

# BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN  
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Nummer 9

München, September 1963

18. Jahrgang

## RHEUMASAN<sup>®</sup>

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

Preise lt. Arzneitaxe

*Jede Stufe  
wird genommen*

individuelle Therapie des jeweiligen  
Krankheitsbildes durch Wahl der  
geeigneten Applikationsform



alle Formen  
des Gelenk-  
Muskel- und  
Nerven-  
Rheumatismus

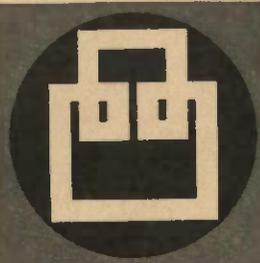
Lindopharm KG  
Hilden Rhld



Wenn der Hochdruck zu einer Herz- und Kreislaufinsuffizienz  
geführt hat, dann

# scillaserp<sup>in</sup>®

Scilla-Crataegus-Rauwolfia-Rutin



Risikoarme Glykosidtherapie mit sicherem diuretischem Effekt  
Schonende Blutdrucksenkung  
bei verbesserter coronarer und cerebraler Durchblutung  
Verbesserung der Energetik des Herzmuskels

25 Dragées DM 1,85  
Anstaltspackung



Der coffeinhaltige Idee-Kaffee  
**schont Magen  
Leber Galle**

weil er vor dem Rösten (ohne Anwendung von  
Chemikalien) von Reizstoffen befreit wird.  
Außerdem stützt der Idee-Kaffee durch seinen  
natürlichen Coffeingehalt Herz und Kreislauf.

**Klinische Untersuchungen** haben ergeben, daß Idee-Kaffee für viele Patienten eine  
wichtige Diäterleichterung ist (vergl. »Grüne Liste« 1960 S.57). Deshalb ist der Idee-Kaffee  
**der ideale Kaffee unserer Zeit – von höchster Reinheit und Bekömmlichkeit!**  
Auf Wunsch Literatur und Auskünfte von J. J. Darboven Hamburg 1 Abteilung Ärztedienst

Seit 50 Jahren



Keine Preiserhöhungen



Otalgien

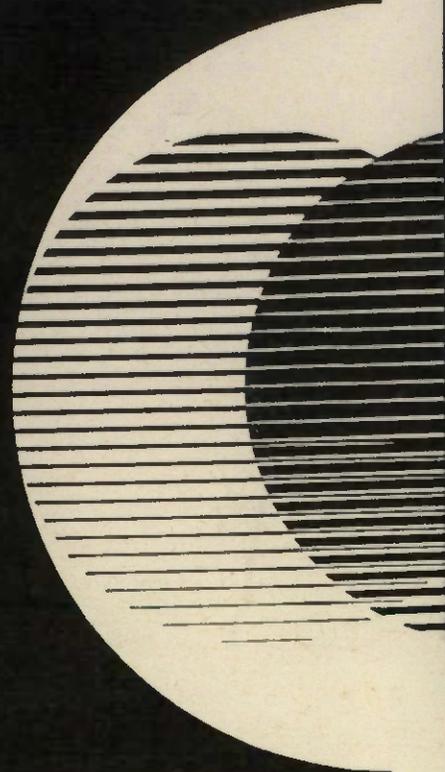
Otitis media acuta

6 g DM 1,55 o. U. lt. A. T.  
12 g DM 2,80 o. U. lt. A. T.

**SÜDMEDICA G.M.B.H. MÜNCHEN 25**

**Intensive Spasmolyse und  
nachhaltige Analgesie durch**

**AVAFORTAN®**



**bei Gallenkoliken, Nierenkoliken,  
Pankreatitis, Tenesmen;  
Angina pectoris, Herzinfarkt,  
sowie in der Geburtshilfe**

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

**Ärztemuster auf Anforderung**



**ASTA-WERKE AG · CHEMISCHE FABRIK**



**AVAFORTAN**

**Spasmoanalgetikum**

**4812 BRACKWEDE (WESTF.)**

## Inhaltsverzeichnis

Junker: Die Innere Verwaltung und die freien Berufe — Zusammenarbeit oder Gegenspiel? . . . . .	653
Wendler/Mayer/Stephan: Zur Trinkwasser-methämoglobinämie der Säuglinge . . . . .	656
Werner: Psychosomatische Störungen durch betriebliche Spannungen . . . . .	660
AUS DEM STANDESLEBEN . . . . .	665
Bayer. Medizinalbeamtenverein e. V. — Neuwahl in der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz — Neuer Ärztekammerpräsident in Österreich — Studienreise des Deutschen Zentralaussschusses für Krebsbekämpfung und Krebsforschung — Ärzte reformieren Frankreichs Schulprogramm	
PERSONALIA UND FAKULTÄT . . . . .	671
Ekert — Friton — Wollheim — Altmann — Broser — Cain — Wüstenfeld — Jungbluth — Klütsch — Kirch — Borelli	
AUS DER GESCHICHTE DER MEDIZIN . . . . .	673
Koerting: Bayerns historische Verdienste um die Pockenbekämpfung VI. (Schluß)	
AUS DER BUNDESPOLITIK . . . . .	681
Beunruhigend hohe Säuglingssterblichkeit — Gebißkontrolle, aber kein Behandlungszwang — Neue Verordnungen für Hebammen im Bundesrat Aus dem Europarat: Europäische Sozialcharta soll bald verwirklicht werden	
AUS DER LANDESPOLITIK . . . . .	687
Verstöße gegen das Jugendarbeitsschutzgesetz — Berücksichtigung des geleisteten Sozialdienstes bei der Berufsausbildung — Richtfest f. d. Lesesaaltrakt der Bayerischen Staatsbibliothek	
FEUILLETON . . . . .	689
Gubalke: Heb- und Hexenammen	
AMTLICHES . . . . .	690
Besetzung d. Landesberufsgenossenschaft f. d. Heilberufe b. d. Bayer. Obersten Landesgericht — Besetzung d. Berufsgenossenschaft f. d. Heilberufe b. d. Oberlandesgericht Nürnberg — Landesärzte n. d. Bundessozialhilfegesetz — Verordnung z. Änderung d. Zweiten Verordnung z. Durchführung d. Jugendarbeitsschutzgesetzes — Landesverordnung z. Änderung d. Verordnung über die Abgabe verschreibungspflichtiger Arzneimittel — Lehrgang f. d. öffentl. Gesundheitsdienst — Vollzug d. Bundesärzteordnung — Regelung d. Arbeitsbedingungen d. Praktikantinnen i. d. Kranken- und Kinderkrankenpflege — Gewährdauer v. Impfstoffen und Seren	
GESETZES- UND RECHTSFRAGEN . . . . .	699
Bundesverfassungsgericht erklärt die Bedürfnisprüfung b. d. Beteiligung d. leitend. Krankenhausärzte a. d. kassenärztl. Versorgung f. verfassungsgemäß — Der Arzt als Bauherr — Mit Behinderung wg. Verkehrsstockung hat jeder Kraftfahrer heute zu rechnen — Vorschriftswidriger Zustand des Kraftfahrzeugs — Wenn ein Kraftfahrzeug gegen eine Bahnschranke gerät — Die Verantwortung bei Abschleppfahrten	
STEUERFRAGEN . . . . .	705
Aufwendungen f. Reisekosten — Darf d. Arzt seine Betriebsausgaben schätzen? — Umsatzsteuer f. d. Sozialversicherung — Umsatzsteuerreform — Frist z. Abgabe d. Steuererklärungen 1962 — Privater Anteil des Aufwandes e. betriebl. Kraftfahrzeugs — Mittägl. Heimfahrt eines Arztes — Baehring: Sparen und Anlegen: Welches Interesse hat ein Aktionär?	
MITTEILUNGEN . . . . .	711
Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat Juli 1963 . . . . .	718
RUNDSCHAU . . . . .	726
BUCHBESPRECHUNGEN . . . . .	734
KONGRESSE UND FORTBILDUNG . . . . .	735

# RRR-plus

Ererplus (Wz. a.)

*Neu!*

Ein physiologischer Blutdruckheber  
zur Stabilisierung des Kreislaufs  
beseitigt

- Müdigkeit
- Abgeschlagenheit
- Konzentrationsschwäche
- Leistungsschwäche

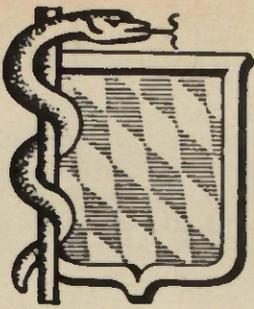
Langzeitwirkung: 1-2 Dragées pro Tag  
Packungen mit 30 und 60 Dragées

*hebt den Blutdruck!*

**ADENYL**CHEMIE

7 Stuttgart-  
Bad Cannstatt

**ADENYL**  
CHEMIE



# BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN  
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Nummer 9

München, September 1963

18. Jahrgang

## Die innere Verwaltung und die freien Berufe — Zusammenarbeit oder Gegenspiel?

Vortrag des Bayerischen Staatsministers des Innern, Dipl.-Ing. Heinrich Junker, vor dem Verband der freien Berufe in Bayern e. V. am 8. Juli 1963

Wenn wir die Frage unseres Vortrages an einen großen Kreis von Bürgern richten würden, dann würden wir wahrscheinlich von den meisten zur Antwort bekommen: Die freien Berufe stehen notwendigerweise im Gegensatz zur Staatsmacht. Die innere Verwaltung ist der Kern dieser Macht. Sie ist das Sinnbild des staatlichen Befehls, der Freiheitsbeschränkung und des Zwanges. Sie ist der Prototyp der Bürokratie. Sie steht daher in einem naturgegebenen, unabänderlichen Gegensatz zu den freien Berufen.

Diese Antwort werden wir nicht nur von Bürgern bekommen, die nächtlicherweise von der Polizei zum Alkoholtest aus dem Bett getrommelt wurden, oder die keine Baugenehmigung für ihr wunderschön auf einem erhabenen Punkt in einer lieblichen Landschaft gelegenes Grundstück bekommen haben.

Vielmehr entspricht diese Antwort einer bei uns durchaus allgemein verbreiteten Meinung. Diese Meinung wird zum Teil historisch begründet und jeder Bürger findet ihre Bestätigung in schaurigen Zeitungsberichten von der Willkür und den harten Entscheidungen der Verwaltungsbehörden.

Auch ich war zunächst erstaunt, als ich Ihren Auftrag bekam und ich fragte mich, warum richtet man diese Frage ausgerechnet an den Innenminister, den „Polizeiminister“, wie er früher regelmäßig genannt wurde. Aber ich dachte unmittelbar danach an die vielen Beispiele von Zusammenarbeit zwischen Innerer Verwaltung und freien Berufen, die es gibt.

Wenn ich Ihren Auftrag an einen der guten und unentbehrlichen Helfer weitergegeben hätte, die schöne und unverbindliche Reden zu allen Gelegenheiten machen können, dann hätte ich wahrscheinlich einen erfreulich langen Katalog unserer erfolgreichen Kooperation durch die Jahrhunderte bekommen.

Eine solche Aufzählung würde sicher Ihren Erwartungen nicht entsprechen und vor allem den Ansprüchen, die Sie an die Qualität und an den Gehalt einer Untersuchung über dieses bedeutsame Thema stellen, nicht gerecht werden.

