dieser Befragung, das in den Tabellen 1 und 2 aufgeschlüsselt ist, besagt:

von 747 Frankfurter Schülern sind 416 nach eigenen Angaben regelmäßige Raucher, das heißt 55,7 Prozent.

22,9 Prozent der Schüler rauchen nur wenig, nämlich weniger als 5 Zigaretten am Tag.

16,9 Prozent der Schüler konsumieren 5 bis 10 Zigaretten täglich.

15,9 Prozent benötigen mehr als 10 Zigaretten am Tage. 90 Prozent der rauchenden Schüler inhalieren den Tabakrauch.

Einzelne Schüler rauchen bereits sehr früh, nämlich vor Vollendung des 13. Lebensjahres, meistens wird im Alter von 16 Jahren mit dem Rauchen begonnen. Bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres rauchen 16,2 Prozent, also etwa jeder 6. Schüler. Bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres sind es bereits 51,9 Prozent. In diesem Alter raucht also jeder 2. Schüler.

Wenn wir die an den einzelnen Schulen gewonnenen Teilangaben untereinander vergleichen, fällt auf, daß der Prozentsatz der Raucher für die einzelnen Anstalten erhebliche Differenzen aufweist. Wir möchten an dieser Stelle darauf verzichten, diese Unterschiede näher zu erörtern, sondern lediglich eine Bemerkung zum Gesamtergebnis machen. Mutmaßlich dürften die gewonnenen Zahlen eher zu niedrig liegen. Vergleicht man sie mit den englischen Ziffern des Jahres 1958, so findet man, daß die Frankfurter Werte hinter den

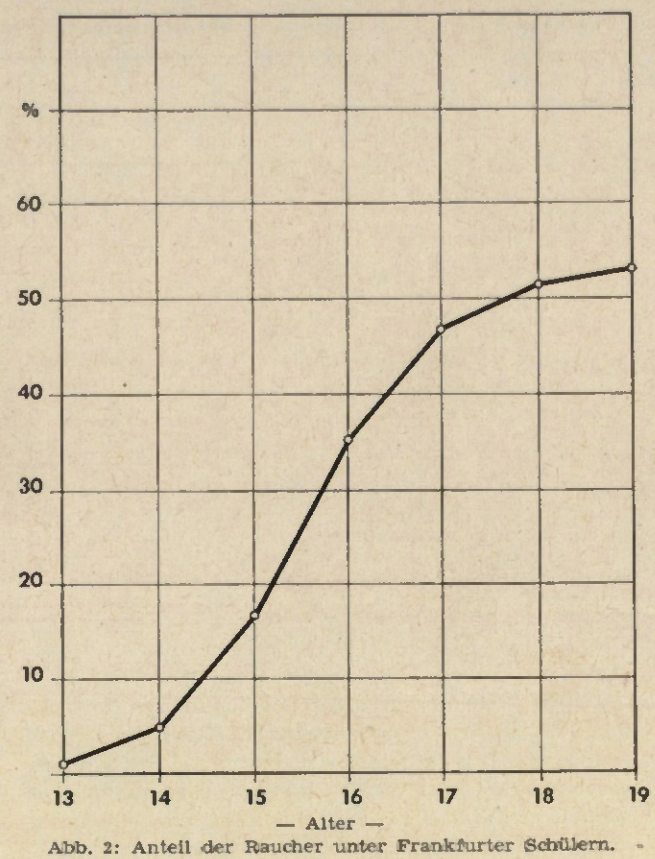


Abb. 2: Anteil der Raucher unter Frankfurter Schülern.

britischen zurückbleiben. Wenn sich aus unserer Befragung aber bereits ergibt, daß mit achtzehn Jahren jeder zweite Jugendliche regelmäßiger Raucher ist, so ist diese Tatsache schon bedenklich genug und sie sollte Anlaß sein, entsprechende Aufklärungsmaßnahmen einzuleiten. Uns kam es in erster Linie darauf an, mit hinreichender Zuverlässigkeit den Zeitpunkt zu ermitteln, an dem der Jugendliche zum regelmäßigen Raucher wird. Aus unseren Ermittlungen geht nun eindeutig hervor, daß Warnungen vor dem Rauchen früh, nämlich vor Beginn des dreizehnten Lebensjahres einsetzen und also die psychologischen Besonderheiten dieser Altersstufe berücksichtigen müßten. Besonders die starke Zunahme der Raucher im fünfzehnten und sechzehnten Lebensjahr legt nahe, daß eine Aufklärung, die erst zu diesem Zeitpunkt einsetzt, bereits verspätet kommt.

Anschrift des Verfassers: Frankfurt a. M., Georg-Voigt-Straße 11—13.

Praxisverkauf – Praxistausch – Praxiswert

Dr. med. Rolf-Detlev Berensmann und Gerichtsreferendar Hans-Werner Winter

Mit den jüngst ergangenen höchstrichterlichen Entscheidungen scheint die Diskussion über die Zulässigkeit der Praxisübernahme abgeschlossen zu sein. Sie endete mit der grundsätzlichen Bejahung des Praxisübernahmevertrages. Unklarheiten bestehen noch im Hinblick auf die finanziellen Belastungen des übernehmenden Arztes. Daher gewinnt die Frage nach dem Übergabewert erhöhte Bedeutung. Im Anschluß an die Darstellung der Rechtsprechung soll daher versucht werden, einige Anhaltspunkte für die Bewertung der Praxis zu geben.

I. Zunächst soll jedoch untersucht werden, was unter dem Begriff „Praxisübernahme" verstanden werden soll. Völlig unproblematisch ist dabei die Übergabe des Mobiliars und des Instrumentariums, also der Praxiseinrichtung.

Unter Praxisübernahme wurde jedoch seit jeher noch etwas Zusätzliches zu den bereits genannten Gegen-

ständen verstanden. Darüber, was unter diesem „Zusätzlichen" zu verstehen sei, herrscht Streit. Eine Meinung geht dahin,

das dem Arzt von seinen Patienten entgegengebrachte Vertrauen sei Gegenstand der Praxisübernahme.[1])

Die Gegenmeinung, die an das RGZ 115, 172 anknüpft, sieht als Gegenstand der Praxisübernahme

„die günstige Möglichkeit zur Erringung einer neuen Praxis"[2]) oder

„die größere oder geringere Wahrscheinlichkeit, Patienten zu bekommen und sich erhalten zu können, also ein Konglomerat von Möglichkeiten und Unmöglichkeiten".[3])

Kallfelz[4]) meint, wesentlich sei die

„für den Käufer günstige Niederlassungsmöglichkeit".

Redecker[5]) schließlich hat jüngst die Ansicht geäußert, ein Teil des Klientenstammes werde übergeben.

Eine dritte Meinung spricht im Anschluß an einen Terminus technicus des Geschäftsverkehrs vom „good will" des freien Berufes. (Vgl. LG Wiesbaden, NJW 1959, S. 33, BGH RzW 1959, S. 32.)

Wie aus dieser Zusammenstellung hervorgeht, folgt die überwiegende Meinung nicht der Auffassung des ehemaligen Preußischen Ehrengerichtshofs, wonach es sich bei einer Praxisübernahme um einen Verkauf des Vertrauens handeln soll; und dies mit Recht.

Bei dem Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient handelt es sich um eine einseitige Beziehung, die vom Patienten ausgeht. Diese Beziehung ist allein an die Person des Arztes geknüpft. Lediglich der Patient bestimmt, wie lang er dem Arzt dieses Vertrauen entgegenbringt. Dies beweist schon die jederzeitige Möglichkeit des Arztwechsels. Schon diesen Arztwechsel kann der Arzt nicht verhindern, und will es ja auch gar nicht. Jedenfalls kann er dann um so weniger über das Vertrauen des Patienten zu seinem Nachfolger bestimmen. Dem Patienten steht es frei, ob er sein Vertrauen dem neuen Arzt zuwenden will oder nicht. Daraus ergibt sich, daß der Arzt über das Vertrauen der Patienten nicht verfügen und es daher auch nicht zum Gegenstand eines Praxisübernahmevertrages machen kann.

Auf der anderen Seite ist es unserer Meinung nach auch nicht möglich, bei der Praxisübernahme den Begriff „good will" zu gebrauchen. Dieser Begriff wurde für den Verkauf des Handelsgeschäfts entwickelt und bedeutet dort den Gegenwert für den guten Ruf der Firma. Diese Firma ist der Name des Inhabers. Dieser Name wird auf den neuen Inhaber übertragen, so daß er in den Genuß des guten Rufes der Firma kommt. Gerade dies ist jedoch bei der Praxisübernahme nicht möglich. Mit dem Ausscheiden des übergebenden Arztes verschwindet auch sein Name vom Praxisschild. Somit scheitert schon an diesem Tatbestand die analoge Verwendung des Begriffs „good will" auf die Praxisübernahme.

Auch die Mittelmeinung, die von der Mehrzahl vertreten wird, wird in verschiedenen Formulierungen ausgedrückt, was darauf hinweist, daß offensichtlich die Bestimmung des eigentlichen Kaufgegenstandes auf Schwierigkeiten stößt. Man muß daher vom Tatbestand ausgehen und fragen, was der übernehmende Arzt erhält. In der Regel bekommt der übernehmende Arzt die Möglichkeit, in den Praxisräumen des übergebenden Arztes das Vertrauen der Patienten zu gewinnen, die aus Gewohnheit, Unkenntnis des Arztwechsels oder Neugierde in die Praxis kommen. Mehr als diese Chance kann der übergebende Arzt angesichts des differierenden Patienten-Arztverhältnisses gar nicht überlassen. Die Ausnutzung dieser Chance ist bereits an die Persönlichkeit des übergebenden Arztes gebunden. Der übernehmende Arzt erhält also die Chance, sich einen Patientenstamm zu erringen, oder anders ausgedrückt, eine Starthilfe für den Anfang seiner Praxis. Er findet „eingetretene Wege" in der von ihm übernommenen Praxis vor. Dieser Auffassung am nächsten kommen das RG[6]), wenn es ausführt:

„Gegenstand des Verkaufs ..... können ..... gewisse Möglichkeiten sein, ..., daß Patienten, ... die jedenfalls zum Teil aus Gewohnheit auch den Übernehmer der Praxis aufsuchen, zumal dann, wenn dieser in den Geschäftsräumen des vorherigen Inhabers seine Praxis ausübt", und Kuhn[7]), der ausführt, „es sei für den Übernehmer von Vorteil, wenn er von der Last, sich einen Patientenkreis zu bilden, befreit wird".

Das Ergebnis lautet also: Der Praxisübernahmevertrag ist ein Vertrag, der grundsätzlich aus zwei Teilen besteht. Einmal werden die zur Führung einer Praxis notwendigen Gegenstände veräußert, zum anderen wird dem Übernehmer die Chance gewährt, das Vertrauen der Patienten des Vorgängers zu gewinnen.

II. Bevor die Frage der rechtlichen Zulässigkeit der Praxisübernahme erörtert wird, ist zunächst zu prüfen, ob solche Verträge standeswidrig sind oder nicht, denn die Frage der rechtlichen Zulässigkeit hängt hiermit eng zusammen.[8]) Grundlegend für die Frage der Standeswidrigkeit war die Rechtsprechung des ehemaligen Preuß. Ehrengerichtshofs.[9]) Dort wird ausgeführt, der Arzt hat „sich das seiner Person ..... geschenkte Vertrauen bezahlen lassen, ohne daß er imstande gewesen sei, dem Käufer für jene Summe eine Gegenleistung oder einen Gegenwert zu gewähren".

Diese Haltung soll deswegen standeswidrig sein, weil das Publikum und der Käufer getäuscht werde. Der Preuß. Ehrengerichtshof bezeichnet also schlechthin ein wucherisches Geschäft als standeswidrig, denn nichts anderes ist das Mißverhältnis von Leistung und Gegenleistung bei einem Rechtsgeschäft. Daß jedoch ein wucherisches Geschäft, weil rechtswidrig — § 138, Abs. 2, BGB, — auch standeswidrig ist, erscheint nicht fraglich. Nur ist nicht recht einzusehen, worin in einer solchen Betrachtungsweise die spezifische Standeswidrigkeit gefunden werden soll. Auch die

[1]) So insbesondere der ehemalige Preuß. Ehrengerichtshof in ständiger Rechtsprechung, vgl. Bd. 1, S. 58 H, im Anschluß daran auch RGZ 66, 139

[2]) Hühn, Der Verkauf einer ärztlichen Praxis, Erfurt, 1935, S. 14

[3]) Schrödter, JW 1902, S. 645

[4]) JW 1937, S. 1513 ff.

[5]) NJW 1956, S. 346

[6]) RG 115, 172

[7]) Kuhn, Das Gesamte Recht der Heilberufe, I, 681

[8]) Palandt, § 138, 5, ff., RGZ 144, 244

[9]) Insbesondere Band 1, S. 58 ff.

Standesvertretungen haben zu dieser Frage nicht eindeutig Stellung genommen.[10]) Hierbei ist insbesondere ein Schreiben der ehemaligen Reichsärztekammer aus dem Jahre 1936[11]) erwähnenswert, wo ausgeführt wird: „Die Reichsärztekammer wird bei Begutachtung von Praxisübernahmeverträgen darauf achten, daß Hinterbliebene von Ärzten oder invalide Ärzte nicht aus künstlich herausgesuchtem ‚Sittlichkeitsbewußtsein' mehr oder weniger vor ein Nichts gestellt werden.

Diese Uneinheitlichkeit der Auffassung der Standesvertretungen hat schon das Reichsgericht[12]) veranlaßt, zu folgern, daß bedingte Standeswidrigkeit jedenfalls keine unbedingte Sittenwidrigkeit zur Folge haben kann.

Es ist also eine uneinheitliche Auffassung der Standesvertretungen hinsichtlich unserer Fragestellung festzustellen. Anhaltspunkte, aus denen eine Standeswidrigkeit abgeleitet werden könnte, sind nicht zu finden. Wahrscheinlich gingen die eine Standeswidrigkeit bejahenden Standesvertretungen von der Theorie des ehemaligen Preuß. Ehrengerichtshofs aus, wonach eine Veräußerung des Vertrauens und damit des Patienten stattfinde, was einen Vertrauensmißbrauch darstelle. Man degradierte den Patienten zur „Handelsware".

Mit der Ablehnung dieser Theorie ist jedoch die Standeswidrigkeit damit nicht mehr zu begründen. Demnach ist der Schluß unvermeidlich, daß das Dogma von der Standeswidrigkeit der Praxisübernahme keine Geltung mehr beanspruchen kann. Im übrigen ist es höchst zweifelhaft, ob es in der Vergangenheit jemals Bestand hatte.

III. Das RG hatte sich, soweit ersichtlich, erstmals nach der Jahrhundertwende mit der Problematik der Praxisübernahme zu befassen. Die Fragestellung war: Ist die Praxisübernahme als gegen die guten Sitten verstoßend gemäß § 138 BGB anzusehen? Eine schlechthin verneinende Antwort hat das RG nie gegeben. Es hat vielmehr seine Entscheidung jeweils auf den Einzelfall abgestellt. Auch die von der Gegenmeinung immer wieder zitierte RG-Entscheidung[13]) besagt nur, daß ein Vertrag unter derartigen Bedingungen (gemeint sind die für den übernehmenden Arzt drückenden finanziellen Belastungen) gegen die guten Sitten verstoßen. Schon in dieser Entscheidung des RG werden allerdings auch die Grenzen angedeutet, innerhalb deren der Praxisübernahmevertrag Rechtsgeltung erhalten solle. Das RG führt aus: Der Abschluß des Praxisübernahmevertrages „ist unter Bedingungen geschehen, die den übernehmenden Arzt nötigten — oder doch zum mindesten die Gefahr in sich bargen, daß der übernehmende Arzt unter dem Einfluß eines starken wirtschaftlichen Drucks dazu geführt werden würde —, daß er bei Ausübung seines Berufes sein Augenmerk vor allem und unter Außerachtlassung voller Berücksichtigung der Interessen der seine Hilfe nachsuchenden Personen auf die Erzielung möglichst hoher Einnahmen richtete". Es kommt also, wie das RG auch in seinen späteren Entscheidungen mehrfach ausführt, darauf an, daß die wirtschaftliche Unabhängigkeit des Arztes nicht angetastet wird und er seinen Beruf allein zum Wohle der Patienten ausüben kann. Kurze Zeit später bestätigt das RG diese Auffassung, indem es ausführt:[14]) „Nach diesem Urteil (RG 66, 139) ist also nicht jede zwischen Ärzten getroffene Vereinbarung über die entgeltliche Übertragung der ärztlichen Praxis schlechthin und unter allen Umständen als gegen die guten Sitten verstoßend zu erachten."

Dabei nimmt das RG auf eine Reihe unveröffentlichter Entscheidungen Bezug, in denen jeweils der Praxisverkauf als zulässig angesehen wurde.[15]) Auch in der Entscheidung RG 115, 172, die allerdings den Verkauf einer Zahnarztpraxis betraf, nahm das RG einen rechtsgültigen Praxisübernahmevertrag an. Bis zu diesem Zeitpunkt konnte also jedenfalls in der Rechtsprechung des RG von einer generellen Sittenwidrigkeit nicht die Rede sein. Auch in RG 153, 294, weist das RG darauf hin, daß „die aus der Stellungnahme des Berufungsgerichtes sich ergebende Folge abgelehnt werden muß, daß schlechthin jeder Verkauf einer Arztpraxis in der Vergangenheit nichtig sei". Auch aus der RÄO v. 13. 12. 1935, insbesondere § 49 III, hat das RG keine generelle Standeswidrigkeit und daraus folgende Sittenwidrigkeit der Praxisübernahme angenommen. (Die Entscheidung betrifft den Verkauf einer Rechtsanwaltspraxis.) In der letzten Entscheidung des RG[16]), die das Problem der Praxisübernahme betrifft, stellt es allerdings in Anlehnung an die Anordnung des damaligen Reichsärzteführers Dr. Wagner vom 6. 11. 1937 außerordentlich strenge Anforderungen an die Zulässigkeit eines Praxisübernahmevertrages. Das RG gestattet die Praxisübernahme nur bei Notlage der Witwe und zur Sicherstellung der Erben, wobei Voraussetzung ist, daß der Aufbau der Praxis das Lebenswerk des verstorbenen Arztes sein muß.

Somit ergibt sich, daß das RG gegen Ende seiner Rechtsprechung, also insbesondere im Dritten Reich, die anfänglich in weiterem Umfang zulässig gehaltene Praxisübernahme immer mehr einschränkte. Dies hängt zweifellos mit den standesstaatlichen Prinzipien des Dritten Reiches zusammen.

Nach dem Kriege haben sowohl der BGH[17]) als auch einige Oberlandesgerichte[18]) die Praxisübernahme grundsätzlich für zulässig gehalten.

Die Abgrenzung zu den sittenwidrigen Verträgen findet das OLG Nürnberg ähnlich der Entscheidung des RG 66, 139 (vgl. oben) und stellt auf die wirtschaftl. Bewegungsfreiheit des übernehmenden Arztes ab.

Auch in den neueren Kommentaren finden sich fast ausschließlich den Praxisübernahmevertrag bejahende Meinungen.[19]) Lediglich Staudinger äußerte sich zu der BGH-Entscheidung im 16. Band Seite 71 zweifelnd[19a])

[10]) Vgl. dazu Kallfelz a. a. O., Rhein. Ärztekammer v. 11. 6. 1926 Provinzialverband Brandenburg v. 1. 2. 1927 Standesordnung für Deutsche Ärzte v. 5. 6. 1929

[11]) Veröffentl. im Deutschen Ärzteblatt 1936, Nr. 48, S. 1189

[12]) RG 153, 294

[13]) RG 66, 139

[14]) RG 75, 120

[15]) RG v. 18. 7. 07 Rep. II 88/07
RG v. 16. 10. 08 Rep. II 137/08
RG v. 4. 10. 09 Rep. IV 662/08; die E werden in RG 75, 120 zitiert

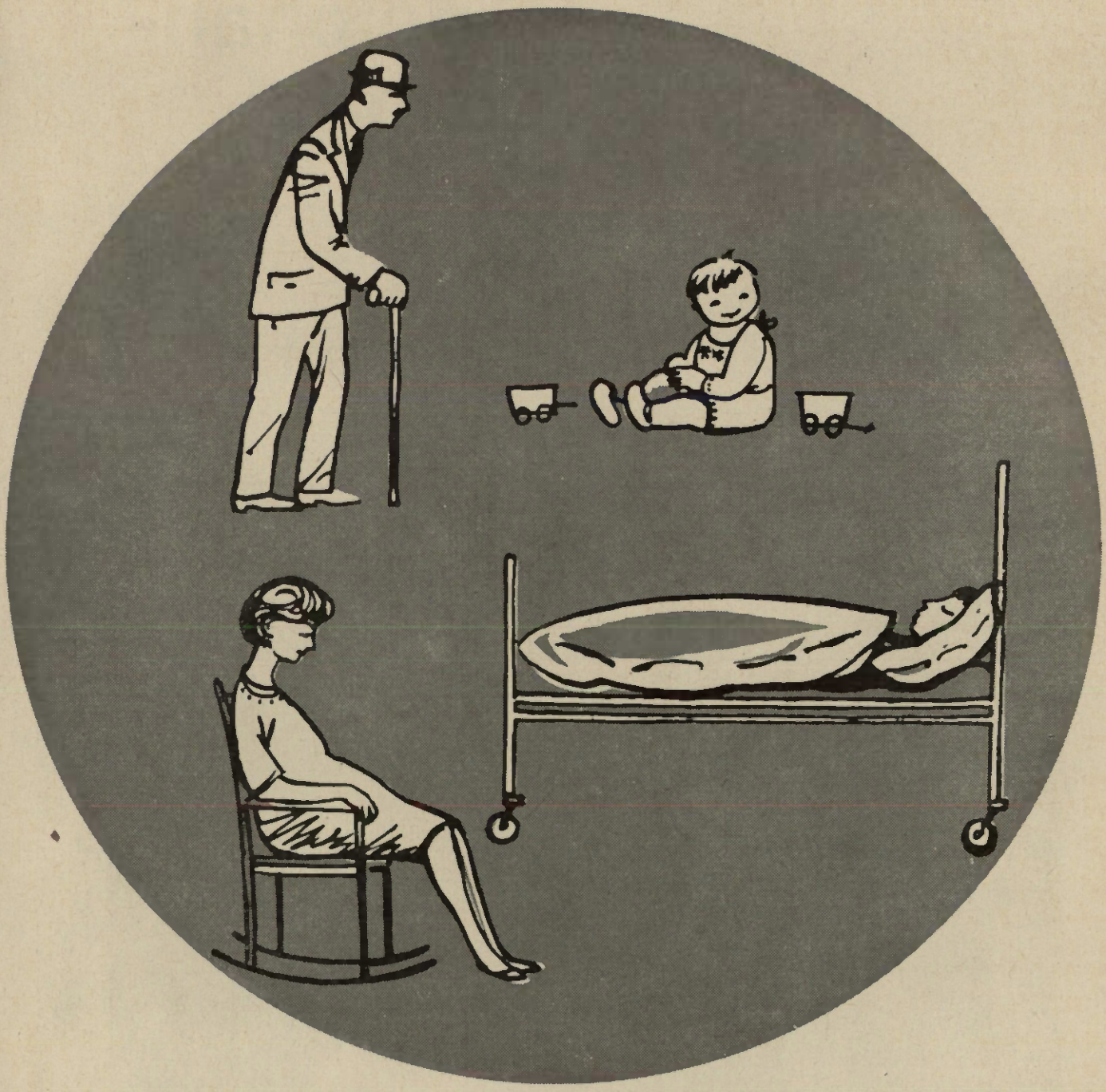
[16]) Vgl. RG 161, 153

[17]) BGH 16, 71, NJW, 1959/1584

[18]) OLG Köln, NJW 1956, S. 346, OLG Nürnberg BB 15. Jahrg., Heft 15

[19]) Soergel-Siebert, 9. Aufl. § 138, Nr. 90, RGR-Komment. 11. Aufl. § 138, Nr. 77, Warneyer, 13. Aufl. § 138, Ermann § 138 und Palandt § 138, Ziff. 19 Q

[19a]) Staudinger, 11. Aufl. § 138, 19 Q; anders hingegen bei § 433, Ziff. 30



...besonders für empfindliche Patienten

Agarol®

Wiederherstellung der natürlichen Darmfunktion bei allen Formen der Obstipation

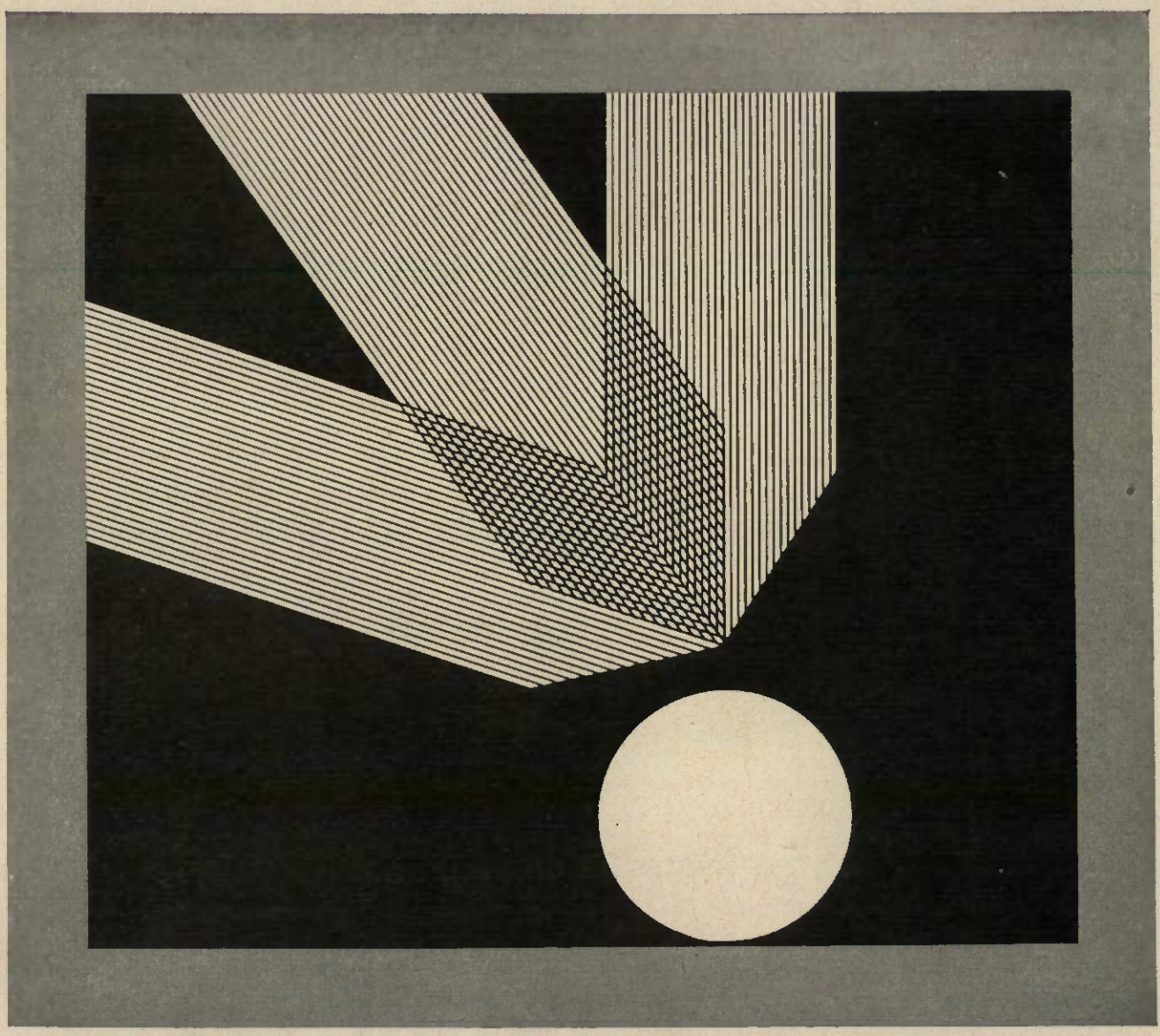
OP mit 200 ccm · homogene, stabile Emulsion aus Mineralöl und Agar-Agar mit 1,3 % Phenolphthalein

Gödecke & Co · Chemische Fabrik AG · Berlin

CIBA

Adelphan-Esidrix®

Antihypertonikum



3 Pharmaka = 1 Tablette

(Staudinger, 11. Auflage, § 138, 19 Q); anders hingegen bei § 433 Ziff. 30. In der Literatur finden sich ebenfalls nur bejahende Stimmen.[20])

Auch Kallfelz a. a. O., der teilweise sehr standesstaatliche Ansichten vertritt, hält die Praxisübernahme, allerdings mit erheblichen Einschränkungen, für zulässig. (Im Anschluß an RG 153, 294.) Kallfelz kann jedoch nicht daran vorbeigehen, daß die herrschende Volksmeinung Verträge dieser Art unbedenklich billigt. Das Problem sieht er auch nicht in der grundsätzlichen Sittenwidrigkeit solcher Verträge, sondern in der Frage des gezahlten Entgelts und dessen Einfluß auf die Entscheidungsfreiheit des übernehmenden Arztes. Grundsätzlich bejabend äußert sich auch Redecker in seiner Anmerkung zum Urteil des OLG Köln, NJW 1956 S. 346. Das medizinische Schrifttum, soweit es den Verfassern zugänglich war, bejaht ebenfalls die Zulässigkeit des Praxisübernahmevertrages[20a]). Teilweise ist auch schon die Gesetzgebung dazu übergegangen, wenigstens indirekt die Praxisübernahme zuzulassen. In ähnlichen Fällen fordert sie für Verträge dieser Art eine Genehmigungspflicht seitens der jeweils zuständigen Vertretungen (Zulassungsausschuß)[21]).

Ergebnis dieser Untersuchung von Rechtsprechung und Lehre ist also, daß der Praxisübernahmevertrag in seiner zweiteiligen Form rechtsgültig ist, es sei denn, es läge ein Fall des Wuchers oder der unzulässigen Knebelung der Entscheidungsfreiheit des übernehmenden Arztes vor.

IV. Es ist nunmehr zu prüfen, welche Rechtsregeln auf den Praxisübernahmevertrag anzuwenden sind. Dazu ist zunächst seine Natur festzulegen. In Betracht käme: Kaufvertrag, Gesellschaftsvertrag, gemischter Vertrag oder Vertrag sui generis.

Überwiegend wird angenommen, es handle sich bei Praxisübernahmeverträgen um Kaufverträge, weswegen die Regeln der §§ 433 ff. BGB anzuwenden seien.[22]) Auch wenn man davon ausgeht, beim Praxisübernahmevertrag sei außer dem Instrumentarium und dem Mobiliar eine Chance, das Vertrauen der Patienten des Vorgängers zu gewinnen, Gegenstand des Vertrages, ist der überwiegenden Meinung zuzustimmen. Zwar sind nach dem Wortlaut des § 433 BGB nur Sachen und Rechte verkäuflich. Es herrscht jedoch Einigkeit darüber, daß auch „wirtschaftlich selbständige Güter, die weder Sachen noch Rechte sind, verkauft"[23]) werden können. Daraus ergibt sich, wie auch der BGH annimmt, daß grundsätzlich die Regeln über die Gewährleistung — §§ 459 ff. BGB — Anwendung finden. Der BGH hatte sich schon mehrmals mit derartigen Fällen zu beschäftigen. Dabei wurde die Nichtverlängerung des Belegarztvertrages durch das Krankenhaus — es handelte sich bei den Vertragspartnern um Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren — als Mängel angesehen.

Allerdings werden die Fälle, in denen eine Gewährleistung in Frage kommt, selten sein, da die die Chance beeinflussenden Mängel bereits Gegenstand der Vorverhandlungen sind und daher in der Regel eine Anfechtung des gesamten Vertrags gemäß § 123 BGB wegen Täuschung in Frage kommt. Lediglich wenn diese Voraussetzungen, insbesondere der Vorsatz, nicht nachzuweisen sind, werden Gewährleistungsansprüche zur Anwendung kommen.[24])

Sonderprobleme beim Praxistausch entstehen nicht. Aus dem vorher Gesagten ergibt sich, daß er ebenfalls zulässig ist. Im übrigen finden gemäß § 515 BGB auf den Tausch die Regeln des Kaufrechts Anwendung.

Die Möglichkeit des Praxistausches wird auch in der Gesetzgebung direkt anerkannt. Vergleiche etwa die Zulassungsordnung für Baden-Württemberg § 22, II. (Fundstelle Anmerkung 21)

V. 1. Die nunmehr wichtigste und alle Beteiligten am meisten interessierende Frage ist diejenige nach dem Wert, der einem Praxisübernahmevertrag zugrunde gelegt werden kann. Bevor auf die Erörterung dieser Frage eingegangen wird, ist vorauszuschicken, daß selbstverständlich die Parteien auf Grund der verfassungsrechtlich garantierten Vertragsfreiheit immer die Möglichkeit haben, völlig frei einen Preis zu vereinbaren. Im folgenden sollen daher nur Anhaltspunkte gegeben werden, nach welchen Gesichtspunkten die Parteien den Übernahmewert festlegen sollen. Hierbei ist die Frage nach dem Wert des Mobiliars und des Instrumentariums als unproblematisch auszuscheiden. Für diese Gegenstände wird ein Schätzwert festzusetzen sein. Bei Möbeln, die der Mode unterworfen sind und deren Wiederverkaufswert gewöhnlich niedrig ist, wird der Schätzwert sehr niedrig anzusetzen sein; anders hingegen wird es bei den Instrumenten sein, deren Konstruktion sich in der Regel nicht ändert und deren Form ja keine Rolle spielt. Im übrigen ist mit Herold[25]) die Beiziehung eines neutralen Gutachters zu empfehlen (auf Vorschlag der zuständigen Ärztekammer), der in Streitfällen angerufen werden kann. In der Regel wird ein Gutachter, der mit der Einrichtung von Arztpraxen vertraut ist, genügen. In Ausnahmefällen, insbesondere dann, wenn Möbel in größerem Umfang mitveräußert werden, wird es sich empfehlen, auch einen Möbelfachmann als Gutachter zu bestellen. Die Kosten der Schätzung durch die Sachverständigen sind, da sie im Interesse beider Parteien liegen, von den Parteien je zur Hälfte zu tragen.

Hinsichtlich des Wertes der Chancen ist folgendes vorauszuschicken: Die Diskussion nach dem Kriege nahm ihren Anfang im Entschädigungsrecht. Hierbei handelte es sich um die Frage, inwieweit freien Berufen, also auch Ärzten, über den Sachwert ihrer jeweiligen Praxis hinaus, eine Entschädigung dafür zu gewähren sei, daß sie während des Dritten Reiches keine oder nur beschränkt eine Praxis ausüben konnten. Die Frage wurde zunächst bei den Rechtsanwäl-

[20]) Kallfelz JW 1937, 1513 ff; und die dort zitierten Redecker NJW 1956, S. 346

[20a]) Kuhn, J., S. 681
Kühn, Der Verkauf einer ärztlichen Praxis, Erfurt 1935
Schmelcher, Dtsch. Med. Wschr. Nr. 8, 1958, und Herold, Ärztliche Praxis, Jahrgang II, Nr. 45, S. 7, v. 11. 11. 59

[21]) Standesordnung f. Deutsche Ärzte v. 5. 6. 29, § 6 II; zitiert bei Kallfelz a. a. O.; Zulassungsordnung für Baden-Württemberg II 22, II; Dtsch. Med. Wschr. v. 1960, S. 78 ff.

[22]) BGH 16, 71, NJW 59, 1584, Schmelcher a. a. O., Kallfelz a. a. O. mit weiteren Nachweisen

[23]) Vgl. dazu Palandt, § 433, Z. 1 und RG 63, 59; 67, 386

[24]) Vgl. dazu auch den ausführlichen Aufsatz von Schmelcher in der Dtsch. Med. Wschr. v. 1960, S. 78 ff.

[25]) Vgl. dazu auch den ausführlichen Aufsatz von Schmelcher in der Dtsch. Med. Wschr. v. 1960, S. 78 ff.

ten von der Bundesrechtsanwaltskammer in Form einer Empfehlung an die einzelnen Anwaltskammern, die sich zu den Gerichtsverfahren gutachtlich äußerten, entschieden.[26])

Dort wurde als „good will" je nach Einzelfall das Zwei- bis Fünffache des Jahreseinkommens angenommen. Dieser Auffassung hat sich das Landgericht Wiesbaden[27]) auch für den „good will" einer Arztpraxis angeschlossen.[28]) Dieser Wert stellt jedoch den Wert der Praxis in der Person des Entschädigungsberechtigten dar. Er kann deswegen für den Fall einer Praxisübernahme nicht angewendet werden, denn im letzten Fall liegt ein Wechsel der Person des Inhabers der Praxis vor. Schon daraus ergibt sich, daß der Übernahmewert unter dem Entschädigungswert liegen muß.

2. Methodisch wird bei der Festlegung des Übergabewerts einer Praxis vorgeschlagen, wie folgt vorzugehen: Die Parteien benutzen als Grundlage der Vertragsverhandlungen einen sog. Grundwert. Dieser Grundwert, dessen Berechnung unten gezeigt wird, läßt sich aus den einschlägigen Unterlagen (Bilanzen, Einkommensteuererklärungen u. ä.) leicht entnehmen. Haben die Parteien den Grundwert ermittelt, werden davon, je nach Lage des Einzelfalles, Abzüge erhoben, so daß, wenigstens annähernd, das „justum pretium" erreicht wird. Zwar wurde bei der Begriffsbestimmung der Chance der Ausdruck „ideeller Wert", der aus dem Handelsrecht stammt, abgelehnt. Trotzdem wäre es denkbar, die Grundsätze, die im Handelsrecht zur Bewertung dieses idellen Wertes entwickelt wurden, im vorliegenden Fall dann zur Grundlage des Grundwertes zu machen, wenn die Tatbestände vergleichbar wären. Bewertungsvorschriften für den ideellen Wert einer Firma finden sich in dem Bewertungsgesetz und den dazu ergangenen Verordnungen des Bundesfinanzministers. Dort wird sogar eine einfache Formel für die Verrechnung angegeben.[29]) Grundlage der Formel ist allerdings ein ganz bestimmtes Verhältnis von aufgewandtem Kapital zu dem erwirtschafteten Ertrag, denn der Ertragswert bestimmt sich nach einer Formel, bei der Ertrag durch Kapital dividiert wird. Regelmäßig ist dabei das Kapital ein Vielfaches des Ertrages. Daraus ergibt sich, daß die Formel für den Fall der Praxisübernahme nicht verwendet werden kann, denn dort ist das Verhältnis zum aufgewendeten Kapital und Ertrag regelmäßig ein anderes: meist wird der Ertrag höher liegen als das aufgewendete Kapital.

Selbst wenn man zum aufgewendeten Kapital die Ausbildungskosten hinzurechnen wollte, würde sich das Verhältnis mit einem gewöhnlichen Geschäftsvorgang nicht angleichen. Somit scheidet diese Formel als Grundlage zur Berechnung des Wertes aus.

Das Handelsrecht kennt noch mehrere Methoden zur Bewertung des „ideellen Werts". In allen Fällen ist jedoch die Höhe des eingesetzten Kapitals mit den Zahlen, die sich bei einer Arztpraxis ergeben, nicht vergleichbar.[29a]) Es bleibt daher nur die Möglichkeit, den Wert aus dem Wesen der Chance[29b]) zu bestimmen. Dabei ergibt sich, daß der Wert der Chance in einem bestimmten Verhältnis zu dem Einkommen, das aus ihrer Ausnutzung erzielt wird, steht. Ein anderer Ausgangspunkt läßt sich nicht denken. Nun besteht jedoch die Schwierigkeit, daß im Zeitpunkt der Festlegung des Wertes der übernehmende Arzt ja aus ihrer Ausnutzung noch kein Einkommen erzielen konnte. Als Anhaltspunkt bleibt daher nur das Einkommen des übergebenden Arztes.

Jedoch müssen Chance und ärztliches Können des übernehmenden Arztes zusammenwirken, um dem übernehmenden Arzt ein Einkommen zu ermöglichen. Da Chance und ärztliches Können gleichwertige Bedingungen des Einkommens sind, die nicht hinweggedacht werden können, ohne daß das Einkommen entfiele, ist die Chance wohl mit 50% des Einkommens des übergebenden Arztes im Mittel der letzten drei Jahre zu bewerten. Den so gefundenen Wert, die Hälfte des Mittels aus dem dreijährigen Einkommen des übergebenden Arztes, wird als Grundwert für die Berechnung des Übergabewertes vorgeschlagen. Als Einkommen gilt dabei die Differenz aus Brutto-Einkommen und Unkosten der Praxis. Von diesem Grundwert, der also jeder Praxisübernahme zugrunde zu legen ist, ist nun, je nach Lage des Einzelfalles, möglicherweise ein Abzug zu machen. Im folgenden soll gezeigt werden, wie diese Abzüge zu berechnen sind.

3a) Die Praxis eines Arztes, insbesondere eines sehr beliebten Arztes, kann mehr oder weniger untrennbar mit seiner Person verbunden sein, so daß der übernehmende Arzt, der in der Regel unbekannt ist, kaum eine oder gar keine Chance erhalten kann.

Eine solche Praxis könnte man persönlichkeitsgebunden nennen. Es ist klar, daß etwa der Nachfolger in der Praxis des bekannten Chirurgen Sauerbruch kaum eine Chance erbält[30]), die Praxis im vergleichbaren Umfang fortzusetzen.

In diesem Fall ist also ein Abzug von 100% vom Grundwert vorzunehmen, so daß der übernehmende Arzt lediglich Mobiliar und Instrumentarium zu zahlen hätte.