In der Tat gibt es zahlreiche Beispiele für gute Zusammenarbeit, für gutes und richtiges Gegenspiel, für Mangel an Zusammenarbeit und für Gegnerschaft. Oft liegt die Zusammenarbeit zum Wohl des Ganzen gerade in einem fruchtbaren Gegenspiel. Das gilt ganz beson-

ders für die Tätigkeit des Rechtsanwalts. Die Aufgabe des Anwalts ist es, Fehler der Verwaltung im Interesse seines Mandanten zu erkennen und durch den Gebrauch von Rechtsmitteln zu korrigieren. In diesem Sinn wird der Anwalt in der Regel als Gegenspieler der Behörden der inneren Verwaltung auftreten. In anderen Fällen steht der Anwalt an der Seite des Staates und seiner Behörden, z. B. wenn er für einen Nachbarn erreichen will, daß die Baugenehmigung entsprechend den nachbarrechtlichen Vorschriften unter Auflagen erteilt wird, gegen die sich der Bauwerber wendet.

Aber Verwaltung und Anwalt werden in richtigem Verständnis ihrer Aufgaben trotz aller Gegensätzlichkeiten im einzelnen immer zusammenarbeiten. Beide sind in gleicher Weise dem Recht verpflichtet.

Eine Gefahr für eine fruchtbare Zusammenarbeit und damit eine Gefahr für unsere staatliche Ordnung liegt in der Neigung jeder mächtigen Apparatur zum Perfektionismus, in ihrem Anspruch auf Unfehlbarkeit und in ihrer Neigung, das Individuum, seine Interessen und seine Bedeutung, gering zu schätzen.

Die Erscheinungen des modernen Industriezeitalters haben uns gezeigt, daß Bürokratie heute über die Grenzen staatlichen Tätigwerdens hinaus ausgeföhrt ist und überall dort auftritt, wo der Mensch der Masse weicht. Wir finden sie in der Wirtschaft, etwa in großen Konzernen, oft nicht weniger als im staatlichen Sektor und sie hat selbst vor dem kulturellen Lebensbereich nicht haltgemacht. Das sollte uns dazu führen, die Stellung des einzelnen zur Gesellschaft, zum Staat, neu zu überdenken, um dieser bedenklichen Entwicklung zu begegnen, wenn wir nicht bereit sind, uns damit abzufinden.

Wichtige Aufgabengebiete der inneren Verwaltung sind mit den Aufgaben großer Gruppen der freien Berufe so eng verbunden, daß gerade hier der Ausgangspunkt für ein neues Verhältnis gefunden werden kann. Sieht man als die wesentliche Aufgabe der inneren Verwaltung, das Zusammenleben der Menschen zu ermöglichen, Gefahren, denen der einzelne ausgesetzt ist, zu begegnen und die oft widerstreitenden Einzelinteressen zum Ausgleich zu bringen, so ist sie auf dem gleichen Weg wie die freien Berufe, die auch Mittler zwischen Staat und Mensch sind. Das zeigt sich besonders auf einem der inneren Verwaltung zugehörigen Gebiet, dem Gesundheitswesen. Der Arzt, Prototyp des freien Berufes, steht in einem ständigen Bemühen um das Wohl des einzelnen Menschen, der sich ihm anvertraut hat.

Es ist nicht Aufgabe des Staates hier störend einzudringen, auch nicht, dem einzelnen die Verantwortung für seine Gesundheit abzunehmen, sondern dem freien ärztlichen Wirken zum Wohle des einzelnen und der Allgemeinheit den größtmöglichen Raum zu lassen. Darin sehe ich eine der vornehmsten Aufgaben der inneren Verwaltung im Rahmen staatlicher Gesundheitspolitik. Wenn sich der Staat die in den freien Berufen, insbesondere im ärztlichen Beruf, wirkenden gelstigen Kräfte nutzbar macht, lockert er nicht nur die in jeder staatlichen Tätigkeit liegenden Beharrungskräfte, sondern fördert und erfüllt die ihm obliegenden Gemeinschaftsaufgaben. Gerade im gesundheitspolitischen Bereich hat sich erwiesen, daß Formen der Zusammenarbeit denkbar und möglich sind, die ein unmittelbares staatliches Tätigwerden entbehrlich machen. Ich denke an die Zusammenarbeit der inneren Verwaltung mit der Ärzteschaft bei der Bekämpfung von Seuchen, ich denke an die große, noch nicht abgeschlossene Entwicklung auf dem Gebiet der Gesundheitsvorsorge, die nicht staatlichen Beratungsstellen vorbehalten sein darf, sondern vom freiberuflich tätigen Arzt zu übernehmen ist, sowie an die Schulzahnpflege, die wir in diesen Wochen in Zusammenarbeit mit der Zahnärztekammer auf eine neue Basis stellen wollen.

Deswegen nimmt auch die innere Verwaltung an den Fragen und Problemen des ärztlichen Berufs starken Anteil. Wir bemühen uns um eine den Anforderungen der Zeit entsprechende Ausbildung des medizinischen Nachwuchses. In ihren Standesorganisationen haben die Ärzte schon Formen des Zusammenlebens zur Wahrung ihrer gemeinsamen Anliegen und zur Formung der ihrem Beruf innewohnenden Pflichten gefunden, Selbstverwaltungsgebilde, die Ausdruck der Selbstverantwortung sind und denen die innere Verwaltung ihren Schutz leiht. In der unter der Obhut des Staatsministeriums des Innern stehenden Ärzteversorgung haben sich die bayerischen Ärzte eine Altersversorgung geschaffen, die im Bundesgebiet beispielhaft ist. Wir nehmen — gerade um der Erhaltung des freien Berufes willen — an ihren Sorgen um die Neugestaltung der sozialen Krankenversicherung Anteil und vertreten die Auffassung, daß der Arzt, wie jeder Mensch, Anspruch darauf hat, daß seine Leistung auch gerecht entlohnt wird. Mein persönlicher Kampf und mein Einsatz z. B. für eine bessere Vergütung für die Untersuchungen nach dem Sozialhilfegesetz des Bundes gegenüber dem Finanzministerium sind, glaube ich, schon über die Grenzen der Ministerien in die Öffentlichkeit gedrungen. Hier sind Pauschalen notwendig, aber sie müssen voll angemessen der ärztlichen Leistung sein. Wir lehnen jede Gängelung der freiberuflich Tätigen ab und meinen, daß der Staat die freie Entscheidung und die Selbstverantwortung des freien Berufes zu achten hat, wenn sie am Gemeinwohl orientiert sind. Das schafft nach unserer Auffassung auch die Voraussetzung für eine fruchtbare, beiden Teilen zugute kommende Zusammenarbeit.

Neben dem Gesundheitswesen ist im Bauwesen das Recht der auf diesem Gebiet tätigen freien Berufe unter der Federführung des Innenministeriums geregelt. Darüber hinaus besteht im Bereich der Bayerischen Staatsbauverwaltung ein vielfältiges Zusammenwirken zwischen den Behörden und den freien Berufen. Insbesondere kommen in Betracht: Architekten und Städteplaner, Ingenieure des Hoch-, Tief- und Maschinenbaues sowie der Elektrotechnik, Verkehrsingenieure, Prüfingenieure

für Statik, Baustoffsachverständige, Geologen und Bodenkundler, Landschaftspfleger und nicht zuletzt auch bildende Künstler. Diese Fachleute sind entweder als freie Mitarbeiter bei der Planung und Durchführung von staatlichen Bauten eingeschaltet oder als Vertreter der Interessen Dritter bei genehmigungspflichtigen Bauten tätig. Aus beiden Tätigkeiten ergeben sich Zusammenarbeit und Gegenspiel.

Bei der Bauleitplanung der Gemeinden nach dem Bundesbaugesetz eröffnet sich für die freien Architekten ein weites Betätigungsfeld im staatlichen und kommunalen Bereich. Damit die Gemeinden ihre Pflicht, durch Bauleitpläne die bauliche Entwicklung in Ihrem Gebiet zu ordnen, erfüllen können, müssen sie erfahrene Fachleute mit der Ausarbeitung von Flächennutzungs- und Bauungsplänen beauftragen. Die vielfältigen und für die Gemeinden bedeutsamen Aufgaben, die hier gestellt sind, erfordern eine enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen der kommunalen und staatlichen Verwaltung einerseits und den Architekten andererseits. Für die Fortbildung der Architekten in städtebaulichen Fragen veranstaltet das Institut für Städtebau und Wohnungswesen bei der Technischen Hochschule München regelmäßig Kurse.

Im Bereich des staatlichen Hochbaues werden für Bauvorhaben von überörtlicher Bedeutung Architektenwettbewerbe ausgeschrieben. Es ist beabsichtigt, bei der Ausführung von Entwürfen freischaffender Architekten diesen künftig die Entwurfsbearbeitung und die künstlerische Oberleitung zu übertragen. Darüber hinaus sollen in Zukunft zur Entlastung der staatlichen Hochbaubehörden freischaffende Architekten mit der gesamten Architektenleistung einschließlich der Bauleitung betraut werden.

Beim öffentlich geförderten Wohnungsbau sind der private Bauherr, der Träger des Wohnungsunternehmens und die Verwaltung besonders auf die Mitarbeit der Architekten, Städteplaner, Techniker und sonstigen Fachleute angewiesen. Nach nunmehr rd. 15jähriger Wohnungsbautätigkeit müssen ohne Vorbehalt die großen Verdienste der freiberuflichen Mitarbeiter im Wohnungsbau insbesondere für das von ihnen übernommene Maß an Verantwortung anerkannt werden. Das gilt für eine stetig verbesserte Planung, eine einwandfreie Gestaltung der Bauten und Außenanlagen sowie eine wohn-technisch zweckmäßige und rationelle Ordnung sowohl bei Einzelbauten als auch in der Planung ganzer Dörfer und Städte.

Bei der Durchführung der umfangreichen Aufgaben des Straßenbaues werden in zunehmend größerem Umfang Planungsarbeiten an Ingenieurbüros sowie an Vermessungsbüros vergeben. Eine besondere Bedeutung kommt dabei Verkehrsuntersuchungen zu, die den planerischen Entscheidungen voranzugehen haben. Beispiele hierfür sind die großräumige Verkehrsuntersuchung zur Ermittlung der Trassenführung der Autobahn nach Lindau und die umfassende Untersuchung zur Ordnung der Verkehrsverhältnisse im Raum Regensburg. Mit der großen Zahl neu entstehender Brücken hat sich den dafür in Frage kommenden Ingenieurbüros in der Nachprüfung der statischen Berechnungen ein umfangreiches Betätigungsfeld eröffnet.

Im konstruktiven Wasserbau bedienen sich die Behörden in schwierigen Fällen der Spezialkenntnisse der freiberuflichen Ingenieure (z. B. solche der Statik und der

Bodenmechanik). Die Ingenieure werden auch zu vielen Wasserbauvorhaben herangezogen, deren Bearbeitung, Ausführung und weitere Betreuung über die Aufgaben der staatlichen Wasserwirtschaftsverwaltung hinausgehen.

Bei der Planung maschineller und elektrotechnischer Einrichtungen, von Heizungs- und Lüftungsanlagen für die von der Staatsbauverwaltung zu betreuenden Hochbauten sind freischaffende Ingenieure in erheblichem Umfang tätig. Es handelt sich hierbei insbesondere um Projekte für Hochschulen, Institute, Kliniken, Theater, Museen und dergleichen. Neben der Projektbearbeitung übernehmen die freischaffenden Ingenieure dort, wo keine Fachkräfte der Verwaltung zur Verfügung stehen, auch die Bauüberwachung.

Durch die Anerkennung von Prüffingenieuren für Baustatik wird den Ingenieuren in Bayern ein neues Arbeitsgebiet erschlossen. Das Staatsministerium des Innern wird in allernächster Zeit schon die ersten 15 freischaffenden Ingenieure als Prüffingenieure anerkennen, denen künftig die den Kreisverwaltungsbehörden obliegende Überprüfung der statischen Berechnung von Bauten übertragen werden kann. Sie erfüllen damit Hoheitsaufgaben.

Freischaffende Architekten und Ingenieure werden von der Verwaltung in weitem Umfange als Sachverständige in besonderen Ausschüssen und in Einzelfällen zur Beratung herangezogen. Solche Ausschüsse sind insbesondere die Akademie für Städtebau und Landesplanung, der Bayer. Landesbaukunstauschuß, der Bayer. Landesauschuß für Baustatik und Bauarten sowie der Länder-Sachverständigenausschuß für neue Baustoffe und Bauarten.

Die großen Eingriffe beim Bau der neuen Straßen im ganzen Land machen es notwendig, für die Erhaltung landschaftlich wertvoller Gebiete zu sorgen. In diesen Fällen ist die Beratung und Mitarbeit von Landschaftsarchitekten und Landschaftsgärtnern unerlässlich.

Bei den staatlichen und staatlich geförderten Neu-, Um- und Erweiterungsbauten des Hochbaues werden bis zu 2 v. H. der Baukosten für Aufträge an bildende Künstler und Kunsthandwerker aufgewendet. In Verbindung mit Brückenbauten werden Bildhauer mit Aufträgen bedacht, um durch ihre Werke dem Ingenieurbau eine besondere Note zu verleihen.

Ich hoffe, Sie sehen aus dem, was ich Ihnen über die für Ärzte und Architekten wichtigsten Bereiche der inneren Verwaltung vorgetragen habe, daß wir bestrebt sind, nur das zu regeln, was unbedingt geregelt werden muß. Wir sind bestrebt, die freie Entfaltung der Persönlichkeit in Ihrem Beruf zu sichern und so wenig als möglich zu begrenzen.

Ich habe Ihnen die Gefahren gezeigt, die meines Erachtens einer ungehinderten Entfaltung der freien Berufe von einer mächtigen Bürokratie drohen können. Wir werden diesen Gefahren von uns aus mit allen Mitteln begegnen. Dazu können wir auch beitragen durch die richtige Besetzung der leitenden Stellen in der inneren Verwaltung. Ich bin der Meinung, daß grundsätzlich die Regierungspräsidenten Verwaltungsjuristen sein sollen, daß Leiter der Obersten Baubehörde immer ein Techniker und Leiter des Gesundheitswesens stets ein Arzt sein sollten.

Wir begrüßen es, wenn sich die Angehörigen der freien

Berufe in Verbänden und Standesorganisationen zusammenschließen. Sie sind uns willkommene Gesprächspartner.

Sie wissen selbst, daß der freien Entwicklung in Ihren Berufen Gefahren keinesfalls nur vom Hang der Bürokratie zum Perfektionismus drohen. Das Versorgungsdanken, das Streben nach Sicherung gegen die Wechselfälle des Lebens und des Berufs sind weit verbreitet. Das Idealbild für viele ist heute die Sicherung durch einen Versorgungsanspruch gegen den Staat ohne Verzicht auf Verdienst und Entwicklungsmöglichkeiten des freien Berufes. Dieser Denkungsart scheint mir eine Herabwürdigung beider Berufe zugrunde zu liegen. Der Staatsdiener muß seine Entwicklungsmöglichkeiten begrenzen. Er widmet sein ganzes Leben dem Dienst am Staate und erhält einen Anspruch auf Fürsorge und Versorgung durch den Staat. Wer freiberuflich tätig ist, muß sich auch frei entfalten können. Er wird Wert darauf legen, ohne staatliche Beschränkungen seine Zukunft in eigener Verantwortung in seinen beruflichen Organisationen zu sichern.

Gerade weil die freien geistigen Berufe in der modernen Industriegesellschaft kämpfend und manchmal bedrängt dastehen, besinnen sie sich auf ihr Wesen und auf ihren geistigen Auftrag.

Ich habe mich absichtlich beschränkt in diesem Vortrag auf einige Berührungspunkte zwischen meinem Fachgebiet der inneren Verwaltung und den freien Berufen. Von besonderem Interesse für Sie werden z. B. auch die Probleme im Bereich der Kultur sein. Aber sicher werden Sie Gelegenheit finden, sich über diese Fragen einmal mit dem Kultusminister zu unterhalten. Ich habe es mir auch versagt, das Thema in den größeren Zusammenhang des Verhältnisses vom Bürger zur Verwaltung und zum Staate zu stellen. Aber ich möchte nicht schließen ohne einige Gedanken zu diesem Thema zu äußern. Wir alle sind uns darüber einig, daß in den Beziehungen zwischen Öffentlichkeit und Verwaltung eine Änderung eintreten muß. Es ist eine unserer vornehmsten Aufgaben, die Verwaltung endgültig von Geheimniskrämerei und Anonymität zu befreien und durch vollständige und sachliche Aufklärung über den Sinn und den Zweck des Verwaltungshandelns die Staatsbürger in die Lage zu setzen, sich ein eigenes Urteil zu bilden. Ohne solche urteilsfähige und aktive Bürger kann eine Demokratie auf die Dauer nicht bestehen. Informierte und urteilsfähige Bürger geraten nicht so leicht in die Hand von Ignoranten und Demagogen. Unsere Arbeit soll sich vor den Augen der Öffentlichkeit abspielen. Ich bemühe mich täglich um diesen wichtigen Teil der Arbeit der Verwaltung. Gerade heute habe ich — um nur ein Beispiel zu nennen — versucht, durch eine Pressekonferenz die Öffentlichkeit über das Badeverbot an der Würm und die damit zusammenhängenden bedeutenden Fragen aufzuklären. Ich nehme die Aufgabe der vollständigen Unterrichtung der Öffentlichkeit sehr ernst. Ich habe bisher gute Erfahrungen gesammelt und hoffe, auch in Zukunft auf gute Zusammenarbeit auch mit diesem Teil der freien Berufe, mit den Journalisten.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, ich will abschließend die Frage, die Sie mir gestellt haben, so beantworten: Recht viel gute Zusammenarbeit und ein recht farbiges, gutes und erfolgreiches Gegenspiel zwischen innerer Verwaltung und den freien Berufen, beides ist gleich wichtig zum Wohle unseres Staates und seiner Bürger.

Aus der Universitäts-Kinderklinik Erlangen-Nürnberg

Direktor: Professor Dr. A. Windorfer

## Zur Trinkwasser-Methämoglobinämie der Säuglinge

von H. Wendler, H. Mayer und U. Stephan

Die bisher aus Deutschland mitgeteilten Beobachtungen über Erkrankungen von Säuglingen an einer durch nitrathaltiges Trinkwasser verursachten Methämoglobinämie lassen eine auffallende Häufung ihres Vorkommens in Nord- und Mitteldeutschland erkennen (13). Eine befriedigende Erklärung dafür steht noch aus. Es könnten besondere hydrogeologische Verhältnisse von Bedeutung sein, doch ist es auch nicht von der Hand zu weisen, daß das Krankheitsbild der sogenannten Trinkwasser-Methämoglobinämie manchen Orts noch zu wenig bekannt ist und dadurch zu Fehldiagnosen Anlaß gibt, so daß letztlich ein falsches Bild über eine tatsächliche Verbreitung und Häufigkeit zustande kommt.

Wir möchten daher anhand von 3 an der Universitäts-Kinderklinik Erlangen beobachteten Erkrankungen an Trinkwasser-Methämoglobinämie neuerlich auf diese gefährliche Intoxikation im Säuglingsalter aufmerksam machen und auf die vor allem in ländlichen Bezirken noch immer aktuelle Problematik der Trinkwasserhygiene hinweisen.

Wie weit in Bayerns ländlichen Gegenden die Trinkwasserversorgung noch durch Einzelbrunnen erfolgt, zeigt eine Mitteilung des Bayerischen Landesamtes für Wasserversorgung. Nach Fortschreibung aus der Erhebung vom 1. 1. 1958 wurden am 1. 1. 1963 noch 17,5 % der Gesamtbevölkerung und sogar 28 % der Bewohner ländlicher Gemeinden mit weniger als 4 000 Einwohnern durch eigene Brunnen und Zisternen mit Trinkwasser versorgt. Die besonders in weiten Gebieten Mittelfrankens, Niederbayerns und dem nördlichen Teil von Oberbayern noch bestehenden Trinkwasserbrunnen wurden größtenteils selbst errichtet und bieten auch heute meist die einzige Trinkwasserquelle für ihre Benutzer. Wegen des häufig zu hoch liegenden Grundwasserspiegels, bzw. der mangelnden notwendigen Tiefe der Brunnen, fehlt dem Brunnenwasser die Filtration und Mineralisierung des Sickerwassers durch eine dicke Erdschicht. Dazu kommen noch die innerhalb landwirtschaftlicher Betriebe befindlichen Stallungen, Düngerstätten und Lager von nitrathaltigem Kunstdünger. Die Besichtigungen der Brunnen, aus denen das Wasser für unsere 3 Patienten stammte, ergaben in allen 3 Fällen eine Nichtbeachtung der primitivsten hygienischen Vorstellungen. Mistbeete, Dunghaufen, die Senkgrube der Toiletten oder der Schweinestall waren in nächster Nähe der betreffenden Brunnen angelegt. Dadurch kommt es zu einer starken fäkalen Anreicherung des Brunnenwassers, die aus Nitraten, Nitriten, Ammoniak, Chloriden und Bakterien besteht. So kann allein schon das in solchem Wasser vorhandene Nitrit eine Methämoglobinbildung beim jungen Säugling bewirken. Das gleichzeitige Vorhandensein von Bakterien oder eine bakterielle Enteritis des Säuglings, die für die Umwandlung des Nitrat in Nitrit gefordert werden müssen, würde sich deshalb erübrigen.

Neben der Gefährdung der jungen Säuglinge durch verunreinigte Brunnenwässer tritt die Möglichkeit einer Trinkwasser-Methämoglobinämie bei Verfütterung

von Wasser aus einer zentralen Wasserversorgungsanlage ganz in den Hintergrund. Erst wenn der Nitratgehalt des Wassers 30—50 mg/l übersteigt, ist mit toxischen Erscheinungen beim Säugling zu rechnen. Bei einer derartigen Konzentration würde einem Säugling mit der Nahrung etwa 1 mg Nitrat/kg Körpergewicht zugeführt werden. Diese Menge ist als toxische Grenze festgelegt (13). In der Bundesrepublik darf der Nitratgehalt eines Trinkwassers maximal 40 mg/l betragen, im Kopenhagener Vorschlag der WHO von 1959 wird der Grenzwert mit 50 mg/l angegeben. Allerdings besteht die Möglichkeit, daß die Nitratkonzentration des Wassers durch Verdunsten der Flüssigkeit zunimmt. Dazu kommt es vor allem dann, wenn das Wasser in einem sogenannten „Wasserschiff“ im Herd über längere Zeit warmgehalten wird. (10, 11). Ein derartig hoher Nitratwert ist jedoch nur dort zu erwarten, wo für die zentrale Wasserversorgung Oberflächenwasser verwendet wird. Das ist aber in Bayern kaum der Fall. So bestand das Wasseraufkommen der zentralen Wasserversorgung in Bayern 1957 nur zu 0,7 % aus Oberflächenwasser (18), während beispielsweise in den USA 60—70% des Trinkwassers aus Oberflächenwasser aufbereitet werden. Unter diesen Umständen bleibt das Bild der Trinkwasser-Methämoglobinämie unter den in Bayern herrschenden Verhältnissen an die Verwendung von Brunnenwasser zur Nahrungszubereitung gebunden.