Es läßt sich, ganz allgemein, ein Satz des Inhalts aufstellen: je persönlichkeitsgebundener eine Praxis ist, desto schwerer ist es für den Nachfolger, seine Chance wahrzunehmen, desto niedriger muß auch der Wert hierfür angesetzt werden. Umgekehrt gilt, je allgemeiner in der Schulmedizin eine Praxis ausgeübt wurde, desto größer ist die Chance des übernehmenden Arztes und desto größer daher ihr Wert. Bei der Übernahme einer normalen Praxis ist jedenfalls vom Grundwert ein Abzug von 20% zu erheben. Dieser Abzug rechtfertigt sich deswegen, weil zu den oben erwähnten Gruppen derjenigen Patienten, die aus Gewohnheit oder Unkenntnis des Arztwechsels zu dem übernehmenden Arzt kommen, noch die Gruppe der Neugierigen hinzukommt. Diese Gruppe muß bei der Bewertung des Chancenwertes außer Betracht bleiben, da sie auch in die Praxis kommen, wenn der übernehmende Arzt eine Praxis von vorne angefangen

[26]) Abdruck in NJW 1957, S. 1271
[27]) NJW 1595, 33
[28]) Gleicher Meinung war auch die Konferenz zur Beratung der Berufsordnung in ihrer Sitzung vom 1. 2. 58, S. 9 des Protokolls
[29]) Die Formel lautet:
Firmenwert = $\frac{\text{Ertragswert} - \text{gemeiner Wert}}{2}$
[29a]) Etwa Geschäftswert = Ertragswert — Substanzwert
[29b]) Die Chance, das Vertrauen der Patienten des Vorgängers zu gewinnen
[30]) Vgl. Bösche, Rhein. Ärzteblatt, Heft 3, 1960

hätte. Sie muß daher bei der Berechnung abgezogen werden. Die Gruppe der Neugierigen wird man mit 20% der Patienten ansehen können. Der Abzug ist daher in dieser Höhe vorzunehmen.

b) Auch die „Konkurrenz", man verzeihe diesen geschäftsmäßigen Ausdruck, beeinflußt selbstverständlich den Chancenwert. Zwei Extreme sind dabei vorweg zu erwähnen, einmal die „konkurrenzlose" Landpraxis, zum anderen die „Laufpraxis" in der Hauptstraße der Großstadt. In beiden Fällen ist die Chance des Übernehmers, das Vertrauen des großen Patientenkreises zu gewinnen, gleich groß. In einem Fall können die Patienten gar nicht anders als sich von dem übernehmenden Arzt behandeln zu lassen. Bei einer „Laufpraxis" hingegen kommt es nur darauf an, daß das Publikum weiß, in der A-Straße ist eine ärztliche Praxis; auf den Inhaber kommt es nicht entscheidend an. Daher wird im letzten Fall der übernehmende Arzt ebensoviel Zulauf haben wie der Übergebende. In diesem Fall ist daher vom Grundwert kein Abzug zu machen.

Wie groß in allen übrigen Fällen die Abwertungsquote ist, in welcher Höhe sich also der Abzug vom Grundwert bewegt, läßt sich allgemein nicht sagen. Hier sind die Fälle einfach zu verschieden. Lage, Größe, Situation u. a. m. der Praxis bestimmen den Einzelfall. Es muß jedoch darauf hingewiesen werden, daß seit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 23. 3. 1960[30a]) jeder zulassungswillige und zulassungsfähige Arzt das Recht hat, auf Antrag am Ort seiner Wahl zu den RVO-Kassen zugelassen zu werden. Der Kassenarztsitz hat somit seinen Pfründencharakter weitgehend verloren. Bei der Festsetzung des Wertes sind daher nicht die jetzigen Konkurrenzverhältnisse zu berücksichtigen, sondern auch die in naher Zukunft eintretenden.

c) Bei einer Praxisübernahme spielt das Zeitmoment in den Fällen eine Rolle, in denen eine Praxis von Todes wegen veräußert wird. Hier sinkt die Chance um so mehr, je länger die Praxis verwaist ist. Die Chance verflüchtigt sich.

Darüber, in welchem Zeitraum sich die Chance verflüchtigt, läßt sich streiten. Im allgemeinen werden sich aber in einem Zeitraum von einem Jahr die Patienten verlaufen haben, so daß der übernehmende Arzt dann so gut wie keine Chance erhält.

Daraus ergeben sich zwei Folgerungen: Wird die Praxis unmittelbar nach dem Tode des vorherigen Inhabers weitergeführt, ist aus diesen Gesichtspunkten kein Abzug vom Grundwert zu erbeben; ist ein Jahr seit dem Tode verstrichen, so sind vom Grundwert 100% abzuziehen, d. h. der Übernehmer bezahlt auch hier nur Mobiliar und Instrumentartum. Für die dazwischenliegende Zeit gilt, daß die Chance und damit ihr Wert in der ersten Zeit nur ganz langsam absinkt, um dann später, insbesondere in der zweiten Hälfte des Jahres, ziemlich stark abzufallen. Handelt es sich dabei um eine Kassenpraxis, muß man berücksichtigen, daß der Patientenwechsel jeweils zum Beginn eines Quartals stattzufinden pflegt, so daß also hier der Wert nicht in einer Kurve, sondern sprungartig von Quartal zu Quartal sinkt.

d) Auch die Zusammensetzung der Patienten beeinflußt den Wert der Chance.

Privatpatienten pflegen in bezug auf ihren Arzt wählerischer zu sein als Kassenpatienten, diese vor allen Dingen deswegen, weil sie glauben „vollzubezahlen"; der übernehmende Arzt wird also deren Vertrauen schwerer erringen können, als dasjenige der Kassenpatienten. Deswegen wird eine Praxis, die zu einem sehr hohen Prozentsatz aus Kassenpatienten besteht, dem Übernehmer eine größere Chance bieten, als diejenige, die sehr viele Privatpatienten hat. Man wird also bei einer 100%igen Kassenpraxis keinen Abzug vornehmen. Jedoch lassen sich in bezug auf andere Fälle angesichts der komplizierten Verhältnisse keine Prozentzahlen angeben.

e) In besonderen Fällen ist mit der Praxis eine Werkarzt- oder Belegarzttätigkeit verbunden. Kann der Übernehmer dieses Vertragsverbältnis weiterführen, wird er die volle Chance wahrnehmen; wird er, was die Regel sein wird, nicht in die Verträge nachfolgen können, ist entsprechend dem Einfluß, den diese Verträge auf das Einkommen des übergebenden Arztes ausübten, vom Grundwert ein Abzug zu machen.

f) Die Frage, wie lange der übernehmende Arzt in den Räumen des übergebenden Arztes praktizieren wird, spielt ebenfalls bei der Bewertung der Chance eine Rolle. Findet die Praxisübernahme im Zusammenhang mit einem Hauskauf statt, so erhält der übernehmende Arzt die Gewißheit, daß er auf lange Dauer in den Räumen seines Vorgängers praktizieren und damit den erworbenen Praxisstamm halten kann. In Ansehung dieses Faktors bleibt der Grundwert in diesem Fall konstant. Anders liegt es hingegen, wenn der Übernehmer in die Verpflichtungen eines laufenden Mietvertrages von kürzerer oder längerer Dauer eintritt. Hierbei kommt es auf die Laufzeit der Verträge an. Mietverträge, die länger als fünf Jahre laufen, bieten dem übernehmenden Arzt eine genauso große Sicherheit wie demjenigen, der zusammen mit der Praxis das Haus übernimmt. Daher kommt in diesem Fall ein Abzug vom Grundwert — wie im Falle des Hauskaufs — nicht in Frage. Anders liegt es hingegen bei Mietverträgen mit kürzerer Laufdauer. Hier trägt der Übernehmer der Praxis das Risiko der Vertragserneuerung. Dieses Risiko wirkt wertschmälernd. Der übernehmende Arzt kann im Fall der Kündigung des Mietvertrags die ihm durch die Praxisübergabe einmal gebotene Chance nicht mehr ausnutzen, denn die Ausübung der ärztlichen Praxis ist an den jeweiligen Praxisort gebunden. Wo der übernehmende Arzt dann weiterhin seine Praxis ausüben kann, ist völlig seiner eigenen Initiative überlassen.

Bei der Frage der Bewertung ist davon auszugehen, daß in den ersten beiden Jahren nach der Übergabe der Praxis den übernehmenden Arzt eine Kündigung härter trifft als in den nächsten drei Jahren. Deswegen ist das Risiko in den ersten beiden Jahren höher zu bewerten als in den nächsten drei Jahren.

Es wird vorgeschlagen, bei Verträgen von nur einjähriger Vertragsdauer vom Grundwert einen Abzug von 30% zu erheben, bei solchen von zweijähriger Dauer 25%; läuft der Praxisübernahmevertrag hingegen drei, vier oder fünf Jahre, sind 20%, 15% und 10% vom Grundwert abzuziehen. Dies bedeutet also, daß bei Verträgen von mehr als fünf Jahren Dauer kein Abzug vom Grundwert vorzunehmen ist.

g) Ein Sonderfall wird dann vorliegen, wenn die Frau des verstorbenen Arztes, die schon vorher in der

[30a]) Abgedruckt in NJW 1960, 715

Beachten Sie die

Fortbildungsveranstaltungen

in Badgastein vom 10. bis 23. März
in Davos vom 11. bis 23. März
in Augsburg vom 29. bis 31. März 1963

Praxis mitgeholfen hat, dem übernehmenden Arzt noch einige Zeit als Sprechstundenhilfe dient. In diesem Fall kommt zu den drei bereits erwähnten Patientengruppen, nämlich Gewohnheit, Neugier, Nichtwissen, noch eine hinzu: die Gruppe derjenigen, die aus Mitleid mit der Arztwitwe die Praxis noch weiterhin aufsuchen. Es scheint, als ob die Chance des übernehmenden Arztes sich dadurch über den Grundwert hinaus vergrößert. Dies ist jedoch nicht richtig, denn zum Ausgleich sinkt die Gruppe derjenigen, die aus Nichtkenntnis und Neugier die Praxis aufsuchen, ab, so daß im Ergebnis lediglich der volle Grundwert errechnet wird. Allerdings ist dann in diesem Falle die Chance des übernehmenden Arztes, die meisten oder fast alle Patienten des Vorgängers zu übernehmen, sehr groß, so daß in solchen Fällen vom Grundwert in der Regel keine Abzüge zu machen sind. Unverändert bleiben natürlich davon die oben erwähnten gleichen Gesichtspunkte, die auch in diesem Falle zu beachten sind. Hierbei ist darauf hinzuweisen, daß bei der Berücksichtigung der „Konkurrenzverhältnisse", der Umstand, daß die Witwe in der Praxis bleibt, ebenfalls von Bedeutung ist. Dies kommt dann darin zum Ausdruck, daß in Anbetracht der „Konkurrenzverhältnisse" wohl kaum ein Abzug zu machen ist; die Patienten werden in der Regel durch die Witwe stärker als sonst in der Praxis gehalten.

Die vorgeschlagene Methode soll ganz kurz an einem Beispiel erläutert werden:

Es wird eine Landpraxis, die ausschließlich Kassenpraxis ist, von der Witwe des kürzlich verstorbenen Praxisinhabers übergeben. Der Nachfolger kann unmittelbar anschließend die Praxis übernehmen. Im benachbarten Ort praktizieren zwei Ärzte. Der Mietvertrag soll eine Laufzeit von fünf Jahren haben.

Das Einkommen des verstorbenen Arztes betrug 40 000 DM im Durchschnitt der letzten drei Jahre.

Berechnung:

Grundwert = die Hälfte des Einkommens		= 20 000 DM
5jähriger Mietvertrag, Abzug 10% vom Grundwert	2000 DM	
„Konkurrenz" durch die beiden Ärzte im benachbarten Ort, 10% Abzug vom Grundwert	2000 DM	
Gesamtabzug vom Grundwert	4000 DM	4 000 DM
	Chancenwert	16 000 DM

Wegen der Praxisgestaltung wurde kein Abzug erhoben, da es sich um eine ausschließliche Kassenpraxis handelte, ebensowenig war wegen der „Persönlichkeitsgebundenheit" etwas abzuziehen.

VI. Abschließend ist nochmals darauf hinzuweisen, daß alle angegebenen Werte Annäherungswerte sind und lediglich eine Diskussionsgrundlage für die durchaus delikaten Bewertungsfragen bilden. Im übrigen sind Fälle denkbar, die von denen, nur den Typus betreffend, abweichen. Ganz kurz soll noch auf das Erfordernis der wirtschaftlichen Unabhängigkeit der übernehmenden Ärzte eingegangen werden. Da die Beträge, die bei der Übernahme einer Praxis bezahlt werden müssen, einschließlich des Mobiliars und des Instrumentariums, in der Regel 10 000 DM übersteigen werden, wird eine einmalige Zahlung des übernehmenden Arztes, von Sonderfällen abgesehen, nicht in Betracht kommen. In der Regel ist daher Ratenzahlung zu empfehlen. Dem Rhythmus der Quartalsabrechnungen folgend, sollten die Raten vierteljährlich bezahlt werden. Werden die Raten in erträglicher Höhe gehalten, etwa 1000 DM, ist unter diesen Gesichtspunkten an der Zulässigkeit der Praxisübernahmeverträge nicht zu zweifeln.

Es gilt also kurz und schlagwortartig folgendes:

1. Der Praxisübernahmevertrag ist zulässig, Ausnahmen gelten nur im Falle des Wuchers und der Knebelung.
2. Der Wert orientiert sich — neben dem Verkauf der Praxiseinrichtung (Mobiliar, Instrumentarium usw.) zum Schätzwert — an der Hälfte des Jahreseinkommens des übergebenden Arztes. Von diesem Grundwert werden je nach Lage des Einzelfalles Abzüge erhoben.

Anschr. d. Verf.: Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32.

Bemerkung der Redaktion: Wegen der Aktualität Wiederholung aus „Ärztl. Mitteilungen" Nr. 42/1960 mit frdl. Genehmigung der Schriftleitung.

AUS DEM STANDESLEBEN

Nachtrag zum Bericht über die Neuwahl der Bayer. Landesärztekammer (siehe Heft 1/63)

Ergänzung des Kammervorstandes

Der am 12. Januar 1963 gewählte Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer hat gem. Art. 13 des Kammergesetzes die Herren Kollegen

Dr. Dr. W. von Gugel,
Dr. E. Kleeberger
Dr. F. Voellinger,

als Vorstandsmitglieder kooptiert.

Ausschuß für angestellte Ärzte

Dr. Klaus Dehler, Nürnberg,
Dr. Hans-Joachim Gailer, Würzburg,
Dr. Heinrich Hauser, München,
Dr. Klaus Jelke, Bayreuth,
Dr. Germanus Lins, München,
Dr. Hermann Mühleisen, Amberg,
Priv.-Doz. Dr. Dietrich Vogt, München,
Dr. Friedrich Wolf, Erlangen.

HÄDENSA

hilft

BEI HÄMORRHOIDEN

EIN WESTBERLINER ERZEUGNIS

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

HÄDENSA-GESELLSCHAFT · BERLIN-FRIEDENAU

Berufung von Chef- und leitenden Ärzten an den Münchner städtischen Krankenhäusern: Harlaching, rechts der Isar, Schwabing und Oberföhring

Die Vollversammlung des Münchener Stadtrates hat in nicht öffentlicher Sitzung am 30. Januar 1963 folgende Berufungen beschlossen:

Krankenhaus Harlaching

Mediz. Abt.: Prof. Dr. Heinrich Bergstermann; Chirurgische Abt.: Priv.-Dozent Dr. Erich Kugel; Gynäkologisch-geburtshilfliche Abt.: Prof. Dr. Gerhard Döring; Kinderabt.: Prof. Dr. Hans Dietrich Pache; Röntgenabt.: Dr. Hermann Künlen; Augenabt.: Prof. Dr. Hans Jürgen Merté; Pathologische Abt.: Priv.-Dozent Dr. Benno Stampfl; Prof. Dr. Adolf Schrader wurde bereits im Herbst 1962 zum Chefarzt der Medizinischen Abteilung im renovierten Altbau berufen.

Krankenhaus München rechts der Isar

Für den zum 1. 6. 1963 zu pensionierenden Prof. Dr. Hanns Baur als Chefarzt der II. Mediz. Abt.: Prof. Dr. Hans Ley; für den im Laufe des Jahres in den Ruhestand tretenden Chefarzt der Röntgenabt.: Prof. Dr. Hermann Anacker; an Stelle des in Ruhestand versetzten Chefarztes der urologischen Abt.: Oberarzt Dr. Wolfgang Mauermayer; Onkologische Abt.: Dr. Käsbauer; Toxikologische Abt.: Dr. Max Clarmann von Clarenau, beide als leitende Ärzte.

Krankenhans Schwabing

Als Chefärzte: I. Chirurg. Abt.: Oberarzt Dr. Max Schmid; II. Chirurg. Abt.: Oberarzt Dr. Leonhard Hofmeister; Kinderchirurgische Abt.: Oberarzt Dr. Helmut Simon; Gynäkolog.-geburtshilfliche Abt.: Oberarzt Dr. Heinz Keller; Kinderabt.: Oberarzt Dr. Paul Schweier. — Als leitende Ärzte: Onkologische Abt.: Oberarzt Dr. Hans-Gerhard Henftling; Bäderabt.: Dr. Matthias Bauer.

Die Beschlußfassung über die Berufung des einstimmig für die Chefarztstelle der Infektionsabt. im Krankenhaus Schwabing vorgesehenen Oberarztes Dr. Ernst Holzer, z. Z. in Indien bei der Pockenepidemiebekämpfung, wird bis zur Rückkehr ausgesetzt.

Krankenhaus Oberföhring

Chefarzt der Medizin. Abt. (für Prof. Bergstermann): Oberarzt Dr. Eberhard Kautsch.

FAKULTÄT

München: Priv.-Doz. u. Oberassistenten Dr. med. Dr. dent. Franz Brachmann, Univ.-Zahnklinik München, wurde am 16. 12. 1962 der Titel „apl. Professor" verliehen.

Priv.-Dozent Dr. med. Max Eder, Konservator am Pathologischen Institut der Universität München, wurde mit Min.-E. Nr. V 61 443 vom 14. 12. 1962 die Bezeichnung „apl. Professor" verliehen.

Priv.-Doz. Dr. Hans-Joachim Küchle, Oberarzt der Augenklinik d. Universität München, wurde mit Entschl. Nr. V 101 974 vom 4. 12. 1962 die Bezeichnung „apl. Professor" verliehen.

Priv.-Doz. Dr. Wolfgang Spann, wiss. Assistent am Inst. f. Gerichti. u. Versicherungsmedizin d. Univ. München, wurde am 27. 12. 1962 der Titel „apl. Professor" verliehen.

Habilitationen:

Dr. med. Günther Fruhmann, Assistent a. d. II. Med. Klinik München, für d. Fach: Innere Medizin am 10. 1. 1963,

Dr. med. Helmuth Gastpar, Assistent a. d. HNO-Klinik München, für d. Fach: Hals-Nasen-Ohrenheilkunde am 8. 11. 1962,

Dr. med. Dr. phil. Peter Hans Hofsehneider, Assistent am Max-Planck-Institut f. Biochemie München, für d. Fach: Physiologische Chemie am 13. 12. 1962,

Dr. med. Josef Karl, Assistent a. d. I. Med. Klinik München, für das Fach: Innere Medizin am 3. 9. 1962,

Dr. med. Johann Kugler, Assistent a. d. Univ.-Nervenklinik München, für d. Fach: Neuro-Physiologie am 13. 12. 1962,

Dr. med. Werner Rudolph, Assistent a. d. II. Med. Klinik, München, für d. Fach: Innere Medizin am 10. 1. 1963

Dr. med. Fritz Ruéff, Assistent a. d. Chir. Klinik München, für d. Fach: Chirurgie am 8. 11. 1962,

Dr. med. Dr. phil. Joseph Rutenfranz, Ass. a. d. Kinderpoliklinik München, für d. Fach: Kinderheilkunde, am 3. 9. 1962,

Dr. med. Hans Ernst Sachse, Oberarzt a. Städt. Urolog. Krankenhaus München, für d. Fach: Urologie am 3. 9. 1962,

Dr. med. Clemens Stehr, Ass. a. d. Kinderpoliklinik München, für d. Fach: Kinderheilkunde am 3. 9. 1962,

Dr. med. Fritz Zimmer, Assistent a. d. 1. Univ.-Frauenklinik München, für d. Fach: Frauenheilkunde u. Geburtenhilfe am 10. 1. 1963.

Würzburg: Der bisherige apl. Professor an der Universität Köln, Dr. August Rütt, wurde zum ordentlichen Professor der Orthopädie in der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg ernannt.

PERSONALIA

Der ehemalige Präsident der Bayer. Landesärztekammer, Herr Kollege Dr. Karl Weiler, feierte am 6. Februar 1963 seinen 65. Geburtstag. Eine Würdigung folgt.

Professor Dr. Hans v. Braunbehrens, Direktor des Instituts u. d. Poliklinik f. Physikalische Therapie u. Röntgenologie (Rieder-Institut) u. Vorstand der Medizinischen u. Klimatologischen Abteilung des Balneologischen Instituts bei der Universität München, wurde zum Ehrenmitglied der International Society of Medical Hydrology and Climatology (I.S.M.H.) ernannt.

Der apl. Professor für Chirurgie Dr. med. Immo Wymer feierte am 19. 1. 1963 seinen 75. Geburtstag.

IN MEMORIAM

Am 7. Nov. 1962 verstarb d. apl. Professor f. Neuro-Chirurgie Dr. med. Eduard Weber, wiss. Ob.-Assistent a. d. Chir. Klinik München, im Alter von 53 Jahren.

Aus der Geschichte der Medizin

Philipp Franz von Walther

Mitbegründer der deutschen wissenschaftlichen Chirurgie und Augenheilkunde

Von Dr. Walther Koerting

Das 19. Jahrhundert brachte der Medizin, vor allem in seiner zweiten Hälfte, ungeheuere Fortschritte. Doch schon bei seinem Beginn zeichnete sich die Wende deutlich ab. Einer der Begründer der deutschen wissenschaftlichen Chirurgie und Augenheilkunde war Philipp Franz von Walther. Er gebörte nach der Aussage von Julius Hirschberg in seiner „Geschichte der Augenheilkunde" zu denjenigen Frühreifen, die im späteren Leben nicht enttäuscht haben. Sein Lebenslauf ist sehr interessant.

Er wurde am 3. Januar 1782 zu Burweiler in der Rheinpfalz geboren. Seine Eltern verloren durch die Französische Revolution ihr Heim und einen großen Teil ihres Vermögens. Sie mußten 1792 nach Speyer und 1793 nach Heidelberg flüchten. Hier besuchte ihr Sohn das Gymnasium, das er mit „maxima cum laude" verlassen konnte. Bereits in einem Alter von noch nicht 16 Jahren wurde er am 25. November 1797 an der Heidelberger Universität immatrikuliert. Der für Philosophie Begeisterte studierte nicht nur dieses Fach, sondern auch Naturwissenschaften, Anatomie, Physiologie, Pathologie und Pharmazie. Seine Eltern übersiedelten 1798 wieder in linksrheinisches Gebiet nach Weiher in der Pfalz. Er wurde nun vor die Frage gestellt, seine Studien zu unterbrechen und französischer Staatsbürger zu werden oder, getrennt von den Eltern, in Deutschland seine Studien fortzusetzen. Er entschied sich, in Heidelberg zu bleiben, doch wurde auch er (1799) hier von den Franzosen vertrieben und gezwungen, zu den Eltern zu gehen. Es drängte ihn jedoch zu einer Fortsetzung seiner Studien. Er wollte, wenigstens vorerst, an keine deutsche Hochschule gehen. Das Bild, das er von diesen entwarf, war nicht erfreulich.

„Auf den deutschen Universitäten fehlte es damals noch beinahe ganz und überall an klinischen Instituten, und obgleich in ihrem Schoße eine reiche medizinische Gelehrsamkeit fruchtbringend gepflegt wurde, so war der Unterricht wegen des Mangels an Sammlungen und Instituten nicht anschaulich, nicht lebendig eindringend: er blieb tot und scholastisch. Für die Schule erlernten die Zöglinge vieles, für das Leben und die Ausübung sehr weniges. Die naturwissenschaftlichen Sammlungen waren kleine Raritätenkammern, in denen die sparsam vorhandenen Naturkörper mit ethnographischen Gegenständen und mit einigen physikalischen Apparätchen buntscheckig gemengt waren. Auf den anatomischen Theatern, die in sehr entlegenen, fast unzugänglichen Örtlichkeiten, z. B. in Bamberg in einem Keller des Zuchthauses, angelegt waren, fehlte es an der nötigen Anzahl von Leichnamen. Klinische Hospitäler gab es beinahe nirgendwo. Diese sind an deutschen Universitäten erst später in ihrer Wichtigkeit und Notwendigkeit erkannt worden" (bei Weinland).

Im Frühjahr 1800 ging v. Walther an die Universität Wien. Nur dadurch, daß er als Erzieher Geld verdiente, konnte er sich die Studien ermöglichen. Einem Brief an seinen Onkel, den Generalsteuereinnehmer Keller in Weißenburg i. Elsaß, kann man seinen Tagesablauf entnehmen, der über seine historische Bedeutung hinaus auch für die Gegenwart manches zu sagen hat:

„In der Frühe erhebe ich mich um halb 5 vom Lager; von 5 bis 8 Uhr gebe ich einem Advokaten aus Brabant Unterricht im deutschen Aufsatz, von 6 bis 7 Uhr höre ich des jüngeren Frank Vorlesungen (Anm. Joseph Frank, Sohn des Johann Peter F., 1771—1842) über die Weiberkrankheiten, von 7 bis 8 besuche ich mit demselben seine beiden Krankensäle, worauf ich immer mehrere Kranke zur eigenen Behandlung mir auserwähle; von 8 bis 9 Uhr bringe ich auf der praktischen Schule bei Hofrat Frank (Anm. Johann Peter Frank, 1745—1821) und von 9 bis 10 Uhr in dessen praktischen Vorlesungen zu. Nun habe ich endlich eine halbe Stunde Ruhe, dann mache ich einen forcierten Marsch in die Stadt, wo ich um 11 Uhr eintreffe und bis 12 Uhr

Abb. 1: Nach dem Ölgemälde, das sich in der Bonner Univ.-Augenklinik befand. Es ist nach Mitteilung dieser Klinik durch die Ereignisse des letzten Weltkrieges verlorengegangen. Es stellt v. Walther in seiner Bonner Zeit dar. Das Bild ist der Arbeit von J. Hirschberg (siehe Quellennachweis) entnommen.

Unterricht gebe; von 12 bis 1 Uhr höre ich des berühmten Beer (Anm. Georg Joseph B., 1763—1821) Vorlesungen über die Augenkrankheiten, von 1 bis ½3 Uhr bringe ich in dessen Augenkrankenanstalt zu, dann schaue ich mich nach Etwas für meinen gewöhnlich äußerst aufgebrachten Magen um. Kaum den Löffel aus dem Munde, und schon bin ich wieder unter Segel ins allgemeine Krankenhaus, wo ich meine Kranken und noch einige andere Säle besuche. Von da komme ich nach 5 Uhr zurück, muß aber um 6 Uhr gewöhnlich schon wieder im Seziersaal sein, um dort ein Colleg über Anatomie zu hören. Nehmen Sie nun noch die Zeit, wo ich nachlese, nachschreibe, für mich arbeite, bei den Leichenöffnungen der glücklich Kurierten, selig Verstorbenen mich einfinde usw., und Sie werden es glaublich finden, daß ich die 18 Stunden des Tages oft multiplizieren möchte, um nur damit für meine Geschäfte auszureichen."

Spasmalfher®

Direktspasmolyse und Analgesie

dank der muskulotropen Angriffsweise des neuen spasmolytischen Wirkstoffes. Keine atropinartigen Nebenwirkungen, keine Beeinflussung des vegetativen Nervensystems.
Spasmalfher löst zuverlässig schwere Gallen- und Nierensteinkoliken, Darmtenesmen und Spasmen des Urogenitaltraktes. Es verkürzt die Geburtszeit, vermindert die Beschwerden instrumenteller diagnostischer Eingriffe und beseitigt hochgradige Tumorschmerzen.
Bei der Dysmenorrhoe entfaltet Spasmalfher eine spezifische Wirksamkeit.

Dragées Suppositorien Ampullen

1-(p-Äthoxyphenyl)-1-diäthylamino-3-methyl-3-phenyl-propanhydrochlorid Amp. Drag. Supp. = 75 mg; Dimethylaminophenyldimethylpyrazolon Drag. Supp. = 300 mg; Codeinphosphat Drag. = 10 mg, Supp. = 20 mg; Phenyldimethylpyrazolonmethyl-aminomethansulfonsaures Natrium Amp. = 2500 mg.

FHER

FHER Arzneimittel Gesellschaft mbH Mainz am Rhein

Auch über den medizinischen Unterricht in Wien urteilte Walther sehr abfällig.

„Bei den vortrefflichsten Medizinalanstalten der Kaiserstadt, welche aber bereits in Verfall zu geraten anfangen, ist es gewiß jedermann auffallend, daß die medizinischen Lehrstühle so schlecht oder vielmehr gar nicht besetzt sind."

Zwei Professoren rühmte er besonders. Dies waren Johann Peter Frank, Professor der Medizin und Direktor des Allgemeinen Krankenhauses, und Georg Joseph Beer. Von J. P. Frank schrieb er, daß niemand im Leben auf ihn einen solch erhebenden und bleibenden Eindruck gemacht habe. Seine Lehren seien ihm wie ein befruchtender Tau auf sein empfängliches Gemüt gefallen. Außer der Masse des Erlernten verdankte er ihm besonders die Anregung zum eigenen selbständigen Forschen, die innere Erschließung des Geistes wie aus zersprengten Fesseln sowie die Kunst des Lehrens. Durch die Verwendung von J. P. Frank erhielt er vom Kurfürsten Maximilian Joseph, dem späteren König Max I., seit 1801 ein jährliches Stipendium von 200 Gulden. — G. J. Beer verdankte er die Einführung in die Augenheilkunde. v. Walther vergaß dies nie. Im „Jahrbuch d. Chir. und Augenh., 1846, Bd. 35" schrieb Walther: „Beer . . . war das Haupt einer wohldisziplinierten Schule, aus der auch ich hervorgegangen bin."

In einem Brief vom Dezember 1801 an seine Eltern (Anm. nicht an seinen Onkel, wie J. Hirschberg berichtet) schrieb er:

„Ich beschäftige mich gegenwärtig mit Anatomie und Chirurgie und setze das Studium der Augenkrankheiten fort. Ich gedenke einmal besonders diesem Zwelge der Heilkunde mich zu widmen und als Augenarzt, Starstecher usw. meine Theater aufzuschlagen. Wo und wann? . . . Wenn es tunlich lst, wünschte ich, auf der Universität Landshut mich zum Doktor schlagen zu lassen, alsdann würde ich versuchen, mich noch ein halbes Jahr in Würzburg mehr in Chirurgie und Anatomie zu vervollkommnen, wozu hier nur äußerst mangelhafte Gelegenhelt ist."

Schon 1802 konnte Beer lhm, während der durch eine Reise bedingten Abwesenheit, die Verantwortung über seine (Augen-)Kranken überlassen. Bereits im August 1802 machte Walther die erste Staroperation am Lebenden.

Im Jahre 1803 hatte Walther unter drei Möglichkeiten zu entscheiden. Beer, seln Lehrer und Freund, wollte ihn als Nachfolger sehen und ihm schon jetzt einen Teil seiner Praxis abtreten. Ferner konnte er sich als Chirurg und Augenarzt in Frankreich niederlassen. Schließlich bestand die Möglichkeit, in bayerische Dienste zu treten. Aus Dankbarkeit gegen den Kurfürsten entschloß er sich, im Januar 1803, von Frank, Beer und dem pfalzbayerischen Gesandten mit den besten Zeugnissen ausgestattet, in München persönlich sein Anliegen vorzubringen.

Über Vorschlag von Professor Dr. Adalbert Friedrich Mareus*) wurde er im Alter von 21 Jahren, nachdem er 1803 in Landshut promoviert wurde,**) zum Medizinalrat, Professor und Oberwundarzt am Spital zu Bamberg ernannt. Nach einer Reise nach Paris wurde er am 14. Dezember 1804 Professor der Physiologie und bald auch der Chirurgie an der Universität Landshut. Hier wurde er der Begründer und Leiter einer chirurgischen und Augenklinik, die sich bald weithin größten Ansehens erfreute. v. Walther anerkannte die wirksame Förderung durch die Regierung: „Mitten unter dem beinahe ununterbrochenen Drang verheerender Kriege hat es die weise Kgl. Baierische Regierung durch großmüthigste Unterstützung mir möglich gemacht, diese wohlthätige Anstalt zu errichten und ihren Fortbestand zu sichern."

v. Walther hielt bereits im Sommer-Semester 1805 einen theoretischen Kurs: Lehre der Erkenntnis und Heilung der Augenkrankheiten (nach anderen Autoren) und einen klinischen Kurs. Doch bereits vom Winter-Semester 1808/1809 an hielt er den theoretischen Kurs nach eigenem Entwurf. („Er ist also", wie J. Hirschberg schreibt, „früher selbständig geworden als J. Beer", sein Lehrer.)

Im Jahre 1811 wurde v. Walther zum Rektor magnificus gewählt. Seine Antrittsrede hielt er „Über den Geist der akademischen Gesetze". Als 1819 seine — übrigens dritte — Berufung nach Bonn erfolgte, baten Lehrer und Studenten die hohe Ständeversammlung des Reiches: „um Belbehaltung ihres allgeliebten Lehrers, dem sie vorzüglichst die Blüte und den Ruf der Universität verdanken; aus fernen Landen kommen in ihrer Kunst bereits geübte Ärzte, um durch seine Lehre und seinen Umgang für die Kunst zu gewinnen; aus allen Gegenden Bayerns wollen Kranke zu ihm, um Hilfe und Rettung bei dem zu suchen, der sich als Arzt das höchste Vertrauen des ganzen Volkes erhalten hat. Walther lst die Ehre unserer Universität, die Zierde der baierischen Nation; der Fall unserer Universität wäre die nothwendige Folge des Abganges Walthers."

Als durch König Max I. die Stiftung des Zivilverdienstordens der bayerischen Krone am 19. Mai 1808 erfolgte, war Walther mit unter den ersten Rittern dieses Ordens. Im gleichen Jahre wurde er von der Bayerischen Akademie zum korrespondierenden Mitglied ernannt. (1830 wurde er außerordentliches und 1839 ordentliches Mitglied.)

Während seiner Landshuter Zeit erhielt Walther 1816 über Veranlassung von G. Hufeland und Joh. Friedr. Meckel d. J. einen Ruf nach Halle als Professor der Chirurgie, 1817 auf Vorschlag von Nägele und

*) Mareus wurde 1753 in Arolsen, Waldeck, geboren. Er ließ sich 1778 in Bamberg nieder, wo er vom Fürstbischof zum Leibarzt und Rat ernannt wurde. Marous konnte bald die Errichtung eines Hebammeninstitutes und eines Hospitals für 120 Betten erreichen. Er wurde mit deren Leitung betraut. In den Anstalten gab er klinischen Unterricht. 1794 verlor er nach dem Tode seines Gönners seine Ämter. 1803 wurde er jedoch durch Kurfürst Max Joseph wieder in diese eingesetzt. Er wurde nunmehr zum Direktor des gesamten Medizinalwesens sowie aller Hospitäler Frankens ernannt. Ihm waren wesentliche Reformen zu verdanken. Für jeden Bezirk bestellte er einen Physikus, er gab jeder Gemeinde eine staatlich subventlonierte Hebamme. Er verbesserte die hygienischen und Verwaltungsverhältnisse der Hospitäler, er ließ ein Siechenhaus für unheilbare Kranke, eine Entbindungsanstalt und ein Asyl für Alte und Schwache erbauen. Seine Bemühungen, daß Bamberg die 1803 zerstörte Universität wieder erhalten sollte, blieben erfolglos. Er starb in Bamberg am 26. April 1816 (Pagel).

**) Die Angabe von Prof. Dr. J. N. Ritter von Nußbaum in seiner Festrede zum bundertjährigen Geburtstag v. Walthers (Ärztl. Intelligenzblatt, 1882, Nr. 2), daß v. Walther 1799 in Heidelberg die Doktorwürde empfing, lst unrichtig.

Tiedemann eine Berufung nach Heidelberg als Hofrat, Professor der Chirurgie und Augenheilkunde und Direktor des für ihn dort zu errichtenden chirurgischen Klinikums. Er blieb Landshut treu, doch glaubte er schließlich, die Berufung nach Bonn nicht mehr ausschlagen zu dürfen.

Auch in Bonn mußte v. Walther sich wie in Landshut, seine Arbeitsstätte selbst aufbauen. Hier gründete er eine chirurgische und ophthalmologische Klinik, die unter seiner Leitung stand. Hier veröffentlichte er die meisten seiner Abhandlungen in dem von ihm und Carl Ferdinand Graefe (Anm. geb. 1787 zu Warschau, gestorben 1840 in Hannover) herausgegebenen „Journal der Chirurgie und Augenheilkunde". Walther zog zahlreiche Studenten nach Bonn. Seine Ernennung zum Geheimen Medizinalrat erfolgte „wegen seiner großen Verdienste um das Lehrwesen der Universität Bonn, an welcher er von deren erster Gestaltung an tätig gewesen ist und welche er sich im einzelnen um das medizinische Studium durch seine seltene Lehrgabe und durch die ausgezeichnete Leitung des dortigen Klinikums erworben hat".

Walther war der erste in Deutschland, der (1828) mit günstigem Erfolge die aufsehenerregende Unterbindung der Arteria carotis communis unmittelbar oberhalb der Teilung der Anonyma vornahm. Man findet in dem erwähnten Journal die folgende Äußerung: „Will man die heutige Chirurgie auf die Anatomie gründen, so muß man sie nicht auf die alte, sondern auf die heutige, vervollkommnete, immer mehr zur Physiologie sich erhebende Anatomie gründen."

Als Walther von der preußischen Regierung mit der Bekämpfung der in der Strafanstalt Brauweiler herrschenden Augenentzündung betraut wurde, stellte er einen Zusammenhang mit der ägyptischen Ophthalmie fest. Durch Desinfektion und Quarantäne erreichte er bald das Erlöschen der Krankheit. Walther war der erste Augenarzt, der auf den angeborenen Bildungsfehler der Iris, von ihm Coloboma Iridis genannt, aufmerksam machte. Von ihm stammt die Tarsorrhaphia, „eine neue Augenoperation". Es würde den Raum dieser kurzen Übersicht weit überschreiten, wenn hier alle wertvollen Arbeiten Erwähnung finden würden.

Bald nach seiner Thronbesteigung faßte König Ludwig I. den Entschluß, die Universität aus Landshut zur Gänze nach München als der Hauptstadt zu verlegen, nachdem vorher hier nur eine medizinische Spezialschule, losgetrennt von Landshut, bestanden hatte. Nach mehrfachen Bemühungen gelang es, Walther als ordentlichen Professor der Chirurgie und Augenheilkunde, als Direktor der chirurgischen und Augenkranken-Klinik und der entsprechenden Abteilung im Städtischen Krankenhaus nach München zu bringen. Als in Bonn sich die Nachricht von seinem Wegzug verbreitete, war hier ein „Trauertag". Stromeyer schrieb in seinen „Erinnerungen": „Walther stand in Bonn als Mensch, als Arzt, als Operateur im höchsten Ansehen. Was ihn bewogen hat, seine neidenswerthe Stellung dort aufzugeben und 1830 nach München zu gehen, ist mir nie recht klar geworden."

v. Walther wollte auch in München, wie vorerst in Landshut und dann in Bonn, mustergültige chirurgische Kliniken und Heilanstalten für Augenkranke schaffen. Er beklagte in München das Umsichgreifen septischer Wundkrankheiten und das geringe Krankengut. Er fand nicht nur wenig Verständnis, sondern offenen und versteckten Widerstand gegen seine organisatorischen Pläne. Ein Beispiel: An Stelle des unzweckmäßigen Operationssaales, der nur durch ein Glasdach Tageslicht erhielt, konnte er erst nach langen Mühen einen hellen und geräumigen Operationssaal wie in Bonn erhalten, der auch für genügend Zuschauer Raum bot. Bezeichnend ist, daß dieser aber nach seinem Rücktritt wieder eingerissen wurde.