### Eigene Beobachtungen:

In allen 3 Fällen von Säuglings-Methämoglobinämien, die in den letzten Jahren in unserer Klinik zur Aufnahme kamen, handelt es sich um junge Säuglinge im Alter bis zu 2 Monaten. Sie stammten aus ländlichen Gemeinden und wurden fast ausschließlich mit Pulvermilch ernährt.

Fall 1: Der 10 Wochen alte Säugling wurde mit der Diagnose „Kreislaufschwäche bei Dyspepsie“ in unsere Klinik eingewiesen.

Anamnese: Das Gedeihen des Säuglings war bis 5 Tage vor Aufnahme gut. Es kam dann zu einem Brechdurchfall, der die Umsetzung der bisherigen Ernährung mit Pelargon (neben einer Stillmahlzeit) auf Hafer-schleim-Tee-Diät durch den Hausarzt notwendig machte. Die Durchfälle sistieren darauf nach 2 Tagen. Doch fiel den Eltern jetzt eine eigenartig blau-graue Blässe des Kindes auf. Insbesondere die Lippen waren blau gefärbt. Die laufende Zunahme dieser Verfärbung machte die Klinikeinweisung notwendig.

Aufnahmebefund: Der 5 800 g schwere, weibliche Säugling machte einen schwer kranken Eindruck. Die Haut war schiefergrau verfärbt, blaß. Es bestanden eine Tachykardie und eine starke Tachypnoe. Der Lungenbefund war physikalisch-klinisch, jedoch im Gegensatz dazu, völlig regelrecht. Auch der übrige Untersuchungsbefund war unauffällig. Bei einer Blutentnahme fiel dann die schokoladebraune Verfärbung des venösen Blutes auf und veranlaßte uns, eine spektrophotometri-

sche Untersuchung vornehmen zu lassen<sup>1)</sup>. Sie ergab 25% Methämoglobin.

**Therapie:** Unter der Applikation von Katalysin und Ascorbinsäure kam es bereits innerhalb der ersten Stunde zur Normalisierung des Befindens und der Hautfarbe des Säuglings. Eine Kontrolle des Methämoglobinspiegels im Blut erbrachte normale Werte.

**Wasserbefund und Herkunft:** Da die Säuglingsnahrung mit Brunnenwasser zubereitet worden war, wurden entsprechende Untersuchungen dieses Wassers vorgenommen<sup>2)</sup>. Dabei fanden sich folgende Substanzen: Nitrat 130 mg/l, Chlorid 85 mg/l, Spuren von Nitrit, Ammoniak und Sulfat. Als Ursache für diese fäkale Verunreinigung des Brunnenwassers waren eine unmittelbar neben dem Brunnen installierte Senkgrube der Toilette und die in der Nähe befindliche Düngerstätte anzuschuldigen.

**Epikrise:** Der 10 Wochen alte Säugling wurde wegen Kreislaufschwäche und Cyanose eingewiesen, nachdem sich nach einer akuten Enteritis eine eigenartige schiefergraue Hautfärbung des Säuglings entwickelt hatte. Die spektrophotometrische Untersuchung des Blutes ergab 25% Methämoglobin. Normalisierung des Befundes durch Katalysin und Ascorbinsäure. Die Ursache für die Methämoglobinämie war eine starke fäkale Verunreinigung des zur Nahrungsbereitung für den Säugling verwendeten Brunnenwassers.

**Fall 2:** Der 2 Monate alte Säugling wurde wegen Verdachts einer „Lungenerkrankung mit toxischer Kreislaufschädigung“ in unsere Klinik eingewiesen.

**Anamnese:** Von der Mutter wurde angegeben, der Säugling sei zu Hause aus angeblich voller Gesundheit heraus beim Baden plötzlich bläulich-blaß geworden. Nach einer kurzzeitigen Erholung des Kindes war es dann nochmals zu einer plötzlichen Verfärbung gekommen. Der jetzt hinzugezogene Arzt leitete deshalb die Klinikaufnahme ein. Die Nahrung des Säuglings bestand aus Honigmilch, die mit Wasser aus eigenem Brunnen zubereitet worden war.

**Aufnahmebefund:** Der 4 460 g schwere, männliche Säugling machte einen schwer kranken Eindruck, es bestand eine blasse Cyanose, eine Tachykardie bis 200/min. und eine starke Tachypnoe. Physikalisch ergab sich kein Hinweis auf eine Herz- und Lungenerkrankung. Auch eine zur Sicherheit noch vorgenommene Röntgenübersichtsaufnahme der Lunge bestätigte diesen Befund. Die bei einer Blutentnahme auffällige schokoladebraune Farbe des Blutes bestärkte uns in der Verdachtsdiagnose einer Methämoglobinämie. Die spektrophotometrische Untersuchung des Blutes erbrachte dann auch einen hohen Methämoglobinspiegel von 62%!

**Therapie:** Bereits kurze Zeit nach der Injektion von Methylenblaulösung, Ascorbinsäure und Na-Thio-sulfat besserte sich der Zustand des Kindes deutlich, die

Tachypnoe und Tachykardie verschwanden, nach Ausscheidung des Methylenblaus war die Hautfarbe wieder normal. Der Methämoglobinwert im Blut hatte sich bereits 1 Stunde nach Therapiebeginn normalisiert.

**Wasserbefund und -herkunft:** Das zur Säuglingsnahrung verwendete Wasser des erst kurz zuvor gebohrten Brunnens war stark fäkal verunreinigt. Es wurde bereits von den Besitzern angedeutet, daß man schon in geringer Tiefe wasserfündig geworden war. Der Brunnen war zudem in unmittelbarer Nähe des Schweinestalls errichtet (Wand nur 15 cm vom Brunnen entfernt!). Es fanden sich im Wasser folgende Bestandteile: Nitrat 506 mg/l, Chlorid 500 mg/l.

**Epikrise:** Der 2 Monate alte Säugling wurde wegen „toxischer Kreislaufschädigung bei unklarer Lungenerkrankung“ eingewiesen, nachdem er angeblich aus voller Gesundheit heraus beim Baden erstmalig blau geworden war. Neben einer blassen Cyanose und Tachypnoe, die das klinische Bild beherrschten, fand sich bei der spektrometrischen Untersuchung des Blutes des Säuglings ein Methämoglobingehalt von 62%. Durch Methylenblau-, Ascorbinsäure- und Na-Thiosulfatinjektion kam es zu einer schnellen Normalisierung des Befindens und der Hautfarbe des Kindes. Als Ursache für die Methämoglobinämie war auch hier die fäkale Verunreinigung des als Trinkwasser zur Säuglingsnahrung verwendeten Brunnenwassers anzusehen.

**Fall 3:** Der 24 Tage alte Säugling wurde wegen „unklarer Cyanose“ in unsere Klinik eingewiesen.

**Anamnese:** Das Gedeihen des Kindes war bisher zufriedenstellend, es habe jedoch schon länger auffallend schnell geatmet, sei auch mehrfach, besonders beim Baden, leicht blau geworden. Das Kind war deshalb in ärztlicher Überwachung. Bei einer Kontrolluntersuchung, zu der der Säugling in dicke Decken bis über das Gesicht eingepackt gebracht worden war, fiel eine alarmierende dunkle Cyanose des Säuglings auf, die die sofortige Klinikeinweisung notwendig machte. Bei Zwie-milchernahrung war zu 3 Mahlzeiten allein Pelargon gefüttert worden, das mit eigenem Brunnenwasser zubereitet wurde.

**Aufnahmebefund:** Der 3 460 g schwere männliche Säugling machte bei Aufnahme einen schwer kranken Eindruck, war tief cyanotisch, motorisch unruhig. Es bestand eine Tachypnoe und Tachykardie, während der physikalische Lungenbefund nicht auffällig war. Eine Röntgenübersichtsaufnahme der Lunge zeigte eine feine Trübung der Lungenunterfelder, die an eine interstitielle Pneumonie zunächst erinnerte. Das EKG bot keinen Anhalt für ein Herzvitium oder eine Myocarditis. Unter Sauerstoffgabe erholte sich das Kind innerhalb der ersten 24 Stunden jedoch auffällig gut, die Tachypnoe verschwand und die tiefe Cyanose hellte sich zu einem schiefergrauen Farbton auf. Die deshalb vorgenommene spektrophotometrische Untersuchung des venösen Blutes des Säuglings ließ dann einen noch erhöhten Methämoglobinwert von 7% nachweisen. Eine weitere Therapie erübrigte sich, da sich das Befinden des Kindes schnell besserte. Der Methämoglobinwert im Blut sank zur Norm ab.

**Wasserbefund und -herkunft:** Das Brunnenwasser war auch hier durch Sickerwasser stark verunreinigt, es zeigte bereits makroskopisch eine gelbliche Trübung. Es wurden folgende Substanzen darin nachgewiesen: Nitrat 150 mg/l, Chlorid 127 mg/l, Nitrit

<sup>1)</sup> Die spektrophotometrischen Untersuchungen verdanken wir dem Institut für gerichtliche Medizin und Kriminalistik der Universität Erlangen-Nürnberg, Direktor: Professor Dr. Dr. E. Weing.

Es wurde dabei die Methode nach Kiese modifiziert angewandt (14). Zur Stabilisierung des Methämoglobins in der Blutprobe wurde vorher eine Messerspitze NaF (Natriumfluorid) pro 5 ml venösen Blutes in das durch Korken verschlossene Gläschen gebracht. Damit wird das Blutferrereduktase (auch Diaphorase), das das Methämoglobin in nicht oxydiertes Hämoglobin rückverwandeln würde, blockiert (15).

<sup>2)</sup> Die Brunnenwasseranalysen verdanken wir dem Hygienisch-bakteriologischen Institut der Universität Erlangen-Nürnberg, Direktor: Professor Dr. M. Knorr.

0,29 mg/l, Ammoniak 0,66 mg/l u. a. Die lokale Inspektion gab dieses Bild: Hochliegender Grundwasserspiegel (nur ca. 2 m Tiefe!) primitive unzureichende Auskleidung und Abdeckung des Brunnenschachtes, in der Umgebung zusätzlich Mistbeete (Abb.).



**Epikrise:** Der 24 Tage alte Säugling wurde anlässlich einer Kontrolluntersuchung beim Hausarzt in Decken verpackt unerwartet tief cyanotisch aufgefunden und uns überwiesen. Bei sonst normalem physikalischen Herz-Lungenbefund bot das Röntgenbild der Lunge eine feine Trübung der unteren Lungfelder, die an eine interstitielle Pneumonie denken ließ. Doch bereits unter Sauerstoffgabe besserte sich der Zustand des Kindes rasch, und die tiefe Cyanose verschwand. Der noch bleibende schiefergraue Unterton der Haut zusammen mit dem Ergebnis einer daraufhin vorgenommenen spektrophotometrischen Untersuchung des Blutes sicherte die Diagnose einer Methämoglobinämie. Die Ursache der Erkrankung war auch hier eine fäkale Verunreinigung des zur Säuglingsnahrung verwendeten Brunnenwassers.

Zusätzlich zu den von uns beobachteten Fällen erfahren wir, daß in dem Dorf, dem unser Patient 3 entstammt, in kurzer Zeit vier weitere Säuglinge unter der Diagnose „Blausucht“ verstorben sind. (Persönliche Mitteilung Prof. Knorrs.) Obwohl beim Fehlen genauerer Untersuchungen nicht sicher gesagt werden kann, daß es sich dabei ebenfalls um Erkrankungen an Trinkwasser-Methämoglobinämie gehandelt hat, liegt eine derartige Vermutung doch nahe, da es unwahrscheinlich ist, daß in kurzer Zeit in einem kleinen Dorf vier junge Säuglinge an cyanotischen Herzfehlern erkranken und im frühen Säuglingsalter sterben würden.

#### Besprechung:

Erst seit dem Jahre 1945 ist bekannt, daß die Verwendung von nitrathaltigem Trinkwasser für die Herstellung von Säuglingsnahrungen bei den damit gefütterten Säuglingen zur Methämoglobinämie Anlaß geben kann. Den ersten Beobachtungen in den USA (5) folgten bald auch solche in verschiedenen europäischen Ländern. In Deutschland wurden die ersten einschlägigen Mitteilungen im Jahre 1956 von Souchon (16) und Wedemeyer (17) gemacht, denen bald eine ganze Reihe von weiteren folgten (Lit. siehe 13). Die Pathogenese dieser Vergiftungen war bis dahin bereits weitgehend aufgeklärt und auch durch das Experiment bestätigt (6).

Die Erkrankung betrifft ausschließlich Säuglinge, vorwiegend im ersten Trimenon und hier vor allem wie-

derum solche, die mit Pulver- oder Kondensmilchzubereitungen, zu deren Herstellung Brunnenwasser benutzt wurde, ernährt werden. Erfahrungsgemäß seltener kann auch die Verfütterung von Frischmilchzubereitungen zur Methämoglobinämie führen, wenn für die Verdünnung der Milch nitrathaltiges Wasser genommen wird. Schließlich sind auch Erkrankungen bei natürlicher Ernährung beschrieben, doch war in diesen Fällen der Muttermilch stets mit nitrathaltigem Wasser zubereiteter Tee zugefüttert worden (4, 9 u. a.).

Die in dem für die Herstellung der Nahrung verwendeten Wasser enthaltenen Nitrate sind allein keineswegs in der Lage bei gesunden Säuglingen eine Methämoglobinämie herbeizuführen (6). Verhältnismäßig große Nitratmengen werden von diesen relativ gut toleriert und führen kaum zu einer nennenswerten Oxydation des roten Blutfarbstoffes zu Methämoglobin. Von ausschlaggebender Bedeutung für die Methämoglobinbildung ist vielmehr die Resorption von Nitriten, die sich unter gewissen Voraussetzungen durch bakterielle Reduktion aus den im Wasser enthaltenen Nitraten bilden können oder die in stark verunreinigtem Wasser schon primär vorhanden sind. Zahlreiche Keime sind als Nitritbildner bekannt, besondere Bedeutung scheint in diesem Zusammenhang Escherichien, Staphylokokken und vergrünenden Streptokokken zuzukommen.

Für den Mechanismus der bakteriellen Nitritbildung aus den in der Nahrung enthaltenen Nitraten ergeben sich mehrere Möglichkeiten. Die erfahrungsgemäß häufigste ist die, daß sich in den Darmschnitten, die beim gesunden Säugling keimfrei sind und aus denen gewöhnlich eine vollständige Resorption der Nitrate vor sich geht, Bakterien ansiedeln und aus den Nitraten Nitrite bilden. Dies ist bekanntlich bei akuten Ernährungsstörungen der Fall, und so betrafen denn auch die meisten bisher beschriebenen Fälle von Trinkwassermethämoglobinämie Säuglinge, die gleichzeitig oder kurz zuvor an einer Dyspepsie litten.

Die Reduktion der Nitrate kann aber auch schon vor der Verfütterung der Nahrung vor sich gehen, wenn die erforderlichen Nitritbildner in einem stark verunreinigten Wasser oder etwa im Milchpulver (12) bereits vorhanden sind, bzw. durch unsaubere Handhabung bei der Zubereitung der Nahrung erst in diese gelangen. Davor bietet auch das Abkochen der Nahrung keinen verlässlichen Schutz, zumal Sporen gewisser Keime den Kochprozeß durchaus überdauern können. Begünstigt wird hier die Nitritbildung natürlich dann, wenn die fertige Nahrung längere Zeit an einem warmen Ort stehen bleibt oder erst nach neuerlichem Aufwärmen verfüttert wird. Eine, wie auch wir sehen konnten, bei vorher völlig gesunden Säuglingen manchmal innerhalb kürzester Zeit auftretende Methämoglobinämie findet wohl so ihre Erklärung.

Die Möglichkeit der Nitritbildung ist jedoch auch in den primär nicht mit Bakterien besiedelten oberen Abschnitten des Darmtraktes unter der Voraussetzung gegeben, daß die Acidität des Magensaftes nicht ausreicht um allfällig mit der Nahrung zugeführte Keime zu vernichten. Diese Voraussetzung ist bei den schon physiologisch niedrigen Säuregraden des Magensaftes im frühen Säuglingsalter sicher gegeben.

Für die eigenartige Tatsache, daß durch nitrathaltiges Trinkwasser bedingte Methämoglobinämien höheren Grades ausschließlich im Säuglingsalter angetroffen

werden können, scheinen zwei Faktoren von ausschlaggebender Bedeutung zu sein. Zunächst ist die, unter den zur Erkrankung führenden Ernährungsbedingungen, dem Säugling zugeführte Wassermenge, bezogen auf die zur Verfügung stehende Hämoglobinmenge, um ein Vielfaches größer, als die, die normalerweise größere Kinder oder Erwachsene zu sich nehmen. Dementsprechend verhältnismäßig größer sind auch die mit dem Wasser zugeführten Nitratmengen. Weiter begünstigen bestimmte physiologische Besonderheiten des frühen Säuglingsalters eine Methämoglobinbildung. Einmal ist dies die gegenüber dem Erwachsenenhämoglobin (Hämoglobin A) leichtere Oxydierbarkeit des beim jungen Säugling noch reichlich vorhandenen fetalen Hämoglobins (Hämoglobin F), zum anderen sind die Fermentsysteme, die auch für eine sofortige Reduktion des schon physiologischerweise durch den Sauerstoff der Atemluft gebildeten Methämoglobins ständig sorgen, im Säuglingsalter noch nicht voll funktionstüchtig (1, 3).

Es fällt auf, daß das Krankheitsbild der Trinkwasser-Methämoglobinämie erst so spät beschrieben wurde, wo doch kaum anzunehmen ist, daß sich die Trinkwasserhygiene oder die Zusammensetzung des Trinkwasser während der beiden letzten Jahrzehnte in entscheidendem Maße verschlechtert haben. Gewiß hat aber die Möglichkeit einer Intoxikation durch nitrathaltiges Wasser in diesem Zeitraum aus anderen Gründen zugenommen. So hat die Zahl der ausschließlich mit Muttermilch ernährten Säuglinge ständig abgenommen, und für die künstliche Ernährung wurden in steigendem Maße Pulver- und Kondensmilchzubereitungen herangezogen, für deren Herstellung wesentlich größere Wassermengen benötigt werden, als bei den bislang üblichen künstlichen Nahrungen. Nicht zuletzt setzten sich die modernen Milchpräparate immer mehr auch auf dem Lande durch, wo aus den manchmal noch immer hygienisch völlig unzulänglichen Einzelbrunnen ein besonders nitratreiches Wasser fließt. Sehr wahrscheinlich ist es aber auch, daß es Methämoglobinämien durch nitrathaltiges Trinkwasser, wenn auch vielleicht seltener, schon in früheren Zeiten gegeben hat und daß diese nur nicht als solche erkannt worden waren. Einen gewissen Teil zur späten Entdeckung dieser Krankheit könnten demnach also auch diagnostische Schwierigkeiten, mit denen durchaus auch heute noch gerechnet werden muß, beigetragen haben.

Vielfach sind derartige Schwierigkeiten durch eine wenig charakteristische Symptomatologie verursacht, die in vielen Fällen durch gleichzeitig bestehende andere Erkrankungen — meist sind es Ernährungsstörungen — eine zusätzliche Verschleierung erfährt. Leichte, nur mit geringgradiger Methämoglobinämie einhergehende Fälle oder auch der Beginn einer schweren Erkrankung sind, wenn überhaupt, sicherlich nur schwer richtig zu erkennen. Außer Appetitlosigkeit, Mißlaunigkeit und motorischer Unruhe bestehen hier ja praktisch keine klinisch faßbaren Krankheitszeichen. Eine richtige Diagnose wird daher meist erst dann gestellt, wenn der Methämoglobingehalt des Blutes ein so hohes Maß erreicht hat, daß es zu einer deutlich erkennbaren Cyanose kommt. Dies ist nach Cornblath und Hartmann (6) sowie Betke (3) erst dann der Fall, wenn 10% des gesamten Hämoglobins zu Methämoglobin oxydiert sind. Diese Cyanose kann nun allerdings zufolge ihres eigenartigen schiefergrauen Farbtones und wegen ihres meist ins Auge springenden Gegensatzes zu den auffallend geringen anderweitig zu erhebenden Befunden als äußerst charakteristisch angesehen werden. Außer der Cyanose

sind nämlich oftmals neben einer motorischen Unruhe nur eine beschleunigte oberflächliche Atmung, manchmal mit leichtem Nasenflügeln, und eine Pulsbeschleunigung die einzigen zusätzlichen klinisch objektivierbaren Symptome. In schwersten Fällen mit hochgradiger Methämoglobinämie kann es wohl auch zu Krämpfen oder zu einer vollkommenen Apathie kommen. Eine höhergradige Methämoglobinämie bringt auch eine typisch schokoladebraune Verfärbung des Blutes mit sich, die einen derartig signifikanten Befund darstellt, daß er, falls nicht schon früher die richtige Diagnose gestellt worden war, diese nahezu mit Sicherheit herbeiführt. Der letzte Beweis ist der spektrophotometrische Methämoglobinnachweis, der in Spezial-Laboratorien erfolgt.

Diese Symptomatik mag es verständlich erscheinen lassen, daß bei unklaren Cyanosezuständen im Säuglingsalter die Möglichkeit einer Intoxikation durch Trinkwasser vielfach gar nicht in Erwägung gezogen wird. Symptomatisch ähnliche Zustandsbilder sind ja unvergleichlich häufiger anzutreffen, z. B. bei Pneumonien und Herzerkrankungen, sowie bei Dyspepsie und Toxikose. Die eigenartige Cyanose der Methämoglobinämie, die sich durch ihren schiefergrauen Farbton von allen Cyanosezuständen anderer Genese deutlich unterscheidet und eine Diskrepanz zwischen ihr und den übrigen Befunden sollten daher stets gebührende Beachtung finden, zumal sie als die am meisten charakteristischen diagnostischen Kriterien dieser Erkrankung angesehen werden müssen.