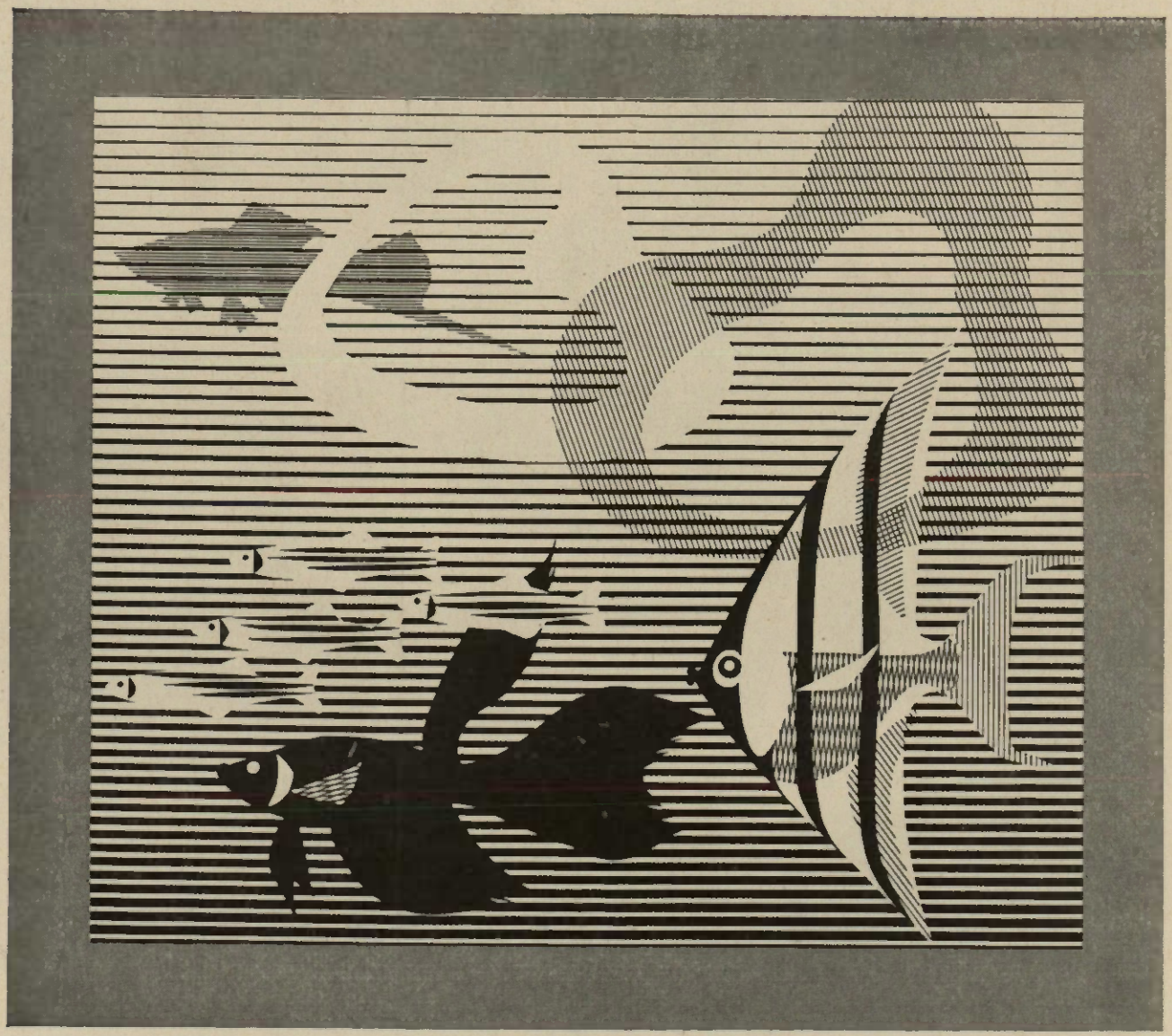
> Zur Zeit als v. Walther die Direktion der Münchner chirurgischen Klinik übernahm, „war der Operationssaal von seinem Vorgänger wegen seiner durchaus fehlerhaften Beschaffenheit seit längerer Zeit nicht mehr gebraucht, und die chirurgischen Operation waren in den Krankensälen in Anwesenheit aller übrigen Kranken vorgenommen worden, was", wie v. Walther in seiner Schrift ‚Überklinische Lehranstalten usw.' schreibt, „allen Grundsätzen einer guten Hospitaleinrichtung widerstreitet. Der Operationssaal ist ein in das obere Stockwerk des hintersten Flügels eingesetzter hölzerner Thurm, welcher über das hohe Dach desselben noch sehr weit hervorragt ... Der Saal war wegen seiner thurmähnlichen Höhe und seiner hölzernen Wände im Winter nicht zu erheizen. Auch war es im untern Raum zu dunkel, und im eigentlichen Sinne des Wortes war nur Kellerlicht vorhanden. Wegen Mangel an der erforderlichen Helligkeit ließen sich kleinere Operationsgegenstände nicht genau genug unterscheiden. Die Einschiebung dieses lächerlichen Machwerkes in ein dazu ganz und gar nicht passendes Gebäude läßt sich nur aus dem Umstande erklären, daß in dem ursprünglichen Bauplan der Operationssaal eigentlich vergessen worden war und daher erst später in das schon zum Theil errichtete Gebäude eingeflickt werden mußte. Er befand sich auch in zu großer Entfernung von den Krankensälen, und die Operirten mußten daher für's Erste in einigen zunächst anstoßenden kleinen, engen und in den hintern Räumen dunkeln Zimmerchen untergebracht werden, welche ganz an der Nordwestseite gelegen, den Stürmen, Regenschauern und dem Schneegestöber ausgesetzt waren, und in welchen Verwundete sehr häufig von erysipelatösen Entzündungen ergriffen wurden. Diese Zimmerchen communicirten mit dem Operationssaale durch zwei schmale Thüren, welche so enge waren, daß man durch sie nicht einmal einen Operirten auf einer Bahre hineintragen konnte. Oberhalb derselben in Dachstuben befand sich die Station für die Pockenkranken, deren Fenster zum Theil sogar in den Operationssaal hineingingen. Da es mir nicht gelang, für diese Mängel auch nur einigermaßen Abhilfe zu erlangen, so richtete ich mir in einem Krankensaale an der Südseite, an welcher in den Morgenstunden noch kein Blendlicht ist, einen Operationssaal mit einem kleinen Amphitheater, ein, in welchem 160 Zuschauer auch von den obersten Ständen alles, was auf dem Operationstisch vorging, auf das Genaueste sehen und unterscheiden konnten. ... Ich hatte schon in Bonn in der neuerbauten herrlichen Klinik ... einen Operationssaal eingerichtet, welcher sich nicht nur durch seine Helligkeit, Zweckmäßigkeit etc. auszeichnet ... Der von mir in dem Krankenhaus in München errichtete war aber noch in jeder Beziehung vorzüglicher, ... Nichtsdestoweniger ist er bald nach meinem Austritt aus dem Krankenhaus wieder zerstört worden." — Soweit v. Walther.

Im Hinblick auf seine vielseitige Tätigkeit als Mitglied des obersten Kirchen-, Schul- und Studienrates und seit 1830 im Obermedizinalausschuß, als Hochschullehrer, als Krankenhausdirektor usw., bat er das Ministerium um Zuteilung eines Sekundararztes. Das Gesuch wurde sogar abschlägig beschieden, als er sich bereit erklärte, das Gehalt aus eigenen Mitteln zu zahlen, da die Regierung erklärt hatte, über keine Mittel zu verfügen. Daraufhin bat v. Walther um Enthe-

CIBA

Esidrix®

Hydrochlorothiazid



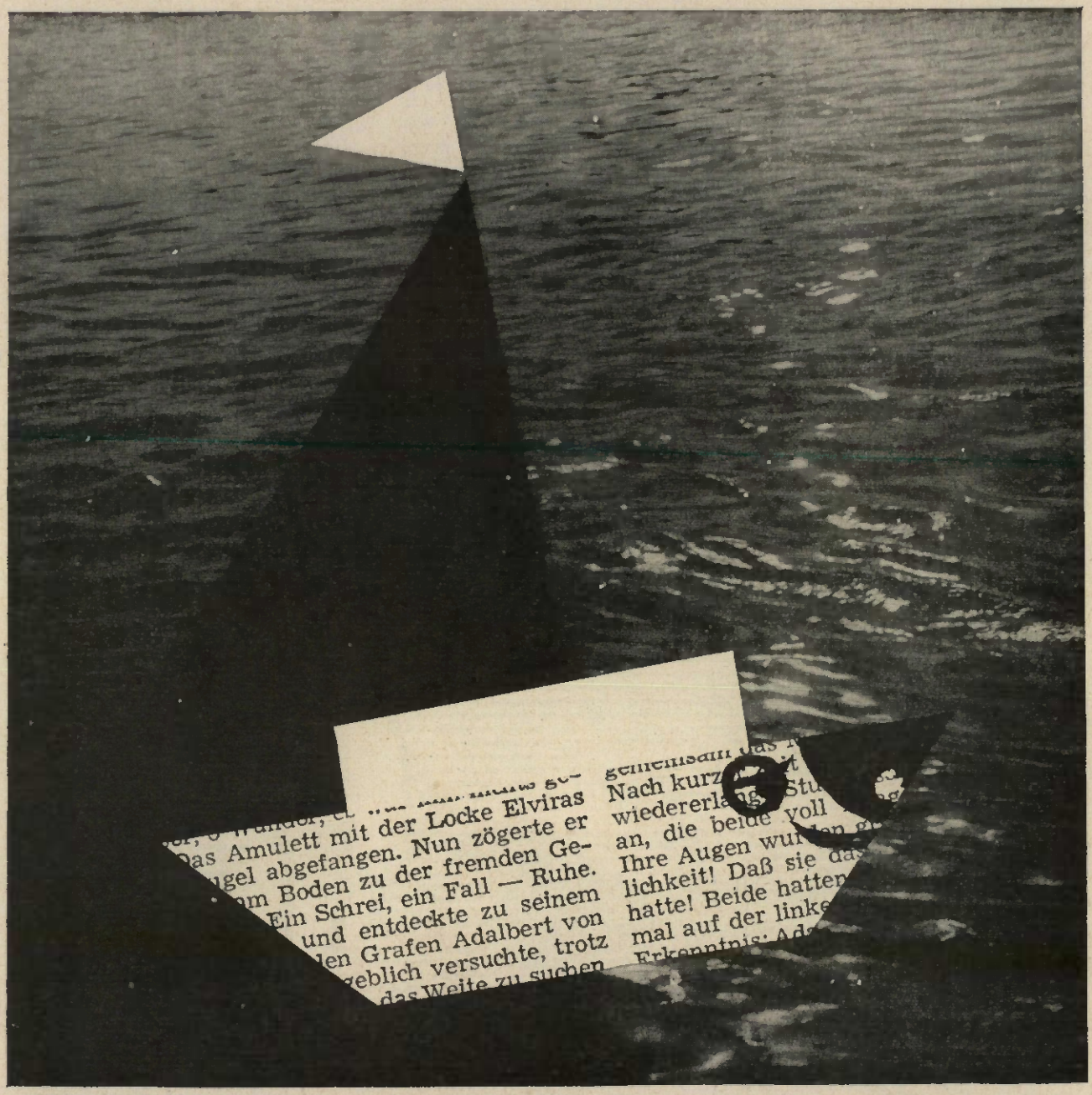
Diurese nach Maß

und mit Maß

CIBA

Otriven®

Otriven-Millicorten®



frischer Wind für die verstopfte Nase!

bung von seiner Stelle als Direktor der chirurgischen und ophthalmologischen Klinik am Allgemeinen Krankenhaus. Dem wurde Ende 1836 entsprochen. Der plötzliche Rücktritt erregte „in den Kreisen der Ärzte und Professoren des In- und Auslandes große Sensation". Stromeyer schrieb über ihn: „Philipp von Walther ragt unter den Kollegen von der medizinischen Fakultät hervor wie unter niederem Gestrüpp die Palme, welche in hohen Lüften ihr einsames Haupt wiegt. In ruhigem Bewußtsein seiner Würde und seiner fleckenlosen Ehre ging er seinen eigenen Weg, vertrat das Gute und das Nützliche, wo sich der Anlaß darbot, aber er suchte ihn nicht."

Als Professor Dr. J. N. Ritter von Nußbaum Im Ärztlichen Verein zu München am 4. Januar 1882 die Festrede zu v. Walthers hundertjährigem Geburtstage hielt, verwies er darauf, daß die Bayerische Akademie der Wissenschaften bei einer Feier im Jahre 1850 des eben erst verstorbenen v. Walther gedachte. Dabei nannte sie ihn einen Großmeister und Fürsten in Kunst und Wissenschaft, ein Gestirn erster Größe am medizinischen literarischen Himmel, dessen Schrift und Schule fortleben werde. Nußbaum betonte, daß v. Walthers ununterbrochene Kämpfe die glückliche Entwicklung der ganzen Medizin und namentlich der Chirurgie sehr beschleunigt und gleichsam ihre Wege prophetisch vorgezeichnet haben.

Nach seinem Rücktritt setzte v. Walther seine Vorlesungen über Pathologie und Therapie der chirurgischen Krankheiten und über die Augenheilkunde fort.

Vom König wurde er zum Leibchirurg, 1834 zum Leibarzt der Königin Therese und 1844 auch zum Leibarzt des Königs ernannt. Die 1843 errichtete Poliklinik fand in dem Gelehrten einen eifrigen Förderer.

v. Walther vertrat den Standpunkt, daß die Augenheilkunde ein Spezialgebiet im Gesamtgebiet der Heilwissenschaft darstelle, das ein eigenes Studium, besondere Lehrvorträge und eigene Lehrbücher erfordere. Diese Lehre und ihr Studium dürfe aber nicht von der Gesamtwissenschaft losgerissen werden, die Augenheilkunde müsse „durchwegs auf den Fundamental-Lehren der allgemeinen Pathologie und Therapie gegründet werden. Niemand kann als Augenarzt Ausgezeichnetes leisten, ohne in allen Teilen der Medizin und Chirurgie die gründlichsten Kenntnisse und bedeutende Kunstfertigkeiten zu besitzen". Es müsse aber jeder Arzt genügend Kenntnisse auf dem Gebiete der Augenkrankheiten haben. Nußbaum wies in seiner bereits zitierten Rede darauf hin, daß v. Walther Spezialisten ohne allgemeine Bildung für ganz unbrauchbar hielt. Eine Augenkrankheit z. B., meinte er, könne auf einer krankhaften Funktion des Unterleibes oder Herzens beruhen und von keinem Arzt geheilt werden, der sich ausschließlich mit dem Auge beschäftigt. (Er war also schon vor mehr als 120 Jahren ein Verfechter der Ganzheitsmedizin, die manche erst in den letzten Jahrzehnten erfunden zu haben glaubten.) Die Lehre Ignaz Döllingers, des bedeutenden Anatomen und Phisiologen, daß der Arzt nicht nur die Eigenschaften des kranken, sondern auch des gesunden Organismus kennen solle, fand in v. Walther einen eifrigen Verfechteer. (Anm. Döllinger, 1770 in Bamberg geboren, starb in München 1841. — V. Walther hielt die Gedenkrede auf ihn in dere Kgl. Bayerischen Akademie der Wissenschaften.)

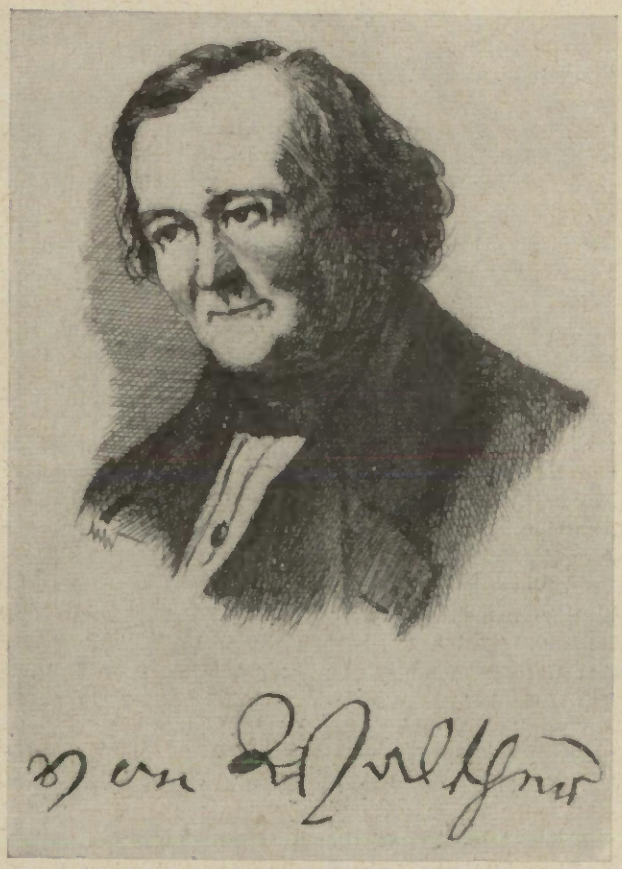


Abb. 2: stellt v. Walther in den letzten Lebensjahren dar. Entnommen der Dissertation von Weinland.

v. Walther setzte sich mit Erfolg für die Aufhebung der landärztiichen und chirurgischen Schulen in Bayern ein, da diese nur halbgebildete Ärzte hervorbringen. Vorausschauend hatte er schon bei ihrer Errichtung im Jahre 1807 gewarnt.

Eine Schrift von 48 Seiten: „Über das Verhältnis der Medizin zur Chirurgie und die Duplizität im ärztlichen Stande, eine historische Untersuchung mit dem Endresultat für die betreffende Staatseinrichtung", 1841 erschienen, befaßte sich eingehend mit dem Problem der Halbbildung. Unter Duplizität verstand er das Vorhandensein von zwei Gruppen von Ärzten, deren eine er als untergeordnet bezeichnete, da nur halbgebildet, gegenüber den Ärzten höherer Stufe, mit Vollbildung, den gelehrten Ärzten.

Im Obermedizinalausschuß nahm er jede Gelegenheit wahr, für die Freiheit der ärztlichen Wissenschaft und Forschung einzutreten. Als Abgeordneter der Münchner Universität auf dem Professorenkongreß in Jena (1848) stimmte er, Senior der Versammlung, für die Universitätsreform. v. Walther war ein Gegner des Studienzwanges. Er wolite den Universitäten ihre alte Verfassung und frühere Freiheit zurückgewinnen, wie er sie selbst noch erlebt hatte.

v. Walther stand bei seinem Streben, die Freiheit der ärztlichen Praxis in Bayern einzuführen, im Obermedizinalausschuß meist allein. Auch auf dem Kongreß der bayerischen Ärzte (1848) hatte er nur wenige Anhänger. „Es ist merkwürdig", sagte er, „daß die wenigsten Menschen vertragen können, in der Minorität zu sein. Ich war beinahe immer in meinem Leben in der Minorität."

Eine leider unvollendet gebliebene Schrift „Über das Medizinalwesen in Deutschland" gibt Einblicke in seine Bemühungen, das ganze bayerische Medizinalwesen in freier, zeitgemäßer Weise umzugestalten.

Das besondere Interesse des Gelehrten galt der Medizingeschichte, so schrieb er (1806): „Historische Umrisse von Frankreichs naturwissenschaftlicher Kultur in näherer Beziehung auf Medizin und Chirurgie" und (1807) „Darstellung des Bichat'schen Systems als erste Fortsetzung der historischen Umrisse von Frankreichs naturwissenschaftlicher Kultur" (Anm. Der große Franzose François Xavier Bichat — geb. 1771, gest. 1802 — war der Begründer der modernen Gewebelehre).

Von der Vielzahl seiner fast immer neue Wege erschließende Arbeiten seien genannt: die Amputation und Exarticulation im Schultergelenk und zwischen den Knochen der Fußwurzel der ersten und zweiten Reihe, die Oberschenkelamputation im Hüftgelenk, die Exartikulation der Finger mit ihren Metacarpen aus dem Handwurzelgelenk, die Heilung des Kropfes durch Unterbindung der oberen Schilddrüsenarterien, die unblutige Reposition der Phimose und Paraphimose (die Behandlung des Aneurysma durch Unterbindung der Art. Carotis comm. wurde bereits erwähnt). v. Walther gab 1805, also schon vor Adams (1812) und Himly (1816), die Pupillen-Verzerrung zur Pupillenbildung, bei zentraler Hornhautnarbe, an. Eine große Reihe seiner Veröffentlichungen befaßte sich mit der Therapie verschiedener Augenkrankheiten. Seine zweibändige „Lehre von den Augenkrankheiten" erschien 1848.

„Über klinische Lebranstalten in städtischen Krankenhäusern, eine Prinzipienfrage zugleich in näherer Beziehung auf ihre gegenseitigen Verhältnisse in München", 1846 erschienen, hat vielleicht gerade jetzt aktuelles Interesse, obwohl zwischen damals und heute 120 Jahre liegen. Sie ist eine 74 Seiten umfassende Polemik mit dem damaligen ersten Bürgermeister der Stadtgemeinde München, Dr. Jakob Bauer, der in einer Schrift: „Grundzüge der Verfassung und Vermögensverwaltung der Stadtgemeinde München", 1845, die Herausdrängung der klinischen Anstalten der Ludwig-Maximillans-Universität aus dem Städtischen allgemeinen Krankenhaus anstrebte. Mit der Gründlichkeit, die v. Walther eigen war, trat dieser unter Heranziehung historischer Fakten und unter Hinweis auf die Verhältnisse in den Nachbarstaaten diesen Bestrebungen scharf entgegen.

Die ganze Größe dieses genialen, seiner Epoche weit vorauseilenden Mannes wird offenbar, wenn man sein Schaffen nicht aus heutiger Sicht, sondern aus der seiner Zeit betrachtet.

In seinem 68. Lebensjahr erlag v. Walther am 29. Dezember 1849 einer Grippe-Pneumonie. v. Nußbaum, v. Kerschensteiner, damals noch Studenten, und vier weitere Studiengenossen „trugen den theuren Todten in einem mit Lorbeeren bekränzten Sarge zu Grabe und waren Zeugen von der tiefen Trauer" (v. Nußbaum). Auf dem südlichen Friedhof stebt noch heute das Grabmahl. Es stellte in einer „wohlgetroffenen Statue die charakteristischen Züge des bedeutenden Mannes dar". Es wäre ein Akt pietätvoller Dankbarkeit, die dem Denkmal durch Kriegseinwirkungen beigefügten Schäden beseitigen zu lassen.

München ehrte den Gelehrten durch die Benennung einer Straße nach ihm.

Anschrift des Verf.: München 27, Holbeinstraße 16.

Abb. 3: Das Grabdenkmal auf dem Südlichen Friedhof in München. (Arkaden, Grabstätte 167.) Das Bild ist dem freundlichen Entgegenkommen von Herrn Amtmann Schreibmayr vom Städt. Bestattungsamt München zu danken.

Quellennachweis

Die deutsche Medizin im neunzehnten Jahrhundert. Eine Festgabe, dargebracht Herrn Herrn Ph. Fr. von Walther ... zu dessen vierzigjährigem Dienstes-Jubiläum vom ärztlichen Verein zu München am 23. Mai 1843.

Julius Hirschberg, Geschichte der Augenheilkunde in Graefe-Saemisch, Handbuch der gesamten Augenheilkunde, 14. Bd. 1911.

Georg Maurer — Hannelore Harti, Die Geschichte der Chirurgie in Bayern. München. 1960.

J. N. Ritter von Nußbaum, Festrede zu Philipp Franz von Walthers hundertjährigem Geburtstage. Gehalten am 4. Jänner 1882 im Aerztlichen Verein zu München (Ärztliches Intelligenzblatt, 1882, Nr. 2).

Joh. Nep. v. Ringseis, Rede zum Andenken an Geheimenrath und Leibarzt Dr. Philipp Franz von Walther ... in der am 27. Nov. 1850 abgehaltenen öffentl. Sitzung der Königl. Bayerischen Akademie der Wissenschaften. (München. 1851.)

Ph. Fr. von Walther, Über das Verhältnis der Medicin zur Chirurgie ... Carlsruhe und Freiburg, 1841.

Ph. Fr. von Walther, Über klinische Lehranstalten in städtischen Krankenhäusern. ... Freiburg. 1848.

August Weinland, Philipp Franz von Walther und seine Bedeutung für die deutsche Chirurgie und Augenheilkunde. Inaugural-Dissertation. München. 1905. (Anm.: Eine ganz ausgezeichnete und umfassende Arbeit.)

Tagung des Deutschen Atomforums in München

Das Deutsche Atomforum e. V., das durch den Zusammenschluß von vier auf dem Kerngebiet tätigen deutschen Vereinigungen im Jahre 1959 in Karlsruhe gegründet wurde — sein Sitz ist Bonn —, tagte vom 23. bis 25. Januar 1963 in München.

Der Zweck dieser bedeutsamen Vereinigung ist, alle Bestrebungen zu fördern, die mit der Entwicklung und Verwendung der Atomenergie zu friedlichen Zwecken zusammenhängen. Dieser Zweck soll erreicht werden durch: Behandlung technischer und wissenschaftlicher Aufgaben im nationalen und internationalen Rahmen; Ausarbeitung technischer Richtlinien, Vorschriften und Normen; Förderung der Diskussion über gemeinsame Bestrebungen der Unternehmen, die an der friedlichen Verwendung der Atomkernenergie interessiert sind; Zusammenarbeit mit der Legislative und Exekutive des Bundes und der Länder; Pflege des Kontaktes zu ausländischen Atomforen und zu internationalen Atomorganisationen; Aufklärung der Öffentlichkeit über die friedliche Verwendung der Atomkernenergie; Errichtung einer Atomlehrschau und Durchführung von Wanderausstellungen; Beschäftigung mit Fragen der Weltraumforschung und Raumfahrttechnik in enger Zusammenarbeit mit den zuständigen Bundesbehörden.

Das Deutsche Atomforum e. V. gehört zu den Gründerorganisationen des am 12. Juli 1960 in Paris gebildeten Europäischen Atomforums *Foratom*, zu dem auch die Schwestervereinigungen von Belgien, Frankreich, Italien, Luxemburg, der Niederlande, von Österreich, Portugal, Spanien und der Schweiz zählen.

Entsprechend den Aufgaben des Deutschen Atomforums e. V. entstammen seine Mitglieder nicht allein dem unmittelbaren Bereich der Atomwirtschaft. Neben Bundestagsabgeordneten und Politikern aller im Bundestag vertretenen Parteien, den zuständigen Bundes- und Länderministern, Wissenschaftlern, Vertretern von Industrie, Technik und Medizin haben sich dem Atomforum Angehörige nahezu aller Berufs- und Bevölkerungskreise angeschlossen.

Der Präsident des Deutschen Atomforums (DAtF), Prof. Dr.-Ing. K. Winnacker, Vorsitzer der Farbwerke Hoechst und stellvertretender Vorsitzender der Deutschen Atomkommission, eröffnete im Deutschen Museum in Anwesenheit zahlreicher Minister und Vertreter der Wissenschaft die dreitägige Tagung über die Anwendung radioaktiver Stoffe in Medizin und Technik.

Bundesminister für wissenschaftliche Forschung Hans Lenz betonte, daß es in der Bundesrepublik keine Vereinigung gibt, die sich mit dem Deutschen Atomforum vergleichen läßt. Es ist das Wagnis geglückt, Persönlichkeiten so verschiedener Bereiche, wie sie die Wissenschaft, Technik, Wirtschaft, Politik, Verwaltung, Publizistik und Öffentlichkeit darstellen, zur Verfolgung eines gemeinnützigen Zweckes zusammenzuführen. Das Atomforum könne zu einem beträchtlichen Teil das Verdienst für sich in Anspruch nehmen, in dem Land, in dem am Vorabend des zweiten Weltkrieges die Spaltbarkeit der Urankerne entdeckt wurde, nach der zehnjährigen Unterbrechung in der Zeit der Forschungsbeschränkung und Forschungskontrolle wieder die Voraussetzungen zur Wiederaufnahme der Forschungs- und Entwicklungsarbeit auf diesem zukunftsträchtigen Feld mitgeschaffen zu haben. Wenn sich heute größere Kreise unserer Bevölkerung über die in den Atomkernen verborgenen Kräfte ein besseres Bild machen können und begreifen, daß diese Kernkräfte bei vernunftgemäßer Anwendung für den einzelnen und für die Gesamtheit von großem Nutzen sind, dann ist das der Tätigkeit vieler Mitglieder und Referenten des Atomforums mitzuverdanken. Dieses gute Ergebnis hätte nicht erzielt werden können, wenn sich Forscher und Lehrer gescheut hätten, ihre Kenntnisse einem interessierten Laienpublikum mitzuteilen, oder wenn Wissenschaftler, Wirtschaftler und Politiker nicht zu einem ständigen Meinungs- und Erfahrungsaustausch in den Arbeitskreisen des Deutschen Atomforums, bei seinen Vortragsveranstaltungen, Informationstagungen und parlamentarischen Abenden zusammengekommen wären. „Das vielgerühmte Teamwork mit seiner interdisziplinären Zusammenarbeit und seinen interfakuitativen Möglichkeiten, hier — auf der Ebene ihrer Vereinigung— wird es praktiziert und beispielhaft."

„Der Begriff ‚Wissenschaftliche Forschung' darf nicht im philologischen Sinn gedeutet werden. Wenn wir ihn richtig verstehen wollen, müssen wir ihn juristisch beleuchten, genauer gesagt, verfassungsrechtlich auslegen. Es erscheint mir nicht unangemessen, diese Exkursion in der bayerischen Hauptstadt an einer zentralen Stätte unserer bundesstaatlichen Ordnung zu machen. Nach dem Grundgesetz erstreckt sich die konkurrierende Gesetzgebung u. a. auf die Förderung der wissenschaftlichen Forschung. Selbstverständlich gibt es keine Forschung, die ‚unwissenschaftlich' ist. Jede Forschung, nicht nur die reine, der bloßen Wahrheitssuche dienende Forschung, einschließlich der betriebs- oder werkseigenen Forschung verdient diesen Namen, sofern hierbei mit wissenschaftlichen Methoden gearbeitet wird. Die wissenschaftliche Forschung ist nur ein Teilgebiet der Kultur, wenn auch ein sehr wichtiges und an Bedeutung weiter zunehmendes. So große Bereiche wie das Schulwesen (allgemeinbildende Schulen, berufsbildende Schulen, Fachschulen und Ingenieurschulen), das Hochschulwesen, das Bibliotheks- und Archivwesen, die Erwachsenenbildung, die Volksbüchereien, Kulturdenkmäler, Museen, Theater und die sonstige Kulturpflege, die zum Inhalt unseres Kulturbegriffes gehören, überdecken die wissenschaftliche Forschung. Sie fallen grundsätzlich in die Zuständigkeit der Länder. Für ein Teilgebiet der Kultur, für die wissenschaftliche Forschung, besitzt der Bund das Recht, und, wie ich glaube, auch die Pflicht zur Mitwirkung."

In einer Zeit, die entscheidend durch die moderne Naturwissenschaft und Technik geprägt wird, kann der Bund nicht tatenlos zusehen, oder sich in vornehmes Schweigen hüllen. Auf dem Gebiet der wissenschaftlichen Forschung gibt es so viele und so große Aufgaben, daß sie nicht von einem einzelnen Bundesland oder von der Gesamtheit der Länder, sondern nur vom Bund und den Ländern gemeinsam gemeistert werden können. Die technisch-wissenschaftliche Entwicklung, die längst planetarische Ausmaße erreicht hat und in

der neuen Technik im Begriffe ist, den Menschen in den Weltenraum hinauszuführen, wenn vorerst auch nur für kurze Erdumkreisungen, zwingt zu einer viel größeren Arbeitsteilung als der zwischen Bund und Ländern.

Was liegt näher, als diese Kooperation im großen auch im kleinen zu pflegen? Die enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit des Bundes und der Länder ist eine der wichtigsten Voraussetzungen für eine Entwicklung unserer Forschung und Technik, die internationalen Ansprüchen genügt und ihren wachsenden Anforderungen auch in der Zukunft standhält. In diese Zusammenarbeit müssen die bewährten Selbstverwaltungsorganisationen der Wissenschaft einbezogen werden. Der 1957 im Wege eines Verwaltungsabkommens zwischen dem Bund und den Ländern gegründete Wissenschaftsrat bietet sich als ein wirksames Instrument zur Koordinierung der natur- und geisteswissenschaftlichen sowie der technischen Wissenschaften an. Auf Grund der guten Erfahrungen, die mit dieser Institution gemacht worden sind, trete ich für eine abermalige Verlängerung des Verwaltungsabkommens über die Errichtung eines Wissenschaftsrates ein. Die Aufgaben des Wissenschaftsrates haben nichts an Aktualität eingebüßt.

Aus Gesprächen mit Hochschullehrern weiß ich, daß unsere Institute unter der Unsicherheit und Ungewißheit der jeweils auf ein Jahr abgestellten Haushaltpläne des Bundes und der Länder leiden. Die Regierungen und Parlamente beginnen zu begreifen, daß hier der Jahresrhythmus zu klein ist, daß man Bedarfspläne über größere Zeiträume aufstellen muß, schon um die Anforderungen an den Bundeshaushalt und an die Länderhaushalte der nächsten Jahre zu übersehen. Als langjähriges Mitglied des Haushaltausschusses im Deutschen Bundestag weiß ich aber auch, daß die viel geschmähten Haushaltbestimmungen vieles zulassen, wenn man sie richtig anwendet und auslegt. Gelehrte sind keine geborenen Verwaltungsbeamten. Häufig haben sie auch keine Hilfskräfte, die ihnen die Verwaltung abnehmen können. Hilfe bei der richtigen Stellung eines Antrages und bei der richtigen Aufstellung des Verwendungsnachweises ist deshalb wichtiger als Gängelei unter bürokratischen Gesichtspunkten.

In meinem Geschäftsbereich werde ich darauf hinwirken, daß der Forscher von meinen Beamten unterstützt wird. Sie müssen ihm im Bewilligungsbescheid sagen, was von ihm in bezug auf Verwendung, Abrechnung und Bericht verlangt wird. Sie müssen ihm mitteilen, ob er streng an seinen Antrag gebunden ist oder wann er davon abweichen kann, z. B. bei der Beschaffung von Geräten und Apparaten, und ob Reste der bewilligten Mittel, die am Ende des Haushaltjahres verbleiben, in das nächste Rechnungsjahr übertragen werden können. Ebenso eindeutig möchte ich aber auch feststellen, daß niemand den Forscher von dem Nachweis, wie er die bewilligten Mittel verwendet hat, befreien kann. Die Ministerien sind keine Wohltätigkeitsinstitute. Sie verwalten Steuergelder, für deren Verwendung sie dem Parlament und Rechnungshof gegenüber geradestehen müssen.

Vereinzelt sind auch Befürchtungen geäußert worden, daß das Bundesministerium für Wissenschaftliche Forschung in die Selbstverwaltungsorganisationen der Wissenschaft eingreifen könnte. Durch die Übertragung von Aufgaben von einem Bundesministerium auf das andere, die ihre sachliche Rechtfertigung in dem Bestreben hat, die bundeseigene Forschung besser aufeinander abzustimmen und den Wirkungsgrad der Bundesmittel für Wissenschaft und Forschung zu erhöhen, ändert sich selbstverständlich nichts an dem Status der Max-Planck-Gesellschaft, der Deutschen Forschungsgemeinschaft oder anderer wissenschaftlicher Selbstverwaltungseinrichtungen. Die Deutsche Forschungsgemeinschaft z. B. wird auch nicht weniger Mittel für ihre Zwecke erhalten als bisher. Die Finanzzuweisung des Bundes an die Deutsche Forschungsgemeinschaft ist unabhängig davon, in welchem Einzelplan eines Bundesministeriums die Mittel hierfür ausgebracht werden. Der Forschungsminister wird der Forschungsgemeinschaft auch keine Vorschriften machen, wie sie ihre Mittel bei der Globalzuweisung, von der wir grundsätzlich weiter ausgehen werden, aufgliedert, welche Bewilligungen sie im Normalverfahren, im Schwerpunktverfahren oder für die Sonderförderung ausspricht.

Die Koordinierungsaufgabe des Forschungsministers endet auch dort, wo die Fachforschung der übrigen Bundesministerien einsetzt. Ich halte es für wenig sinnvoll, dem Forschungsminister Einrichtungen wie z. B. die Bundesanstalt für Gewässerkunde und das Deutsche Hydrographische Institut zu unterstellen, was natürlich nicht ausschließt, daß er an Forschungsarbeiten solcher Anstalten und Institute interessiert ist. Aus Unterhaltungen, die ich mit Teilnehmern Ihrer Tagung geführt habe, war sehr deutlich die Sorge herauszuhören, daß unter der Ägide des Forschungsministers die Mittel für Kernforschung und Kerntechnik gekürzt werden könnten. Ich habe nicht die Absicht, die von meinem Amtsvorgänger eingeschlagene Entwicklung zu unterbrechen. Der dem Bundestag zur Beratung und Beschlußfassung vorliegende Entwurf des Bundeshaushaltplanes sieht für das Rechnungsjahr 1963 im Einzelplan 31 rund 333 Mill. DM für die Erforschung und Nutzung der Kernenergie und rund 109 Mill. DM für die Weltraumforschung vor. Das sind im Kapitel Kernenergie rund 67,5 Mill. DM mehr als im abgelaufenen Rechnungsjahr und im Kapitel Weltraumforschung rund 74 Mill. DM mehr als 1962.

Mein Ehrgeiz ist darauf gerichtet, die insgesamt im Bundeshaushalt für Wissenschaft und Forschung veranschlagten Mittel prozentual zu steigern, und zwar sowohl für die geistes- und naturwissenschaftlichen Disziplinen als auch für die technischen Wissenschaften. Im Rechnungsjahr 1962 lag dieser Prozentsatz bei 1,8%. Nach dem Entwurf der Bundesregierung beträgt der Anteil für 1963 2,1%. Ich hoffe auf Ihre Unterstützung, wenn ich mich im Kabinett, im Parlament und in der Öffentlichkeit für eine weitere prozentuale Erhöhung dieses Wissenschafts- und Forschungsanteiles einsetze. Die Mittel, die der Steuerzahler hierfür aufbringt, sind keine Subventionen, sondern Investitionen zur Sicherung unserer wirtschaftlichen und sozialen Existenz.

Vor diesem Kreis brauche ich keine langen Ausführungen darüber zu machen, daß unsere politische Stellung in der Welt immer mehr von dem Leistungsstand unserer Forschung und Technik abhängig wird. Wir haben allen Grund, uns stärker auf die Kräfte zu besinnen, die uns vor und noch nach dem Weltkrieg den

Hustenblocker und Expectorans zugleich

TUSSOMPIN®

mit Vitamin C

Bei hartnäckigem Reiz- und Krampfhusten

jeder Genese - in jedem Lebensalter

Tassenfertiger Wirkstoffextrakt aus: Rad. Althaeae et Lich. island. āā 10 g, Fol. Farf. et Rad. Liquir. āā 12,5 g, Rad. Primul. 6 g; Ol. Anis. tsqfr. 0,09 g, Ol. Foenic. tsqfr. 0,06 g, Ol. Thym. tsqfr. 0,03 g; Vitamin C 1,25; Thiophenylpyridylamin-10-carbonsäure-piperidino-aethoxy-aethylester (DBP 1055538) 0,5 g. Pckg., Inhalt 35 g, ausreichend für ca. 25 Tassen

DM 2.80 o. U.

Durch Vitamin C: Resistenzsteigernde Wirkung gegen Infektionen

Expectorans auf pflanzlicher Basis

SOLUBIFIX®

Bronchial-Tee mit Vitamin C

Bronchitis - Asthmatische Beschwerden -

Grippale Infekte - Raucherhusten

Tassenfertiger Wirkstoffextrakt aus: Rad. Althaeae et Lich. island. āā 10 g, Fol. Farf. et Rad. Liquir. āā 12,5 g, Rad. Primul. 6 g; Ol. Anis. tsqfr. 0,09 g, Ol. Foenic. tsqfr. 0,06 g, Ol. Thym. tsqfr. 0,03 g; Vitamin C 1,25 g. Pckg., Inhalt 35 g, ausreichend für ca. 25 Tassen

DM 1.80 o. U.

Durch Vitamin C: Resistenzsteigernde Wirkung gegen Infektionen

HEUMANN Heilmittel

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

R-MALLEBRINETTEN

(Respectal-Mallebrinetten)

Adstringo-antiseptische Rachentabletten

ORIENT-TEPPICHE

seit 1925

Nichts ist so sehr **Sache des Vertrauens** als der Kauf eines Orient-Teppichs. Nur der autorisierte Fachmann kann Ihnen durch jahrzehntelange Erfahrung mit niedrigsten Preisen und besten Qualitäten den vollen Gegenwert **Ihres Geldes** gewährleisten.

Direkt-Importe aus dem ganzen Orient
Riesen-Auswahl in allen Größen

MAX STEINHAUSEN

MÜNCHEN 2, Brienner Straße 10, Telefon 22 61 61 — 29 70 23
(Genau gegenüber Café Luitpold)

NUCLEOTON®

standardisierter Orangenextrakt mit energiereichen Adenosinphosphaten

Normalisierung der Durchblutung / Ökanamisierung der Herzarbeit / Aktivierung des intermediären Staffwechsels

HORM
HORMON · CHEMIE · MÜNCHEN

SONDERTARIFE FÜR ÄRZTE
Krankentagegeld auch für hahe Ansprüche
Krankenhaustagegeld
Operatianskosten bis DM 5 000.–
Auslandskrankenversicherung bis DM 10 000.–

VEREINIGTE
Krankenversicherung A.G.

Landesdirektion München 22, Königinstr. 19 · Tel. 227625
Vertragsgesellschaft von ärztlichen Organisatianen

ASTHMO-KRANIT

Bronchial-Antispasmodicum

KREWEL-WERKE
Eitorf b. Köln

Ruf eines Wissenschaftslandes eingebracht haben. Dieser Ruf hat schwer gelitten, wir müssen noch viel tun, um ihn wiederherzustellen."

Für die Bayerische Staatsregierung überbrachte Unterrichtsminister Prof. Dr. Th. Maunz beste Grüße und Wünsche. Oberbürgermeister Dr. H.-J. Vogel würdigte die Bedeutung dieser Tagung für München. Das Interesse des Bundesgesundheitsministeriums an der Tagung bekundete Ministerialdirektor Dr. Strahlau. Botschafter Dr. H. Krekeler, Mitglied der Euratom-Kommission, erörterte Fragen, die sich im Zusammenhang mit den Radioisotopen vom Standpunkt der Euratom ergeben. Mit einem Vortrag von Prof. Dr. O. Haxel (Heidelberg) über die Physik der Radionukleide fand die erste Sitzung ihren Abschluß. Der Raum verbietet es, auf die überaus interessanten Vorträge in den weiteren Sitzungen des Näheren einzugehen. Es seien nur noch die Gesichtspunkte erwähnt, die auf einer Pressekonferenz zum Ausdruck kamen. Professor Dr. Dr. h. c. Hugo W. Knipping, Direktor der Medizinischen Universitätsklinik Köln, der Tagungsleiter der Medizinischen Hälfte, verwies sehr eindringlich, unterstützt von Fachleuten der Technik, auf die negativen Auswirkungen der derzeitigen Strahlenschutzverordnung. So wurden z. B. für eine rasche Diagnose wichtige Isotopen in Frankfurt/Main aus formellen Gründen an den Abgangsort im Ausland zurückgeleitet. Von seinen weiteren Ausführungen sei erwähnt:

1. Die Tagung des Atomforums zeigt die vorbildliche internationale Zusammenarbeit in der Atomforschung aller Sparten, auch der medizinischen. Einer der erfahrensten Experten der Isotopentherapie, Professor Dutreix, Paris, hat das erste Referat am ersten Kongreßtag.

2. Das alles andere an Bedeutung überragende Schwerpunktgebiet der Medizin, der Krebs, dominiert in den medizinischen Referaten des Kongresses. Die junge Atomtechnik hilft der Krebsklinik in vielfacher Weise. Bekannt ist die Teletherapie. D. h. große Mengen von Isotopen werden als gut geschützte Strahlenquelle zusammengefaßt und wirken wie eine Röntgenröhre von außen auf die erkrankten Körperregionen. Hierzu werden neue Verbesserungen mitgeteilt. Während diese Bestrahlungskanonen bisher importiert werden mußten, zeigt die Tagung, daß die Voraussetzungen für eine deutsche komplette Produktion, auch für den Export, heranwachsen.

Kaum weniger wichtig, ja fast entscheidend, ist die Hilfe der Isotopen bei der Weiterentwicklung der Chemotherapie des Krebses. Wir haben ausgezeichnete neue Cytostatica, welche das Krebsgewebe intensiv angreifen, aber die Dosierung ist begrenzt durch das Mitreagieren von gesunden, schnell wachsenden Zellen des Knochenmarkes, des Darms u. a. Ziel der Chemotherapie des Krebses ist, auf verschiedenen, sich jetzt abzeichnenden Wegen, einen hohen Anreicherungskoeffizienten jener Cytostatica ausschließlich im Krebsgewebe zu erreichen. Für diesen Sektor der klinischen Krebsforschung ist ein neuer und maßgeblicher Helfer entstanden: die Bildgebung von Isotopen im Raum mit verschiedenen, auf der Tagung behandelten neuen Varianten, welche auch schnell im Organismus sich bewegende Isotope erfassen.

Die Klinik wartet für viele weitere dringliche Aufgaben der Diagnostik und der Forschung auf die kinematographierbare, unmittelbar in Bruchteilen von Sekunden realisierte Bildgebung von Isotopen im Raum, weil sie viele Sparten der Analyse am Krankenbett schonender gestalten und völlig neue Möglichkeiten eröffnen kann.