Als Behandlung der Trinkwassermethämoglobinämie genügt in leichten Fällen schon die Unterbrechung der Nitratzufuhr, d. h. die Verwendung eines einwandfreien Wassers für die Zubereitung der Nahrung. In schweren Fällen, die mit einer hochgradigen Cyanose einhergehen, ist jedoch keine Zeit zu verlieren; es muß sofort eine Behandlung mit wirksamen Reduktionsmitteln einsetzen, um die lebensbedrohliche Hypoxie rasch zu beseitigen. Nach den bisherigen Erfahrungen ist hierfür das Methylenblau als Mittel der Wahl anzusehen (2, 8). In 1—2%iger Lösung, in einer Dosis von 1—2 mg/kg Körpergewicht intravenös verabreicht, führt es in Minuten zu einem Nachlassen der Cyanose und zu einer Beherrschung des akut bedrohlichen Zustandes. Der gute Erfolg einer derartigen Methylenblauinjektion kann in Zweifelsfällen zur Unterscheidung einer durch Methämoglobinämie bedingten Cyanose von den Cyanosezuständen anderer Ursachen herangezogen werden, da letztere nicht beeinflusst werden. Die Verabreichung höherer Methylenblaudosen ist nicht erforderlich und auch gar nicht ratsam, da das Methylenblau in hohen Dosen selbst zur Methämoglobinbildung führen kann (7).

Eine ähnlich gute Reduktionswirkung wie das Methylenblau vermögen auch Thionin und Toloidinblau zu entfalten. Die Ansichten über die Wirksamkeit hoher intravenös verabfolgter Ascorbinsäuredosen sind geteilt. Nach den Untersuchungen von Lachhein und Mitarb. (8) scheint aber die Ascorbinsäure dem Methylenblau an Wirksamkeit unterlegen zu sein.

Für die Prognose der Trinkwasser-Methämoglobinämie ergibt sich, zumindest für die schweren Fälle, aus den bisher mitgeteilten Beobachtungen kein erfreuliches Bild. Nach den von Sattelmacher (13) zusammengefaßten Angaben der Weltliteratur nahmen immerhin 3,8% aller bekannt gewordenen Fälle einen letalen Ausgang, wenn keine rechtzeitige Behandlung erfolgte.

Zusammenfassung: Es wird über 3 Erkrankungsfälle an Trinkwasser-Methämoglobinämie berichtet, die infolge hygienisch ungenügender Brunnenverhältnisse aufgetreten sind. Dabei werden die diagnostischen Möglichkeiten dargestellt und die Pathogenese der Erkrankung besprochen.

#### Literatur:

1. Betke, K.: Der menschliche rote Blutfarbstoff bei Fötus und reifem Organismus. Springer-Verlag Berlin-Göttingen-Heidelberg 1954.
2. Betke, K., und E. Kleihauer: Dtsch. med. Wschr. 82 (1957), 1127.
3. Betke, K., u. H. Rau: Arch. Kinderheilk. 145 (1952), 195.
4. Bodo, T.: Mschr. Kinderheilk. 103 (1956), 8.
5. Comly, H. H.: J. Amer. med. Ass. 129 (1945), 112.
6. Cornblath, M., and A. F. Hartmann: J. Pediat. 33 (1948), 421.
7. Goluboff, N., and R. Wheaton: J. Pediat. 58 (1961), 86.
8. Lachhein, L., W. Thai, O. Harnack: Dtsch. Gesundheitswes. 15 (1960), 2291.
9. Ladstätter, L., E. Süffert und P. Hans; Kl. Pra. 28 (1858), 291.
10. Knorr, M.: Zbl. Bakt. Abt. I Orig. (1953), 160, 1-6.
11. Knorr, M.: Münch. med. Wschr. 89 (1857), 25.
12. Popp, L.: Med. Welt 6 (1960), 320.
13. Sattelmacher, P. G.: Methämoglobinämie durch Nitrate im Trinkwasser. Gustav-Fischer-Verlag, Stuttgart, 1862.
14. Schwerd, W., und H. Keck: Dtsch. Zeitschr. f. gerichtl. Med. 50 (1960), 437-443.
15. Schwerd, W.: Dtsch. Zeitschr. f. gerichtl. Med. 52 (1961), 7-12.
16. Souchon, F.: Dtsch. med. Wschr. 81 (1956), 1091.
17. Wedemeyer, F. W.: Arch. Kinderheilk. 152 (1958), 267.
18. Stand der Trink- und Brauchwasserversorgung in Bayern am 1. Januar 1958, Heft 217, der Beiträge zur Statistik Bayerns. Statistisches Landesamt München.

## Psychosomatische Störungen durch betriebliche Spannungen<sup>\*)</sup>

24. Fortbildungstagung des Zentralverbandes der Ärzte für Naturheilverfahren in Bochum

Von J. Werner

Unter der glänzenden Oberfläche der Konjunktur und einem erstaunlichen materiellen Aufstieg spüren wir, daß andere Vorgänge an die Oberfläche drängen und den Menschen tief beunruhigen und ängstigen, zumal sich auch in der Medizin immer mehr die Ansicht verbreitet, daß bestimmte Krankheiten mit den Spannungen und Belastungen innerhalb des Arbeitslebens zusammenhängen.

In der industriellen Entwicklung, die zunehmend eine Beherrschung der Materie durch den Menschen bringt, schreitet auch gleichzeitig die Arbeitsteilung voran. Ihre Vorteile sind unbestritten; doch die einseitige Erfassung einzelner Kräfte des Menschen beansprucht nur noch Teile seiner Fähigkeiten, wenn — wie Freyer sagt — „die Institutionen modernen Stils den Menschen im wörtlichen Sinne nicht mehr für voll nehmen, sondern vielmehr in der saubersten Weise partiell“. Nun ist die Hingabe an die Arbeit und die Selbstverwirklichung in ihr ein echtes, gesamt menschliches Anliegen und deshalb beobachten wir, was seit Marx in Anlehnung an Hegel zu einem Schlagwort geworden ist, die Selbstentfremdung des Menschen. Abgesehen davon, daß der Mensch in einem großen Industriebetrieb in einer fremden Umgebung, mit einem fremden Werkzeug oder an einer fremden Maschine arbeitet, ist ihm auch sein Produkt, das meistens nur noch ein Teilprodukt ist, zunehmend entfremdet. Der Mensch muß jedoch seinem wesensmäßigen Drang nach sich selbst, seine Freiheit und seine Selbstbestimmung im materiellen Raum zum Ausdruck bringen können. So fühlt er heute seinen Zwiespalt und dann noch mehr, wenn er zu Hause als Vater oder Mutter Autorität haben und Entscheidungen treffen soll, in der Arbeitswelt dagegen Weisungen befolgen und Kontrollen zulassen muß. Wenn wir auch diese Entwicklung nicht mehr rückgängig machen können und wahrscheinlich auch gar nicht wollen, sollten wir wenigstens nicht vergessen, wie sehr die Betrachtung und Behandlung des Menschen als Funktion, als Arbeitskraft, gewissermaßen als Teil der Maschine, wie sehr der Mangel an Selbst- und Fremdbestätigung in der Arbeitsleistung und der Verlust von Freiheit menschliche Forderungen unerfüllt läßt und tiefes Unbefriedigtsein verbreitet. Die

in der Krise der Gesellschaft von den Sensiblen längst erkannte, von der Masse aber erst dumpf als Ursache des Unbehagens und der Unrast empfundene Ausstoßung aus der Geborgenheit, wird im Betrieb als Gefühl des Geborgenheitsverlustes zu einer schweren Belastung. Wir empfinden bedrückt, „daß — nach Arnold Gehlen — die Menschheit ein stabiles, moralisches Verhältnis zur industriellen Kultur, überhaupt zur Summe ihrer gegenwärtigen Umstände noch nicht gefunden hat“, oder „daß — wie Wilhelm Röpke vermutet — die psychomoralischen Fundamente für das bis jetzt erreichte Ausmaß an Arbeitsteilung bereits unzureichend geworden sind“. Aus unseren Begegnungen wissen wir, wie sehr der Mensch in dem Gefühl, von seiner Arbeit nicht mehr erfüllt, in seinem Betrieb nicht mehr beachtet zu sein und keine Geborgenheit zu erleben, schmerzlich leidet.

Für die Beurteilung von Spannungen und Belastungen ist wichtig, und es gibt ausreichende Belege dafür, daß nicht die Häufung exogener oder endogener Reize über die Schwere einer Belastung entscheidet. Dauernde geistige Anspannung ohne gleichzeitige körperliche Betätigung in einem modernen automatisierten Betrieb oder die Überlagerung von körperlicher Arbeit und emotionaler Belastung, wie auch die Überflutung mit Sinnesreizen können, das wissen wir, zu körperlichen Störungen führen, aber die Begriffe Überbelastung oder Überforderung lassen sich letztlich wohl doch nicht quantitativ auflösen. Wichtiger als die Schwere einer Belastung ist vielmehr ihr Zusammenhang mit der persönlichen und zwischenmenschlichen Situation, also ihr Bedeutungsgehalt für den Menschen.

Bei dem Versuch, die Zusammenhänge zwischen Belastungen und Spannungen im Betrieb und der Entstehung von Krankheiten kritisch zu sehen, merken wir, wie sich die richtige Beobachtung kausal-analytisch kaum erfassen läßt. Immerhin hat uns Hans Selye für die Vorstellung, wie der Mensch auf seine Belastung antwortet, auf Spannungen reagiert, durch seine experimental-biologischen Arbeiten wertvolle

<sup>\*)</sup> Referat auf der 24. Fortbildungstagung des Zentralverbandes der Ärzte für Naturheilverfahren in Bochum.

**Mobilat**

Bayerisches Ärzteblatt, Januar 1963

25 g und 125 g Salbe

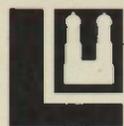
**Arthritiden  
Arthrosen**



**Distorsionen  
Kontusionen**

**Periarthritis  
Tendinitis  
Periostitis**

LEITPOLD-WERK MÜNCHEN



**Mobilat**

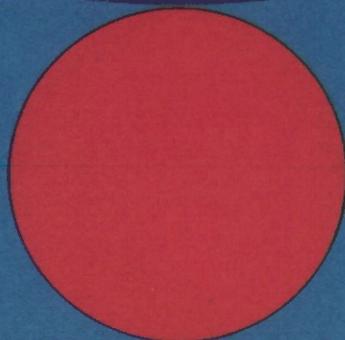
Aufgebaut auf den neuesten Erkenntnissen der Bindegewebsforschung.

Bei akuten Affektionen des Gelenk-, Band-, Sehnen- und Muskelapparates wird die Krankheitsdauer verkürzt.

Bei chronischen Gelenkerkrankungen lindert eine Dauerbehandlung den Schmerz und erhöht die Beweglichkeit.