Schließlich bringt der Kongreß interessante Beispiele für die Verbesserung der Frühdiagnose des Krebses mit Hilfe von Isotopen. Beispiel: Einsatz des radioaktiven Gases Xenon 133. (Isotopenthorakographie für die Frühdiagnose des Bronchialkrebses.)

3. Jene speziellen Anwendungen und andere zeigen die Notwendigkeit, kurzlebige Isotope zur Verfügung zu haben, welche sich, eben wegen der Kurzlebigkeit, nicht importieren lassen. So erfordern medizinische Forschung, Diagnostik und auch die Therapie Atomzentren mit Einrichtungen für die Erzeugung von Isotopen, speziell von kurzlebigen, an verschiedenen Plätzen des Bundesgebietes.

4. Breiter Raum ist auf dem Kongreß der Atheromatose-Forschung gewidmet, die heute ohne Isotope undenkbar ist. Es geht um die Prozesse, welche im Alter die Gefäße des Herzens, des Gehirns und anderer Körperpartien verengen.

5. Ausgiebig befaßt sich der Kongreß mit dem Strahlenschutz in Kliniken, in der Industrie und in den Atomzentren selbst.

6. Lebhafte Beachtung werden Vorträge über kleine bis mittlere Reaktoren finden, welche in der Medizin u. a. als Neutronenquelle für die hochempfindliche und nur wenig biologisches Substrat erfordernde Aktivierungsanalyse interessant sind. K—g.

AUS DER BUNDESPOLITIK

In erster Lesung: Sozialpaket 1963

Bundestag beriet Krankenversicherungsreform

Dr. Josef Stockhausen,
Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer

Am 23. Januar beriet das Plenum des Deutschen Bundestages in erster Lesung das schon vorher vieldiskutierte sogenannte „Sozialpaket". Für die Bundesregierung wurde das umfangreiche Gesetzgebungswerk in seiner Gesamtheit mündlich begründet von Bundesarbeitsminister Theodor Blank*).

*) Wortlaut s. S. 109—117 ds. Heftes

Schon hier sei darauf hingewiesen, daß Bundesarbeitsminister Blank die früher — so bei der Verabschiedung des „Sozialpakets" durch das Bundeskabinett wie beim ersten Durchlauf desselben durch den Bundesrat — gemachten Behauptungen, die Ärzteschaft stimme seinen Plänen zu, nicht wiederholte, sondern diesmal lediglich erklärte, es hätten Gespräche mit maßgeblichen Ärzten vor der Gestaltung der Gesetzentwürfe stattgefunden. Dazu beigetragen haben dürfte auch eine Verlautbarung, die der Vorstand der Bundesärztekammer unmittelbar vorher nach Fühlungnahme mit den

ärztlichen Verbänden der Öffentlichkeit übergeben hatte. Sie lautete:

„Der Vorstand der Bundesärztekammer hat sich am 19. 1. 1963 vor der ersten Lesung des Gesetzentwurfs eines Krankenversicherungs-Neuregelungsgesetzes (KV-NG) innerhalb des sogenannten Sozialpaketes im Deutschen Bundestag — ohne einer umfassenden Stellungnahme des Deutschen Ärztetages vorgreifen zu wollen — mit zwei unter ärztlichem Blickwinkel besonders wesentlichen Grundsatzfragen dieser Materie befaßt. Dabei handelt es sich um

1. die im Entwurf vorgesehene Selbstbeteiligung der Versicherten an Maßnahmen der Vorsorge und Krankenhilfe,
2. die Grundsätze für die künftige Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen.

ad 1)

Zur Frage der Selbstbeteiligung ist der Vorstand der Auffassung, daß die verschiedenen im Gesetz vorgesehenen Selbstbeteiligungsmaßnahmen in ihrer Ausgestaltung im einzelnen, in ihrer absoluten Höhe sowie in ihrer Kumulation (Selbstbeteiligung an Kosten der ärztlichen Behandlung, an Kosten für Medikamente und Heil- und Hilfsmittel sowie Krankenhauspflege) Bedenken in der Richtung erwecken, ob sie gesundheitspolitisch vertretbar und sozialpolitisch für eine soziale Krankenversicherung tragbar sind.

Bedenklich erscheint auch, daß die verschiedenartige Ausgestaltung der Selbstbeteiligung einen ungerechtfertigten Trend zur Inanspruchnahme bestimmter Möglichkeiten der Diagnostik und Therapie, für die keine oder eine geringere Selbstbeteiligung zu entrichten ist, hervorrufen kann.

Widersinnig ist die vorgesehene Selbstbeteiligung an den durch den Entwurf erstmals eingeführten Vorsorgeuntersuchungen, da deren Zweck hierdurch wesentlich beeinträchtigt wird.

ad 2)

Zur Regelung der Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen erinnert der Vorstand der Bundesärztekammer an die grundsätzliche Auffassung der Ärzteschaft, daß, dem Sinne einer gegliederten Krankenversicherung entsprechend, diese im Wege der Vertragsfreiheit zwischen Ärzten und Krankenkassen zu gestalten sind. Dieser Grundsatz beinhaltet als unverzichtbare Forderung, daß die ärztlichen Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht mit einem für alle Krankenkassen und Kassenarten geltenden Einheitshonorar abgegolten werden können, sondern in freier Vertragsgestaltung entsprechend der wirtschaftlichen und sozialen Struktur der einzelnen Versichertenkreise von den Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Trägern der sozialen Krankenversicherung vertraglich zu vereinbaren sind.

Der Vorstand hat mit Befremden festgestellt, daß der Bundesrat beim ersten Durchlauf des Gesetzes die im Regierungsentwurf enthaltenen Ansätze zu einer Regelung in dieser Richtung gestrichen haben wollte. Mit der Verwirklichung der vom Bundesrat gemachten Vorschläge würde der Gedanke der gegliederten Krankenversicherung und der freien Vertragsgestaltung zwischen Ärzten und Krankenkassen völlig zunichte gemacht werden. Der Vorstand begrüßt es, daß die Bundesregierung diesen Vorschlägen nicht gefolgt ist, und er hofft, daß auch der Deutsche Bundestag ihnen kein Gehör geben, sondern im Gegenteil — besser und konsequenter als der Regierungsentwurf — an den bewährten Grundsätzen der deutschen gegliederten Krankenversicherung und der ihr entsprechenden kassenärztlichen Selbstverwaltung auch für die Zukunft festhalten wird.

Zur Gesamtheit der jetzt vorliegenden neu formulierten Vorschläge zur Krankenversicherungsreform wiederholt der Vorstand der Bundesärztekammer noch einmal die von den Deutschen Ärztetagen bei den Reformdebatten vergangener Jahre hierzu gemachten wesentlichen Grundsatzvorschläge."

Nach einer fast sechsstündigen Plenardebatte beschloß der Bundestag, die Gesetzentwürfe des „Sozialpaketes" an die jeweils zuständigen Ausschüsse zu überweisen, und zwar

1. die Krankenversicherungsreform
   (Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung) — BT-Drucksache IV/816 —
   a) federführend an den Ausschuß für Sozialpolitik,
   b) mitberatend an den Ausschuß für Gesundheitswesen,
2. das Lohnfortzahlungsgesetz
   (Entwurf eines Gesetzes über die Fortzahlung des Arbeitsentgelts im Krankheitsfalle) — BT-Drucksache 343/62 —
   a) federführend an den Arbeitsausschuß,
   b) mitberatend an die Ausschüsse für Mittelstandsfragen und Wirtschaft.
   Abgelehnt wurde nach Hammelsprung-Abstimmung die von der SPD geforderte Mitberatung durch den Sozialpolitischen Ausschuß,
3. das Kindergeldgesetz
   (Entwurf eines Bundeskindergeldgesetzes) — BT-Drucksache IV/818
   a) federführend an den Ausschuß für Arbeit,
   b) mitberatend an den Ausschuß für Familien- und Jugendfragen und den Haushaltausschuß.

Die Debatte insgesamt verlief im wesentlichen ruhig und ohne Höhepunkte, wenn man von den sehr lebhaften Auseinandersetzungen, die der Beschlußfassung der in ihrem Ergebnis bereits erwähnten Ausschußüberweisungen vorausgingen, absieht.

Für die CDU/CSU-Bundestagsfraktion war Sprecher zum gesamten „Sozialpaket" der Abgeordnete Stingl, der sich nachdrücklich hinter den Entwurf stellte. Zur Krankenversicherungsreform insbesondere nahm seitens der CDU/CSU der Abgeordnete Dr. Franz (CSU) ausführlich Stellung. Unüberhörbar war seine Ankündigung, auch seine Fraktion werde vor allem hinsichtlich der von der Opposition scharf kritisierten Selbstbeteiligungsmaßnahmen eine sorgfältige Prüfung des Entwurfs vornehmen, und zwar sowohl hinsichtlich der Höhe der einzelnen Selbstbeteiligungsmaßnahmen als auch ihrer möglichen Kumulation. Doch ließ auch Dr. Franz in seinen Ausführungen keinen Zweifel an der grundsätzlichen Zustimmung der CDU/CSU zu den Vorschlägen der Bundesregierung für die Neuordnung der gesetzlichen Krankenversicherung.

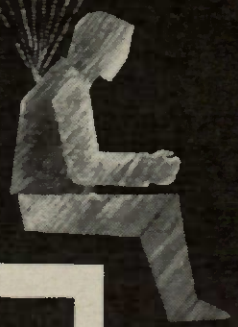
Für die FDP-Bundestagsfraktion sprach der Abgeordnete Spitzmüller. Seine Ausführungen zeigten eine — vorsichtig ausgedrückt — betonte Zurückhal-

Neohexamon®

mit Hydrocortison

Hexamon®

Zäpfchen und Salbe



Hämorrhoiden

Beiersdorf

ARZNEIMITTEL

Neo/Hex 119

tung, ja manchmal eine gewisse Skepsis, die die FDP gegenüber einer Reihe von wichtigen Einzelfragen des „Sozialpakets" und besonders auch aus dem Bereich „Krankenversicherungsreform" nach wie vor hat. Zwar wurde die Gesamtkonzeption der Gesetze bejaht, doch immer wieder betont, daß eine Reihe wesentlicher Einzelfragen noch sehr sorgfältiger Untersuchung und Prüfung bedürfe. Nachdrückliche Bedenken wurden besonders gegen die erheblichen zusätzlichen Belastungen der Wirtschaft angemeldet, die sich aus dem Lohnfortzahlungsgesetz ergeben. Berührungspunkte zwischen FDP und CDU/CSU ergeben sich nach Spitzmüller in der Forderung, bei den vorgesehenen Selbstbeteiligungsmaßnahmen zu prüfen, ob der geplante Sonderbeitrag auch von Rentnern verlangt werden solle. Zum Grundsätzlichen ließ Spitzmüller deutlich erkennen, daß die FDP nach wie vor das Kostenerstattungssystem zumindest für die freiwillig Versicherten für besser hält und sich bemühen wird, diesen Vorschlag wenigstens als Alternative in das Gesetz hineinzubringen.

Die Ausführungen des Sprechers der FDP-Bundestagsfraktion zeigten auf, daß man mit der CDU/CSU anscheinend im wesentlichen zunächst darin einig ist, das g e s a m t e „Sozialpaket" mit seinen drei Gesetzentwürfen als Einheit zu behandeln und zu verabschieden. Zum Inhalt der einzelnen Gesetzentwürfe aber bestehen offensichtlich noch eine Fülle von Meinungsunterschieden, so daß zumindest der Eindruck nicht unberechtigt ist, daß die FDP die Gesetzentwürfe in ihrem Inhalt zunächst nur als eine Art Diskussionsgrundlage betrachtet, ohne sich mit ihnen — auch nicht in wesentlichen Einzelheiten — zu identifizieren.

Für die SPD-Bundestagsfraktion war Sprecher der Vorsitzende des Sozialpolitischen Bundestagsausschusses, der Abgeordnete Prof. Schellenberg. Seine Ausführungen ließen erkennen, daß zwischen den Regierungsparteien, und hier besonders der CDU/CSU und der SPD, nach wie vor tiefgehende Meinungsverschiedenheiten, vor allem in Fragen der Neuregelung der Krankenversicherung, bestehen. Obwohl diese erste Bundestags-Plenardebatte in der Form weit gemäßigter als in früheren Jahren geführt wurde, war erkennbar, daß die sachlichen Differenzen im wesentlichen die gleichen geblieben sind. Während der Bundesarbeitsminister sich nachdrücklich dagegen verwahrte, die Krankenversicherung in eine Gesundheitsversicherung umzudeuten, ließ die SPD an ihrer gegenteiligen Auffassung gerade zu diesem Grundsatz keinen Zweifel und beklagte nachdrücklich, daß auch diesmal ihrer Ansicht nach die vorgelegten Gesetzentwürfe viel zu wenig für die Erhaltung der Gesundheit vorsehen würden.

Die stärksten Meinungsunterschiede zwischen Koalition und Opposition ergaben sich — wie erwartet — in der Frage der Beteiligung an den Kosten der ärztlichen und zahnärztlichen Behandlung und darüber hinaus der Selbstbeteiligung im Rahmen der Krankenpflege überhaupt.

Während Bundesarbeitsminister Blank und der Vorsitzende des Sozialpolitischen Arbeitskreises der CDU/CSU-Fraktion, Stingl, den Vorschlag, Einführung eines Individualbeitrages des Versicherten zu den Arztkosten, aus dem ein Viertel dieser Kosten gedeckt werden sollte, nachdrücklich unterstrichen und mit dem Wunsch begründeten, den Versicherten aus der Anonymität der Masse herauszuheben und ihm mehr Verantwortung aufzuerlegen, lehnte Schellenberg diese Gedankengänge als mit dem Wesen einer sozialen Krankenversicherung im Widerspruch stehend ab. Er begründete seine Ablehnung zusätzlich mit Hinweisen auf Familienfeindlichkeit, Benachteiligung der Schwerkranken und die Höhe der Beteiligung. Der Entwurf habe sich nach Auffassung seiner Partei in diesem Punkt gegenüber den früheren Gesetzentwürfen zur Krankenversicherungsreform sogar noch weitgehend verschlechtert. Die Kostenbeteiligung sei gegenüber den Plänen von vor drei Jahren mehr als verdoppelt und gegenüber dem Vorschlag der CDU/CSU-Fraktion von 1961, eine Krankenscheingebühr einzuführen, sogar verfünffacht. Im Endergebnis bringe das „Sozialpaket", so führte Schellenberg aus, eine gewaltige finanzielle Umschichtung, die zu Lasten der Angestellten, der Rentner und der freiwillig Versicherten gehe. Dazu würde es auch den 2,7 Millionen Arbeitern, die aus der Versicherungspflicht entlassen würden, durch Fortfall des Arbeitgeberanteils bei ihrer Beitragszahlung zur Krankenversicherung erhebliche Verschlechterungen bringen. Demgegenüber fielen einige Verbesserungen gegenüber den Vorentwürfen, die er ausdrücklich zugestand, nicht besonders ins Gewicht. Die SPD werde deshalb vor allem gegen die Vorschläge zur Krankenversicherungsreform noch härter kämpfen als sie das gegen die früheren Entwürfe getan habe. Ausdrücklich lehnte Schellenberg auch den inneren Zusammenhang der drei Gesetzentwürfe (Kindergeld, Lohnfortzahlung, Krankenversicherung) ab und widersprach damit der Auffassung der Regierungsparteien, die Gesetzentwürfe könnten nur zusammen verabschiedet werden.

Die zunächst ohne wesentliche Höhepunkte und mit nur mäßiger Beteiligung im Plenum des Bundestages durchgeführte Debatte wurde — wie bereits eingangs erwähnt — zum Schluß bei der Abstimmung über die Ausschußüberweisungen teilweise fast hitzig. Während die Sozialdemokraten sich bemühten, den Sozialpolitischen Ausschuß bei allen Gesetzentwürfen zumindest mitberatend einzuschalten, war das Bestreben der CDU/CSU (nicht der FDP, die in mehreren Punkten mit der SPD stimmte) ganz offensichtlich, den Sozialpolitischen Ausschuß nicht zu beteiligen. Wie man hören konnte, galt dieser sehr pointiert ausgetragene Verfahrensstreit im wesentlichen einer von der CDU befürchteten Obstruktion und Verzögerung bei der Verabschiedung der Gesetzentwürfe. In der Diskussion um die Ausschußüberweisungen wurde seitens der SPD sehr scharf darauf hingewiesen, daß mangelnde Nichteinschaltung des Sozialpolitischen Ausschusses die SPD dazu zwingen könnte, dann in der zweiten Lesung diejenigen Anträge zu stellen, die sie bei ihrer Meinung nach ungenügender Ausschußberatung durch Ausschluß des Sozialpolitischen Ausschusses nicht hätte stellen können.

Prognosen über das Schicksal des „Sozialpakets", und hierbei der die Ärzteschaft naturgemäß besonders interessierenden Krankenversicherungsreform, erscheinen gerade nach dieser ersten Debatte mehr als gewagt. Dem betonten „Zweckoptimismus" des Bundesarbeitsministers, nach dessen Auffassung begründete Aussicht und Möglichkeit besteht, die Gesetze noch im Juli d. J. in Kraft treten zu lassen, steht eine sehr umfangreiche und äußerst komplizierte Materie gegenüber, die — selbst wenn man das wollte — einfach nicht im Handgalopp zu bewältigen ist. Da andererseits nicht nur mit

nachdrücklichem Widerstand der SPD gerechnet wird, sondern auch — zumindest in der Koalition — wesentliche Fragen noch ungeklärt sind und keineswegs Übereinstimmung in vielen wichtigen, häufig entscheidenden Detailfragen besteht, wird man gut daran tun, Erwartungen auf eine sehr schnelle Verabschiedung der Krankenversicherungsreform im Rahmen des „Sozialpakets" nicht zu hoch zu schrauben.

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

Bundesarbeitsminister Blank zur Sozialreform

Erste Lesung der Gesetzentwürfe zur Sozialreform

Aus der mündlichen Begründung des „Sozialpakets" durch den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Theodor Blank, in der 55. Sitzung des Deutschen Bundestages am 23. Januar 1963:

Die von der Bundesregierung vorgelegten Entwürfe eines Gesetzes über die Fortzahlung des Arbeitsentgelts im Krankheitsfalle,

eines Bundeskindergeldgesetzes und

eines Gesetzes zur Neuregelung des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung

stellen die Fortsetzung der Sozialreform dar, wie sie in der Regierungserklärung zu Beginn dieser Legislaturperiode angekündigt worden ist. Während der erste große Teil unserer im Jahre 1957 begonnenen Reform die Sicherung für das Alter behandelte, hat dieser Teil der Reform die Sicherung für den Krankheitsfall sowie die Förderung der Familie mit Kindern zum Gegenstand. Die zahlreichen Berührungspunkte, die alle drei vorgelegten Entwürfe miteinander haben, veranlaßten die Bundesregierung, sie als Einheit zu betrachten. Gleichzeitig sollte damit zum Ausdruck kommen, daß sozialpolitische Maßnahmen von so großer Tragweite nicht isoliert behandelt, sondern nur in größerem Zusammenhang gesehen und geordnet werden können.

Entwurf eines Gesetzes über die Fortzahlung des Arbeitsentgelts im Krankheitsfalle

(Lohnfortzahlungsgesetz)

Mit dem Entwurf eines Gesetzes über die Fortzahlung des Arbeitsentgelts im Krankheitsfalle wird die rechtliche Gleichstellung der Arbeiter mit den Angestellten im Krankheitsfalle angestrebt. Dies ist ein altes — und wie ich glaube — berechtigtes Anliegen der Arbeiter.

Bereits bei der Verabschiedung der beiden Arbeiterkrankheitsgesetze war sich dieses Hohe Haus über die Berechtigung einer Gleichstellung der Arbeiter mit den Angestellten im Krankheitsfalle einig (vergleiche Bericht des Herrn Abgeordneten Meyer [Wanne-Eickel] vom 27. April 1961 — BT-Drucksache III/2478).

Zu der heute bestehenden unterschiedlichen gesetzlichen Behandlung beider Gruppen ist es zudem erst durch die Notverordnungen der Jahre 1930/31 gekommen, die damals nur den Anspruch des Angestellten auf Lohnfortzahlung für unabdingbar erklärten. Zuvor hat ein so weitgehender rechtlicher Unterschied zwischen Arbeitern und Angestellten im Krankheitsfalle nicht bestanden.

Der Entwurf geht davon aus, daß die Arbeiter ebenso wie bisher die Angestellten, gegen den Arbeitgeber den unabdingbaren Anspruch auf Fortzahlung des vollen Lohnes für die Zeit einer unverschuldeten Arbeitsunfähigkeit bis zur Dauer von sechs Wochen haben sollen. Mit der Erfüllung dieses Anliegens der Arbeiterschaft soll die Anerkennung für die Leistung der Arbeiter und das große Vertrauen, das ihnen damit entgegengebracht wird, zum Ausdruck kommen.

Wer wollte verkennen, daß die rechtliche Gleichstellung auch der heutigen Situation im Arbeitsleben entspricht? Die verantwortungsvollen Aufgaben, die heute von vielen Arbeitern bewältigt werden, stehen vielfach denen von Angestellten nicht nach. Auch die großen Verdienste unserer Arbeiter um den Wiederaufbau unserer Wirtschaft sollten wir dankbar anerkennen und dies sichtbar bezeugen. Mit der angestrebten Gleichstellung soll auch erkennbar werden, daß wir den Arbeitern das gleiche Vertrauen entgegenbringen, dessen sich die Angestellten bis heute würdig erwiesen haben.

Wir glauben, daß die vorgesehene Regelung auch das Verhältnis zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer günstig beeinflussen wird, weil nunmehr auch im Krankheitsfall Arbeitgeber und Arbeitnehmer in einem direkten Verhältnis bleiben und zwischen sie nicht die Anonymität einer Kasse tritt, was dem Verantwortungsbewußtsein nicht dienlich ist. Wir können aber unsere großen sozialen Errungenschaften nur erhalten, wenn sie vom Verantwortungsbewußtsein aller Beteiligten getragen werden. Verantwortungsbewußtsein jedes einzelnen zu wecken und zu stärken ist ein wesentliches Ziel unserer Sozialpolitik.

Wenn ich eben von dem großen Vertrauensbeweis für die Arbeiter gesprochen habe, so wird dieser nicht dadurch geschmälert, daß der vorliegende Entwurf eine Prüfung der Arbeitsunfähigkeit durch den vertrauensärztlichen Dienst vorsieht. Die Einschaltung von Vertrauensärzten ist, darüber kann es kaum einen ernsthaften Zweifel geben, bei der vollen Lohnfortzahlung ebenso wenig zu entbehren, wie die gesetzlichen Krankenkassen der Mithilfe von Vertrauensärzten entbehren können. Das Verfahren des vertrauensärztlichen Dienstes ist in dem Entwurf so gestaltet, daß die zweifelhaften Fälle der Arbeitsunfähigkeit schnell und wirksam erfaßt werden können. Es dient damit zugleich der Unterstützung des behandelnden Arztes und soll nach der Absicht des Entwurfs dazu beitragen, gerichtliche Auseinandersetzungen über das Vorliegen der Arbeitsunfähigkeit zu vermeiden.

Die Bundesregierung ist sich bewußt, daß sie mit dem vorliegenden Entwurf den einzelnen Arbeitgebern auch eine weitere Belastung zumutet. Sie hat daher Vorschläge unterbreitet, die geeignet sind, die entstehenden Belastungen in tragbaren Grenzen zu halten. Es ist vorgesehen, daß der Arbeitgeber durch einen Kostenausgleich 75% der für die Lohnfortzahlung aufgewandten Beträge erstattet bekommt, also nur 25% selbst zu tragen hat, allerdings nicht für diejenigen Arbeiter, die über die im Krankenversicherungs-Neuregelungsgesetz vorgesehene Versicherungspflichtgrenze von monatlich 750,— DM verdienen. Das auch deshalb, weil der Kostenausgleich von den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung durchgeführt werden soll. Er hat besondere Bedeutung für die mittelständische Wirtschaft. Sein Vorteil liegt darin, daß die Belastung durch die Lohnfortzahlung von vornherein weitgehend für den Arbeitgeber kalkulierbar wird, da Versiche-

Apoplexie

Periphere Durchblutungsstörungen

Cerebralsklerose

Venenerkrankungen

Der Haemokinator

COMPLAMIN®

Tabletten und Ampullen

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

JOHANN A. WÜLFING, DÜSSELDORF

rungsbeiträge den größten Teil des Risikos abdecken. Darüber hinaus wird die Belastung der Wirtschaft dadurch gemindert, daß sie von der Aufbringung der Mittel für das Kindergeld durch die Neugestaltung des Kindergeldrechts befreit wird. Wir glauben, damit für alle Beteiligten eine befriedigende Lösung gefunden zu haben.

Entwurf eines Bundeskindergeldgesetzes

Der Entwurf eines Bundeskindergeldgesetzes sieht eine grundlegende Neuordnung des Kindergeldrechts vor, mit dem Ziel, die Zersplitterung des geltenden Rechts zu beseitigen und die wirtschaftliche Lage der kinderreichen Familien zu verbessern.

Lassen Sie mich kurz erläutern, von welchen Vorstellungen die Bundesregierung hierbei ausgegangen ist.

Zunächst zur Finanzierung. Dem Kindergeldgesetz von 1954 liegt der Gedanke zugrunde, das Kindergeld als eine Ergänzung des Leistungslohnes der Arbeitnehmer zu betrachten. Dieser Vorstellung hätte es entsprochen, die Kindergeldregelung auf Arbeitnehmer zu beschränken. Es erwies sich aber aus gesellschafts- und familienpolitischen Gründen als unmöglich, Bauern, Gewerbetreibende und freie Berufe vom Kindergeldbezug auszuschließen. Dieser Personenkreis wurde daher ebenfalls in die Kindergeldregelung einbezogen.

Das Gesetz beruht ferner auf dem Gedanken, daß die einzelnen Wirtschaftszweige in ihren Bereichen den Familienlastenausgleich selbst durchzuführen und die dafür erforderlichen Mittel in erster Linie auch selbst aufzubringen hätten. Der zentrale Finanzausgleich und die Zuschüsse der gewerblichen Familienausgleichskassen zu den landwirtschaftlichen Familienausgleichskassen schränkten allerdings auch diesen Grundsatz stark ein. Dennoch war die Kindergeldgesetzgebung damit im großen und ganzen nach dem Leitbild der klassischen Sozialversicherung ausgerichtet. Diese Konzeption hat auch zunächst bei den Beteiligten — neben verständlicher Kritik — viel Anerkennung gefunden.

Da die allein von den Arbeitgebern zu zahlenden Beiträge zu den Familienausgleichskassen — wie die übrigen Sozialabgaben — in Prozentsätzen des Lohnes erhoben werden, bedeuten sie für die lohnintensiven Wirtschaftszweige und insbesondere für die kleinen und mittleren Betriebe eine fühlbare Belastung. Gerade dieser Umstand hat es so schwer gemacht, Leistungsverbesserungen durchzuführen. Nun läßt sich beim Kindergeld, das manche Besonderheiten gegenüber anderen älteren Zweigen der sozialen Sicherheit aufweist, mit guten Gründen die Auffassung vertreten, daß der Familienlastenausgleich eine Aufgabe ist, die über die Kraft eines Standes oder eines Wirtschaftszweiges geht und daher zu einer Gesamtaufgabe wird, die der Staat als allen Gemeinschaften übergeordnete zu leisten hat.

Zu diesem Grundsatz hat sich die Bundesregierung bereits bei der Einführung des Zweitkindergeldes in dem 1961 erlassenen Kindergeldkassengesetz bekannt, denn dieses bestimmt, daß das Kindergeld für die zweiten Kinder aus Haushaltsmitteln des Bundes finanziert wird. Der jetzt vorgelegte Entwurf soll diese Entwicklung fortführen. Er sieht vor, daß das gesamte Kindergeld vom 1. Juli 1963 an ausschließlich aus Steuermitteln des Bundes zu finanzieren ist.

Die Beseitigung des bisherigen Systems der Finanzierung bringt für die Wirtschaft eine Beitragsentlastung von etwa 1 Milliarde DM, die aber, das sei hier klar gesagt, kein Geschenk ist, sondern der Wirtschaft nur die Übernahme der Kosten für die geplante Lohnfortzahlung erleichtert.

Die Neuregelung der Finanzierung bietet die Möglichkeit, die Zweigleisigkeit auf dem Gebiet der Organisation und der Zahlung von Kindergeld zu beseitigen. In Zukunft sollen ausschließlich die Dienststellen der Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung diese Aufgabe erfüllen, wie dies heute schon für die Zweitkinder geschieht. Die Erfahrungen haben gezeigt, daß die Bundesanstalt dafür in besonderem Maße geeignet ist. Ihr mehrstufiger Verwaltungsaufbau erlaubt es, die bei der Kindergeldzahlung anfallenden Aufgaben, soweit notwendig, dezentral durch die Arbeitsämter, im übrigen aber zentral für den gesamten Geltungsbereich des Gesetzes zu erfüllen. So wird die Entgegennahme und Bearbeitung der Anträge den Arbeitsämtern zufallen, während die Auszahlung des Kindergeldes bei einer zentralen Rechenstelle liegen wird, die mit modernen, arbeits- und kostensparenden Büromaschinen ausgestattet ist.

Die vorgesehene Neuregelung führt dazu, daß die Familienausgleichskassen aufgelöst werden. Auch auf die Kindergeldkasse als selbständige Anstalt des öffentlichen Rechts kann verzichtet werden, da eine Beitragserhebung nicht mehr vorgesehen ist. Da die Finanzierung aus Bundesmitteln erfolgt, ist vorgesehen, daß die Bundesanstalt das Gesetz nach Weisungen des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung durchführt.

Die Abkehr von Grundsätzen des alten Kindergeldgesetzes bedeutet keineswegs, daß sich die mit der Durchführung betrauten Stellen nicht bewährt hätten. Ich möchte ausdrücklich feststellen, daß die Familienausgleichskassen und der Gesamtverband der Familienausgleichskassen die ihnen übertragenen schwierigen Aufgaben mit großem Geschick gemeistert haben. Dafür gebührt ihnen unsere Anerkennung und unser Dank.

Obwohl die Übernahme des bisher von der Wirtschaft aufgebrachten Kindergeldes für dritte und weitere Kinder von etwa 1 Milliarde DM für den bekanntlich außerordentlich angespannten Bundeshaushalt eine schwere Belastung bedeutet, schlägt die Bundesregierung dennoch auch Leistungsverbesserungen vor. Ich möchte wiederholen, daß diese Verbesserungen bei einer Finanzierung des Kindergeldes aus Beiträgen der Wirtschaft nicht zu erreichen wären. Nach den Vorstellungen der Bundesregierung sollen die zur Verfügung stehenden Mittel dazu verwendet werden, die soziale Lage der Familien mit drei oder mehr Kindern zu verbessern, weil die wirtschaftliche Belastung dieser Familien besonders groß ist. Dementsprechend soll das Kindergeld für die dritten und weiteren Kinder um 25 v. H., das heißt, von 40,— DM auf 50,— DM monatlich, erhöht werden. Aus dem gleichen Grunde soll auch die Einkommensgrenze beim Zweitkindergeld von bisher jährlich 7 200,— DM auf 8 400,— DM jährlich, aber nur zugunsten der kinderreichen Familien, erhöht werden.

Mit diesen Verbesserungen erhöhen sich die Aufwendungen für die Kindergeldzahlung um 329 Millionen DM jährlich. Die Gesamtaufwendungen betragen dann nach dem Entwurf etwa 1,8 Milliarden DM jährlich. Sie sind damit annähernd doppelt so hoch wie im

Jahre 1960 und viermal so hoch wie im Jahre 1955. Ich glaube daher, meine Damen und Herren, daß diese Steigerung der Leistungen Ihre Anerkennung findet.

Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung
(Krankenversicherungs-Neuregelungs-Gesetz)

Der Entwurf der gesetzlichen Krankenversicherung bringt das Leistungsrecht in diesem Versicherungszweig auf einen optimalen Stand und gestaltet es so, daß es den heutigen sozialpolitischen und medizinischen Erkenntnissen entspricht. Viele Leistungen sind, was ihre Höhe und ihre Dauer betrifft, kaum noch mehr zu steigern. Bei aller Modernisierung der Krankenversicherung darf aber nichts darüber hinwegtäuschen, daß sie eine Versicherung für den Fall der Krankheit ist. Versuche, die Krankenversicherung in eine Gesundheitsversicherung umzudeuten, müssen scheitern.

Der Sinn einer Krankenversicherung, auch der modernsten Krankenversicherung, kann eben nur der sein, dem Versicherten dabei zu helfen, daß er seine Krankheit heilen lassen und die wirtschaftlichen Folgen der Krankheit tragen kann. Das gilt auch für die Vorsorgehilfe, der der Entwurf als neue Leistungsart besondere Bedeutung beimißt. Auch die Vorsorgehilfe kann nur dazu dienen, Krankheiten möglichst frühzeitig zu erkennen und möglichst frühzeitig der ärztlichen Behandlung zuzuführen. Der Gesundheitssicherung können sie nicht dienen.

Als Leistungen der Vorsorgehilfe sind ärztliche Vorsorgeuntersuchungen für Versicherte und Familienmitglieder, die das 35. Lebensjahr vollendet haben, innerhalb von je drei Jahren vorgesehen. Der Selbstverwaltung soll die Möglichkeit eingeräumt werden, für die Untersuchungen kürzere Zeiträume vorzusehen oder weitere Altersgruppen dafür zuzulassen. Sie kann bestimmte Untersuchungen für einzelne Berufs- oder Personengruppen vorsehen. Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen sollen für alle Anspruchsberechtigten jährlich einmal gewährt werden. Die Vorsorgehilfe besteht in Vorsorgekuren oder Zuschüssen für diese, Schutzimpfungen, kieferorthopädischen oder orthopädischen Maßnahmen oder sonstigen Hilfen. Ich will die lange Reihe der Leistungsverbesserungen hier nicht ausführlich und im Detail beschreiben und dem geltenden Recht gegenüberstellen, sondern nur kurz skizzieren:

Zuschüsse zu Zahnersatz und Hilfsmitteln werden künftig Pflichtleistungen. Dasselbe gilt für die Krankenhauspflege und für die häusliche Krankenpflege, die bisher Ermessensleistung der Kassen waren. Das Hausgeld, das während der Krankenhauspflege zu zahlen ist, wird erhöht. Als neue Leistung der Familienhilfe wird die Haushaltshilfe eingeführt, wenn die Weiterführung des Haushalts dem Versicherten oder seinem Ehegatten wegen Krankheit, Mutterschaft oder wegen einer Kur nicht möglich ist oder im einzelnen Fall auf andere Weise nicht sichergestellt werden kann. Die Bezugsdauer des Mutterschaftsgeldes nach der Entbindung wird von 6 auf 8 Wochen verlängert. Die Klinikentbindung wird als Pflichtleistung der Kassen eingeführt. Familienangehörige erhalten bei der Entbindung höhere Geldleistungen als bisher. Im großen und ganzen gesehen kann man sagen, daß sie verdoppelt werden.

Im Zusammenhang mit dem Leistungsrecht darf ich noch darauf hinweisen, daß durch das Gesetz zur Verbesserung der wirtschaftlichen Sicherung der Arbeiter im Krankheitsfalle vom 26. Juni 1957 und durch die Novelle zu diesem Gesetz vom 12. Juli 1961 sehr erhebliche Verbesserungen, die als Reform der Krankenversicherung geplant waren, vorweggenommen wurden. Ich möchte hierbei insbesondere an die Beseitigung der Aussteuerung bei Krankengeld und Krankenhauspflege erinnern sowie an die Erhöhung des Krankengeldes nach Ablauf der sechsten Woche der Arbeitsunfähigkeit von 50 v. H. des Bruttoarbeitsentgelts auf 65 bis 75 v. H.

Ich glaube, meine Damen und Herren, wenn Sie die vorgeschlagenen Leistungsverbesserungen beschließen werden, wird das Leistungsrecht der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung einen Stand erreicht haben, der schwerlich zu überbieten ist.

Was den Kreis der von der Krankenversicherung erfaßten Personen betrifft, so geht der Entwurf, wie auch der Entwurf der vergangenen Legislaturperiode, davon aus, daß die Krankenversicherung als Pflichtversicherung wieder eine reine Arbeitnehmerversicherung werden soll. Die bisher versicherungspflichtigen Selbständigen werden aus der Versicherungspflicht entlassen; sie sollen aber berechtigt sein, der Versicherung freiwillig beizutreten. Die Gleichstellung der Arbeiter und der Angestellten in ihren Rechten gegenüber dem Arbeitgeber im Falle der Krankheit bedingt — und ich glaube, das ist eine Selbstverständlichkeit — auch ihre versicherungsrechtliche Gleichstellung. Erstmals in der Geschichte der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung gilt daher die Versicherungspflichtgrenze künftig auch für Arbeiter. Gleichzeitig aber soll diese Versicherungspflichtgrenze, also die Einkommensgrenze, bei deren Überschreitung der Versicherungszwang endigt, erhöht werden. Sie liegt heute bei 660,— DM im Monat und soll künftig 750,— DM betragen.

Die Einführung einer Versicherungspflichtgrenze für Arbeiter stellte uns vor das Problem, eine neue Berechnungsweise der Jahresarbeitsverdienstgrenze, das heißt der für das Ausscheiden aus der Zwangsversicherung maßgebenden Einkommensgrenze, zu finden. Während der Angestellte im großen und ganzen ein festes Monatsgehalt hat, das nur geringen Schwankungen unterliegt, kann sich der Lohn des Arbeiters von Monat zu Monat in mehr oder weniger großem Ausmaß ändern. Es müßte daher verhindert werden, daß diese Änderungen der Lohnhöhe sich unmittelbar und sofort auf das Versicherungsverhältnis auswirken und unter Umständen Versicherungsfreiheit und Versicherungszwang oder umgekehrt abwechseln. Der Entwurf hat dafür eine Lösung gefunden, indem er für die Versicherungspflicht oder Versicherungsfreiheit das Entgelt zugrunde legt, das sich voraussichtlich für ein Jahr aus dem Arbeitsverhältnis regelmäßig ergibt. Dabei sollen Zuschläge aller Art, einmalige Zuwendungen und Mehrarbeitsvergütungen grundsätzlich außer Betracht bleiben. Das gilt selbstverständlich nur für die Jahresarbeitsverdienstgrenze, nicht aber für die Bemessung der Beiträge und Leistungen. Praktisch bedeutet der Vorschlag, daß die Versicherungspflichtgrenze für Arbeiter effektiv nicht bei 750,— DM im Monat liegt, sondern bei etwa 830,— DM. Nach unseren Feststellungen kann damit gerechnet werden, daß im Durchschnitt

Sirinal®

desinfiziert Mund und Rachen, wirkt entzündungshemmend, abschwellend, schmerzlindernd

Zusammensetzung:
Benzocain 0,0025 g
Borax 0,0025 g
Natr. bicarb. 0,0025 g
Menthol. et Olea aeth. 0,0044 g
Acriflav. hydrochl. 0,00005 g
c. Sacchar.

Tyrosirinal®

enthält das hochbakterizide Antibiotikum Tyrothricin

Zusammensetzung:
Tyrothricin 0,001 g
Benzocain 0,00225 g
Methyl. p-oxybenzoic. 0,0075 g
Menthol. et Olea aeth. 0,004 g
Acriflav. hydrochl. 0,00006 g
c. Sacchar.

M. Woelm Eschwege

Woelm
Präparate
für die
tägliche
Praxis

Heilanzeigen deutscher Bäder, Kurorte und Sanatorien

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

Bad Mergentheim (210 m).

Sanatorium Dr. 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.

Bad Mergentheim (210 m). **Sanatorium Dr. Ketterer,** für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. Organneurosen. Haus ersten Ranges mit allen diagnostischen und therapeutischen Einrichtungen. Gepflegte Diätküche. Fachärztlich geleitet. Sehr ruhige Lage. Großer Liegegarten. 50 Betten. Telefon 640.

Bad Oy (37 m). Thor-radiumhaltige Quelle gegen Ischias, Rheuma, deformierende Gelenkleiden, Kneippkuren. Auskunft und Prospekte: Kurverwaltung Telefon 207.

Wildbad Wemding (420 m) Schwefel- und Stahlquelle, Bäder-Trinkkur, Bandscheibenschaden, Kreislaufstörungen, Rheuma gz. jährlich geöffnet. Tel. 300.

Bad Windsheim/Mfr. Rheumatismus der Gelenke und Muskeln, Neuralgien und Neuritiden (Ischias, Lumbago), Frauenleiden, Affektion der Gallenwege und des Darmes (Obstipation, gastrokardialer Symptomenkomplex), Fettsucht, Nieren- und Harnleitersteine.

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

WILDBAD *Schwarzwald*

Rheuma · Arthrosen · Lähmung · Alterung
Thermen 33-37 °C · Bergbahn 430-750 m
Zu jeder Jahreszeit kur- und badbereit!

BAD BERTRICH MOSEL

Kultivierte Atmosphäre – märchenhaft schöne Waldlandschaft – idyllische Ruhe – Freischwimmbad – 70 km markierte Spazierwege
Das gepflegte und bewährte Heilbad gegen
MAGEN-, DARM-, LEBER-, GALLE- und STOFFWECHSELKRANKHEITEN
Pensionspreise 13,- bis 25,- DM. Prospekte durch Staatl. Kurdirektion und Reisebüros

CIT-ITALIENREISEN

Dolomiten / Aosto	7 Tage Vollpension in allen Hotelkategorien	ab DM 87.-
Wochenpouscholen	7 Tage Vollpens. in allen Hotelkategorien und Orten Italiens	ab DM 68.-
Ostern in Rom	11. 4. bis 16. 4., Verlängerungsmöglichkeit in Rom und Florenz, Ausflugsmöglichkeit nach Neapel, Capri, Pompeji, Amalfi,	ab München ab DM 184.-
Toormino	15 Tage Einzelflugreise	ab DM 625.—
	15 Tage Bahnreise mit Rom-Neapel	ab Mü. DM 498.-
Sizilien	15 Tage Rom, Messina, Palermo, Selinunt, Agrigent, Syrakus, Taormina, Neapel	ab München DM 738.-
Golf von Neapel	15 Tage Einzelflugreise	ab DM 484.—
	15 T. Bahnr. m. Rom-Neapel, nur Hotel	ab 242.-
Teneriffa	15 T. Flug m. Vp.	ab 970.-
Tunis	15 T. Flug m. Vp.	ab 815.-

Jahresprogramm mit Einzel- und Gesellschaftsreisen kostenlos
CIT AMTLICHES ITALIENISCHES REISEBÜRO CIT
München 2, Brienner Straße 15 — Telefon 22 61 21

Privatnervenklinik Gauting bei München
mit Sanatoriumcharakter
Leitender Arzt Dr. Ph. Schmidt
Heilschlaf
Anoxie und
Elektrobehandlung
Bäderabteilung
Röntgen
Telefon München 86 12 26

Ein kostbarer Wassertropfen

KARLSBADER MUHLBRUNN
und
NATURL. KARLSBADER SPRUDELSALZ
bei Galle, Leber, Magen, Darm, Staffwechsel
Verlangen Sie stets **echtes** Karlsbader Salz.
Zu beziehen durch Apotheken u. Drogerien
Alleinimporteur
Fa. Rudolf Mahr, Hersbruck/Mfr.

Privatabteilung des Hospitals zum Hl. Geist
Klinik Prof. Dr. Heupke
Bad Homburg v. d. Höhe
Innere Krankheiten
sorgfältige Diät
Telefon 33 77

DR. SCHEDE'S Kindersanatorium „Klaus-Andreas-Heim"

(7891) **Uhlingen,** südlich. Hochschwarzwald 650m. 35 Kinder, 0-13 J. Unterricht. Ständige 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: „M E D I K A" Pharm. Präparate, B München 42

Beachten Sie die Beilagen

TREIS
Mosel-Perle

... bekommen vorzüglich! Man sollte stets ein paar Flaschen davon im Keller haben.
Masel-Sektkellerei Treis Merl (Masel)

Pianos - Flügel
Kleinklaviere – Cembali
Bis zu 40 Monatsraten
Pianohaus Lang
München · Kaufingerstraße 28/
Augsburg · Bahnhofstraße 15/
Regensburg · Kassiansplatz

Koggen
Schiffsmodelle aus Bremen
Original Handarbeiten ab DM 59.50.
Wir senden Ihnen gerne unsere Bildliste.
F. Fritz Meves, Bremen, Fach 1587

ZOLGHADAR

Teppiche aus Persien
MÜNCHEN · MAXIMILIANSTR. 33

11% des Lohns auf die genannten Zuschläge und Mehrarbeitsvergütungen entfallen.

Dennoch, meine Damen und Herren, scheiden — und ich möchte dieses Problem weder bagatellisieren noch verschweigen — künftig ca. 2,7 Millionen Arbeiter aus der Versicherungspflicht aus.

Kritiker des Entwurfs haben die Frage gestellt, ob ein Arbeiter mit 750,— DM bzw. 830,— DM Monatsverdienst nicht mehr schutzbedürftig sei.

Lassen Sie mich dazu einiges sagen:

1. Als die deutsche gesetzliche Krankenversicherung 1914 neu geordnet wurde, belief sich die Versicherungspflichtgrenze auf 2500,— Mark jährlich. Der Gesetzgeber ging davon aus, daß kein Arbeiter mehr als diesen Betrag im Jahr verdienen könne. In der Zwischenzeit wurde sie fünfmal, bis auf 7920,— DM, erhöht, und wir schlagen eine weitere Erhöhung auf 9000,— DM vor. Heute fallen bei einer Versicherungspflichtgrenze von 750,— DM oder effektiv 830,— DM 2,7 Millionen Arbeiter aus der Versicherungspflicht heraus. Das bedeutet, daß fast ein Fünftel der deutschen Arbeiter mit ihren Einkommen über dieser Grenze liegen. Es ist ein Erfolg unserer Wirtschaftspolitik, daß die Einkommen der Arbeiter so ansteigen konnten.
2. Die Höhe der Versicherungspflichtgrenze ist gar keine Frage der Schutzbedürftigkeit. Der Versicherte hat die Möglichkeit, sich bei Überschreiten der Grenze freiwillig weiter zu versichern und hat dann die gleichen Leistungsansprüche wie der Pflichtversicherte. Es ist lediglich die Frage, wer den Beitrag zahlt. Derjenige, der aus der Pflichtversicherung herauswächst, hat keinen Anspruch mehr auf den Beitragsanteil des Arbeitgebers. Hier darf ich Sie auf das Lohnfortzahlungsgesetz hinweisen. Wir stellen mit diesem Gesetz den Arbeiter dem Angestellten gleich. Beide haben den Anspruch auf Fortzahlung des Lohnes. Wir können also den Arbeiter auch versicherungsrechtlich nicht anders behandeln als den Angestellten. Wenn die Versicherungspflichtgrenze für den Angestellten gilt, muß sie auch für den Arbeiter gelten. Ich sehe auch keinerlei Grund, einen Arbeiter mit gleichem Einkommen in der Krankenversicherung anders zu behandeln als einen Angestellten.
3. Wir muten dem Arbeitgeber zu, künftig für sechs Wochen den Lohn an alle Arbeitnehmer im Krankheitsfalle weiterzuzahlen. Das bedeutet für den Arbeitgeber eine Mehrbelastung, die, wenn wir alle Entlastungen durch Übernahme des Kindergeldes auf den Bund, Senkung des Beitrages in der Krankenversicherung usw. einbeziehen, bei 1,4 Milliarden DM pro Jahr liegt. Sollen wir dann nicht dem Arbeiter zumuten können, bei Überschreitung einer bestimmten Einkommenshöhe die Beiträge selbst zu tragen, wie wir es dem Angestellten schon immer zugemutet haben?

   Auch wenn wir den Rechenstift zur Hand nehmen, sehen wir, daß das Ergebnis durchaus erträglich ist. Ein Arbeiter mit einem monatlichen Einkommen von 850,— DM hätte nach bisherigem Recht bei Zugrundelegung des durchschnittlichen Beitrages von 10% und bei einer Versicherungspflichtgrenze von 750,— DM monatlich 75,— DM Beitrag zu zahlen. Davon entfallen auf ihn und den Arbeitgeber je 37,50 DM. Einen Beitrag in Höhe von 37,50 DM, also praktisch seinen bisherigen Beitragsanteil, wird er auch künftig zu zahlen haben, da die Krankenversicherung, wie Sie im finanziellen Teil der Begründung nachlesen können, künftig voraussichtlich mit einem Beitrag von 5% auskommen wird. Der Arbeiter gewinnt also den Lohnfortzahlungsanspruch für sechs Wochen gegen den Arbeitgeber und verliert praktisch, selbst wenn er aus der Versicherungspflicht ausscheidet, gegenüber heute nichts. Er wird selbstverständlich nicht so günstig gestellt wie sein Kollege, der nur 700,— DM verdient und auch nach der Senkung des Beitrages von heute 10 auf 5% seinen Arbeitgeberanteil erhält. Aber das ist schließlich das von uns allen bejahte Prinzip der Solidarität in den gesetzlichen Versicherungen, die den Mehrverdienenden zu höheren Beiträgen heranzieht als den geringer Verdienenden.

Gestatten Sie mir aber noch ein Wort zu dem Vorschlag, die Versicherungspflichtgrenze nach der Zahl der Familienangehörigen zu staffeln. Die Folge wäre, daß der Arbeitgeber bei gleichem Lohn für den Ledigen keine Versicherungsbeiträge zu zahlen, für den Verheirateten aber höhere Aufwendungen hätte. Es ist kein Geheimnis, daß die Wirtschaftskonjunktur aus ihrem bisherigen Galopp in einen sanfteren Trab verfallen ist und vielleicht auch einmal im Schritt gehen wird. Dann wird dieses Mehr, das der Unternehmer für den verheirateten Arbeitnehmer monatlich aufzuwenden hätte, vielleicht über den Arbeitsplatz des Familienvaters entscheiden können. Ich sage „ja" zu allen Entscheidungen, die die Familie begünstigen. Ich sage aber „nein" zu allen Vorschlägen, die den Familienvater in eine ungünstigere Lage auf dem Arbeitsmarkt bringen als den Junggesellen. Es könnte sich bald erweisen, daß der Arbeitsplatz unendlich wichtiger ist als der Arbeitgeberanteil zur Krankenversicherung.

Ich habe Sie soeben mit den großen Leistungsverbesserungen, die dieser Entwurf enthält, bekanntgemacht. Alle Leistungsverbesserungen aber kosten Geld. Wollten wir bei dem jetzigen System der Mittelbeschaffung bleiben, bedeutete das eine beachtliche Erhöhung der Beiträge. Allein von 1960 bis 1962 mußten, um die nach geltendem Recht zustehenden Leistungen zu decken, die Beiträge im Schnitt von 8,42% auf 9,66% erhöht werden. Das bedeutet für einen Versicherten, der ein monatliches Einkommen von 660,— DM bezieht, eine Mehrausgabe von rund 4,— DM im Monat und 48,— DM im Jahr. Sie können selbst ermessen, wie die Belastung des Versicherten nach dem jetzigen System angesichts der vorgesehenen, großen Leistungsverbesserungen aussähe. Der vorliegende Entwurf sieht daher vor, daß bestimmte Leistungen nicht mehr voll aus dem kollektiven Beitrag finanziert werden sollen, sondern zu einem, wenn auch bescheidenen Teil aus einem Individualbeitrag des Versicherten, den er bei Nichtausschöpfung ganz oder teilweise rückerstattet bekommen kann.

Damit soll die Verantwortlichkeit bei der Inanspruchnahme von Leistungen der Krankenversicherung angesprochen werden und zum Ausdruck kommen, daß eine hochqualifizierte Versicherung bei erträglicher Belastung des Versicherten nur möglich ist, wenn die Versichertengemeinschaft vom Bewußtsein echter Solidarität getragen wird.

Als Eigenbeteiligung bei den Arzneikosten sieht der Entwurf 10 v. H. der Kosten der Verordnung auf einem Verordnungsblatt, mindestens 1,— DM, höchstens 3,— DM vor. Eine detaillierte Härteklausel läßt es zu, von dieser Eigenbeteiligung zu befreien, besonders dann, wenn bei geringem Einkommen, bei längerer Krankheit, bei Häufung von Krankheiten in der Familie oder bei Bedarf an besonders aufwendigen Arzneimitteln die Lebenshaltung des Versicherten oder seiner Familie durch die Zahlung unzumutbar beeinträchtigt würde. Ich glaube, meine Damen und Herren, über diese Art und Form der Beteiligung dürften keine schwerwiegenden Meinungsverschiedenheiten bestehen. Auch die SPD weist ja in ihrem Sozialplan für Deutschland aus dem Jahre 1957 auf die Gefahren des Arzneimittelmißbrauchs hin und befürwortet eine Selbstbeteiligung oder sogar die volle Kostenübernahme durch den Versicherten bei bestimmten Arzneimitteln. Seit 1957 ist der Arzneimittelverbrauch weiterhin und sehr erheblich gestiegen. Die Ausgaben der Krankenversicherung für Arzneimittel haben im Jahre 1957 774 Millionen DM, im Jahre 1961 aber schon etwa 1250 Millionen DM betragen. Über die Gefahren des übermäßigen Arzneimittelverbrauchs sind von berufener Seite ganze Bücher geschrieben worden. Sogar der englische Gesundheitsdienst ist von seiner früheren kostenlosen Gewährung von Arzneimitteln abgegangen und verlangt schon seit mehreren Jahren eine Beteiligung des Versicherten in Form des sogenannten „Arzneimittelschillings". Schweden verlangt sogar eine Rezeptgebühr von 3 Kronen, und wenn das Medikament teurer ist, von 50% der Mehrkosten. 3 Kronen sind, wenn ich recht unterrichtet bin, etwa 2,30 DM.

Als wir in der vergangenen Legislaturperiode als Vorschlag für die Selbstbeteiligung bei ärztlichen und zahnärztlichen Leistungen die Inanspruchnahmegebühr brachten, wurden dagegen vor allem zwei Bedenken laut. Man glaubte, daß die unmittelbare Zahlung an den Arzt das Verhältnis Arzt—Patient stören, den Versicherten unter Umständen von einem berechtigten Arztbesuch abhalten und die Ärzte mit Verwaltungsarbeit belasten könne. Die Bundesregierung hat sich bemüht, diesen Bedenken Rechnung zu tragen und schlägt nunmehr ein System vor, das der Beitragsrückerstattung ähnlich ist. Der Versicherte zahlt zum allgemeinen Beitrag einen besonderen Beitrag in Höhe von 2% des beitragspflichtigen Entgelts. Von diesem angesparten Betrag werden am Ende des Kalenderjahres 25% der Ausgaben, die der Kasse für ärztliche und zahnärztliche Leistungen entstanden sind, abgerechnet. Der Rest wird ihm zurückgezahlt. Bei einem Versicherten mit einem Einkommen von 600,— DM würde das bedeuten, daß der durch den besonderen Beitrag angesparte Betrag am Jahresende 144,— DM betragen würde. Hat der Versicherte im Jahr 160,— DM an Kosten für Arzt und Zahnarzt verursacht, so erhielte er am Jahresende 104,— DM von der Kasse zurückerstattet. Ich darf darauf hinweisen, daß die Zahl von 160,— DM eher zu hoch als zu niedrig gegriffen ist, denn der Leistungsbedarf je Behandlungsfall wird nach den Statistiken der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für das Jahr 1960 mit 15,40 DM angegeben. Die Gesamtvergütung bzw. das Einzelleistungshonorar betrug je Mitglied, also die Familienangehörigen eingerechnet, im Jahre 1960 bei den RVO-Kassen rund 65,— DM, bei den Ersatzkassen für Angestellte rund 82,— DM.

Nun, ich bin mir darüber klar, meine Damen und Herren, daß kein irgendwie gearteter Vorschlag, der eine Eigenleistung vorsieht, den Gegner aus Prinzip daran hindert, gesundheitspolitische Bedenken anzumelden. Ich teile diese Bedenken nicht. Wer behauptet, daß sich ein Arbeitnehmer durch die Aussicht, von dem angesparten Betrag einen geringen Teil einzubüßen, von einem notwendigen Besuch beim Arzt abhalten läßt, der stellt ihm ein Armutszeugnis aus. Ich halte den Arbeitnehmer für so klug, daß ihm seine Gesundheit mehr wert ist als ein paar Mark Beitragsrückerstattung. Ich glaube auch nicht, daß der deutsche Arbeitnehmer seiner Gesundheit weniger Wert beimißt als der schwedische oder französische, und ich glaube auch nicht, daß die Regierung Schwedens, die eine Selbstbeteiligung im Rahmen des Kostenerstattungssystems von mindestens 25% eingeführt hat, ihre Bevölkerung gesundheitspolitischen Gefahren aussetzen wollte. Ferner steht fest, daß der Gesundheitszustand der französischen oder schwedischen Bevölkerung oder der anderen Länder, die eine Kostenbeteiligung kennen, nicht schlechter ist als der Gesundheitszustand der Länder, die eine solche Kostenbeteiligung nicht haben. Ich bin aber überzeugt, daß alle Systeme mit einer Kostenbeteiligung nach den Prinzipien der wirtschaftlichen Vernunft besser funktionieren als die anderen.

Auch der Einwand, daß durch eine Eigenleistung die sozial Schwachen unzumutbar belastet würden, geht fehl. Die Höhe der Beteiligung ist durch die Höhe des besonderen Beitrages begrenzt. Der Versicherte mit geringem Einkommen hat daher weniger zu zahlen als der Versicherte mit einem höheren Einkommen. Durch die Lohnfortzahlung und durch das vorgesehene System der Individualleistung wird der allgemeine Beitrag des Versicherten so gesenkt, daß er künftig, den besonderen Beitrag eingerechnet, weniger belastet ist als heute.

Nun wird eingewendet, daß dies aber nicht für die Angestellten zutreffe, da sie schon seit langem den Anspruch auf Fortzahlung des Entgelts hätten, also eine Senkung des allgemeinen Beitrages durch die Lohnfortzahlung nicht eintrete. Ich aber glaube, daß dennoch durch die vorgesehene Eigenleistung der allgemeine Beitrag gesenkt werden kann, wenn auch vielleicht etwas weniger als bei den Arbeitern. Zwingt aber die Tatsache, daß der Angestellte die Vorteile der Lohnfortzahlung schon seit 30 Jahren genießt, unbedingt dazu, für ihn jetzt nach einem weiteren Vorteil zu suchen, damit der Abstand gewahrt bleibt? Die Bundesregierung ist zwar gegen jede soziale Gleichmacherei; man kann aber von Gleichmacherei nicht sprechen, wenn das Niveau der wirtschaftlich Schwächeren gehoben wird. Der Sinn unserer Sozialpolitik besteht doch gerade darin, die Lage der wirtschaftlich Schwächeren zu verbessern, nicht aber darin, die Abstände zwischen den einzelnen Berufsgruppen auch dann einzuhalten, wenn sie durch die Entwicklung unserer Gesellschaft längst nicht mehr gerechtfertigt sind. Wir nehmen den Angestellten nichts weg, aber wir wollen den Arbeitern etwas geben, was wir für richtig und sinnvoll halten.

Und schließlich muß ich ein Wort zu dem Vorwurf sagen, die Regelung des besonderen Beitrags sei familienfeindlich, weil der Familienvater nicht dieselben Chancen auf Rückzahlung des besonderen Beitrages habe wie der Ledige. Ich möchte hier mit Nachdruck feststellen: Die deutsche gesetzliche Krankenversiche-

rung ist und bleibt die familienfreundlichste Einrichtung, die wir haben. Für den gleichen Beitrag hat der Familienvater, insbesondere nach Einführung der Lohnfortzahlung, den mehrfachen Anspruch als der Ledige. Auch nach Einführung des besonderen Beitrags finanziert der Ledige die Leistungen für den Verheirateten und den Familienvater in einem Umfang und in einem Ausmaß mit, der es einfach nicht gestattet, ihm eine noch weitergehende Belastung in der gesetzlichen Krankenversicherung zuzumuten.

Und schließlich noch ein Wort zu den Einwänden gegen die verwaltungsmäßige Durchführbarkeit des besonderen Beitrages. Ich kann mich des Eindrucks nicht erwehren, daß das Argument des Verwaltungsaufwandes vielfach dann gebraucht wird, wenn sich sachliche Argumente nicht mehr finden lassen. Gestatten Sie mir ein kleines Beispiel aus den Beratungen dieses Entwurfs in einem Ausschuß des Bundesrates: Der Vertreter eines Landes hat auf Mark und Pfennig berechnet, daß die Verwaltungskosten, die durch das System des besonderen Beitrags entstünden, sage und schreibe 600 Millionen DM ausmachten. Als die Vertreter des BMA darauf hinwiesen, daß die gesamten Verwaltungskosten der gesetzlichen Krankenversicherung mit all ihren differenzierten Aufgaben, sowohl eigenen wie Fremdaufgaben, im Jahre 1959 456 Millionen ausgemacht hätten und im Jahre 1962 wohl noch nicht einmal die 600-Millionen-Grenze erreichen würden, wurde die Berechnung schleunigst zurückgezogen. Wir beabsichtigen nicht, ein Verwaltungsverfahren für Einzug und Abrechnung des besonderen Beitrags vorzuschreiben. Das kann und muß den einzelnen Kassen überlassen bleiben. Wir haben aber immerhin einen Weg gewiesen, der praktikabel ist und die Verwaltungsausgaben gegenüber dem heutigen Stand wahrscheinlich nicht erhöht, wenn man die Entlastung der Krankenkassen durch den Wegfall der Krankengeldberechnung berücksichtigt.

Die Eigenleistung beim Krankenhausaufenthalt, die nur derjenige bezahlen soll, dessen Einkommen während der Krankheit ungeschmälert weiterfließt, beruht auf der Erwägung, daß die Ersparnisse bei Nahrung, Fahrten zum Beschäftigungsort usw. ausgeglichen werden müssen. Die gesetzliche Krankenversicherung ist nur dazu da, wirtschaftliche Nachteile, die durch Krankheit entstehen, auszugleichen, nicht aber wirtschaftliche Vorteile zu bieten. Eine Beteiligung der Familienangehörigen an den Krankenhauspflegekosten ist nicht vorgesehen.

Beim Arztrecht, meine Damen und Herren, kann ich auf Einzelheiten verzichten. Es soll nach den Grundsätzen der Kostenklarheit und der Kostenwahrheit neu gestaltet werden. Das bedeutet, daß dem Versicherten eine Honorarrechnung des Arztes zugestellt wird. Der Versicherte soll dadurch wissen, welche Ausgaben für ärztliche und zahnärztliche Behandlung notwendig waren und die Möglichkeit haben, in etwa den Stand seines Rückzahlungskontos aus dem besonderen Beitrag zu ersehen.

Auch das ärztliche Honorarwesen soll nach dem Grundsatz der Kostenwahrheit geregelt werden. Der Arzt soll nach Einzelleistungen honoriert werden und damit wissen, was seine Leistung wert ist und was er an Honorar zu erhalten hat. Die Beseitigung der Pauschalhonorierung und die damit zusammenhängende Quotierung soll dazu beitragen, auch die Beziehungen zwischen Arzt und Patienten zu verbessern. Die Honorierung soll nach einer Gebührenordnung erfolgen, die zwischen den Beteiligten auf Bundesebene vereinbart wird und für alle Kassen gilt. Diese Gebührenordnung hat Zuschläge für solche Kassen vorzusehen, deren Grundlohn den bundesdurchschnittlichen Grundlohn übersteigt.

Schließlich möchte ich noch ein Wort zum vertrauensärztlichen Dienst sagen, weniger deswegen, weil unsere Vorschläge auf diesem Gebiet besonders sensationell wären als vielmehr deswegen, weil auch hier mit dem bekannten Schlagwort „vom Mißtrauen gegen die Versicherten" operiert wird. Meine Damen und Herren, kann man dem Arbeitnehmer einen größeren Beweis des Vertrauens geben als wir es mit unserem Vorschlag über die Lohnfortzahlung getan haben? Wir geben ihm ein Recht in die Hand, das in seinen Auswirkungen nur dann für die Wirtschaft tragbar ist, wenn es verantwortungsbewußt ausgeübt wird. Sollen wir dabei aber nun auch von der Fiktion ausgehen, daß alle gleich verantwortungsbewußt wären? Das tun offenbar nicht einmal unsere Kritiker, denn ich habe noch nie gehört, daß sie für einen gänzlichen Fortfall des vertrauensärztlichen Dienstes ihre Stimmen erhoben hätten. Die Verantwortungsbewußten haben ein Recht, sich vor den Verantwortungslosen, auch wenn es nur wenige sein sollten, zu schützen. Im Interesse der Allgemeinheit, aber auch im Interesse des Arbeitnehmers und auch im Interesse der Rechtssicherheit im Betrieb soll sich der vertrauensärztliche Dienst gutachtlich darüber äußern, ob die vom Arbeitnehmer behauptete Arbeitsunfähigkeit besteht. Zu diesem Zweck soll die unabhängige öffentliche Einrichtung des vertrauensärztlichen Dienstes in die Lage versetzt werden, den bürgerlich-rechtlichen Anspruch des Arbeitnehmers zu überprüfen. Das ist sicher nicht leicht, aber ich glaube, daß der Entwurf eine gute Lösung vorsieht. Der Arbeitnehmer soll, wenn er Anspruch auf Lohnfortzahlung gegen den Arbeitgeber geltend macht, seinen behandelnden Arzt, der ihn arbeitsunfähig schreibt, veranlassen und bevollmächtigen, einen objektiven Befundbericht an den vertrauensärztlichen Dienst zu übersenden. Der Vertrauensarzt entscheidet dann an Hand dieses Befundberichts, ob er den Versicherten nachuntersuchen muß, ob er ihn zu diesem Zwecke vorladen soll oder ob er sein Gutachten an Hand des Befundberichts abgeben kann. Im Rahmen der Krankenversicherung wird der vertrauensärztliche Dienst nicht anders tätig als schon bisher. Ich war wegen der Mißtrauenspropaganda offen gestanden gespannt, welche Änderungsvorschläge wohl im Bundesrat gemacht würden. Es wurden aber keine Einwendungen erhoben und gerade in dieser Beziehung keine Vorschläge gemacht, obwohl vorher in der Öffentlichkeit so sehr betont worden war, wie argwöhnisch und mißtrauisch doch der Entwurf der Bundesregierung gegenüber dem Versicherten sei.

Meine Damen und Herren, ich will, nachdem ich wichtige Teile des Entwurfs Ihnen in ihren Grundzügen kurz erläutert habe, nicht auf weitere Einzelheiten der Vorlage, die immerhin annähernd 500 Paragraphen umfaßt, eingehen. Ich bitte Sie, die Vorlagen als das zu betrachten und zu beraten, was sie sind, als wichtigen Schritt auf dem Wege zu einer möglichst guten sozialen Ordnung.

AUS DER LANDESPOLITIK

Regierungserklärung im Landtag

In seiner Regierungserklärung, die der neue bayerische Ministerpräsident Goppel am 19. 12. 1962 abgab, führte er u. a. aus, daß die Staatsregierung bereit ist, wenn das Hohe Haus die Mittel bewilligt, den **Empfehlungen des Wissenschaftsrates** für den Ausbau unserer Hohen Schulen zu folgen. Die bestehenden **Universitäten** sollen so ausgebaut werden, daß sie in Forschung und Lehre jene Leistungen erbringen können, die wir nach ihrer Tradition von ihnen erwarten dürfen. Den Aufwand für die groß angelegten Bauvorhaben sollten wir nicht scheuen, ebenso nicht die Kosten neuer Lehrstühle und die Mittel für eine größere Zahl wissenschaftlicher Hilfskräfte, die es den Inhabern unserer Lehrstühle ermöglichen, sich ganz ihren wichtigen Aufgaben in Forschung und Lehre zu widmen. Aber auch den Studenten, meine Damen und Herren, soll die Möglichkeit verschafft werden, an den Universitätsorten so zu leben, daß sie durch die Sorge um das tägliche Brot und um eine ordentliche Unterkunft in ihrem Studium nicht allzu sehr beeinträchtigt werden. Unsere **neue Landesuniversität** in Regensburg soll die in Niederbayern und in der Oberpfalz noch brachliegenden geistigen Kräfte zum Nutzen unseres ganzen Landes ausschöpfen.

Zugleich soll diese Universität geistiger Mittelpunkt im Osten unseres Landes, am Eisernen Vorhang, zwischen zwei Welten sein und werden.

Dabei ist es an der Zeit, das noch in keinem Gesetz geregelte **Verhältnis zwischen dem Staat und der Selbstverwaltung unserer Hohen Schulen** zu regeln und so die Bedürfnisse beider Teile zufriedenstellend aufeinander auszurichten. Dadurch soll die **Freiheit von Lehre und Forschung** nicht beeinträchtigt, sie soll im Gegenteil in jeder Weise gewährleistet werden.

Ich glaube nicht, meine sehr verehrten Damen, meine Herren, daß ich in Bayern ausdrücklich versichern muß, daß die Staatsregierung nicht nur die Freiheit von Forschung und Lehre, sondern auch die **Freiheit der Künste** achten wird. Von Freiheit allein aber kann auch die Kunst nicht leben.

Die Staatsregierung will die Künste daher fördern, und zwar nicht nur in der Landeshauptstadt, sondern wie bisher in allen Landesteilen. Wie sehr unser Staat den Künsten und dem reichen kulturellen Gut, das wir von unseren Vätern übernommen haben, verbunden ist, soll in dem Haus der bayerischen Geschichte seinen Ausdruck finden.

Die überkommenen und neu entstehenden Kulturgüter zu wahren, meine Damen und Herren, wäre aber sinnlos, wenn darüber der Staat auf seine schwachen und notleidenden Bürger vergäße. Nöte, wie man sie noch im vergangenen Jahrhundert kannte, die bitterste Armut, beseitigt die Sozialversicherung. Wo die Eigenart der Versicherung Härten zuläßt, kann die **Sozialhilfe** ausgleichen, die vor kurzem durch das Bundessozialhilfegesetz neu geregelt und den Bedürfnissen der Zeit angepaßt wurde. Die **Not des modernen Menschen** ist nicht mehr das Fehlen jeglicher Grundlagen der menschlichen Existenz. Die heutigen Nöte entstehen aus Mängeln der Struktur unserer Gesellschaft. Die Gemeinschaft ist verpflichtet, diese Mängel zu beheben. Insbesondere die von der modernen Lebensweise, vom Gewinnstreben, von der Hast des Alltags geprägte Not des einzelnen und der Familie ist es, welche die öffentliche Hand heute in vielerlei Richtungen zu beheben sucht. Deswegen müssen im sozialen Bereich im weitesten Sinn alle Anstrengungen fortgesetzt werden, den jungen wie den alten Menschen zu helfen. Zahl und Art der Maßnahmen dazu sind zu vielfältig, als daß man sie hier einzeln erörtern könnte. Das Prinzip, das ich an den Anfang meiner Ausführungen stellte, soll auch hier gelten: Wenn die eigene Kraft, wenn die Hilfe der Familie und der Freunde, wenn die Arbeit der kirchlichen und weltlichen Verbände und Wohlfahrtseinrichtungen trotz staatlicher Beiträge nicht ausreichen, dann erst sollen Kommunen und Staat eingreifen.

Vorbeugen aber, meine Damen und Herren, ist immer besser als heilen. Jene Notfälle von vorneherein im Entstehen zu unterdrücken und zu verhindern, muß unser Bestreben sein. Auch hier ist das Feld weit, das es zu bestellen gilt. **Jugendpflege, Familienpflege, Erziehungsberatung, Erholungsfürsorge** und vieles andere stehen neben dem nach wie vor wirksam zu fördernden **sozialen Wohnungsbau** im Mittelpunkt der sozialen Ziele dieser Staatsregierung.

Sie sieht sich aber nicht nur diesen fast als soziale Krankheiten zu bezeichnenden Erscheinungen gegenüber. Die **körperliche Gesundheit** selbst und ihre Gefährdung ist in gewissem Maß der Sorge des Staates anvertraut. Ich habe schon als Innenminister wiederholt zum Ausdruck gebracht und möchte das heute bekräftigen, daß zunächst jeder selbst mit Hilfe seines Arztes für seine Gesundheit sorgen soll. Der Staat soll alle jene Vorkehrungen zum Schutz der menschlichen Gesellschaft treffen, die zu bewältigen der einzelne nicht in der Lage ist. Das bedeutet, daß wir die Umwelt, in der wir leben, so zu gestalten haben, daß sie möglichst wenig Gefahren für die Gesundheit enthalten kann. Auf dieser Linie will die Staatsregierung organisatorisch und mit den vom Hohen Haus zu bewilligenden Mitteln für **gutes Wasser, für reine Luft, für die Abwehr von Seuchen und von überhöhter Radioaktivi-**

Ulcrurisan®
Die Wund- und Heilsalbe auf Ferment-Basis 45 g DM 1.75 lt. A.T.
BAVARIA
CHEMISCHE FABRIK
»BAVARIA«
MÜNCHEN-GRÄFELFING

tät sorgen. Dem kranken Menschen sollen ausreichend große und modern eingerichtete **Krankenanstalten** zur Verfügung stehen. Auch hier sind die Vorhaben der verschiedenen Träger der Anstalten mit denen des Staates aufeinander abzustimmen und für sie die erforderlichen staatlichen Hilfen bereitzustellen. Für diese Krankenhäuser brauchen wir ein ausreichend geschultes **Pflegepersonal.** Dem Mangel daran kann nur durch die Fortführung und den weiteren Ausbau von Krankenpflegeschulen und durch Schaffung ansprechender Arbeitsbedingungen und Lebensverhältnisse begegnet werden. Daß dabei der Lehre und der Forschung genügender und zeitgemäßer Raum gewährt wird, versteht sich von selbst. In allen Fragen des Gesundheitswesens wird sich die Staatsregierung der bewährten bestehenden Organisation der **Gesundheitsverwaltung** bedienen. Sie hält es für nicht zweckmäßig, eine neue Organisation zu formen, etwa mit einem besonderen Ministerium für das Gesundheitswesen. Sie ist dabei gewiß, daß die Gesundheitsverwaltung weiterhin mit der Mitarbeit des Landesgesundheitsrates im bisherigen Umfang rechnen kann.

Aus der Debatte zur Regierungserklärung

In der Aussprache am 15. 1. 1963 zu dieser Regierungserklärung sagte Herr Kollege Dehler als Fraktionsvorsitzender der FDP:

Im Abschnitt **Sozialpolitik** vermissen wir sehr eine Aussage zu dem immer noch bedrohlichen Rückstand in der Sozialgerichtsbarkeit. Was nützen die beste demokratische Ordnung und die besten Sozialgesetze, wenn, zumindest subjektiv, bei den Betroffenen der Eindruck einer, ich darf sagen, Rechtsenthaltung oder Rechtsverweigerung, entstehen kann.

Wir danken dem Herrn Ministerpräsidenten, daß er in der Frage der **Gesundheitspolitik** zu Formulierungen kam, die weitgehend unseren eigenen Vorstellungen entsprechen, daß er ausging von der individuellen Verantwortung und vom Wechselspiel der Verantwortung des einzelnen mit der Hilfe durch den jeweils frei gewählten Arzt des Vertrauens. Wir sind auch dankbar, daß der Herr Ministerpräsident sich mit den Institutionen und Organisationen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens begnügt und es ablehnt, neue Institutionen sich zwischen den einzelnen und seine subjektive Verantwortung hineindrängen zu lassen. Wir sind der Meinung, daß man hier sehr viel Freiheit lassen sollte, und nur, wo es unbedingt notwendig ist, wo zwingende Interessen der Gemeinschaft, z. B. bei der Seuchenbekämpfung, auf dem Spiele stehen, sollte dem Staat Raum zu obrigkeitlichen Eingriffen gegeben werden. Wir sind auch dankbar, daß die Staatsregierung darauf verzichtet, ein Gesundheitsministerium des Landes einzurichten. Die Erfahrungen, die wir mit einem Bundesgesundheitsministerium gemacht haben, sind gewiß nicht so, daß es sich rentieren könnte und sollte, die Einheitlichkeit der inneren Verwaltung zu sprengen.

Einig gehen wir mit dem Herrn Ministerpräsidenten in der Forderung nach einer **Modernisierung des Krankenhauswesens** in Bayern. Meine Damen und Herren! Ich darf daran erinnern, daß der Landtag vor zwei Jahren auf Antrag meiner Fraktion einen Antrag angenommen hatte, der die Staatsregierung verpflichtete, einen Gesamtkrankenhausplan vorzulegen, der dann in der Art eines „goldenen Zügels" die Gelegenheit gegeben hätte, die erheblichen staatlichen Mittel, die dieses Hohe Haus genehmigt, richtig und sinnvoll im Sinne einer Koordination, einer zweckmäßigen, pfleglichen Verwendung, anzusetzen. Leider ist ein solcher Plan bisher nicht vorgelegt worden. Wenn der bisherige Hausherr am Odeonsplatz nunmehr in die Staatskanzlei übergesiedelt ist, schiene es uns trotzdem richtig, daß diese Forderung des Hohen Hauses doch noch bald erfüllt wird.

Diagnoseangabe auf Krankheitsbescheinigungen von Staatsbediensteten nur bei Vorliegen dienstlicher Gründe

Im Beamtenrechts- und Besoldungsausschuß des Landtags begründete der FDP-Abgeordnete Dr. Dehler seinen mit Unterstützung der Fraktion neu eingebrachten Antrag, der auf die Zurückziehung der Entschließung des Finanzministeriums über Angaben von Diagnosen auf Krankheitsbescheinigungen für Staatsbedienstete abzielt. Sie soll durch eine andere ersetzt werden, in der zum Schutze der intimen Persönlichkeitssphäre der bayerischen Staatsbediensteten auf die Angaben der Art der Erkrankung in den Zeugnissen der behandelnden Ärzte verzichtet wird. (Der Antrag war bereits am Ende der vergangenen Legislaturperiode vom Verfassungs- und Rechtsausschuß behandelt, die Beschlußfassung aber zurückgestellt worden.)

Dr. Klaus Dehler hielt die Entschließung mit dem in der Verfassung verankerten Grundsatz der Unantastbarkeit der Würde der Persönlichkeit nicht für vereinbar. Alle beteiligten Verbände lehnten die grundsätzliche Angabe von Diagnosen auf Krankheitsbescheinigungen ab, die sich auch schwer mit der ärztlichen Schweigepflicht vereinbaren lasse. Im neuen Beamtengesetz von 1960 sei auch nur davon die Rede, daß die Dienstunfähigkeit eines Beamten nachzuweisen ist. Das Moment der Zweckmäßigkeit schlage hier ebenfalls nicht zu Buch, denn der Dienstvorgesetzte habe im Zweifelsfalle immer die Möglichkeit der amtsärztlichen Untersuchung des betreffenden Beamten.

Als Berichterstatter meinte der SPD-Abgeordnete Max Bothner, „unglücklich" erscheine es mindestens, daß dem Beamten, der seine Zustimmung zur Angabe der Diagnose auf der Krankheitsbescheinigung verweigere, der Tatbestand eines „Dienstvergehens" unterstellt werden könne. — Mitberichterstatter Anton Jaumann (CSU) hielt bei grundsätzlicher Wahrung der Intimsphäre des Beamten eine Abwägung der beiderseitigen Interessen für erforderlich und plädierte für eine Änderung der Entschließung in der Richtung, daß auf das Vorliegen dienstlicher Gründe abgestellt wird.

Gegen den Antrag machte Regierungsdirektor Dr. Alfons Fischer geltend, nach Auffassung des Finanzministeriums müsse das Interesse des Dienstherrn an der Art der Erkrankung eines Beamten das private Interesse überwiegen, zumal im Rahmen der dienstlichen Beurteilung unter Umständen auch die gesundheitliche Eignung (z. B. bei Versetzungen) eine Rolle spiele. Das von Dr. Dehler erwähnte Beamtengesetz setze hier nur einen Rahmen, während die Regelung der Einzelheiten über das Fernbleiben vom Dienst in der Urlaubsverordnung enthalten sei. Der Schutz der Intimsphäre der Beamten sei dadurch gewährleistet,

daß Personalakten der Geheimhaltungspflicht unterliegen. Letzten Endes gebe es — wie in jeder Berufsgruppe — aber auch innerhalb der Beamtenschaft gelegentlich „schwarze Schafe".

In der Debatte teilte der CSU-Abgeordnete Engelbert Hofmann die vom Regierungsvertreter gegen den Antrag vorgebrachten Bedenken. — Die SPD-Abgeordneten Bothner und Walter Flseher befürworteten das Anliegen des Antrags, denn es gebe nun einmal Krankheiten, an deren Bekanntwerden innerhalb der Dienststelle dem betreffenden Beamten nicht gelegen sein könne. Deshalb müsse man auch die Alternative berücksichtigen, daß der Beamte mit der Angabe der Diagnose nicht einverstanden ist. Die vom Mitberichterstatter vorgeschlagene Kompromißfassung hielt Flseher nicht für befriedigend, während die CSU-Abgeordnete Waltraud Bundsehuh diese befürwortete. — Der SPD-Abgeordnete Rudolf Zankl wollte den Kompromißvorschlag des Mitberichterstatters noch durch die Einfügung des Wortes „zwingenden" (dienstlichen Gründen) konkretisiert wissen. — Abg. Josef Gradl (SPD) meinte, die ärztliche Schweigepflicht müsse unter allen Umständen gewahrt bleiben.

Nach weiterer Aussprache, in der Dr. Dehler kurz auf die Argumente des Regierungsvertreters einging und dieser sich — ebenso wie der Antragsteller — mit der vom Mitberichterstatter Jaumann vorgeschlagenen Textlerung einverstanden erklärte, gab der Ausschuß dem Antrag ohne Gegenstimmen bei einer Enthaltung in der vom Mitberichterstatter beantragten abgeänderten Fassung die Zustimmung.

Darnach soll die Staatsregierung die Entschließung des Finanzministeriums über „Angaben von Diagnosen auf Krankheitsbescheinigungen für Bedienstete des bayerischen Staates" dahin ändern, daß zum Schutze der intimen Persönlichkeitssphäre der bayerischen Staatsbediensteten Angaben über die Art der Erkrankung nur in den Fällen verlangt werden, in denen dies aus besonderen dienstlichen Gründen geboten ist.

Zuvor war der Antrag des SPD-Abgeordneten Zankl, das Wort „zwingenden" (dienstlichen Gründen) einzufügen, mit knapper Mehrheit abgelehnt worden.

Dr. Soenning wendet sich an den Bundeskanzler

Herr Kollege Soenning, der Vorsitzende des Bayer. Landesgesundheitsrates und des gesundheitspolitischen Arbeitskreises der CSU, hat am 21. 1. wegen der Sanierung des Krankenhauswesens folgenden Brief an den Bundeskanzler gerichtet:

Betreff: Sanierung des Krankenhauswesens und kostendeckende Pflegesätze;
Notstand in der Krankenpflege und im Sozialdienst.

Hochverehrter Herr Bundeskanzler!

Beim Deutschen Krankenhaustag in Köln im Mai 1958 setzten Sie sich sehr nachhaltig für den Ausbau des deutschen Krankenhauswesens ein und hielten es für eine gerechte Forderung, daß die Selbstkosten der Krankenhäuser durch kostendeckende Pflegesätze abgegolten werden. Durch zähe Verhandlungen zwischen den Krankenhäusern und den Trägern der sozlalen Krankenversicherungen ist zwar in der Zwischenzeit eine gewisse Anhebung der Pflegesätze erreicht worden, aber der gesetzliche Anspruch der Krankenhäuser auf kostendeckende Pflegesätze konnte bisher nicht erreicht werden, weil dem die Bundespflegesatz-Verordnung 7/54 vom 31. 8. 1954 entgegensteht. Alle meine Vorstellungen bei den Fraktionen der CDU und CSU im Bundestag, beim Arbeitsministerium und beim Wirtschaftsministerium führten bisher zu keinem befriedigenden Erfolg. Nach Meinung der Deutschen Krankenhausgesellschaft und aller Organisationen, die sich mit dem Krankenhauswesen befassen, wird die wirtschaftliche Lage der deutschen Krankenhäuser dauernd ungünstiger. Die staatlichen und kommunalen Krankenhäuser können ihre großen Defizite über eigene Steuerquellen abdecken. Die freigemeinnützigen und privaten Krankenhäuser, die im Bundesgebiet immerhin mehr als 40% der Betten ausmachen, haben diese Ausgleichsquellen nicht zur Verfügung und es besteht die Gefahr, daß diese Krankenhäuser, die in der Vergangenheit große Opfer zur Erhaltung der Volksgesundheit aufgebracht haben, dem wirtschaftlichen Ruin entgegengehen.

Es muß zugegeben werden, daß in den letzten Jahren gerade die Länder erhebliche Mittel gegeben haben, das Krankenhauswesen finanziell zu unterstützen. Bayern hat z. B. die Sanierung des Krankenhauswesens in das Schwerpunktprogramm seiner Regierungsarbeit aufgenommen und ist gewillt, erhebliche Mittel zur Verfügung zu stellen, um die Bettennot und den Nachholbedarf innerhalb weniger Jahre zu überwinden. Während im Jahre 1957 in Bayern von seiten des Staates ca. 6 Millionen DM zur Verfügung standen, wurden Zuschüsse und Darlehen im Jahre 1962 in Höbe von ea. 50 Millionen DM gegeben, werden diese 1963 auf 80 Millionen DM erhöht, und Finanzminister Dr. Eberhard hat in seiner Haushaltsrede vorgeschlagen, 1964 die Haushaltsmittel auf 100 Millionen DM zu erhöhen.