14 g, 40 g, 160 g Salbe



Hautresorptives  
Organo-Heparinoid

# Hirudoid

**Thrombophlebitis** · entzündete Varicen · Ulcus cruris  
**Narbenbehandlung** · Karbunkel · Phlegmonen · Hämatome  
**Pleuritis** · Periphere Durchblutungsstörungen, Wadenkrämpfe



Hinweise gegeben. In seiner Lehre vom Streß, den er als Summe aller unspezifischen Veränderungen im Organismus, hervorgerufen durch physiologische Funktionen oder aus der Umwelt wirkende Schädigungen, dann auch als den gemeinsamen Nenner aller Anpassungsreaktionen des Körpers umschreibt, finden wir, daß ein Übermaß an verteidigenden körperlichen Reaktionen oder eine Unvollkommenheit des allgemeinen Anpassungssyndroms die Erkrankung des Individuums bedeuten. Wir dürfen danach bei einer Vielzahl von Krankheiten mit der Fehlanpassung als besonderem Faktor rechnen, zumal das Leben dauernde Anpassung und das Mittel zur Anpassung wohl der Streß sind.

Doch wir werden überlegen müssen, ob wir mit einer einlinig-kausalen Wirkvorstellung vom Leib auf die Seele oder von der Seele auf den Leib oder auch der Koppelung beider, wie sie bisher in der psycho-physischen Kausalität und dem psycho-physischen Parallelismus diskutiert wurde, auskommen werden. Nach der Empfehlung von Christian sollten wir dem naturwissenschaftlichen Körperbegriff und der spirituellen Seele den Begriff des „beseelten Leibes“ gegenüberstellen für das Verständnis der Einflußnahme von Spannungen und Belastungen auf die Krankheitsentstehung. In der modernen Anthropologie ist nämlich im Unterschied zum naturwissenschaftlichen Körper der Leib „bedeutungsvoller, vitaler Bezug und welthafte Organisation des Subjekts. (Christian.) In diesem Sinnen- und Wirkleib mit Vermögensweisen, Fähigkeiten, Erlebnis- und Handlungspotenzen ist das Subjekt nicht eingeschlossen, sondern es ergreift und vernimmt leiblich diese Welt. So wirken Spannungen und Belastungen weniger auf die Psyche und über sie auf den Körper, vielmehr partizipiert der Leib an den Umweltsbedingungen und leidet an der Einengung seines natürlichen Spielraums. In einer Arbeitswelt mit Standardisierung, Akkord und Zeitplan gelingt es vielen Menschen nicht, sich zurechtzufinden, und es kommt daher zu dauernden Anpassungsschwierigkeiten, die das Gefühl der Leistungsschwäche oder Leistungsminderung entstehen lassen. Das derart gestörte Wohlbefinden wird aber erlebt und erst reflexiv als körperliche Störung empfunden. So ist nach Christian primär das Erleben des „Es geht nicht mehr“, des „Es fehlt mir etwas“ — nämlich am vollen Leistungsvermögen — und erst sekundär die Verarbeitung „Ich habe etwas“. Das was fehlt, ist meistens die Hingabe an die Arbeit, die Bestätigung in der Leistung, das Wissen um die Wichtigkeit der Leistung im Leben der Gemeinschaft und die Geborgenheit. Der Mann erwartet die lebenswichtige Selbstbestätigung mehr in der Arbeitswelt und deshalb werden seine Krisen und Konflikte eher im Beruf, im Leistungs- und Geltungsstreben entstehen. Mißlingt es ihm, die Leistung legitim zu vollbringen, dann erfolgt häufig genug — wie Sopp sagt — „die Flucht in die Scheinleistung“ und eine solche ist die Krankheit, auch nach der Formulierung von Weizsäcker, „daß die Gesundheit etwas mit Wahrheit und die Krankheit etwas mit Unwahrheit zu tun habe“.

Für die Entstehung psychosomatischer Krankheiten möchte ich auf die Gedanken von Binswanger, Meng, Siebeck, v. Weizsäcker, I. H. Schultz, Jores u. a. nur hinweisen, ohne darauf eingehen zu können. Ebenso ist es in diesem Rahmen unmöglich, die heftig diskutierte, schwierige Problematik um die Be-

griffe „Organwahl“, „Organsprache“ oder „Organspezifität“ auch nur anzudeuten. Ungeachtet vieler, manchmal auch gegensätzlicher Meinungen sollten wir es für ein erstes Verstehen-Wollen dabei belassen, daß für die psychosomatischen Krankheiten „ein organisches Entgegenkommen“ (Freud), eine „Organminderwertigkeit“ (Adler), eine „Begabung zur körperlichen Mitsprache“ oder „eine Antwortspezifität“ (Bräutigam) auf Anforderungen oder Belastungen als formender Faktor anzunehmen sind. Des Menschen „schwache Stelle“ kann jedes Organsystem, wohl auch jedes Organ sein. Dieser „loeus minoris resistentiae“ oder auch „majoris sensibilitatis“ braucht durchaus nicht immer ein organischer, anatomisch faßbarer Defekt zu sein; er kann sich auch rein funktional äußern. In einer sehr unvollständigen Aufzählung ohne Rangordnung spielen beim organischen Entgegenwirken eine Rolle: Angeborene oder erworbene körperliche Mängel im anatomischen Aufbau oder in der Funktion, Funktionsmängel aus Fehlgewohnungen, Organminderwertigkeiten infolge mangelnder leiblicher Selbsterziehung, die Verstärkung oder Hemmung leiblicher Funktionen durch Affekte und dann auch analytische Symbol-Zusammenhänge. Die Diskussion geht auch um die Abgrenzung der „Organneurose“ von der psychosomatischen Krankheit. Bräutigam empfiehlt eine klare Trennung und bezeichnet die leibliche Mitsprache psychogener Symptome als sog. Leibstörungen, die unter dem Eindruck eines akuten Affekts oder infolge längerer neurotisch-konflikthafter Spannungen entstanden sind und bei frühkindlicher Symptomatik bis in die Kindheit zurückverfolgt werden können. Bei den psychosomatischen Krankheiten handelt es sich hingegen um Erkrankungen der vegetativ-gesteuerten Organe, als Störungen von sinnvollen, auf die Umwelt gerichteten Leistungen (von Weizsäcker) und der Konfliktakzent liegt mehr in einer konkreten Situation innerhalb der Lebensgeschichte oder in Veränderungen des sozialen Raumes. Nur bei den sog. Leibstörungen sei nach Bräutigam der organphysiognomische Ausdruck ablesbar, während bei den psychosomatischen Krankheiten bildhaftes und ausdrucksmaßiges Verstehen nicht möglich sein soll. Ich vermag nicht zu entscheiden, ob die allgemeinen Vorstellungen und Erlebnisbezüge, die mit einem Organ verbunden sind, nur auf die „Organneurosen“ beschränkt bleiben dürfen oder ob nicht doch auch für die psychosomatischen Krankheiten die Annahme des Ausdruckszusammenhangs berechtigt ist, besonders in Erinnerung an die Formulierung von Klages: „Der Leib die Form der Seele, die Seele der Sinn des Leibes.“

Ich glaube — obwohl die große Gefahr nicht verkannt werden sollte, im Ausdruck oft zu schnell und zu viel verstehen zu wollen —, auch für die psychosomatischen Erkrankungen hat die wichtige Entdeckung von Klages, „daß unsere Sprache im körperlichen Bild spricht, wenn sie etwas Seelisches meint“ ihre Bedeutung. Die Brechneurose eines Menschen, der viel hat „herunterschlucken“ müssen an beruflichem Ärger, Tadel oder Demütigungen und der dann eines Tages „nicht mehr schlucken will“, dem also alles „im Halse stecken bleibt“ oder gar „wieder — hochkommt“, wird im Ausdruck den Konflikt verstehen lassen. Das stille dauernde „Herunterschlucken“ wird dagegen gleichzusetzen sein dem „Verbergen“ oder „Verschweigen“, vor allem dem „Vorsich-selbst-Verschweigen“ und somit dem „Vergessen“. Dieser Mensch kann dann zwar „innern“ (Carus), aber nicht mehr „erinnern“. Er kann nicht mehr ins Bewußt-

sein bringen, somit auch nicht mehr „äußern“. Es bleibt vielmehr „unverdaut“ und störend in ihm und es sollte nicht wundern, daß der Mensch, dem etwas „im Magen liegt wie ein Stein“, bald „seine Magenbeschwerden“ verspürt. Von Welzsäcker betrachtet als die typische Konfliktsituation des Magengeschwürkranken den Kampf um Geltung, um Anerkennung seiner Leistung vor allem im Berufsleben. In der Formulierung von Heyer „frißt der Überehrgeizige sich selbst auf in — wie die Sprache sagt — verzehrendem Ehrgeiz“ und bekommt „sein Magengeschwür“. Das Magengeschwür ist demnach nicht die Krankheit, sondern das Krankheits-symptom und die „Magenneurose“ keine Magenkrankheit, sondern eine „Ganzheitsreaktion“ des Menschen (K a t s c h).

Bei den vielfältigen Formen der „nervösen“ Herz-Kreislauf-Störungen lassen sich ähnliche Ausdruckszusammenhänge vermuten, wenn wir vor Scham erröten und bei Furcht erblassen können, wenn das Herz vor Freude oder aus Schmerz brechen kann, und wenn Angst Herzklopfen macht. Für die Angina pectoris scheint der Zusammenhang von Angst und Herzanfall besonders auffällig, gehen doch die Worte Angina — Enge — Angst etymologisch auf den gleichen Wortstamm zurück. Wollen wir in der essentiellen Hypertonie nach dem Vorschlag von O e h m e weniger eine Anpassungs- als vielmehr eine Ausdruckskrankheit erkennen, dann werden wir ahnen, daß der Hypertoniker „unter Druck steht“. Bei einer Reihe von Bergleuten habe ich sog. „nervöse“ Herz-Kreislaufferkrankungen gefunden, wenn auch gleichzeitig ein Mißverhältnis zwischen seelischer Arbeitslast und dem Vermögen zu ihrer Bewältigung vorgelegen hat. Mehrfach beobachtete ich Bergleute, die sich als Hauer wohl gefühlt und Hervorragendes geleistet haben und zu dem Zeitpunkt einen Bruch erlebten, als sie in Auszeichnung ihrer Verdienste im Aufsichtsdienst, z. B. als Betriebsstudienhauer oder Fahrhauer eingesetzt worden sind. Den neuen, mehr in der Verantwortung liegenden Belastungen waren sie nicht gewachsen. Welch ernste Bedrohungen das Gefühl von Geborgenheitsverlust bedeuten kann, habe ich durch die Lebensgeschichte eines Angestellten erfahren. Dieser Mann fühlte sich in der Obhut seines ersten Chefs, der auch sein Lehrmeister gewesen ist, sehr wohl und war ein allseits geschätzter und geachteter Mitarbeiter. Nach der Pensionierung seines Vorgesetzten fühlte er, zumal der neue Chef sich bei Entscheidungen ganz auf seine Betriebs Erfahrung stützte, sich gewissermaßen von heute auf morgen sich seines Schutzes und seiner Zuflucht beraubt. Alle Verantwortung glaubte er allein tragen zu müssen und ihr fühlte er sich im tiefsten nicht gewachsen. Angstgefühle über Monate, leiteten den Zusammenbruch, ein Herz-Kreislauf-Versagen, ein. Am Schluß unserer Begegnungen sagte er mir: „Dann werde ich wohl das Bild meines alten Chefs abhängen müssen.“ Die Lösung oder auch die Erlösung schien sich angebahnt zu haben.