Alle diese Förderungsmaßnahmen werden ihren guten Zweck nicht erreichen, wenn es nicht endlich gelingt, kostendeckende Pflegesätze zu erhalten. Dies scheint nur möglich zu sein, wenn, wie schon seit Jahren versprochen, die Bundespflegesatz-Verordnung entsprechend abgeändert wird.

Eine fast noch größere Sorge ist der Mangel an Krankenpflegepersonal, Krankenhauspersonal, Fürsorgeschwestern und Dorfhelferinnen. Wie Sie sicherlich gelesen haben, mußten gerade in letzter Zeit ganze Abteilungen in großen Krankenhäusern, auch in Universitätskliniken geschlossen werden, weil kein Personal zu erhalten war. Dasselbe gilt für das Pflege- und Hauspersonal in den Alters- und Pflegeheimen. Für die Erhaltung der Gesundheit der bäuerlichen Bevölkerung können nur dann nachhaltige Verbesserungen eintreten, wenn es gelingt, eine genügende Zahl von Dorfhelferinnen und Fürsorgeschwestern zu erhalten. Der Bayerische Landesgesundheitsrat hat sich, wie Sie aus beiliegendem Bericht ersehen können, ernsthaft mit diesem Problem befaßt.

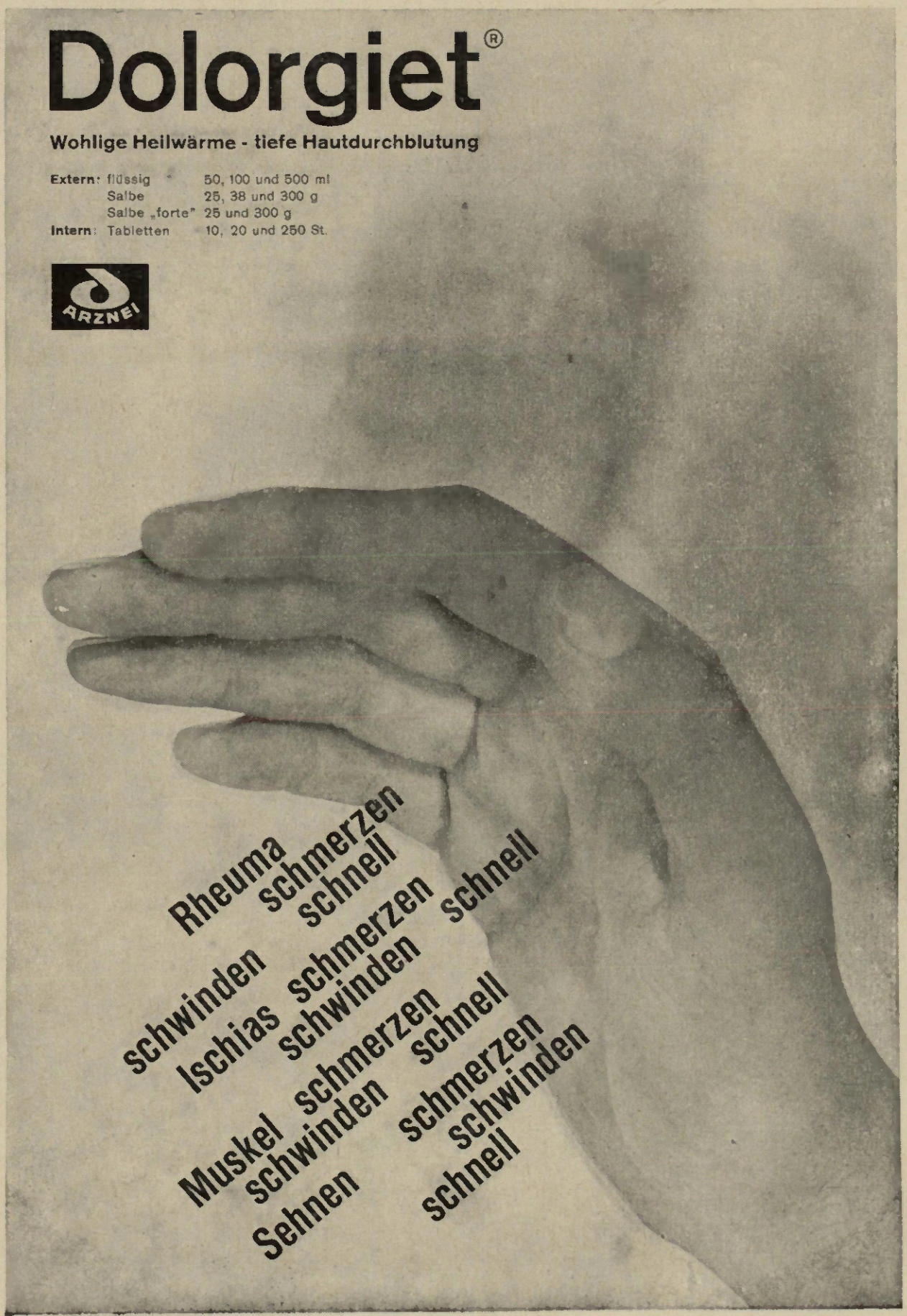
Auch hier ist Bayern mit gutem Beispiel vorangegangen und gibt als einziges Land der Bundesrepublik Zuschüsse für die Ausbildung von Schwesternnachwuchs an die Schwesternschulen. 1962 z. B. 1,4 Millionen DM. Ca. 6000 Wohnplätze für Schwestern in Heimen wurden mit 23 Millionen DM gefördert.

Dolorgiet®

Wohlige Heilwärme - tiefe Hautdurchblutung

Extern:	flüssig	50, 100 und 500 ml
	Salbe	25, 38 und 300 g
	Salbe „forte"	25 und 300 g
Intern:	Tabletten	10, 20 und 250 St.

ARZNEI



pro Nase

Pumilen®

Tosse
HAMBURG

Die Erhaltung der Volksgesundheit muß der CDU und CSU genauso am Herzen liegen wie die wichtigen Probleme der Wirtschaft, Verteidigung, Kultur usw. Sie müssen sich mit diesem ernsten Problem mehr als bisher befassen und Maßnahmen treffen, diesem Notstand abzuhelfen. Die Vermeidung von einem bedenklichen Notstand erfordert schnelle Maßnahmen. Für den Dienst bei der Bundeswehr setzt die Bundesregierung erhebliche Mittel für Förderungs- und Werbezwecke ein. Ich meine, daß die Erhaltung der Volksgesundheit durch eine Verbesserung des Nachwuchses im Krankenpflegedienst und sozialen Dienst sicherlich genauso wichtig ist.

Ich wäre Ihnen, hochverehrter Herr Bundeskanzler, zu großem Dank verpflichtet, wenn Sie als Vorsitzender der CDU und als Bundeskanzler die erforderlichen Maßnahmen einleiten und durchführen würden.

Mit dem Ausdruck vorzüglicher Hochachtung

Ihr sehr ergebener
gez. Dr. Soenning

Um die Einbeziehung städtischer Großkrankenhäuser in den Lehrbetrieb der Universitäten

Keine Geneigtheit der Fakultäten

Einen Bericht der Staatsregierung hatte der alte Landtag im Sommer vorigen Jahres darüber angefordert, inwieweit die städtischen Großkrankenhäuser in München und Nürnberg einschließlich der dort tätigen und habilitierten Ärzte in den vollen Lehr- und Prüfungsbetrieb der Medizinischen Fakultäten der Universitäten München und Erlangen-Nürnberg einbezogen werden können. Mit 12 gegen 11 Stimmen bei einer Enthaltung lehnte der kulturpolitische Landtagsausschuß den mit Fraktionsunterstützung neu eingebrachten Antrag des FDP-Abgeordneten Dr. Dehler ab, wonach die Staatsregierung wegen der grundsätzlichen Bedeutung die Fragestellung dieses Landtagsbeschlusses auch dem Deutschen Wissenschaftsrat mit der Bitte um Begutachtung vorlegen sollte.

Als Mitberichterstatter sprach sich Prinz Konstantin von Bayern (CSU) gegen den Antrag aus, der in der vorliegenden Fassung nicht zweckmäßig erscheine. Er sei erstaunt, daß die Fakultäten, die „hier eigentlich ein Geschenk bekommen sollen", in ihrem Gutachten die Notwendigkeit der Einbeziehung kommunaler Krankenhäuser in den Lehrbetrieb der Universitäten verneinten. Der Redner warf die Frage auf, ob „hier nicht teilweise ein Professorenstreit auf unserem Rücken ausgetragen werden" solle.

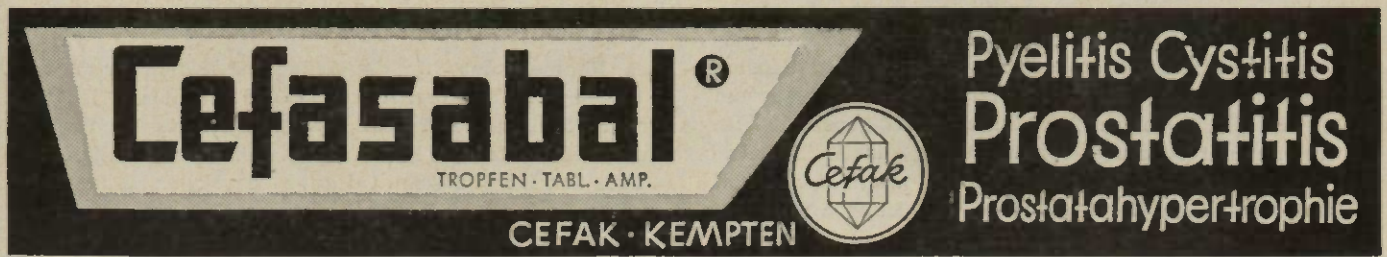
Dr. Klaus Dehler (FDP) betonte als Antragsteller, durch das seinerzeitige Gutachten des Wissenschaftsrates, der mit Nachdruck für dieses Anliegen eingetreten sei, hätten die seit langem in dieser Richtung unternommenen Bestrebungen einen neuen Impuls bekommen. Im Gegensatz zu anderen Ländern gehe hier in Bayern leider nichts voran, ungeachtet der Schwierigkeiten, für die Medizinstudenten eine ausreichende Krankenbettenzahl bereitzustellen, die ihnen ermöglicht, echte wissenschaftliche Erfahrungen zu sammeln. Durch seinen Antrag solle niemand zu etwas verpflichtet werden, vielmehr gehe es darum, auch den Wissenschaftsrat zu veranlassen, ein objektives Gutachten über die Möglichkeit der Realisierung dieses Anliegens abzugeben.

Auf die Frage der SPD-Abgeordneten Gerda Laufer nach dem Stand der Verhandlungen mit den Städten München und Erlangen in dieser Angelegenheit erklärte Ministerialdirigent Johannes v. Elmenau, die Verhandlungen mit den beiden Kommunen seien noch nicht zu einem abschließenden Ergebnis gelangt. Die Oberbürgermeister beider Städte hätten gegenüber dem Kultusministerium insbesondere die Frage der Kostentragung aufgerollt und Auskunft gewünscht, ob und in welchem Umfang der Staat gegebenenfalls die ihnen durch die Einbeziehung der städtischen Kliniken in den Lehrbetrieb der beiden Universitäten entstehenden Kosten erstatten würde. In München spiele auch hier sehr stark die Frage des Ausbaues des Innenstadt-Klinikums herein.

Der Wissenschaftsrat habe sich bereits vor zwei Jahren in seinem Gutachten dahin ausgesprochen, daß die Heranziehung anderer Krankenanstalten in Universitätsnähe zweifellos eine Möglichkeit zur Behebung des Notstandes in der Ausbildung der Medizinstudenten darstelle. Voraussetzung wäre aber, daß die Medizinische Fakultät dann ein Mitwirkungsrecht bei der Bestellung der Chefärzte dieser Krankenanstalten erhalten müßte. Grundsätzlich liege also eine Äußerung des Wissenschaftsrates in dieser Frage bereits vor.

Der SPD-Abgeordnete Ferdinand Drexler war überzeugt, daß der Wissenschaftsrat sich bei nochmaliger Befragung nicht ablehnend äußern werde, hielt aber zunächst die Klärung der Haltung der Fakultäten wie der beteiligten Städte für zweckmäßig. — Berichterstatter Friedrich Zietsch (SPD) sah keinen zwingenden Grund, den Wissenschaftsrat nochmals um eine Stellungnahme anzugehen, nachdem dieser seinen grundsätzlichen Standpunkt bereits vor zwei Jahren im Gutachten zum Ausdruck gebracht habe. — Die gleiche Auffassung vertrat der CSU-Abgeordnete Alfred Euerl, der im übrigen darauf aufmerksam machte, daß die Universitäten, insbesondere Erlangen, keineswegs hundertprozentig von der Sache begeistert seien. Auch in der Bevölkerung bestünden in dieser Hinsicht einige Bedenken. — Sein Fraktionskollege Reinhold Vöth bezeichnete den Antrag als „überflüssig", da der Wissenschaftsrat für die konkreten Fragen ohnehin nicht zuständig sei.

Dagegen setzte sich die FDP-Abgeordnete Dr. Hildegard Hamm-Brücher mit Nachdruck für den An-



trag ihrer Fraktion ein und warnte davor, „sich hinter den sekundären Dingen zu verschanzen, um die primären zu verhindern". Die seinerzeitige Stellungnahme des Wissenschaftsrates sei gerade im Blick auf den besonderen Notstand in München abgegeben worden. Die Rednerin unterstrich die Dringlichkeit der Angelegenheit mit dem Hinweis auf die „Pannen", die bei der Planung des neuen Münchener Universitäts-Großklinikums passiert seien. — Dr. Dehler machte geltend, beide Städte hätten ihre Bereitschaft zur Mitwirkung zum Ausdruck gebracht, während die beiden Universitäten nein gesagt hätten. Da aber der Wissenschaftsrat sich seinerzeit positiv geäußert habe, sollte man unter Zurückstellung formaler Erwägungen nochmals an ihn herantreten. Gegebenenfalls könnte sein Antrag bis zum Abschluß der Verhandlungen zwischen dem Kultusministerium und den beiden Städten zurückgestellt werden.

Ministerialdirigent v. Elmenau betonte auf Befragen, das Kultusministerium habe trotz der negativen Stellungnahme der Fakultäten mit den Städten weiterverhandelt, da immerhin die Möglichkeit bestehe, daß die Fakultäten ihre Haltung nochmals überprüfen. Der Staat habe nun erklärt, daß er die Kosten für den Ausbau kommunaler Einrichtungen nicht übernehmen könne. Die beiden Städte sollten ihrerseits nochmals prüfen, ob sie sich gegebenenfalls nicht doch an der Finanzierung von Einrichtungen beteiligen sollten, die der Lehre und Forschung dienen.

Nach weiterer Aussprache wurde der Antrag entsprechend dem Votum des Mitberichterstatters mit 12 gegen 11 Stimmen abgelehnt. Für die Empfehlung des Berichterstatters Zietsch auf Zurückstellung hatte sich keine Mehrheit gefunden (B 16).

Ausweitung des Klinikum-Bauprogramms

Die Klinikbauten in München-Großhadern waren, wie die Pressestelle der Bayerischen Staatsregierung bekanntgibt, der Gegenstand einer Besprechung in der Staatskanzlei, an der unter dem Vorsitz des Ministerpräsidenten Alfons Goppel der Staatsminister der Finanzen Dr. Rudolf Eberhard, der Staatsminister für Unterricht und Kultus, Dr. Theodor Maunz, der Staatsminister des Innern, Heinrich Junker, und Beamte der beteiligten Ministerien teilnahmen.

Diese interministerielle Konferenz beauftragte die bereits bestehende Baukommission, der Staatsregierung für die Klinikbauten bis zu den bevorstehenden Beratungen im Haushaltausschuß des Landtags abschließend über die Notwendigkeiten und Möglichkeiten der Ausweitung des bisherigen Bauprogramms Bericht zu erstatten.

Zu den Presseerörterungen der letzten Wochen über das Klinikum in Großhadern wird aus der Bayerischen Staatskanzlei erklärt:

Der Staat als Bauherr der Klinikbauten in Großhadern gab nach Erstellung des Vorprojekts im Frühjahr 1961 den Auftrag zur Detailplanung an eine private Architektengemeinschaft. Umfang und Kosten wurden von der Staatsregierung festgesetzt und vom Landtag in Höhe von 269 Millionen DM genehmigt. Im Verlauf der Planungsarbeiten schlug die Architektengemeinschaft auf Anregung von Klinikdirektoren und aus technischen Überlegungen Erweiterungen über das hinaus vor, was von der Staatsregierung beschlossen und vom Landtag genehmigt worden war. Auf Grund dieser Erweiterungen würden sich — abgesehen von der Erhöhung der Löhne und Preise — weitere 28,5 Millionen DM Mehrkosten ergeben. Im Hinblick auf den Staatshausbalt und auch auf den Steuerzahler, dem nicht unbesehen neue Ausgaben zugemutet werden können, haben Finanz-, Kultus- und Innenministerium das Erweiterungsprogramm sorgfältig auf seine Notwendigkeit geprüft. Ein vom Kultusministerium mit der Überprüfung des Raumprogramms beauftragter Klinikverwaltungsfachmann erstattete Ende des Jahres 1962 ein Teilgutachten und im Januar 1963 das Gesamtgutachten. Auf Grund des Teilgutachtens regte die Oberste Baubehörde eine Rückführung der Mehrkosten auf etwa 10 Millionen DM an. In dieser Höhe erscheint der Mehrbetrag im Haushaltsentwurf 1963, der zur Zeit dem Landtag zur Beratung und Beschlußfassung vorliegt, und zwar in den Erläuterungen.

Die Ministerien waren, so wird aus der Staatskanzlei weiter verlautbart, an den Landtagsbeschluß gebunden. Es ist sinnlos, die Ministerien anzugreifen, die die Verfassungsgrundsätze einhalten müssen und einhalten. Die gewissenbafte Beachtung der Verfassung und der Rechte der Volksvertreter sind kein „bayerisches Trauerspiel", sondern eine Selbstverständlichkeit. Kein Minister hat „geblufft". Der Kultusminister hat in einer Ansprache beim Richtfest des ersten Gebäudes des Klinikums in Großhadern im Herbst 1962 den „Wunsch" und die „Hoffnung" auf eine weitere Grundsteinlegung Ende 1963 ausgesprochen, ohne irgendeine Zusage zu geben.

Die staatliche Bauleitung des Klinikbaues arbeitet ununterbrochen weiter, während die private Architektengemeinschaft die Entscheidung des Landtags über die Erweiterungen abwartet. In der Verlautbarung wird außerdem betont, daß für die Krankenversorgung in München die Stadt aufzukommen habe und dem Staat als Träger des Universitätsklinikbaues die Sorge für Forschung und Lehre in der Medizinischen Fakultät, nicht aber für die Krankenversorgung obliege. Es könne keine Rede davon sein, daß die Pläne der Staatsregierung auf Eis gelegt sind. „Sie werden unbeirrt weiterverfolgt."

50 Millionen für den Hochschulausbau

Erste Baumittel für das Universitäts-Klinikum in München-Großhadern veranschlagt - Gesamtkosten des ersten Bauabschnitts voraussichtlich über 300 Millionen

Rund 86 Millionen DM sind im Haushaltsentwurf 1963 des Kultusministeriums für staatliche Hochbauten vorgesehen. Schwerpunkt ist dabei wiederum der weitere Ausbau der wissenschaftlichen Hochschulen, für den 49,6 Millionen DM eingeplant sind. Von dieser Gesamtsumme entfallen je rd. 18 Millionen DM auf die Universität München und die Technische Hochschule München, 6,8 Millionen DM auf die Universität Erlangen-Nürnberg und 5,3 Millionen DM auf die Universität Würzburg.

Im Rahmen der für die Münchner Universitätskliniken veranschlagten 10,97 Millionen DM (davon 8 Millionen DM Verstärkungsmittel des Bundes) wurden erstmals auch Baumittel in Höhe von 1 Million DM für den I. Bauabschnitt des neuen Klinikums in Großhadern eingesetzt, nachdem 1962 500 000 DM für Planung, Wettbewerb und Raumprogramm-

aufstellung bereitgestellt worden waren. Die Gesamtkosten des I. Bauabschnitts, der den Neubau eines Medizinischen Institutsgebäudes und eines zentralen Klinikgebäudes sowie die Schaffung von Personalunterkünften für Ärzte, Haus- und Pflegepersonal umfaßt, dürften sich auf mehr als 300 Millionen DM belaufen. Der Betrag von 1 Million DM ist für den Neubau des Medizinischen Institutsgebäudes bestimmt, dessen Gesamtkosten nach dem Preisstand vom Oktober 1960 mit 3,95 Millionen DM veranschlagt waren. Weiter seien hier folgende größere Beträge genannt (alles Teilbeträge): Umbaumaßnahmen in der Kinderklinik an der Lindwurmstraße 300 000 DM, Umbau und Erweiterung der Frauenklinik an der Lindwurmstraße 400 000 DM, (beide Maßnahmen im Rahmen des Notprogramms der Universitätskliniken), Erneuerung der Poliklinik (II. Bauabschnitt) 300 000 DM und Ausbau von Räumen für die experimentelle Chirurgie in der Chirurgischen Klinik an der Nußbaumstraße 200 000 DM. Neu ist ein Leertitel für den Neubau der Strahlenabteilung der I. Frauenklinik an der Maistraße (Gesamtkosten ca. 7,62 Millionen DM).

Von den Maßnahmen für die Universität Würzburg in Höhe von 1,99 Millionen DM (davon 1 Million DM Bundesmittel) seien erwähnt: Umbau- und Instandsetzungsmaßnahmen an der Neuen Universität 300 000 DM, Um- und Erweiterungsbau des Physiologischen Instituts 200 000 DM und Neubau für das Institut für angewandte Physik 126 000 DM (Teilbeträge). Für die Würzburger Universitätskliniken sind 3,35 Millionen DM (davon 2,5 Millionen DM Bundeszuschüsse) eingeplant, darunter 300 000 DM für den Neubau eines Schwesternwohnheimes und je 100 000 DM Planungskosten für die Hals-, Nasen- und Ohrenklinik und den Neubau der Nervenklinik, ferner 100 000 DM Umbaumaßnahmen im Altbau der Zahnklinik.

Bei der Universität Erlangen-Nürnberg sind von den im Haushalt eingesetzten 3,13 Millionen DM allein 3 Millionen DM Verstärkungsmittel des Bundes. Hier wurde ein neuer Leertitel für den I. Bauabschnitt eines Außenlabors des Physikalischen Instituts ausgebracht (Gesamtkosten 7,7 Millionen DM), das einen Tandemgenerator zur Grundlagenforschung auf dem Gebiet der Atomkernenergie aufnehmen soll. (Die Generatorkosten von 5,2 Millionen DM trägt der Bund.) Bei den Universitätskliniken sind Baumittel von 475 000 DM eingeplant für die Universitätsfrauenklinik und die Chirurgische Universitätsklinik.

Für die Orthopädische Klinik in München ist der Neubau eines Personalwohngebäudes vorgesehen, wofür die erste Rate 300 000 DM beträgt (Gesamtbaukosten 2,63 Millionen DM).

Für den Neubau der Landesblindenanstalt München ist eine erste Baurate von 300 000 DM veranschlagt (Gesamtkosten 10,1 Millionen DM). Verschiedene Baumaßnahmen mit Teilbeträgen von je 200 000 DM sind bei der Landesanstalt für körperbehinderte Jugendliche in München vorgesehen, deren Gesamtkosten auf 2,28 Millionen DM festgesetzt sind. Die Volksschule Betzenstein erhält einen Neubau, für den eine weitere Baurate von 238 000 DM verplant ist.

Gesundheitsabteilung bleibt im Innenministerium

Zu der Forderung der Deutschen Angestelltengewerkschaft Bayern, die Gesundheitsabteilung des Staatsministeriums des Innern und Teile anderer staatlichen Stellen in das Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge einzugliedern und dieses zu einem Sozialministerium zu erweitern, nahm Ministerpräsident Alfons Goppel nach einer Bekanntgabe der Pressestelle der Staatsregierung wie folgt Stellung:

„Bei der Bildung der neuen Staatsregierung wurde diese Frage eingehend geprüft. Es ergab sich, daß zu einer Änderung der Organisation des staatlichen Gesundheitswesens in Bayern kein Anlaß besteht. Im Gegensatz zur Meinung der DAG ist gerade in Bayern innerhalb der bestehenden Organisation im öffentlichen Gesundheitswesen viel geleistet worden. Die Schluckimpfungen gegen die Kinderlähmung vermittelten der Bevölkerung davon einen deutlichen, aber längst nicht erschöpfenden Eindruck. Wegen des engen sachlichen Zusammenhangs zwischen der Arbeit der Gesundheitsabteilung und anderen Abteilungen des Staatsministeriums des Innern, die gleichfalls mit Fragen der Gesundheit befaßt sind, z. B. der Stellen für Wasserversorgung, Abwasserbeseitigung, Luftreinhaltung, Müllverwertung, Radioaktivitätsüberwachung, ist es notwendig, die Gesundheitsabteilung im Staatsministerium des Innern zu belassen.

Die von der DAG geforderte Bestellung eines eigenen Staatssekretärs für das Gesundheitswesen ist nach der Verfassung nicht möglich, sie ist aber auch nicht notwendig."

FEUILLETON

Totaler Untergang

Filme und Philosophie des „Menschheits-Suizids" — Verführung zum „Satanischen Affekt"

Von Dr. Wolfgang Gubalke

Der „Menschheits-Untergang", meist mehr oder weniger „total" verstanden, ist nicht erst seit Zündung der ersten Atombomben aktuell, aber in menschliche Verantwortung gelegt. Jüngst hat nun, „um ganz neutral zu bleiben", die Tokio-Filmgesellschaft das Motiv des technischen Versagens eingeführt. „Der allerletzte Krieg", ein Riesenstreifen rücksichtsloser und schokkierender Realistik, der seit kurzem die Kinos Japans bis zum Brechen füllt, wird durch einen „Kurzschluß" in der Alarmanlage ausgelöst. Ein Signal leuchtet rot auf, wonach automatisch und unerbittlich — wie sich versteht, mit genüßlicher Verzögerung: „5—4—3—2—1—0" — die Raketen aus ihren unterirdischen Basen davonheulen, unter schweißperlendem

Entsetzen nicht nur der Kommandeure auf der Leinwand, sondern auch des Publikums im Kinosessel. Sie treffen Moskau, das auf London, Paris, New York und Tokio zurückschießt, die dann allesamt unter grellen, violetten purpurroten Detonationspilzen untergehen. Dazu die Schiffahrt, die in Springfluten verschlungen wird.

„Dieser Film wird zweifellos", erklärt die Produktionsgesellschaft, „in den Theaterbesuchern das Gefühl unbeschreiblicher Angst hinterlassen (was er auch offensichtlich tut), und wir hoffen, daß das nicht alles sein wird" (außer vollen Kassen, wie sich versteht). Eiji Tsuburawa, als Meister apokalyptischer Spezial-Effekte und Tricks berühmt, hat für diesen „Untergang aus Versehen" keine Kosten gescheut. Die Kinos aller zivilisierten Länder erwarten ihn. Was hier menschlich und besonders psychologisch auffällt, ist das offensichtlich ohne weiteres zu unterstellende Bedürfnis, die Zeitgenossen wollten ihren Untergang mit etwas Gänsehaut genießen ...

„Satanischer Affekt" ...

Das menschliche Versagen unter welthistorischen Aspekten sucht dagegen Wilfried Daim, der Leiter des Wiener „Instituts für politische Psychologie", in einer Philosophie des „Menschheits-Suizids" („Totaler Untergang") zu beweisen. Erstmals in der Geschichte seien dem Menschen die Mittel zu kontinentaler, wenn nicht globaler Selbstvernichtung in die Hand gegeben. Es handelte sich nicht nur um Super-Bomben, kleinere nukleare „Gefechtsköpfe": mit einem Teelöffel des neuen Botolinus-Toxins Wattson-Watt's könne man über die Wasserversorgung eine Millionenstadt vergiften. „Je einfacher die Herstellung der Waffen, desto größer die Gefahr, denn damit nimmt die Zahl der Einzelpersonen zu, die selbst in eigener Entscheidung den Untergang herbeiführen können, und die Wahrscheinlichkeit, daß ein Mensch darunter ist, der die Sucht zum Untergang in sich trägt."

Wie Daim die Entwicklung der Geschichte als Ergebnis einer „Psycho-Logik" sieht, ist auch der Untergang, d. h. der Entschluß zur Anwendung oder Auslösung der Vernichtungsmittel ein seelisches Problem des Individuums, entzogen den „gesiebten Gremien demokratischer Kontrolien". So ungeheuerlich wie die Verantwortung gegenüber anderen Menschen werde bei immermehr seelischer Konstitution die „Faszination des satanischen Affekts", eine Art „urtypisches menschliches Versagen". Hitler hätte, im Besitz der Mittel, nach eigenen und Aussagen Speers in Nürnberg, „Mitteleuropa in die Luft gesprengt".

Der „Laboratoriumsfall"

Die Todessehnsucht ist ein altes Motiv verirrten Glaubens und der Dichtung, indessen einer Schicht, die höchstens suizide Stimmungen verbreiten kann, deren Träger aber kaum Zugang zu den Vernichtungsmitteln haben. Daim sieht die reale Hauptgefahr in gewisser wissenschaftlicher Selbstversenkung: „Der fast ausschließliche Umgang mit einer engen Auswahl höchst abstrakter Dinge führt zu gefährlichen Seelenzuständen. Die Bedeutung des Spezialgebietes wächst ins Gigantische, während die der ganzen übrigen Realität zum unbedeutenden Wurmfortsatz reduziert wird. Häufige Fehlhandlungen und Kontaktschwierigkeiten zeigen eine Symptomatik an, die nicht selten bis zur echten Gelsteskrankheit geht."

Nach Meinung Daims sei der „absolute Todestrieb" bei den Wissenschaftlern wahrscheinlich größer, als im übrigen Durchschnitt. Bernanos habe bereits vom Weltuntergang als einem „Laboratoriumsfall" gesprochen, der in Verbindung mit der „Faszination des Experimentes" drohe. Demgegenüber könne man den Militärs „vorsichtigen Optimismus" zubilligen, insoweit, als sie von Berufs wegen Gelegenheit hätten, ihre Aggressionen abzureagieren.

Bleiben noch die Politiker. Daim schätzt sie überwiegend von „beruhigender Mittelmäßigkeit", immerhin als fruchtbaren Boden des Fanatismus und Ressentiments — „zusammen mit dem Geltungsdrang eine eindeutige Mordkonstellation".

„Weltheilung"

Dem optimistischen Betrachter mag die wachsende Lebensgier gewisser Kreise — teils Opferbereitschaft, teils Genußsucht — vital und alles andere denn selbstmörderisch erscheinen. Daim sieht das Hektische indessen pathologisch, die Übersättigung, Betäubung und Erschöpfung, jedenfalls mit der Zeit eine Gleichgültigkeit gegenüber den satanischen Affekten wachsen. Eine noch außergewöhnliche „Legierung" erscheint sozusagen „demokratisch": „Die Aussicht auf gemeinsames Ende, das alle gleich macht, kann ihnen nur erfreulich erscheinen", Hugo v. Hofmannsthal habe diesen Typus beschrieben „mit der Fähigkeit zum Genuß des Todes, der sich mit dem Lebensgenuß in besonderer Weise legiert, offensichtlich von der Idee des Menschheitstodes fasziniert und bereit, zu seiner Realisierung beizutragen".

Diese Haltung begünstige auch die Erbschuld-Freiheits-Lehre, teils als eine ins Gigantische gewucherte „freie Entscheidung", teils als letzte Schuldkonsequenz zum totalen Untergang. Es entspräche letztlich „modernem Empfinden, wenn Gott nicht als deus ex machina in die Geschichte eingriffe, sondern der jüngste Tag als Konsequenz der Schuld des Menschen von ihm selber herbeigeführt würde". Allein die Möglichkeit eines solchen Weltendes nähme den Diesseits-Religionen und Ideologien Sicherheit und Überzeugungskraft, den Jenseits-Bekenntnissen aber bedeute sie eine wahre Erfüllung der Zeit im Sinne des Übergangs zur Weltheilung ...

Offensichtlich ist Daim selbst von seiner düsteren Prognose derart fasziniert, daß für ihn Abwehr und Optimismus allenfalls den Wert aufschiebender Wirkung haben: „Wir erkennen, daß wir den Menschheitsmord kaum für immer verhindern können (selbst nicht auf anderen Planeten!). Was auch geschieht: einmal wird der absolute Todestrieb die Wachsamkeit überlisten, der Mensch Hand anlegen an die Grundlagen aller Kultur." Auch die Astrophysik habe schon einen Weltuntergang berechnet, wenn auch mit harmlosen Jahr-Milliarden. Es nimmt dem Menetekel Daims vom Weltmord fast etwas vom Gewicht, daß es letztlich doch als „Frage der Zeit", das heißt eschatologische Spekulation enthüllt wird. Als Frage der Zeit ist manches möglich, auch ein Überleben.

Anschrift des Verfassers: München 23, Martiusstr. 2.

Das Geld zusammenhalten

GV 26/63

Einen ganzen Arm voller Vorteile garantieren Ihnen die Reinigungsmittel aus dem Fewa-Werk. Sie sind wirksam und wirtschaftlich, sorgen für Sauberkeit und Hygiene. Der Einkauf der Spezialpackungen für Großverbraucher ist eine gute Chance, das Geld zusammenzuhalten.

Wer Pril nimmt, der spart gutes Geld!

Wirtschaftliche Spezialgebinde für Großverbraucher:

PRIL-flüssig	Kanister à 5 kg, Kunststoff-Behälter à 30 kg	
FEWA	Fäßchen à 1,5 kg	
RILAN	Fäßchen à 10 kg	
TOMORIN	Streudose à 500 g, Fäßchen à 5 kg	
OZONELL	Automat	
PARAL	Automat	**Lieferung über**
PROHI-Autobad	Kanister à 5 kg	**den Fachhandel**

AMTLICHES

Bek. des BStMdI vom 2. Januar 1963 Nr. P 4 — 5355/5—9/62 über

Landesärzte nach dem Bundessozialhilfegesetz

Gemäß § 125 des Bundessozialhilfegesetzes vom 30. 6. 1961 (BGBl. I S. 815) und Art. 25 des Gesetzes zur Ausführung des Bundessozialhilfegesetzes vom 26. 10. 1962 (GVBl. S. 272) wurden bestellt:

a) **als Landesärzte für Körperbehinderte:**

für den Regierungsbezirk Oberbayern, ausgenommen die Landeshauptstadt München:
Dr. Josef Hiigers
Facharzt für Orthopädie
München 9, Seybothstraße 10,

für das Gebiet der Landeshauptstadt München:
Dr. Albert Göb
Oberarzt der Orthopädischen Poliklinik der Universität München
München 15, Pettenkoferstraße 8a,

für den Regierungsbezirk Niederbayern:
Dr. Hatto Egerer
Facharzt für Orthopädie
Deggendorf, Ringstraße 51,

für den Regierungsbezirk Oberpfalz:
Dr. Georg Franz
Chefarzt der Orthopädischen Klinik
Lindenlohe bei Schwandorf,

für die Regierungsbezirke Oberfranken und Mittelfranken:
Dr. Franz Becker
Chefarzt der Orthopädischen Klinik des Wichernhauses
Altdorf bei Nürnberg,

für den Regierungsbezirk Unterfranken:
Prof. Dr. August Rütt
Direktor der Orthopädischen Klinik König-Ludwig-Haus
Würzburg, Brettreichstraße 11,

für den Regierungsbezirk Schwaben:
Dr. Horst Matthäus
Facharzt für Ortbopädie
Augsburg, Holbeinstraße 12;

b) **als Landesärzte für Sebbehinderte:**

für die Regierungsbezirke Oberbayern, Niederbayern und Schwaben:
Prof. Dr. Hans-Jürgen Merté
Oberassistent der Augenklinik der Universität München
München 15, Mathildenstraße 8,

für die Regierungsbezirke Oberpfalz und Mittelfranken:
Prof. Dr. Robert Siebeck
Oberassistent der Augenklinik der Universität Erlangen — Nürnberg
Erlangen, Universitätsstraße 27,

für die Regierungsbezirke Oberfranken und Unterfranken:
Prof. Dr. Günther Ricklefs
Wissenschaftlicher Assistent der Universitäts-Augenklinik und -Poliklinik Würzburg
Würzburg, Röntgenring 12;

c) **als Landesärzte für Hör- und Sprachbehinderte:**

für die Regierungsbezirke Oberbayern und Schwaben:
Prof. Dr. Alexander Herrmann
Direktor der Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke der Universität München
München 15, Pettenkoferstraße 8a,

für die Regierungsbezirke Niederbayern, Oberpfalz und Mittelfranken:
Prof. Dr. Gerhard Theissing
Direktor der Universitätsklinik und -Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke
Erlangen, Bohlenplatz 19/20,

für die Regierungsbezirke Oberfranken und Unterfranken:
Prof. Dr. Horst Wullstein
Direktor der Universitätsklinik und -Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke
Würzburg, Luitpoldkrankenbaus Bau 9—11.

Die MB vom 23. 5. 1960 (StAnz. Nr. 23, MABl. S. 432) i. d. F. vom 16. 9. 1960 (StAnz. Nr. 39, MABl. S. 751), vom 27. 3. 1961 (StAnz. Nr. 14, MABl. S. 213) und vom 25. 1. 1962 (StAnz. Nr. 5, MABl. S. 60) wird aufgehoben.

Ruhen der Bestallung als Arzt

hier: Dr. med. Ernst Gruner, geb. 22. 1. 1887 in Gotha, wohnhaft Berlin-Britz, Buschkrugallee 177.

Der Senator für Gesundheitswesen in Berlin hat mit Verfügung vom 2. 10. 1962 das Ruhen der Bestallung des Obengenannten gem. § 6 Abs. 1 Ziff. 1 der Bundesärzteordnung vom 2. 10. 1961 (Bundesgesetzblatt I S. 1857) angeordnet. Herr Gruner hat gegen diese Anordnung keine Klage erhoben. Die Verfügung ist rechtskräftig geworden.

Antiphlogistine*
*eingetr. Wz.
MEDIZINISCHE UMSCHLAG PASTE
Wärmepackung - Wärmeumschlag
bei: Gelenkentzündung
Nervenentzündung
Rippenfellentzündung
Hals- und Brustschmerzen
Rheumatismus
IN LIZENZ DER FIRMA
THE DENVER CHEMICAL MFG. CO. NEW YORK
LYSSIA-WERKE WIESBADEN

Ruhen der Bestallung als Arzt

hier: Dr. med. Hans Ammon, geboren 4. 12. 1895 in Berlin, wohnhaft in Berlin-Hermsdorf, Bertramstraße 7.

Der Senator für Gesundheitswesen in Berlin teilte folgendes mit:

„Mit meiner Verfügung vom 12. 6. 1962 habe ich die Befugnis des Obengenannten zur Ausübung des ärztlichen Berufes gem. § 6 Abs. 1 Ziff. 2 der Bundesärzteordnung vom 2. 10. 1961 (BGBl. I S. 1857) für ruhend erklärt. Die gegen diese Verfügung erhobene Klage hat Herr Dr. Ammon zurückgenommen. Meine Verfügung lst somit rechtswirksam geworden."

*

hier: Dr. med. Moritz Mainone, geb. 7. 10. 1882 in Köln, wohnhaft Berlin 21, Wilhelmshavener Straße 23.

Der Senator für Gesundheitswesen in Berlin teilte nachstehendes mit:

„Mit meiner Verfügung vom 26. 10. 1962 habe ich die Bestallung des Obengenannten gemäß § 6 Abs. 1 Ziff. 2 der Bundesärzteordnung vom 2. 10. 1961 (Bundesgesetzblatt I S. 1857/Gesetz- und Verordnungsblatt für Berlin S. 1697) für ruhend erklärt. Dr. Mainone hat gegen diese Maßnahme keine Klage erhoben. Meine Verfügung ist somit rechtswlrksam geworden."

*

hier: Gerhard Felt, geb. am 13. 3. 1917 in Friedland/Ostpr., wohnhaft ln Seligenstadt, Kreis Offenbach/Main, Große Maingasse 4, z. Z. Universitäts-Nervenklinik in Frankfurt/Main.

Der Hessische Minister für Arbeit, Volkswohlfahrt und Gesundheitswesen in Wiesbaden teilte mit, daß der Regierungspräsident in Darmstadt mit Verfügung vom 6. November 1962 das Ruhen der Bestallung als Arzt des Obengenannten gemäß § 6 Abs. 1 Ziff. 2 in Verblndung mit § 3 Abs. 1 Ziff. 4 der Bundesärzteordnung vom 2. Oktober 1961 (Bundesgesetzbl. I S. 1857) verfügt hat. Dr. F. wurde durch Beschluß des Amtsgerichts in Seligenstadt vom 14. 6. 1962 einstweilig in der Universitäts-Nervenklinik in Frankfurt/Main untergebracht.

*

Aufhebung eines vorläufigen Verbots zur Ausübung des ärztlichen Berufs

hier: Dr. med. Hans Drehsen, geb. am 20. 11. 1895 in Aachen, wohnhaft in Frankfurt/Main, Jahnstraße 46.

Der Hessische Minister für Arbeit, Volkswohlfahrt und Gesundheitswesen teilte mit, daß der Regierungspräsident in Wiesbaden das gegen den obengenannten Arzt gemäß § 5 Abs. 5 der Reichsärzteordnung vom 13. 12. 1935 verhängte vorläufige Verbot zur Ausübung des ärztlichen Berufs aufgehoben hat.

Dr. D. ist somit wieder zur Ausübung des ärztlichen Berufs berechtigt.

*

hier: Dr. med. Bruno Grobert, geb. 8. 5. 1914 in Kronitz, wohnhaft Berlin 21, Lüneburger Straße 28.

Der Senator für Gesundheitswesen in Berlin teilte am 7. Dezember 1962 folgendes mit:

„Mit Verfügung vom heutigen Tage habe ich in Anwendung des § 6 Abs. 2 der Bundesärzteordnung vom 2. 10. 1961 (BGBl. I S. 185) die am 25. 1. 1962 ausgesprochene Anordnung über das Ruhen der Befugnis des Herrn Dr. Grobert zur Ausübung des ärztlichen Berufes aufgehoben. Herr Dr. Grobert ist somit wieder zur Ausübung des ärztlichen Berufes befugt."

GESETZES- UND RECHTSFRAGEN

Der Kraftfahrer überläßt die Führung des Wagens einem Dritten ohne Führerschein: Kein Versicherungsschutz

(C.) Überläßt ein Kraftfahrer, sei es der Besitzer des Wagens oder ein angestellter Fahrer, die Führung des Wagens auf einer Fahrt einem Dritten, obwohl er wußte, daß dieser keinen Führerschein besaß, so hört er nach dem Urteil des Bundesgerichtshofs vom 15. 10. 1962 (II ZR 25/60) damit auf, Fahrer zu sein. Er hat keinen Anspruch auf Versicherungsschutz, wenn er für den Unfall zur Verantwortung gezogen wlrd, den der Dritte, der kelnen Führerschein besaß, herbeigeführt hat. Denn Fahrer im Slnne des § 10 der Allgemeinen Bedingungen für die Kraftverkehrsversicherung (AKB) ist nur, wer in dem allein maßgebenden Zeitpunkt des Haftpflichtfalles ein Kraftfahrzeug tatsächlich fährt.

Die verletzte Ehefrau hat jetzt eigenen Schadensersatzanspruch

(C.) Nach der bisherigen Rechtsprechung wurde im Falle der körperlichen Verletzung der Ehefrau durch einen Autounfall ln erster Linie dem Ehemann ein Schadensersatzanspruch zuerkannt für die durch die Behinderung der Ehefrau bedingten Mehraufwendungen im Haushalt. Die Ehefrau selbst konnte insoweit einen eigenen konkreten Schaden nicht nachweisen.

Nunmehr hat der Bundesgerichtshof unter Berücksichtigung der durch das Gleichberechtigungsgesetz geänderten Rechtslage im Urteil vom 25. 9. 1962 (VI ZR 244/61) der verletzten Ehefrau wegen ihrer Beeinträchtigung in der Haushaltsführung einen eigenen Ersatzanspruch zugestanden. Zur Begründung führt der Bundesgerichtshof aus, daß die Ehefrau heute nicht mehr zur Leistung unentgeltlicher Dienste an den Mann verpflichtet ist, so daß der Ausfall ihn allein schädigen könnte, sondern sie wird gehindert, ihre Arbeitskraft in der von ihr gewählten und betätigten

Weise als Gemeinschaftsbeitrag zu verwerten. Dieser eigene Schadensersatzanspruch steht der verletzten Ehefrau auch dann zu, wenn ihr die Verletzung vor der Ehe zugefügt worden ist.

Wegnahme des Führerscheins durch die Polizei bedeutet noch keinen Verlust der Fahrerlaubnis

(C.) Ein Kraftfahrer besitzt nach dem bedeutsamen Urteil des Bundesgerichtshofs vom 20. 9. 1962 (II ZR 147/60) auch dann noch die in § 2 Straßenverkehrsgesetz (StVG) und § 4 Straßenverkehrs-Zulassungs-Ordnung (StVZO) geregelte Fahrerlaubnis, wenn ihm die Polizei den Führerschein abgenommen und verboten hat, weiterzufahren, bevor ihm der Führerschein wieder ausgehändigt worden ist. Diesem Urteil kommt deswegen besondere Bedeutung zu, weil nach den Allgemeinen Bedingungen für die Kraftfahrversicherung (AKB) ein Kraftfahrer seinen Versicherungsschutz verliert, wenn er zur Zeit eines Unfalles nicht die „vorgeschriebene Fahrerlaubnis" hat. Aus den Entscheidungsgründen:

Die Fahrerlaubnis kann von der Verwaltungsbehörde (nach §§ 4, 5 StVG) und vom Gericht (nach § 42 Strafges.-Buch bzw. § 111 a Strafprozeßordnung) entzogen werden.

Nimmt die Polizei dem Fahrer den Führerschein ab und untersagt sie ihm ausdrücklich oder stillschweigend die Weiterfahrt, bis er den Führerschein wieder erhalten hat, so geschieht dies aus Gründen der Gefahrabwehr. Die Polizei will einen Unfall verhüten. Sie könnte dies auch auf andere Weise erreichen; sie könnte den Fahrer in Gewahrsam nehmen oder den Wagen sicherstellen. In all diesen Fällen behält der Fahrer nach dem Urteil des Bundesgerichtshofs die in § 2 StVG und § 4 StVZO geregelte Fahrerlaubnis. Er wird lediglich gehindert, diese Erlaubnis im Augenblick auszuüben. Fährt der Fahrer weiter, obwohl ihm der Führerschein abgenommen und die Weiterfahrt untersagt worden ist, so erfüllt dies nicht die Voraussetzungen des § 24 Abs. 1 Nr. 2 StVO, wonach mit Gefängnis bestraft werden kann, wer ein Kraftfahrzeug führt, obwohl ihm die Fahrerlaubnis entzogen ist. Die Wegnahme des Führerscheins durch die Polizei hat also nicht, auch nicht vorläufig, die Entziehung der Fahrerlaubnis zum Gegenstand oder zur Folge. Demgemäß wird der Versicherer auch nicht frei, wenn der Fahrer in solchen Fällen weiterfährt.

STEUERFRAGEN

Bundesfinanzhof zu den Rechten des Steuerpflichtigen

Der Prüfungsauftrag — Ein schwerwiegendes Eingriffsrecht

(C.) Der Betriebsprüfer wird als Angehöriger der Finanzverwaltung auf Anordnung des Vorstehers des Finanzamts und im Rahmen des ihm erteilten Auftrages im Steuerermittlungs- und Steueraufsichtsverfahren tätig. Er ist Finanzbeamter und unterliegt als solcher der behördlichen Weisungsbefugnis.

Den Finanzbehörden ist, wie es im Urteil des Bundesfinanzhofs (I 276/60 U) heißt, mit der Möglichkeit, Betriebsprüfungen anzuordnen und dabei in die Buchführung des Steuerpflichtigen und in die Verhältnisse seines Betriebs Einblick zu nehmen, ein schwerwiegendes Eingriffsrecht gegeben. Aus der Tatsache, daß die Finanzämter als Organe der Staatsverwaltung nicht einseitig fiskalisch handeln dürfen, sondern auch die Rechte der Bürger im Rahmen der Gesetze wahren müssen sowie aus der modernen Auffassung über das Verhältnis von Steuerfiskus und Bürger muß man ableiten, daß die Finanzämter bei so weittragenden Eingriffen in den Bereich der Steuerpflichtigen ihr Verhalten so einzurichten haben, daß dabei auch die Interessen der Steuerpflichtigen im Rahmen des Möglichen loyal berücksichtigt werden. Die vom Finanzamt vorgenommenen Maßnahmen der Steueraufsicht dürfen daher nicht mit Härten belastet werden, die bei der Ausführung des gesetzlichen Auftrages an die Finanzämter, die Steuern vollständig und gleichmäßig zu erheben, vermieden werden können.

Anspruch auf Unterrichtung über das Ergebnis der Betriebsprüfung

Der Bundesfinanzhof billigt daher dem Steuerpflichtigen ein berechtigtes Interesse zu, innerhalb angemessener Frist über das Ergebnis der Prüfung unterrichtet zu werden. Dem Eingriffsrecht des Finanzamts muß bei vernünftiger Abwägung der beiderseitigen Interessen ein Informationsrecht des Steuerpflichtigen entsprechen. Das Finanzamt darf den Steuerpflichtigen vor allem nicht unangemessen lang im unklaren lassen, ob es auf Grund der Prüfung Steuernachforderungen erheben oder andere Maßnahmen ergreifen will. Verlangt darum ein Steuerpflichtiger nach einer Prüfung eine Erklärung, ob und welche Ansprüche das Finanzamt im Zusammenhang mit der Prüfung gegen ihn erheben will, so muß das Finanzamt innerhalb einer angemessenen Frist die verlangte Erklärung abgeben.

Auch sich ergebende günstige neue Tatsachen sind dem Steuerpflichtigen mitzuteilen

Sind während der Prüfung dem Steuerpflichtigen günstige neue Tatsachen erörtert worden, die eine

LANG'S PFLASTERBINDEN
porös – luftdurchlässig
elastisch und hochelastisch (extra)
Nichtklebend an Haut und Haaren
Schmerzfreie Abnahme
Hautschonend
Bademöglichkeit mit ang. Verband
Mehrmals nachzuwickeln
LANG & Co. KG · MÜNCHEN 45

Berichtigungsveranlagung zu seinen Gunsten rechtfertigen können, so kann der Steuerpflichtige auch eine Erklärung verlangen, ob und welche Tatsachen dieser Art der Betriebsprüfer im Bericht festgehalten bat, damit er — der Steuerpflichtige — sich schlüssig werden kann, ob er eine Berichtigungsveranlagung zu seinen Gunsten verlangen soll.

Der Prüfungsbericht — Anspruch auf Erteilung einer Abschrift?

Der Prüfungsbericht ist kein Gutachten, das von einem außerhalb der Finanzverwaltung stehenden Sachverständigen erstattet und vom Finanzamt in das Verfahren eingeführt wird. Der Bericht ist eine dienstliche Äußerung des Prüfers als Finanzbeamter und enthält oft Bemerkungen, die nur für den internen Gebrauch des Finanzamts bestimmt sind (z. B. Kontrollmitteilungen über andere Steuerpflichtige).

Daher ist es die Frage, ob das Informationsrecht des Steuerpflichtigen vom Finanzamt in der Form erfüllt werden muß, daß es dem Steuerpflichtigen auf Verlangen eine Abschrift des Prüfungsberichts gibt. Nach § 208 Abs. 2 letzter Satz der Abgabenordnung (AO) soll zwar, wenn über das Ergebnis einer Betriebsprüfung schriftlich berichtet wird, dem Steuerpflichtigen eine Abschrift des Berichts erteilt werden. Dementsprechend leiten auch die Finanzämter in der Regel dem Steuerpflichtigen eine Berichtsabschrift zu. Es ist eine wesentliche Aufgabe des Prüfungsberichts, dem auftraggebenden Finanzamt und dem Steuerpflichtigen von den Prüfungsfeststellungen abschließend Kenntnis zu geben und zuverlässige und vollständige Grundlagen für das Veranlagungsverfahren und die Einwendungen des Steuerpflichtigen gegen die Steuerfestsetzung im Rechtsmittelverfahren zu schaffen.

Die Bestimmung des § 208 Abs. 2 letzter Satz ist aber nur eine Sollvorschrift. Daher muß das Finanzamt nach seinem pflichtgemäßen Ermessen im Einzelfall entscheiden, wie es diese Sollvorschrift anwendet. Meist entspricht es dem Gebot der Vereinfachung und der Zweckmäßigkeit, dem Steuerpflichtigen eine Abschrift des Prüfungsberichts zu geben. Aber die Steuerpflichtigen können aus § 208 Abs. 2 letzter Satz AO kein Recht ableiten, daß ihnen die Finanzämter in jedem Fall einen Prüfungsbericht zuleiten, und daß eine ihnen zugeleitete Abschrift alles enthält, was der Prüfer zu den Steuerakten gegeben hat.

Zum Anspruch des Steuerpflichtigen auf rechtliches Gehör

Das Recht des Steuerpflichtigen auf rechtliches Gehör darf durch Maßnahmen des Finanzamts auf keinen Fall geschmälert werden. Hier handelt es sich um ein Grundrecht, das in Art. 103 Abs. 1 des Grundgesetzes (GG) verfassungsrechtlich garantiert ist. Eine Ausstrahlung dieses Grundsatzes enthält auch § 205 Abs. 3 AO, wonach das Finanzamt dem Steuerpflichtigen vorher Gelegenheit zur Äußerung geben muß, wenn es zuungunsten des Steuerpflichtigen in wesentlichen Punkten von dessen Steuererklärung abweichen will. Nach einer Prüfung geschieht das gewöhnlich in der Form, daß das Finanzamt dem Steuerpflichtigen, bevor es den Betrieb auswertet, eine Abschrift des Berichts zur Äußerung zuleitet. Das rechtliche Gehör braucht aber nicht unbedingt in dieser Form gewährt zu werden. Es kommt nur darauf an, daß der Steuerpflichtige von allen Tatsachen, die das Finanzamt zu seinen Ungunsten verwerten will, vorher in einer solchen Form Kenntnis erhält, daß er diese Tatsachen ihrem Inhalt nach erkennen und zur Grundlage seiner Gegenäußerung machen kann.

Endlich freie Bahn für Ehegattenverträge

Auswirkung auf die Einkommensteuer auch bei allen noch nicht rechtskräftigen Veranlagungen

(C.) Nachdem das Bundesverfassungsgericht durch Urteil vom 24. 1. 1962 entschieden hat, daß Verträge zwischen Ehegatten — entgegen der bisherigen Praxis — einkommensteuerlich anzuerkennen sind, haben die obersten Finanzbehörden jetzt entsprechende Anweisungen an die Finanzämter erteilt (Bundessteuerbl. Nr. 19/20 Teil II v. 31. 7. 1962). Daraus sind folgende Hinweise für unsere Leser von besonderem Interesse.

Allgemeines zur Anerkennung von Verträgen zwischen Ehegatten

Bei der getrennten Veranlagung nach § 26a Einkommensteuergesetz (EStG) sind jedem Ehegatten die Einkünfte zuzurechnen, die er bezogen hat. Die Frage, ob Einkünfte solche des Ehemannes oder der Ehefrau sind, ist nach den jeweils gegebenen Verhältnissen zu beurteilen. Dabei können auch Verträge zwischen den Ehegatten von Bedeutung seln. Es ist jedoch zu beachten, daß Vereinbarungen zwischen Ehegatten nicht ohne weiteres dieselbe Bedeutung wie Verträgen zwischen Fremden beigemessen werden kann. Maßstab für die Ernsthaftigkeit ist, daß die gegenseitigen Beziehungen der Ehegatten im Rahmen des Vertragsverhältnisses im wesentlichen die gleichen sind, wie sie zwischen Fremden bestehen würden.

Die Behauptung der Ehegatten, daß ein stillschweigender Abschluß eines Vertrages vorliege, wird im allgemeinen nicht ausreichen. Bei Verträgen kann eine von den Ehegatten vereinbarte Rückwirkung steuerlich nicht anerkannt werden. Ebenso sind Abfindungsverträge zwischen Ehegatten, wonach einem Ehegatten nachträglich Vergütungen gewährt werden, steuerlich unbeachtlich. Im übrigen ist zu unterscheiden zwischen Arbeitsverträgen und Gesellschaftsverträgen.

Arbeitsverträge

Haben Ehegatten miteinander einen Arbeitsvertrag abgeschlossen, so ist bei der steuerlichen Beurteilung eines solchen Vertrages entgegen der früheren Rechtsprechung des Bundesfinanzhofs nicht mehr davon auszugehen, daß gewöhnlich die Mitarbeit eines Ehegatten im Betrieb des anderen Ehegatten im Rahmen der Ehe geschieht und es an der einem Arbeitsverhältnis eigenen Über- und Unterordnung fehlt. Auch kann in den Fällen, in denen die Mitarbeit nach Art und Umfang gehoben und für den Betrieb nicht von untergeordneter Bedeutung ist, das Arbeitsverhältnis nicht mehr als ein mitunternehmerähnliches Verhältnis gewürdigt werden, sondern muß als Arbeitsverhältnis anerkannt werden.

Für die steuerliche Anerkennung von Arbeitsverhältnissen zwischen Ehegatten ist es erforderlich, daß sie ernsthaft vereinbart und tatsächlich durchgeführt sind (Leistung der Arbeit und laufende Zahlung des Arbeitslohns). Auch nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts können bei Vertragsverhältnissen zwischen Ehegatten an den Nachweis der Ernsthaftigkeit strengere Anforderungen als bei Verträgen mit Fremden gestellt werden. Daher ist eine eindeutige Vereinbarung erforderlich. Für die Ernsthaftigkeit ist auch von Bedeutung, ob durch die Mitarbeit des Ehegatten eine fremde Arbeitskraft mit gleichem Arbeitslohn ersetzt wird und somit die Beschäftigung des Ehegatten als Arbeitnehmer wirtschaftlich sinnvoll ist. Wesentlicher Bestandteil eines Arbeitsvertrages ist die Vereinbarung über die Höhe des Arbeitslohnes. Fehlt es hieran, so kann ein wirksamer Vertrag nicht angenommen werden. Auch der Umstand, daß das vereinbarte Entgelt nur teilweise ausgezahlt wird und der Restbetrag als Darlehen behandelt wird, kann insoweit gegen die Ernsthaftigkeit sprechen. Aus dem Arbeitsverhältnis müssen alle Folgerungen gezogen werden (z. B. Einbehaltung und Abführung der Lohnsteuer; Einbehaltung und Abführung von Sozialversicherungsbeiträgen, soweit Sozialversicherungspflicht besteht).

Die Vergütung für die Arbeitsleistung des im Betrieb beschäftigten Ehegatten kann nur insoweit als Arbeitslohn behandelt und demgemäß als Betriebsausgabe abgezogen werden, als sie angemessen ist und nicht den Arbeitslohn übersteigt, den ein fremder Arbeitnehmer für eine gleichartige Tätigkeit erhalten würde.

Diese Grundsätze sind auch bei allen noch nicht rechtskräftigen Veranlagungen für frühere Veranlagungszeiträume anzuwenden.

Gesellschaftsverträge

Ein steuerlich zu beachtendes Gesellschaftsverhältnis zwischen Ehegatten liegt vor, wenn beide Ehegatten, wie es im Wirtschaftsleben bei einander fremden Gesellschaftern der Fall wäre, zur Erreichung des Gesellschaftszwecks durch Mitarbeit, Bereitstellung von Kapital oder durch Überlassung von Wirtschaftsgütern tatsächlich beitragen. Der Betrag darf nicht von untergeordneter Bedeutung sein.

Angehörige eines freien Berufs, der eine festgelegte, abgeschlossene Berufsausbildung erfordert, werden im allgemeinen mit ihrem berufsfremden Ehegatten kein steuerlich zu berücksichtigendes Gesellschaftsverhältnis eingehen können. Auch wenn ein anzuerkennender Gesellschaftsvertrag besteht, ist die von den Ehegatten vereinbarte Gewinnerteilung steuerlich nicht immer ohne weiteres maßgebend. Das gilt insbesondere bei einer Teilung des Gewinns nach Köpfen, wenn sie nicht den Leistungen der Ehegatten für die Gesellschaft entspricht. Der Gewinn ist gegebenenfalls im Wege der Schätzung so zu verteilen, wie er unter gleichen Verhältnissen zwischen Fremden etwa geteilt würde.

Zum Begriff „Berufsfortbildungskosten"

Bei einem deutschen Zahnarzt, der in einem Hospital der amerikanischen Streitkräfte in Deutschland angestellt ist, sind nicht nur die Kosten für die Teilnahme an einem internationalen Zahnärztekongreß in Amerika zu den Werbungskosten (Berufsfortbildungskosten) zu rechnen, sondern auch die Aufwendungen für eine in unmittelbarem Anschluß an den Kongreß geführte, nach ausschließlich beruflichen Gesichtspunkten organisierte Reise zur Vertiefung des durch den Kongreß vermittelten Wissens sowie die Kosten für Besichtigungsfahrten zu einer Zahnklinik und der Praxis eines amerikanischen Zahnarztes. — BFH-Urteil vom 24. 8. 1962.

Voraussetzung für ein Gesellschaftsverhältnis zwischen freiberuflich tätigen Ehegatten

Wenn beide Ehegatten beruflich qualifiziert sind und gemeinsam in Vollbeschäftigung die freiberufliche Praxis ausüben, so kann nach dem Urteil des Bundesfinanzhofs vom 24. 1. 1961 (I 242/60) angenommen werden, daß jeder von ihnen seinen Beruf selbständig ausübt und die Zusammenarbeit auf gesellschaftlicher Grundlage so geschieht, wie es auch zwischen Fremden der Fall sein könnte. Es brauchen keine eindeutigen Abmachungen über die von jedem zu leistende Arbeit sowie über die Beteiligung an den Unkosten und den Erträgen der gemeinsamen Praxis vorzuliegen, wie dies zwischen Fremden üblich ist.

Verwendet eine Ehefrau ihr erhebliches eigenes Vermögen oder ihre gehobene berufliche Qualifikation zu gemeinsamer gewerblicher oder beruflicher Tätigkeit mit dem Ehemann, so können die Finanzbehörden, wie der Bundesfinanzhof weiter ausführt, gewöhnlich

RECORSAN® 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-GRÄFELFING

Lemavit®

das standardisierte
Calcium-Vitamin-Präparat

Zusammensetzung:

VITAMINE A+D_3 des Lebertrans (ohne Fettbestandteile)
VITAMIN C Kanzentrat aus Citrusfrüchten
VITAMIN B_1 Extrakt aus diastaseverzuckertem Malz
CALCIUM glucanicum, Calcium phosphalacticum
KOHLENHYDRATE (Maltase, Fructase, Saccharose)

Vorzüge:

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

Indikationsgebiet:

Vitamin-Mangelerscheinungen des Seniums, während Schwangerschaft und Stillzeit, bei Erkrankungen des Magen/Darmkanals und der Leber bzw. Galle, bei Anwendung der Chematherapeutika und Antibiatika, bei chronischen Infektionskrankheiten. – Kalkmangel, Rachitis, Tuberkulosegefährdung.

Packungsgrößen:

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

Ärztepraben und Literatur auf Wunsch!

Maltextra

Dr. Schöpp & Bähringer GMBH
Freudenstadt / Schwarzwald

Pernionin®

Pernionin®-Salbe

Durchblutungssteigernde u. gewebsregenerierende Frostsalbe

Pernionin®-Teil-Bad

Periphere und lokale Durchblutungsstörungen, z. B. Akroparoesthesien, Brachialgia paraesthetica nocturna u. ä.

Zur Balneotherapie von Frostschäden

Varikäser Symptomenkomplex

Pernionin®-Voll-Bad

Rheuma, Neuralgien, Neuritiden, Ischias, rheumat. Gelenkaffektionen

Zur Balneotherapie von Arthrosen, Spondylosen und Osteochondrosen

Vegetativ-dystone und neuro-circulatorische Störungen

KREWEL-WERKE · Eitorf b. Köln

davon ausgehen, daß es auf gesellschaftlicher Grundlage geschieht. In diesem Fall genügt es für die Durchführung des Geselischaftsverhältnisses, wenn die Ebegatten die Gewinnteilung in irgendeiner erkennbaren Form vorgenommen haben. Es dürften dabei keine dem Wesen der gesunden Ehe als Wirtschaftsgemeinschaft widersprechenden formalen Anforderungen gestellt werden, wie z. B., daß jedem Ehegatten sein Gewinnanteil auf ein besonderes Konto überwiesen werden müsse.

Kennst du das Land, wo Zinsen und Renditen blüh'n . . . ?

Was kommt nach dem Sparen?

Von Bernd Baehring

„Auch Ihr Geld kann Geld verdienen." Diesen einprägsamen Hinweis kann man derzeit in einer Anzeigenserie lesen, die für den Absatz von Pfandbriefen wirbt. Er bringt selbstverständlich eine alte Weisheit: Zu allen Zeiten, ausgenommen höchstens die des kanonischen Zinsverbots, gab es Zinsen für den, der einem anderen Geld überließ, damit dieser das Geld zur Vermehrung seines Wohlstandes arbeiten lasse. Der Zins ist für denjenigen, der ihn bekommt, aber nicht nur eine Entschädigung dafür, daß er selbst darauf verzichtet, mit diesem Geld zu arbeiten; es steckt in jedem Zins auch ein bißchen Entschädigung für das Risiko, das einer eingeht, wenn er einem anderen sein Geld überläßt. Je umfangreicher und je besser freilich die Sicherheiten sind, die der Geldnehmer stellen kann, um so geringer wird diese „Risikoprämie" im Zins sein.

Einem unsicheren Kantonisten leiht man natürlich überhaupt kein Geld. Wenn man es aber trotzdem tut, dann — wie jeder weiß — nur zu hohen Zinsen.

Mit anderen Worten: Auch Geld hat seinen Preis. Es „verdient" Geld, weil es Geld kostet... Man kann es auch so sagen: Wo viel ist, kommt immer noch etwas hin. Aber man muß vorsichtig sein, denn wer sein Geld falsch oder ungeschickt anlegt, kriegt wenig oder nichts dazu, und vielleicht verliert er sogar was.

Welches sind ein paar Regeln, die man vor Augen haben sollte? Beginnen wir mit unserer von der Geldwertdiskussion umdüsterten Zeit mit einem wichtigen Unterschied: Man kann in Geldwerten und in Sachwerten sparen. Wer sich ein Sparkonto anlegt, spart ebenso in Geldwerten wie jemand, der Schuldverschreibungen, auch Rentenwerte genannt, kauft, denn sie begründen eine Geldforderung; zu den Rentenwerten gehören Pfandbriefe, Kommunalobligationen, Staatsanleihen, Industrieobligationen usw. Auch ein langfristiger Lebensversicherungsvertrag gibt einen Anspruch auf eine reine Geldleistung. Während die Sparleistung in der Lebensversicherung keine feste Verzinsung hat (der Lebensversicherer verzinst sie, so gut er kann — und er kann oft sehr gut!), ist die feste laufende Verzinsung eines der Kriterien des übrigen Sparens in Geldwerten. Man muß darauf sehen, daß der gewährte Zinssatz noch um, sagen wir, 3 Prozent höher ist als der Satz, den die Statistiker als jährliche Geldwertminderungsquote errechnen. Dann hat man wenigstens eine „echte" Verzinsung von 3 Prozent, was immerhin besser ist als gar nichts. Wer mehr möchte, muß seine Ersparnisse beispielsweise nach dem Spar-Prämiengesetz für mindestens fünf Jahre festlegen; mit Hilfe der Prämie kann die Verzinsung praeter propter verdoppelt werden.

Dann gibt es das Sachwertsparen. Wer eine Aktie kauft, beteiligt sich an einer Aktien-Gesellschaft, wird also (mittelbar) Miteigentümer an dem Vermögen dieses Unternehmens. Andere Formen des Sachwertsparens sind als solche jedem bewußt: Erwerb von Haus- und Grundbesitz, von Goldbarren, Kunstwerken, Firmenanteilen usw. In einigen Fällen erhält der Sachwertsparer überhaupt keine Zinsen. Gold in jeder Form, unbebauter Grund usw. „werfen nichts ab" — d. h.: sie gewinnen vielleicht an innerem Wert. Deshalb und in der Hoffnung, daß sie jedenfalls im Wert nicht zurückgehen, werden sie gekauft. Nicht immer erfüllen sich übrigens die Erwartungen, die an solche Erwerbungen geknüpft werden. Wer zum Beispiel heute Grundstücke kauft, weil sie bisher „immer" im Wert gestiegen sind, kann es auch erleben, daß er einen spekulativ überhöhten Preis zahlt. Er merkt dies, wenn etwa infolge einer allgemeinen Konjunkturabschwächung und weil die Leute, die am Aktienmarkt „hereingefallen" sind, Geld brauchen — wenn also etwa aus solchen Gründen auf einmal mehr Grundstücke angeboten als gesucht werden. Da hilft denn auch die alte Faustregel nichts, nach der Grundstücke „immer gut" sind, weil ja die Menschen immer mehr werden, der Boden aber nicht. Nicht jeder kauft heute einen Vermögenswert, um zufrieden zu sein, wenn er damit nach zehn oder zwanzig Jahren anfangen kann, einen „Rebbach" zu machen.

Was die Verzinsung angeht, so ist sie bei den Sachwerten prinzipiell eine nicht ganz sichere Sache. Für Aktien beispielsweise gibt es Dividenden. Aber es ist das innerste Wesen der Dividende, daß sie schwankt und — wenn es ganz dick kommt — auch einmal ausfällt. Und außerdem: 16 Prozent Dividende z. B. sind natürlich längst nicht 16 Prozent Zins, denn man hat eine solche Aktie, sagen wir, zum Kurs von 500 Prozent erworben, und das gibt dann einen effektiven Zins, Rendite genannt, von sechzehn durch fünf, ist gleich 3,2 Prozent (wovon sogar noch ein Viertel als Kapitalertragsteuer abgeht). Andererseits kann die Aktie natürlich auch „steigen", und sie wird das vor allem dann können, wenn nicht der ganze Gewinn zu Dividende, sondern zum größeren Teil „innere Stärkung" wird. „Fällt" die Aktie, so zeigt sich, daß auch

Liquirit

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

Die bewährte, wahlausgewogene Kombination auf therapeut. Breite
Keine Nebenwirkungen

K.P. mit 30 Tabl. DM 2.85 a.U. / O.P. mit 60 Tabl. DM 4.80 a.U.
Klinikpackung

Dr. Graf & Comp. Nachf. Hamburg-Bahrenfeld Seit 1889

Sachwertsparen seine ärgerlichen Seiten haben kann, sehr deutlich. Vor allem, weil in der Verzinsung der Aktien bisher noch kein ausreichendes Äquivalent für dieses Risiko gegeben ist. Das Beispiel von vorhin mit dem 500prozentigen Kurs zeigt zwar, daß — bei gleichbleibender Dividende — höhere Renditen die Folge sinkender Kurse sind, aber so hoch wie die Rendite eines festverzinslichen Wertpapiers (das „nur" das Geldwertrisiko trägt, abgesehen im wesentlichen vom Kursrisiko für den Fall steigender Zinsen am Kapitalmarkt) ist bisher noch kaum eine Aktienrendite geklettert.

Es gibt im Bereich und im Zwischenbereich von Geld- und Sachwert also einige Regeln, es gibt aber keinen Katechismus. Alles kann so und auch anders sein, und nicht immer verlaufen die Dinge nach gewissen Faustregeln.

Die oberste aller Faustregeln ist daher die, daß man sein Geld immer in mehrere Objekte aus möglichst verschiedenen Ecken des Angebotes investieren soll. Die Alten haben gesagt: ein Drittel Grund und Boden (oder Gold), ein Drittel Aktien, ein Drittel Renten. Da war was dran, und im Prinzip sollten wir immer dran denken! — Sparen und ein Kapital bilden, das kann sozusagen jeder. Aber anlegen...? Das ist die Kunst.

Man muß vor allem nicht alles gleichzeitig wollen: den besten Schutz vor Verlust und Wertminderung des angelegten Geldes, die höchste Verzinsung, den größten Wertzuwachs (über die Verzinsung hinaus) und die leichteste Rückverwandlung der Anlage in Bargeld.

Alles das kann man haben, aber jeweils in verschiedenen Anlagen. Schon daraus ergibt sich: Mischen! Und wenn man diese Anlagen getätigt hat, dann ist das Resultat: Von allem was ergibt ein Optimum, eine solide Grundlage, aber natürlich kein Maximum an... Sicherheit, Zins usw. (siehe oben).

Nicht jeder kann alles wissen, aber jeder sollte von den wichtigsten Dingen des Daseins so viel wissen, daß er über sie vernünftige, ins Zentrum zielende Fragen stellen kann. In Gelddingen fragt man dann einen Bankier oder einen versierten Sparkassenmann. Diese Zeilen sollten eine Art Einleitung sein, eine E i n l a d u n g zum Besuch des Gartens, in dem Zinsen und Renditen an Aktien und Renten wachsen, zum Wandel in den gepflegten Hainen der Geldanlage und zum Blick in das Unterholz der Wertpapierbewertung und — schließlich — zur Rast unter dem schattigen Dach der Börse. Wir werden auch das Investmentzertifikat in seiner Sparerklause besuchen, die scharfsinnige Wandelobligation unter das Seziermesser nehmen, den biederen Pfandbrief und die kapriziöse, herrschsüchtige Aktie nach organischen Leiden und Freuden durchsuchen, die Lebensversicherungspolice durchsichtig machen... Und so weiter.

Anschr. d. Verf.: München 25, Krüner Straße 51.

MITTEILUNGEN

Überleitungsabkommen zwischen der Bayer. Versicherungskammer, Bayerische Ärzteversorgung und der Ärztekammer Westfalen-Lippe, Westfälisch-Lippische Ärzteversorgung.

Zwischen der Westfälisch-Lippischen und der Bayerischen Ärzteversorgung besteht jetzt auch ein Überleitungsabkommen. Es betrifft angestellte Ärzte, die sich zugunsten der Westfälisch-Lippischen oder der Bayerischen Ärzteversorgung von der Angestelltenversicherung haben befreien lassen und ihre Tätigkeit aus dem Bereich ihrer bisherigen Versorgungseinrichtung in das Gebiet des anderen Abkommenspartners verlegen. Das Abkommen wurde im Juli 1962 abgeschlossen und vom Innenminister des Landes Nordrhein-Westfalen am 20. Dezember 1962 genehmigt.

Impftechnik bei Pockenschutzimpfung

Zu einer Anfrage eines praktischen Arztes, der eine Änderung der Impftechnik vorgeschlagen hatte, wurde vom Bundesgesundheitsamt folgendermaßen Stellung genommen:

1. In den zur Zeit gültigen Ausführungsbestimmungen zum Reichsimpfgesetz vom 8. 4. 1874 ist die Zahl der Impfschnitte auf zwei festgelegt worden. Da die Pokkenschutzimpfung einen weitgehenden Schutz gegen die Erkrankung an Variola vera erzielen soll, muß eine genügende Menge eines voll virulenten Vaccinevirus in den Impfschnitt gelangen. Bei einer Skarifikationsimpfung mit einer voll virulenten Lymphe werden etwa 4000 bis 5000 infektiöse Viruseinheiten verimpft (in etwa 4—5 cmm auf der Lanzette), wovon etwa 1000 infektiöse Viruseinheiten bei lege artis durchgeführtem Einspateln in den Impfschnitt gelangen. Nach vorsichtiger Berechnung werden hiervon etwa 200 infektiöse Viruseinheiten von verletzten Zellen aufgenommen. Diese relativ kleine Menge dürfte nicht sehr weit von der minimalen Infektionsdosis entfernt sein. Aus diesem Grunde wird der positive Impferfolg bei zwei Impfschnitten sicherer sein als bei einem Impfschnitt. Bei der Pockenschutz-Erstimpfung gehen nach den Erfahrungen der überwiegenden Mehrzahl der Impfärzte meistens beide, zum mindesten aber eine Impfpustel an. Tritt überhaupt keine Reaktion auf, so kann das nur an der Impftechnik oder der Qualität der verwendeten Lymphe (Lagerung!) liegen. Auch erfolglos gebliebene Nachimpfungen erklären sich hieraus.

2. Andere Impfmethoden als die in den Ausführungsbestimmungen festgelegten sind zur Zeit nicht statthaft. Ein Impfarzt, der ein anderes Verfahren anwenden will, bedarf dazu der Genehmigung der für das Gesundheitswesen zuständigen obersten Gesundheits-

behörde. Dies gilt auch für die in den angelsächsischen Ländern geübte „multiple pressure"-Methode sowie für die subkutane Schutzimpfung. Weder kosmetische Rücksichten noch ein „völlig schmerzloses Verfahren" u. ä. dürfen den Impferfolg beeinträchtigen.

Auch bei der Skarifikationsimpfung sollte es nicht zum Blutaustritt kommen. Bei dem vorgeschlagenen Verfahren besteht die Gefahr, daß die Anzahl der in die Verletzung eingebrachten infektiösen Viruseinheiten zu gering ist und deshalb eine Immunität von ausreichender Dauer nicht erzielt wird.

Ob es nach einer Pockenschutzimpfung zu Komplikationen kommt, hängt — einwandfreie Impftechnik vorausgesetzt — in erster Linie von der Reaktion des Organismus auf die Vaccine-Infektion, aber nicht von der Impfdosis ab.

3. Die „Gegen-Indikationen" der Pockenschutzimpfung sind gesetzlich festgelegt und dürfen daher bei impfpflichtigen Personen keinesfalls außer acht gelassen werden. Liegen Gegen-Indikationen bei Impfpflichtigen vor, so soll die Zurückstellung des Impfpflichtigen auf die Zeitspanne beschränkt bleiben, die unbedingt erforderlich ist, um den Impfhinderungsgrund zu beseitigen. Die Gefahr, daß impfgegnerisch eingestellte Erziehungsberechtigte solche Zurückstellungen benutzen, um ihre Kinder der Impfpflicht zu entziehen, wird durch eine zeitlich beschränkte Zurückstellung praktisch ausgeschlossen. Selbstverständlich sind die Gegen-Indikationen zur Pockenschutzimpfung — wie im Merkblatt 23 des BGA ausgeführt — auch bei Wiederimpfung Erwachsener zu beachten.

4. Der zeitliche Abstand des Höhepunktes der Impfreaktion vom Tag der Impfung ist bei Erstimpfungen nur von der Qualität der Pockenlymphe abhängig. Handelt es sich z. B. um eine Lymphe abgeschwächter Virulenz, deren Titer bei etwa 1:5000 — gemessen an der Hornhaut des Meerschweinchens — liegt, so wird der Höhepunkt der Impfreaktion für gewöhnlich jenseits des 10. Tages auftreten. Bei Wiederimpfungen, sowohl Impfpflichtiger als auch Erwachsener, wird der Höhepunkt der Reaktion neben der Qualität der Lymphe auch von dem Immunitätszustand des Impflings mitbestimmt. (Bundesgesetzbl. 12/62)

Ludwig-Sievers-Preis

Auslobung

Die Stiftung zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung über Wesen und Bedeutung der freien Berufe verleiht den „Ludwig-Sievers-Preis". Der Preis beträgt insgesamt bis zu DM 10 000.— und kann unter mehrere Preisträger in ungleichem oder gleichem Verhältnis verteilt werden. Die Bestimmung darüber, ob und gegebenenfalls in welcher Höhe der Preis verliehen wird, trifft die Stiftung unter Ausschluß des Rechtsweges. Ebenso bestimmt die Stiftung bei mehreren Preisträgern das Teilungsverhältnis der Geldsumme.

Um den „Ludwig-Sievers-Preis" kann sich jeder bewerben, der bis zur Ausschlußfrist am 31. Juli 1963 eine wissenschaftliche Arbeit eingereicht hat, die ein allgemeines oder besonderes Thema über die freien Berufe behandelt. Dabei können sowohl historische als auch aktuelle Arbeiten eingesandt werden. Sie sollen Fragen über das Wesen und die Bedeutung der freien Berufe — unter welchen Gesichtspunkten auch immer (rechtlich, soziologisch, volkswirtschaftlich usw.) — behandeln. Die Arbeiten sollen tunlichst noch nicht veröffentlicht sein; das ist jedoch nicht Bedingung für die Verleihung des Preises.

Stiftung zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung über Wesen und Bedeutung der freien Berufe
Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 3

Franz-Redeker-Preis

Das Präsidium des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose hat auch für das Jahr 1963 den Franz-Redeker-Preis in Höhe von DM 4000.— für eine bisher noch nicht veröffentlichte wissenschaftliche Arbeit auf dem Gebiet der Tuberkulosebekämpfung in sozialhygienischer Hinsicht gestiftet (unter Ausschluß der medikamentösen oder operativen Therapie). Dieser Preis kommt für eine oder mehrere, höchstens jedoch für 3 Arbeiten zur Verteilung.

Der Einsendeschluß für die Arbeiten zum Franz-Redeker-Preis 1963 ist der 31. Juli 1963.

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

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

Arbeitsunfälle nahmen zu

Die Gesamtzahl der im Jahre 1961 der Gewerbeaufsicht gemeldeten Unfälle betrug 147 267. Davon waren 128 352 Arbeitsunfälle und 18 915 Wegeunfälle. Während die Arbeitsunfälle gegenüber dem Jahre 1960 um 12 Prozent zugenommen haben, ist bei den Wegeunfällen ein kleiner Rückgang zu verzeichnen. Bei den Arbeitsunfällen verliefen 203 und bei den Wegeunfällen 155 tödlich. Wie die Gewerbeaufsicht und Bergbehörden in ihrem Jahresbericht für 1961 weiter mitteilten, ist die Zahl der auf dem Gebiet des Arbeitsschutzes ausgesprochenen Beanstandungen um 7,6 Prozent gestiegen. In 1 488 Fällen sind Verwarnungen ausgesprochen und in 588 Fällen Anzeigen erstattet worden. Es erfolgten 638 Bestrafungen; ferner wurden 721 Bußgeldbescheide erteilt. In den „Strahlenbetrieben" waren im Berichtsjahr 2 600 Personen beschäftigt.

-Heel
Bei Schwindel jeder Genese, Menière, Reisekrankheiten –
Vertigoheel®

-Heel
Grippe. Erkältungskrankheiten
Gripp-Heel®
Tabletten Ampullen

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern*)

im Monat Dezember 1962

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

An übertragbarer Kinderlähmung erkrankten auch im Dezember nur drei Personen, und zwar alle mit Lähmungserscheinungen. Diphtherieerkrankungen wurden ebenso selten wie im vorigen Monat gemeldet: zwei Fälle auf 100 000 der Bevölkerung und ein Jahr bezogen; im Dezember vorigen Jahres waren es sechs. Die Zahl der Scharlacherkrankungen nahm im Berichtsmonat wieder ab, so daß auf 100 000 der Bevölkerung 67 Erkrankungen trafen, im November dagegen noch 91.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten der Verdauungsorgane traten entsprechend der Jahreszeit ebenfalls seltener auf, insbesondere bakterielle Ruhr und übertragbare Dünndarmentzündung, aber auch übertragbare Leberentzündung (Hepatitis inf.).

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 2. 12. 1962 bis 29. 12. 1962 (Vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3			4		5		6		7		8		9		10	
	Diphtherie		Scharlach		Übertragbare: Kinderlähmung			Hirnhautentzündung: Meningokokken-Meningitis		Hirnhautentzündung: übrige Formen		Gehirnentzündung		Tuberkulose 3) der: Atmungsorgane (aktive Form)		Haut		übrigen Organe		Typhus abdominalis	
	E 1)	ST 2)	E	ST	E		ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	2	—	178	—	24)	24)	1	2	1	3	—	1	—	177	34	2	—	41	4	—	—
Niederbayern	2	—	23	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	87	12	4	—	21	—	4	—
Oberpfalz	1	—	55	—	—	—	—	5	1	—	—	—	—	57	8	1	—	6	—	—	—
Oberfranken	3	—	53	—	—	—	—	2	—	2	—	—	—	74	19	—	—	4	1	2	—
Mittelfranken	4	—	72	—	1	1	—	1	—	2	—	—	—	80	11	—	—	6	2	1	—
Unterfranken	—	—	49	—	—	—	—	2	—	4	—	—	—	65	8	—	—	7	2	3	1
Schwaben	1	—	73	—	—	—	—	4	—	1	—	2	—	116	6	—	—	8	—	1	—
Bayern	13	—	503	—	34)	34)	1	17	2	12	—	3	—	656	98	7	—	93	9	11	1
München	—	—	88	—	24)	24)	1	—	—	2	—	—	—	76	16	—	—	8	2	—	—
Nürnberg	—	—	27	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	24	3	—	—	—	1	—	—
Augsburg	—	—	33	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	23	—	—	—	1	—	—	—
Regensburg	—	—	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	32	5	—	—	1	—	—	—
Würzburg	—	—	20	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	2	—	—	—	—	—	—

Gebiet	11		12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22	
	Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa: Salmonellose		Enteritis infectiosa: übrige Formen		Botulismus		Hepatitis infectiosa		Ornithose: übrige Formen		Verdachtsfälle von Tollwut 4)		Bangsche Krankheit		Kindbettfieber bei oder nach Fehlgeburt		Toxoplasmose		Wundstarrkrampf	
	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	3	—	2	—	7	—	—	—	—	—	63	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Niederbayern	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	12	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—
Oberpfalz	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—	18	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Oberfranken	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	24	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mittelfranken	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	7	1	1	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Unterfranken	—	—	5	—	4	—	1	—	—	—	53	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Schwaben	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	20	—	—	—	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Bayern	5	—	8	—	21	—	1	—	—	—	197	1	2	—	9	—	1	—	2	—	1	—	2	1
München	—	—	2	—	2	—	—	—	—	—	26	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Nürnberg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

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) Darunter 1 Erkrankungsfall (Nachmeldung) aus der 10. Berichtswoche

5) Verletzungen durch ein tollwutkrankes oder tollwutverdächtiges Tier sowie Berührungen eines solchen Tieres oder Tierkörpers

*) Nach „Statistische Berichte des Bayerischen Statistischen Landesamts"

Erbolungs- und Rebabilitationsstätte für Blinde

Das Blindenkur- und -erholungsheim mit Rehabilitationsstätte in Saulgrub hat zwischenzeitlich seinen vollen Betrieb aufgenommen.

Es können dort Blinde zur Erholung und zu medizinischen Badekuren sowie zur Rehabilitation untergebracht werden.

Das Haus hat 75 Gästebetten, einen ausgedehnten Park und eine komplett eingerichtete medizinische Badeabteilung.

Es werden auch Patienten von den Sozialversicherungs- und Sozialhilfeträgern aufgenommen.

Es handelt sich um das einzige Kurheim für Zivilblinde im ganzen Bundesgebiet.

Die Rehabilitationsstätte vermittelt Neuerblindeten in Halbjahreslehrgängen die blindentechnische Grundausbildung und bereitet Blinde in einem eigenen Halbjahreslehrgang in einer Lehrwerkstätte auf eine Tätigkeit in der Industrie vor.

Die Rehabilitationsstätte nimmt Blinde aus dem gesamten süd- und südwestdeutschen Raum auf.

Anfragen sind an folgende Adresse zu richten:

Blindenkur- und -erholungsheim
mit Rehabilitationsstätte
8111 Saulgrub/Obb.
Lkr. Garmisch-Partenkirchen
Telefon: 08845/393.

Deutsche Tuberkulose-Gesellschaft:

Professor P. G. Schmidt, Engelskirchen, übernimmt am 1. 1. 1963 für Professor H. Schmitz, Düsseldorf, den Vorsitz der Gesellschaft. Stellvertretender Vorsitzender wurde der bisherige Geschäftsführer, Professor K. W. Kalkoff, Freiburg. Die Geschäftsführung wird von Professor R. Müller, Köln, übernommen. Zum Schatzmeister der Gesellschaft wurde der Lungenfacharzt Dr. J. Corsten, Duisburg, gewählt.

•

Professor A. Tegtmeier, Bad Berka, der als stellvertretender Vorsitzender turnusmäßig den Vorsitz am 1. 1. 1963 übernehmen sollte, hat aus persönlichen Gründen auf den Vorsitz verzichtet.

•

Die Ehrenmitgliedschaft wurde verliehen an die Herren F. Uehlinger, Zürich; E. Schrag, Stuttgart; A. Tegtmeier, Bad Berka und J. Lochtkemper, Düsseldorf.

•

Die nächste Deutsche Tuberkulose-Tagung, wiederum gemeinsam mit dem Deutschen Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose, wird in Lübeck vom 16. bis 18. September 1964 stattfinden.

BUCHBESPRECHUNGEN

Der voraussichtliche Bedarf an ärztlichem Nachwuchs. Von Karl Freudenberg / Rudolf Nebel. Herausgegeben von der Stiftung zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung über Wesen und Bedeutung der freien Berufe, Deutscher Ärzte-Verlag G.m.b.H., Köln-Berlin, 1962, 58 S., brosch. 9,80 DM.

Der voraussichtliche Bedarf an ärztlichem Nachwuchs in der Bundesrepublik ist seit einigen Jahren in der öffentlichen Diskussion umstritten. Die Bundesärztekammer, Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern, hatte daher die Herren Prof. Dr. Dr. Karl Freudenberg, Direktor des Seminars für medizinische Statistik der Freien Universität Berlin, und Oberregierungsrat, Diplom-Mathematiker Rudolf Nebel um die Erstellung wissenschaftlicher Gutachten zu dieser Frage gebeten. Die „Stiftung zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung über Wesen und Bedeutung der freien Berufe" hatte mit der Veröffentlichung der Arbeit von Fritz Beske, „Der ärztliche Nachwuchs", Köln-Berlin, 1960, bereits einen Beitrag zur Diskussion des gleichen Themenkreises geleistet. In Fortführung dieser Bemühungen und wegen der grundsätzlichen Bedeutung der wissenschaftlichen Gutachten der Herren Prof. Dr. Dr. Freudenberg und Oberregierungsrat Diplom-Mathematiker Rudolf Nebel veröffentlicht die Stiftung diese Gutachten. Der Vorstand der Stiftung hofft, damit zur Verbreitung wesentlicher neuer Materialien und Gedanken zur Frage des Bedarfs an ärztlichem Nachwuchs in der Bundesrepublik beizutragen.

Die Umsatzbesteuerung der freien Berufe. Von Karl Heinz Weis. Herausgegeben von der Stiftung zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung über Wesen und Bedeutung der freien Berufe, Deutscher Ärzte-Verlag G.m.b.H., Köln-Berlin, 1962, 152 S., brosch. 14,80 DM.

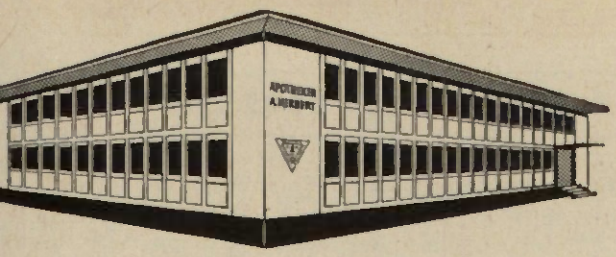
Die Umsatzbesteuerung der freien Berufe ist ein vieldiskutieries Thema, das durch die Mittelstandspolitik der Bundesregierung wieder in den Mittelpunkt der finanz- und wirtschaftspolitischen Erörterungen gerückt worden ist.

Unsere Untersuchung verfolgt einen doppelten Zweck: Sie will zum einen Struktur und Entwicklung der freien Berufe und ihrer Leistungsentgelte aufzeigen und zum anderen die schon seit Einführung der Umsatzsteuerpflicht umstrittene und bis zur Gegenwart stets aufs neue diskutierte Besteuerung dieser Berufsgruppe erörtern, weil diejenigen Mittel des Wirtschaftskampfes, die — wie Popitz sagt — die „vorausgesetzte Funktion" der Umsatzsteuer, die Überwälzung, gewährleisten, den Standesregeln der freien Berufe widersprechen und darum allgemein nicht üblich sind.

Indessen bereitet bereits die begriffliche Abgrenzung der freien Berufe Schwierigkeiten, da sich hinter ihnen sehr heterogene Tätigkeiten verbergen, denen allgemeingültige gemeinsame Kriterien nicht zugrunde liegen. Hinsichtlich ihrer beruflichen Voraussetzungen und des Umfangs der Betätigungen sind sie die am wenigsten einheitliche Gruppe aller Berufstätigen. Es wird daher im ersten Abschnitt zunächst auf Entwicklung und Inhalt des Begriffs der freien Berufe eingegangen, um daran anschließend den Umfang ihrer Steuerpflicht erörtern zu können.

Im Gange der weiteren Untersuchungen werden im zweiten Hauptabschnitt nach einigen methodischen Erläuterungen zur Umsatzsteuerstatistik die Entwicklung und die Größenordnung der von den einzelnen freien Berufen besteuerten Entgelte dargestellt. Im dritten Abschnitt prüft der Verfasser das Für und Wider der Umsatzbesteuerung der freien Berufe. Namentlich die Fragen der Überwälzung der Umsatzsteuer, der Grundsatz der Gleichmäßigkeit der Umsatzbesteuerung und die fiskalische Bedeutung der freien Berufe werden hier kritisch durchleuchtet.

Strophoperm zur perlingualen Herztherapie
Salistoperm zur percutanen Heilanaesthesie
PERMICUTAN-KG · DR. EULER · MUNCHEN 13



OR-NEO-NERVACIT®

LIQUIDUM UND DRAGÉES

Herztonikum • Flasche 200 ccm

Proben auf Wünsch

Alleiniger Hersteller: **Gegründet 1918**

POTHEKER A. HERBERT 62 WIESBADEN

---

onikum: Biesenetonie · Sexuelle Neurasthenie

gesteuerte Yohimbewirkung

Tonaton

100 Dragées

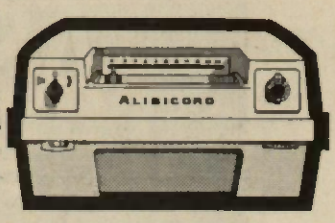
LUITPOLD-WERK MÜNCHEN

---

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

Ist Rauchen wirklich schädlich? Von Dr. med. Guido Möring. Helfer-Verlag E. Schwabe, Bad Homburg v. d. H., 32 S., zahlr. Abb., kart. 2,75 DM.

Der Autor dieses Büchleins, das anläßlich der Arbeitstagung des Deutschen Medizinischen Informationsdienstes „Rauchen und Gesundheit" vorgestellt wurde, ist der Hamburger Arzt Dr. Möring, der sich jahrzehntelang mit der Frage „Ist Rauchen schädlich?" befaßt hat, und hier die Zusammenhänge zwischen Rauchen und Krankheit aufzeigt. Angeregt wurde der Verfasser durch den kürzlich erschienenen Bericht „Rauchen und Gesundheit" des Royal College of Physicians of London, der unwiderieglich bewiesen hat, daß das Rauchen eine Ursache des Lungenkrebses, der Bronchitis und der Herzkranzgefäßerkrankungen ist. Dieser Bericht hat in England zu einer starken Anti-Zigaretten-Kampagne geführt und, wie verlautet, auch Beachtung beim Deutschen Bundesgesundheits-Ministerium gefunden, so daß zu hoffen ist, daß auch in Deutschland von offizieller Seite bald etwas gegen die Tabaksucht unternommen wird.

Das vorliegende Büchlein, das ansprechend aufgemacht ist, ist spannend geschrieben und durch vielerlei Anekdoten aufgelockert. Zahlreiche Kurven und Schaubilder zeigen auf eindrucksvoliste Weise den Zusammenhang zwischen Rauchen und Krankheit. Im Interesse der Volksgesundheit ist diesem Büchlein eine weite Verbreitung zu wünschen.

Erfolge der ärztlichen Kosmetik. 9 Beiträge bekannter Fachärzte. Herausgegeben von Prof. Dr. med. Th. Schreus, Umschau-Verlag, Frankfurt a. M., 89 Seiten Text, zahlreiche Abbildungen, broschiert 5,90 DM.

Wen beschäftigte beim Betrachten des eigenen Spiegelbildes nicht dann und wann die Frage: Was kann ich für mein gutes Aussehen tun? oder: Wie könnte ich durch diese oder jene medizinisch-kosmetische Behandlung kleine Fehler korrigieren, schöner werden? Zum Wohlbefinden der meisten Menschen trägt nun einmal wesentlich das Bewußtsein bei, gut auszusehen. Und diese Erkenntnis liegt zweifellos der hier genannten Broschüre zugrunde, deren Herausgeber es sich zur Aufgabe gemacht hat, den Leser über die Möglichkeiten der kosmetischen und ästhetischen Medizin gründlich aufzuklären.

Der um seine äußere Erscheinung Besorgte und Ratsuchende findet in dieser Schrift präzise und umfassende Antworten auf vieleriei Fragen — er wird aber auch gewarnt und damit bewahrt vor irrigen Hoffnungen, falschen Versprechungen, vor unsachgemäßer Behandlung.

Es ist vor allem jene vertrauenerweckende Sachlichkeit, die diese Broschüre auszeichnet: Keine Zauberprozeduren, keine Wunderheilmittel werden empfohlen, sondern nur solche Behandlungsmethoden angeraten, die sich während jahrelanger Beobachtungen als probat erwiesen haben.

Um hier nur einige Themen der Broschüre herauszugreifen: Die makellose Haut / Wie wirken Kosmetika? / Sonnenschutz und Sonnenbräune / Entfernung von Sommersprossen / Der Haarausfall / Gesichtschirurgie / Korrektur abstehender Ohren / Krampfadern und ihre Behandlung / Vermeidung von Gewichtszunahme.

KONGRESSE UND FORTBILDUNG

Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren

Der Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren veranstaltet zusammen mit der Ruhrknappschaft Bochum, der Landesversicherungsanstalt Westfalen, dem Verband der Werksärzte und in Zusammenarbeit mit der Akademie für ärztliche Fortbildung in Essen, der KV Westfalen, dem medizinisch-naturwissenschaftlichen Verein und der medizinischen Gesellschaft in Bochum, dem ärztlichen Verein in Gelsenkirchen in der Zeit vom 16. bis 22. März 1963 seine 24. Fortbildungstagung. Leitung: Dr. med. Hans Haferkamp.

Die Hauptthemen sind: „Umweltschäden in industriellen Ballungsräumen", „Physikalische Therapie", „Die Zeit nach dem Herzinfarkt".

Auskunft: Dr. med. Hans Haferkamp, Mainz, Adam-Karrillon-Straße 13.

Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin vom 29.—31. März 1963

Das ausführliche Programm erscheint in Heft 3/1963

Bundesverband Deutscher Ärzte für Naturheilverfahren

Vom 17. bis 24. März hält der Bundesverband Deutscher Ärzte für Naturheilverfahren e. V. in Verbindung mit dem Österreichischen Sportärzteverband und der Universität Innsbruck eine internationale Frühjahrstagung in Igls bei Innsbruck ab.

Die Hauptthemen lauten: 1. Sportmedizin und Sportschäden; 2. Blutverschiedenheiten; 3. Varicosis und Thrombophlebtis; 4. Heilpflanzentherapie; 5. Klima- und Witterungseinflüsse; 6. Psychotherapie.

Auskunft: Bundesverband Deutscher Ärzte für Naturheilverfahren e. V., München, Richard-Wagner-Str. 10/I, Verbandsbüro.

Kneippärztebund e. V. Bad Wörishofen

Der 21. Ärztliche Fortbildungslehrgang des Kneippärztebundes e. V. findet vom 5. bis 25. Mai 1963 in Bad Wörishofen statt.

Thema: „Kneipp-Therapie bei funktionellen Störungen und chronischen Erkrankungen", verbunden mit Theorie und Praxis der Kneipp-Therapie im Selbsterlebnis.

Auskunft: Lehrgangssekretariat Bad Wörishofen, Sebastian-Kneipp-Schule, Postfach 180.

Bei asthmatischen Beschwerden, spastischer Bronchitis und starkem Reizhusten hilft

ASTH-MED®

SAGITTA

KONGRESSKALENDER

Februar 1963:

18.—23. 2. in **Innsbruck:** Klinische Fortbildungswoche. Thema: „Praktische Fragen an die Kardiologie". Auskunft: Sekretariat der Med. Univ.-Klinik, z. H. v. Frau Bolda-Jesernik, Innsbruck.

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

März 1963:

2.—3. 3. in **Innsbruck:** 5. Klinisches Wochenende der Chirurgischen Universitätsklinik. Thema: „Möglichkeiten und Grenzen der kleinen Chirurgie in der Praxis". Auskunft: Sekretariat der Chirurg. Universitätsklinik, Innsbruck, Anichstraße 35, Frau Kapferer.

2.—16. 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.—5. 3. in **Innsbruck:** Klinische Fortbildungswoche. Thema: Das Bluteiweißbild. Auskunft: Sekretariat der Med. Univ.-Klinik, z. H. von Frau Brolda-Jesernik, Innsbruck.

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

4. 3.—30. 6. in **Düsseldorf:** 28. Amtslehrgang der Akademie für Staatsmedizin. Auskunft: Sekretariat der Akademie für Staatsmedizin, Düsseldorf, Auf'm Hennekamp 70.

7.—8. 3. in **Wien:** Symposion der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie und der Deutschen Neurovegetativen Gesellschaft. Auskunft: Prof. Dr. H. Nowakowski, II. Med. Univ.-Klinik und Poliklinik, Hamburg-Eppendorf.

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.**

19.—25. 3. in **Badgastein:** Diagnostikkurs der ärztlichen Forschungs- und Arbeitsgemeinschaft für Chiropraktik (FAC). (1. Kurs von 4 Kursen in manueller Therapie.) Auskunft: Sekretariat der FAC, Hamm/Westf., Am Markt 1.

29.—31. 3. in **Augsburg:** 31. Vortragsreihe der „Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin". Thema: „Diagnose und Therapie bei Erkrankungen des Respirationstraktes". Auskunft: Sekretariat der Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin, Augsburg, Schaezlerstraße 19.

April 1963:

16.—18. 4. in **Bad Nauheim:** Kurs in Elektrokardiographie und moderne Kreislaufdiagnostik. Auskunft: Kardiologische Abteilung des W. G. Kerckhoff-Instituts der Max-Planck-Gesellschaft, Bad Nauheim.

16.—26. 4. **im Schloßgut Neutrauchburg über Isny/Allgäu:** Einführungslehrgang in die Manualtherapie (WS und Extremitäten). 1. Kurs von 4 Kursen in manueller Therapie. Leitung: Dr. med. Seil, Facharzt für Orthopädie. Auskunft: Sekretariat der MWE, Schloßgut Neutrauchburg über Isny/Allgäu.

17.—19. 4. in **Mainz:** Wissenschaftlicher Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Ernäbrung. Auskunft: Wissenschaftliches Sekretariat der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, Frankfurt am Main, Feldbergstraße 28.

17.—20. 4. in **München:** 80. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Auskunft: Prof. Dr. med. G. Maurer, München 8, Ismaninger Straße 22.

17. 4.—5. 7. in **Hamburg:** Kurs über Tropenmedizin und medizinische Parasitologie. Auskunft: Kurssekretariat, Bernhard-Nocht-Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten, Hamburg 4, Bernhard-Nocht-Straße 74.

18.—20. 4. in **Freiburg/Br.:** Kongreß der Deutschen Gesellschaft der Fachärzte für Laboratoriumsdiagnostik. Auskunft: Frau Dr. Schlütz, Freiburg/Br., Katharinenstraße 5.

19.—21. 4. in **Bad Nauheim:** Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kreislaufforschung. Auskunft: Prof. Dr. med. R. Thauer, W. G. Kerckhoff-Institut der Max-Planck-Gesellschaft, Bad Nauheim.

22.—25. 4. in **Wiesbaden:** 69. Tagung der Deutschen Gesellschaft für innere Medizin. Auskunft: Prof. Dr. B Schlegel, 62 Wiesbaden, Städt. Krankenanstalten.

24.—26. 4. in **Würzburg:** 29. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie. Auskunft: Prof. Dr. W. Herrmann, Essen, Hufelandstr. 55, Robert-Koch-Haus.

24.—28. 4. in **Baden-Baden:** Deutscher Röntgenkongreß 1963. Auskunft: Prof. Dr. H. Lossen, Mainz/Rh., Fischtorplatz 20.

25.—26. 4. in **Wiesbaden:** 9. Tagung der Deutschen Hämatologischen Gesellschaft. Auskunft: Prof. Dr. Duesberg, Mainz, Med. Universitäts-Poliklinik, Mainz, Langenbeckstraße 1.

Bei allen Erkrankungen der Atmungsorgane

Antibex®

SIMPLEX · FORTE · CUM EPHEDRINO

125 ccm enthalten
50 mg Dihydrokodein

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

April/Mai 1963:

24. 4.—11. 5. in Lindau: 13. Lindauer Psychotherapiewoche. Auskunft: Sekretariat der Lindauer Psychotherapiewoche, München 27, Adalbert-Stifter-Straße 31.

29. 4.—12. 5. in Paris: Kurs für Pneumologie. Leitung: Prof. Dr. A. Meyer. Auskunft: Sekretariat der Pneumophysiologischen Abteilung des Hôpital Boucicaut, 78, rue de la Convention, Paris 15e.

Mai 1963:

5.—25. 5. in Bad Wörishofen: 21. Ärztlicher Fortbildungslehrgang „Kneipp-Therapie bei funktionellen Störungen und chronischen Erkrankungen". Auskunft: Kneippärztebund e. V., Bad Wörishofen, Postfach 180.

13.—15. 5. in Berlin: 27. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs- und Verkehrsmedizin e. V. Auskunft: Prof. Dr. R. Herget, Essen, Henricistraße 92.

16.—18. 5. in Paris: 4. Jahrestagung der Diabetologen. Auskunft: Prof. Dr. M. Dérot, Hôtel-Dieu, 1 Place du Parvis Notre-Dame, Paris 4e.

17.—19. 5. in Baden-Baden: 4. Tagung der Südwestdeutschen Gesellschaft für Urologie. Auskunft: Priv.-Doz. Dr. F. Arnholdt, Stuttgart-Bad Cannstatt, Waiblinger Straße 101.

18.—25. 5. in Bad Brückenau: Kurs für Homöopathie des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte e. V. Auskunft: Dr. W. Zimmermann, Homöopathisches Krankenhaus, Höllriegelskreuth b. München.

23.—25. 5. in Bad Brückenau: 115. Jahresversammlung des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte. Auskunft: Dr. W. Zimmermann, Homöopath. Krankenhaus, Höllriegelskreuth bei München.

23.—29. 6. in Kopenhagen: 9. Weltkongreß der Internationalen Gesellschaft zur Rehabilitation Behinderter. Auskunft: Geschäftsstelle der Deutschen Vereinigung zur Förderung der Körperbehindertenfürsorge, Orthopädische Anstalt der Universität, Heidelberg-Schlierbach, Wielandheim.

24.—26. 5. in Erlangen: Symposion über exokrine Pankreaserkrankungen. Leitung: Prof. Dr. N. Henning. Auskunft: Sekretariat der Med. Universitätsklinik, Erlangen, Krankenhausstraße 12.

27.—31. 5. in Rom: IV. Internationaler Kongreß für Hygiene und Medizin in Schulen und Universitäten. Auskunft: Segretario Generale del IV. Congresse Internazionale di Igenie e Medizcina Scolastica Dr. C. Sganga, Viale Europa 62, Rom.

Mai/Juni 1963:

26. 5.—8. 6. in Montecatini Terme: 1. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer (Lehrgang für praktische Medizin). Thema: „Die Therapie der ersten Stunden und Tage (Notfalltherapie). Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.

27. 5.—8. 6. in Grado: 11. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer (Lehrgang für praktische Medizin). Thema: „Die Therapie der ersten Stunden und Tage (Notfalltherapie). Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.

Juni 1963:

1.—6. 6. in Brüssel: Internationaler Kongreß der europäischen und mittelmeerländischen Vereinigungen für Gastroenterologie. Auskunft: Secrétariat général, Hôtel de Sociétés Scientifiques, 43, rue des Champs-Elysées, Brüssel 5.

1.—16. 6. in Westerland/Sylt: 4. Fortbildungsseminar für in eigener Praxis tätige Ärzte des Verbandes der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV). Leitung: Dr. W. Garthe. Auskunft: Dr. W. Garthe, 206 Bad Oldesloe, Hude 1.

Beilagenhinweis

Dieser Ausgabe sind Prospekte folgender Firmen beigefügt:
Klinge, München 23
Klinge, München 23
Dr. Rudolf Reiss, Berlin
Chemiewerk Homburg, Frankfurt/Main
Temmler-Werke, Marburg/Lahn
A.G. für mediz. Produkte, Berlin
Dorsch & Co., KG., München
Apotheker Dr. F. Sasse, Berlin-Charlottenburg
Cilag Chemie, Alsbach
P. Beiersdorf & Co., AG., Hamburg
Dr. Schwarz GmbH., Monheim
Concordia Lebensversicherungs-AG., Köln

Druckfehlerberichtigung

Zu Heft 1/63 auf S. 20 re. Spalte, 3. Zeile von unten, und auf S. 23 li. Spalte, 1. Zeile von oben ist das Wort Arterenol durch Adrenalin zu ersetzen.

„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 81, Fernschreiber 05 23662, Telegrammadresse. Gablerpreß. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharschinger, 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.

IMPETIN®
Pastillen
Hustensaft
Kodeinfreies Antitussivum zur Behandlung von Bronchitis, Tracheitis, katarrhalischen Erkrankungen der oberen Luftwege, soweit sie mit Husten verbunden sind, auch Raucherkatarrh
JOHANN G. W. OPFERMANN & SOHN · ARZNEIMITTELFABRIK SEIT 1907 · BERG. GLADBACH

zur Therapie und Prophylaxe
von Erkältungskrankheiten

Neuartige Kombination von
Antihistaminicum
Antipyreticum
Analgeticum
Spasmolyticum
Hustenstiller

20 Kerne DM 1,80 o. U.

GRIPPO-STAD®

STADA ARZNEIMITTEL

Röntgen- und elektramedizin. Apparate **KURT PFEIFFER** Ärzte- und Krankenhausbedarf
NÜRNBERG, Gleißbühlstraße 7
FRANKFURT a. M. - S, Gartenstr. 114
Generalvertretung der Firmen: Röntgenwerk F. Hafmann GmbH., Erlangen
Elektrafrequenz F. Schwarzer GmbH., München, und Albert Dargatz, Hamburg
▶ Projektierung und Ausführung kompletter Ärzte- und Krankenhauseinrichtungen ◀
Besuchen Sie bitte unsere Ausstellungsräume!

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

OXYMORS bei Oxyuriasis
SEIT 40 JAHREN IN DER PRAXIS ERPROBT UND BEWÄHRT
KEINE SCHÄDIGUNG DER DARMFLORA UND DER NIEREN
Vermifuge Wirkung!
KEIN FALL SCHÄDLICHER NACHWIRKUNG!
6-Tagesp. Nr. 201, Kinderp. Nr. 202, 3-Tagesp. Nr. 203, Tabl. m. Zäpf. Nr. 204, Tabl. P. Nr. 206, Analsalbe Nr. 207, Analsalbe »forte«

Pepsaldra®
Pepsin-Salzsäure-Dragees
gegen Subacidität, Achylie und Dyspepsie
Original-Packungen zu 45 Stück u. 125 Stck.

Pepsaldra® compositum
Pankreatinhaltiges Enzym-Präparat gegen Störungen des Pankreas-Galle-Dünndarm-Systems
Original-Packungen zu 40 Stück u. 100 Stck.

Fabrik pharmazeutischer Präparate Karl Engelhard Frankfurt a. M.

Atmos
Ein halbes Jahrhundert **BRONCHISAN**
das zuverlässige Asthmamittel in Tabletten, Tropfen und Kapseln.

Fabrik pharm. Präparate Karl Engelhard Frankfurt am Main gegr. 1872

Prospan — Gegen Keuchhusten

auch als — Gegen Bronchitiden verschiedener Genese

Aerosol — Gegen Reizhusten und Alters husten

rein pflanzlich

PROSPAN®

PROSPAN-Tropfen: O.P. Tropfflaschen mit 20 g, 50 g, 100 ccm · PROSPAN-Zäpfchen: O.P. Faltschachtel mit 6 Stück (für Kinder u. Erwachsene)

STELLENANGEBOTE

Am **Stadtkrankenhaus Treuchtlingen/Bayern** (104 Betten) ist die Stelle des

Ärztlichen Leiters und Chefarztes der chirurgischen Abteilung

zu besetzen.

Interessenten, die über eingehende Erfahrungen und Kenntnisse, besonders auch auf dem Gebiete der Unfallchirurgie und im Durchgangsarztverfahren verfügen, werden gebeten, ihre Bewerbung bis **spätestens 28. 2. 1963** einzureichen.

Am **Kreiskrankenhaus Vilshofen/Ndb.** (120 Betten) ist ab 1. 3. 1963 die Stelle eines

Assistenzarztes (Ärztin)

zu besetzen.

Bezahlung nach BAT II, zusätzlich Bereitschaftsvergütung von DM 200.— monatlich. Wohnung und Verpflegung im Hause möglich. Für die chirurgische Fachausbildung werden zwei Jahre angerechnet. Die Stelle kann auch ausnahmsweise von einem Medizinalassistenten besetzt werden, der schon im Besitz der vorgeschriebenen internen Ausbildung ist.

Bewerbungen an den **Chefarzt des Kreiskrankenhauses Vilshofen**, Niederbayern.

Für das **Städt. Krankenhaus Schweinfurt/Main** (Ortsklasse S) wird für die **Chir. Abteilung**

Assistenzarzt

gesucht. Facharztausbildung möglich. Vergütung nach Vergütungsgruppe III bzw. II BAT (Nebeneinnahmen — variable Vakanzenzulage). Ausländische Bewerber sollen die deutsche Sprache in Wort und Schrift beherrschen.

Wohnung (3 Zimmer, zentr. geheizt) steht zur Verfügung; Umzugskosten werden im Rahmen der Bestimmungen erstattet.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen (handgeschriebener Lebenslauf, Lichtbild, Abschriften von Ausbildungs- und Tätigkeitsnachweisen) erbeten an

Stadt Schweinfurt

Beim **Gesundheitsamt der Stadt Nürnberg** ist ab sofort eine Stelle für einen

Schul- und Fürsorgearzt

mit kinderfachärztlicher Ausbildung zu besetzen. Anstellung im Beamtenverhältnis (Besoldungsgruppe A 13) bei erfüllten Voraussetzungen möglich. Im anderen Falle Beschäftigung im Angestelltenverhältnis mit Bezahlung nach Tarif (Ortsklasse S) und Versicherung für zusätzliche Altersversorgung.

Bewerbungen mit Lebenslauf, Lichtbild sowie Abschriften der Ausbildungs- und Stellenzeugnisse baldmöglichst erbeten an

Stadt Nürnberg — Personalamt

Am **Städt. Med. Krankenhaus in Freising** (33 km nördlich von München) ist ab 1. Mai 1963 eine

Medizinalassistentenstelle

zu besetzen. Das Krankenhaus hat 100 Betten einschließlich Isolierabteilung. Bezahlung erfolgt nach Tarif.

Bewerbungen mit Lebenslauf, Zeugnisabschriften und Lichtbild sind an die **Stadt Freising** zu richten.

Das **Städt. Krankenhaus Dorfen** (bei München) sucht

jungen Assistenzarzt (oder -ärztin)
Medizinalassistenten (-assistentin)

Sehr vielseitiges chirurgisches und gynäkologisch-geburtshilfliches Krankengut. Gute Arbeitsbedingungen, Nebeneinnahmen. Bewerbungen bzw. Anfragen an

Chefarzt Dr. E. Hass, 825 Dorfen, Telefon 555

Am **Stadtkrankenhaus Ansbach/Mfr.** (300 Betten) ist auf der chirurg. Abteilung umgehend die Stelle eines

Assistenzarztes

zu besetzen. 4 Jahre Fachausbildung werden anerkannt. Bezahlung nach BAT III und Gewährung von Bereitschaftsdienstvergütung. Evtl. Bewilligung einer Leistungszulage. Wohnung (3 Zi. mit Küche und Bad) steht zur Verfügung. Bewerbungen werden an die

Stadt Ansbach — Städt. Hauptamt — erbeten.

Beim **internen Kreiskrankenhaus Deutenhofen** (Nähe München) ist möglichst bald die Planstelle eines

Assistenzarztes (-ärztin)

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

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen an

Landratsamt Dachau.

Das **städt. Krankenhaus Weiden i. d. Opf.** sucht ab sofort

je 1 Ass.-Arzt für die innere Abteilung und für die chirurg. Abteilung

Bezahlung erfolgt nach Verg.-Gr. II BAT.
Außerdem werden für die genannten Abteilungen

je 1 Med.-Assistent

benötigt.

Die Bezüge richten sich nach Verg.-Gr. III BAT. Bewerbungen mit den erforderlichen Unterlagen (Lebenslauf, Lichtbild, Promotions- und Approbationsurkunde sowie Zeugnisse über die bisherige Tätigkeit) werden umgehend erbeten an das Hauptamt der Stadt Weiden i. d. Opf.

Bei der Beschaffung von Wohnraum ist die Stadt behilflich. Die Stadt Weiden zählt über 41 000 Einwohner und ist Sitz fast aller höheren Schulen.

Stadt Weiden i. d. Opf.

Jacosulfon *ist die heilende Hand des Arztes*

Stellenangebote

Assistenzarzt

wird gesucht in Krankenhaus (80 Betten) in der Umgebung Zürichs. Eintritt baldmöglichst. Günstige Wohngelegenheit (Hausteil) vorhanden. Ideal für Arzt mit Familie. Offerten werden erbeten unter 331/541 über CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH, 8 München 2, Karlsplatz 13.

Medizinisch-technische Assistentin

s leitende Kraft für das oderne
Röntgeninstitut
es Städtisch. Krankenhauses
Weiden i. d. Opf.
esucht.
ür die Stelle ist bei einer ehaltseinstufung nach Vb AT Erfahrung in Routine- Spezialmethoden der Röntgen-Diagnostik u. -Therapie wie die Fähigkeit der Anleitung des übrigen röntgenchnischen Personals erforderlich. Geregelte Dienstzeiten, Mithilfe bei der Wohnungsbeschaffung. Die Stadt Weiden hat über 41 000 Einwohner und ist Sitz fast aller höheren Schulen.
Bewerbungen erbeten an das
Hauptamt
der Stadt Weiden i. d. Opf.

Arzthilfe

ntl. med.-techn. Assistentin
r große Landarztpraxis m. Röntgenleistungen und Labor, Nähe Nürnberg gesucht. ne Sprechstundenhilfe ist reits vorhanden. Wohnung rd gestellt und geordnete enstzeit wird zugesichert. schriften mit Gehaltsanrüchen erbeten unter P. 75 126 über CARL GABER WERBEGESELLSCHAFT BH, 8 München 2, Karlsatz 13

HYOSCAL · HYOSCAL · HYOSCAL · HYOSCAL · HYOSCAL · HYOSCAL

Nervöser Reizmagen

Hyoscal Hyoscal Dragees

Ulcus ventriculi et duodeni, Gastritis, Pankreatitis

Spontane Schmerzbefreiung, Vagusdampfung

40 Dragees DM 2.85 o. U.

Ärztemuster und Literatur durch:

HOHN KG Hyoscal-Vertrieb Starnberg/See

Für interne Fachpraxis wird eine

M. T. A.

gesucht. Kenntnisse in photometrischen Arbeiten erforderlich. Bewerbung mit den üblichen Unterlagen an:

Dr. med. Otto Schloßer
Facharzt f. innere Krankheiten
Rosenheim/Obb.
Münchener Str. 6

Beachten Sie bitte
unsere Beilagen

Vertretung

Mächte während des Sammerurlaubes den Chefarzt einer chirurgischen oder chirurgisch-geburtshilflich-gynäkologischen Station in Süddeutschland vertreten. Bin Oberarzt der II. Chir. Univ.-Klinik in Wien, Privatdozent, Facharzt für Chirurgie seit 12 Jahren. Geburtshilflich-gynäkalogische Ausbildung vorhonden. Bin seit 12 Jahren als Chefarzt-Urloubsvertreter chirurgisch-geburtshilflich-gynäkologischer Stotionen tätig.

Dr. Robert Kühlmayer
II. Chir. Klinik, Wien 9
Spitalgosse 23

Deutschland, Städte und Landschaften

Diesea farbenprächtige Monumentalwerk über die Schönheit unserer deutschen Heimat in Ost und West mit seinen einhundert Aquarellen von Gustav Lüttgens ist ein repräsentatives Geschenk für alle Geschäftsfreunde und Jubilare, eine bleibende Erinnerung für Freunde und Verwandte sowie eine wertvolle Auszeichnung für Ehrengäste und verdiente Mitarbeiter.
Einleitung und Bildunterschriften sind in Deutsch, Englisch und Französisch wiedergegeben.
Herausgegeben vom Verlag Schneidersche Buchdruckerei, Gebr. Schneider, Rothenburg ob der Tauber. Format des Buches 40×40 cm. Bildgröße 27×27 cm. In Ganzleinen gebunden mit Schutzkarton — als Buch oder auch als Kassette mit losen Blättern — kostet die Ausgabe im Einzelverkauf 135 DM.
CARL GABLER GMBH, Fachbuchhandlung, 8 München 2, Jutostr. 24

Stellengesuche

Kaufm.-prakt. Arzthelferin

21 J. (Ex. 61 Dr. Buchholz), sucht zum 1. 4. 63 Stelle in München. Kenntn. in Labor, GU, EKG, Rö. Angebote erbeten unter 331/543 üb. CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH, 8 München 2, Karlsplatz 13

Arzthilfe

Oberrealschülerin, sucht nach Abschluß des Arzthelferinnenlehrganges zum 15. 4. 63 oder 1. 5. 63 Stelle. Gf. Angebote m. Gehaltsangaben unt. 331/535 üb. CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH, 8 München 2, Karlsplatz 13

Verschiedenes

Inventar für Allgem. Praxis

Instrumente einschl. Isotherm-Siemens und Mobilar, weg. Erkrankg. sofort preisgünstig abzugeben. Inventar größtent. 1954 angeschafft. Eilangebote an
Dr. med. Vogt, Telefon 32 43
8832 Weißenburg, Jahnstraße 53

BRIEFMARKEN
Westberlin-Preisliste gratis.
Rolf Anders, 1 Berlin 42

In Stadt Schwabmünchen (Schwaben)

an Durchgangsstraße 4 Zimmer (insges. 72 qm) Dampfheizung, Telefonanschluß, Garage etc., seit mehr als 40 Jahren Ärztepraxis, als solche per 1. 4. 63 zu vermieten. Mietpreis nach Vereinbarung. Offerten erbeten an
Immobil. P. Rindle, Schwabmünchen, Herbststraße 24

Gut eingerichtetes neues
Appartement in St. Anton am Arlberg
mit Zentralheizung, wird zeitweise vermietet:
2 Betten zu je DM 7,— und 1 Schlafdiwan zu DM 6,— täglich einschließlich Heizung und Benützung von Bad und elektr. Kochnische. Anmeldungen an **Frau Trudl Knoflach, Arztgattin, Bornbirn, Moosmahdstraße 4, Österreich.**

Sehr gut gehende
Allgemeinpraxis
in aufstrebender Industriestadt Oberbayerns, sämtliche Schulen am Ort, ist ab Mitte 1963 an tüchtigen Kollegen abzugeben. Die Praxis ist in der Mitte der Stadt, Hochhaus, gut eingerichtet, und ist unter günstigen Bedingungen an zulassungsberechtigten Allgemeinpraktiker abzugeben. Zuschriften unter M. B. 75 105 über CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH, 8 München 2, Karlsplatz 13

In Bad Aibling ist einem tüchtigen
Masseur und Heilgymnastiker
Gelegenheit gegeben, in freier Praxis zu wirken. Wohnung und Behandlungs-Räume vorhanden. (Keine Mietvorauszahlung, keinerlei Ablösungen; Mietpreis erträglich.) Nähere Auskunft gibt Dr. Junkenitz, Kolbermoor

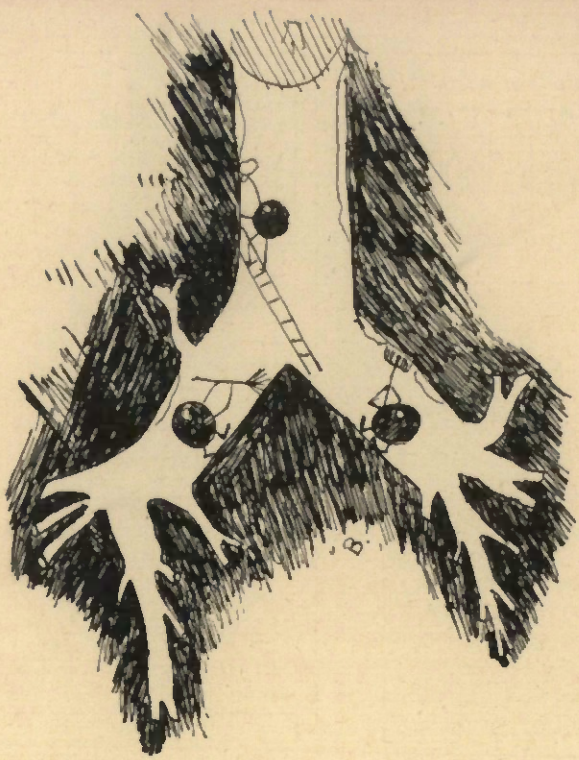
An Arzt-Ehepaar

2½ Zimmer, Kü. und Bad, Etg.-Hzg., 160/2000, Stadtrand München, zu vermieten.
Telefon 44 17 46

Anzeigenschluß

für die März-Ausgabe am 25. Februar 1963

Jodex 1.25
bei Prellungen



Großreinemachen in den Bronchien

Bronchiektosen
Bronchitis
Pneumomykosen
und Lungengangrän
Zum Abhusten von Röntgenkontrastmitteln

GELOMYRTOL
KAPSELN

Gelamyrtal enthält in dünndarmlöslichen Gelatinekapseln je 0,12 g Myrtal. Dieses ist die bei 160–180° übergehend Fraktian des aus den Blättern der Myrtenpflanze gewannenen Myrtenöles. Myrtol, ein alterprobter Naturstaff, enthäl als Hauptwirkstaff Cineal.

40 Kps. DM 2.70 o. U. **400 Kps. DM 20.30 o. U**

G. POHL-BOSKAMP · HOHENLOCKSTEDT / HOLSTEIN

RHEUMASAN®

Salbe	DM 1,20
flüssig	DM 2,20
Dragées	DM 1,85

Preise lt. Arzneitaxe

Individuelle Therapie des jeweiligen Krankheitsbildes durch Wahl der geeigneten Applikationsform

Alle Formen des Gelenk-, Muskel- und Nervenrheumatismus

REISS

Dr. Erdt Arnulf
Baindlkirch
1611