Erst in neuerer Zeit sind wir durch die Arbeiten von S t r a u s s, S c h r e n k und S t o l z e auf die Verbindung zwischen Aggressivität und den Erkrankungen des Wirbelsäulensystems aufmerksam geworden. Der Mensch muß sich im Betrieb zur Bestätigung seiner Leistung durchsetzen. Da das aggressive Antriebsleben sich jedoch immer zwischen Förderung und Hemmung entfaltet, gehört zum Erleben der Aggressivität sowohl die Entladung, als auch die Zurückhaltung. Das Wortbild „Hal-tung“ läßt in seiner Doppelsinnigkeit gleich eine ganze

Reihe gedanklicher Verbindungen entstehen, so z. B. die „aufrechte Haltung“. Sie erfährt ihre volle Bedeutung erst durch die Funktionen des Gehens und Greifens und dann in den Funktionen des „An-gehens“ und „An-greifens“ (S t o l z e). Wortbilder, wie „sich gerade halten“, „das Kreuz durchdrücken“, „den Nacken steif halten“ weisen auf die Verbindung zwischen Aggressivität und den körperlichen Funktionen des Wirbelsäulensystems hin. I. H. S c h u l t z verdanken wir die Beobachtung, daß eine Reihe seiner Patienten mit Halswirbelsäulenbeschwerden als Ursache der Erkrankung „die Angst im Nacken hatte“, ebenso wie die im August 1956 in hoher Zahl wegen eines HWS-Syndroms krankfeiernden Bergleute. Die Ursache ihrer Beschwerden war nicht eine „rheumatische“ Erkrankung, sondern die Bergwerkskatastrophe von Marcinelle (S o p p). In diesem Zusammenhänge sel mir erlaubt, noch die hervorragende Beobachtung von S o p p wiederzugeben, als er die Ursache therapieresistenter Nacken- und Kopfschmerzen von Näherinnen in der Art der Kontrollen durch die Meister fand. Sie näherten sich auf ihren Kontrollgängen immer von hinten, saßen den Näherinnen also wie „die Faust im Nacken“, und deshalb kam es zu Abwehrspannungen und Verkrampfungen mit schweren Schmerzen.

Zuletzt sollte ich noch darauf hinweisen, daß die Anschuldigung der Arbeitsanforderungen als Krankheitsursache auch zur unbewußten Ausrede werden kann und ganz andere Vorgänge den Hintergrund für die Empfindung einer normalen Berufsbelastung als Überforderung abgeben. Die Forderung der Arbeitsleistung auch mit Belastungen für den Menschen ist zweifelsfrei der legitime Anspruch eines jeden Betriebes. Die Arbeitswelt kann nicht allein vom individuellen Innenleben der Menschen bestimmt werden. Nicht selten sind Schwierigkeiten im Beruf durch eine verminderte Anpassungsenergie hervorgerufen, die ihre Ursache in frühen Kindheits- oder Jugenderlebnissen hat. An zwei Beobachtungen möchte ich zeigen, wie berufliche Belastungen als Ursache einer Krankheit zwar genannt wurden, ohne wirklich bei der Krankheitsentstehung entscheidend mitgewirkt zu haben.

Ein Büroangestellter gab als Beschwerden Herzklopfen, Beklemmungen in der Herzgegend, Schwindelanfälle, innere Unruhe und Angstgefühle an und sah ihre Ursache in der Arbeitsüberforderung und der Mißachtung seiner Leistung und Person durch seinen Vorgesetzten. Die Biographie enthielt eine liebevolle Kindheit, insbesondere war die mütterliche Liebe und Geborgenheit versagt geblieben; seinen Vater schilderte er als einen zurückgezogenen stillen Mann mit einem Magengeschwürleiden. Ein Krankenhausaufenthalt in der Kindheit und die kurze Militärzeit wurden von ihm als glückliche Zeiten bezeichnet. Später erlebte er ein entscheidendes Versagen im Beruf, als er durch eine Verwaltungsprüfung gefallen war. Die Ehe brachte nicht die erwartete Erfüllung, zumal die Schwiegermutter im gemeinsamen Haushalt wohnte. Bei der Exploration, unterstützt durch den Lüscher-Test, entdeckte er sich als ein zurückhaltender, vorsichtiger und unverbindlicher Mann, der sich bei verhaltener Rebellion in eine Märtyrerrolle gebracht hat. Aus Prestigeempfindlichkeit war er gehemmt, besonders in seiner Liebeszusage. Selbstbedauern und eine starke Idolbildung prägten seine Verhaltensweisen. Der körperliche Zusammenbruch war nicht, wie er meinte, durch berufliche Belastung hervorgerufen, vielmehr war das Versagen im Beruf eine Folge

seines neurotischen Grundverhaltens, dessen Wurzeln bis in die frühe Kindheit zurückreichen.

Bei der zweiten Beobachtung handelt es sich um einen leitenden Angestellten, der gleichfalls als ursächlich für seine Herzbeschwerden, seinen erhöhten Blutdruck und eine quälende Schlaflosigkeit die Belastungen im Betrieb nannte. Während unserer Gespräche schälte sich ein bohrender Minderwertigkeitskomplex heraus, ausgelöst durch Kindheitserlebnisse mit Geborgenheitsverlust und Störungen im Reifungsprozeß. Der Vater als Tyrann lebte weiter in seinem übermächtigen Schwiegervater, der zudem noch in seinem Hause herrschte. Die Ehe war zerrüttet und er war ein Fremder im Kreise seiner Familie geworden; dennoch glaubte er für sie ein Übermaß an Arbeit leisten zu müssen. Mag auch die berufliche Beanspruchung ihm gerade recht gewesen sein, um den häuslichen Konflikten ausweichen zu können; die Arbeitslast war aber nicht die Ursache seiner Herz-Kreislauf-Neurose. Sie lag viel tiefer, und zwar in Störungen während seiner Kindheit und der Reifung.

Ich möchte meine kurzen Betrachtungen abschließen mit einer Empfehlung für die Verantwortlichen in unseren Industriebetrieben durch den Titel einer Veröffentlichung aus der gemeinsamen Sozialarbeit der christlichen Konfessionen: „Laßt sie Menschen bleiben im Betrieb“. Uns aber sollten die Worte von Bergmanns in seiner Festrede zur 96. Versammlung der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte den Weg weisen können, daß das kausal-analytische Denken heute nicht mehr genüge, sondern daß diesem das final-synthetische hinzugefügt werden müsse. Vielleicht sollten wir wirklich weniger scharf fixieren, weniger energisch hinschauen und mehr „blinzeln“, wie G. R. Heyer rät, um im Aufschwirnenlassen mehr verstehen zu können.

Anschrift d. Verf.: Dr. med. J. Werner, 7584 Hundseck (Baden) über Bühl, Knappschaftsvorsorgeheim.

#### Schrifttum

- Bräutigam, W.: „Psychotherapie in anthropologischer Sicht“. Enke-Verlag, 1961.  
 „Psychogene Leibstörungen und psychosomatische Krankheiten“. Praxis der Psychotherapie, Heft 5, Bd. VII, 1962.  
 Christlan: „Das Personenverständnis im modernen medizinischen Denken“. Mohr-Verlag, Tübingen, 1962.  
 „Psychohygiene der Zivilisationskrankheiten“. Ärztl. Mitteilungen, Heft 47, Jahrgang 45.  
 David, Jakob S. J.: „Die soziale Dynamik unserer Zeit“ in: „Laßt sie Menschen bleiben im Betrieb“. Kreuz-Verlag, Stuttgart, 1960.  
 Freyer, H.: in: „Der Mensch unserer Zeit“. Georg Thieme-Verlag, 1956.  
 Gehlen, A.: „Der Mensch“. Athenäum-Verlag, 1958.  
 „Die Seele im technischen Zeitalter“. Rowohlt-Verlag, 1961.  
 Hau, Th.: „Krankheitsbereitschaft auf seelischer Grundlage — Psychohygiene“. Ärztliche Mitteilungen, Heft 47, Jg. 47.  
 Heyer, G. R.: „Vom Kraftfeld der Seele“. Klett-Verlag, 1949.  
 „Der Organismus der Seele“. Reinhardt-Verlag, 1951.  
 Heyer, G. R.: „Praktische Seelenheilkunde“. Lehmann-Verlag, 1959.  
 Jores, A.: „Die Medizin in der Krise unserer Zeit“. Huber-Verlag, 1961.  
 „Der Mensch und seine Krankheit“. Klett-Verlag, 1959.  
 Klages, L.: „Vom Wesen des Bewußtseins“. Barth-Verlag, 1955.  
 Neundörfer, L.: in: „Laßt sie Menschen bleiben im Betrieb“. Kreuz-Verlag, 1960.  
 Schlegel, L.: „Psychosomatik in der allgemeinen und internistischen Praxis“. Praxis der Psychotherapie, Heft 6, Band VII, 1962.  
 Schultz, I. H.: „Grundlagen der Neurosenlehre“. Thieme-Verlag, 1955.  
 „Die seelische Krankenbehandlung“. Fischer-Verlag, 1958.  
 „Das Problem der Organspezifität in Sicht der organischen Psychotherapie“. Praxis der Psychotherapie, Heft 5, Band VII, 1962.  
 Selye, H.: „Stress beherrscht unser Leben“. Econ-Verlag, 1957.  
 Sopp, H.: „Was der Mensch braucht...“. Econ-Verlag, 1957.  
 Stolze, H.: „Das obere Kreuz“. Lehmann-Verlag, 1953.  
 „Psychotherapie bei Arbeitsschäden am Wirbelsäulensystem“. Praxis der Psychotherapie, Heft 2, Band VII, 1962.  
 v. Welzsäcker, V.: „Der Gestaltkreis“. Georg Thieme Verlag, 1950.  
 „Zwischen Medizin und Philosophie“. Vandenhoeck- und Ruprecht-Verlag, 1957.

## AUS DEM STANDESLEBEN

### Bayer. Medizinalbeamtenverein e. V.

Der Bayer. Medizinalbeamtenverein e. V. hielt am 5./6. Juli 1963 seine diesjährige Landesversammlung ab. Der Landesvorsitzende, ObRegMedRat Dr. A. Böhm, stellte in seiner Begrüßungsansprache fest, daß sich die Sorge für das Schulkind nicht mit den schon bisher betriebenen Maßnahmen begnügen könne, sondern daß bei allen schulischen Fragen die besonderen Verhältnisse beim Kind berücksichtigt werden müssen. Das Kind muß dabei im Mittelpunkt der Fürsorge stehen. Der Präsident der Bayer. Landesärztekammer, Dr. Seewering, überbrachte die Grüße der bayerischen Ärzteschaft und betonte die Geschlossenheit des Ärztestandes; er wies auf das gute und fruchtbare Einvernehmen zwischen dem Bayer. Medizinalbeamtenverein und der Landesärztekammer hin.

Der Vizepräsident des Bayer. Roten Kreuzes und Mitglied des Bayer. Landesgesundheitsrates, Medizinalkommissar Dr. Kläss, Fürth, überbrachte in seiner Eigenschaft als stellv. Vorsitzender des Bundes der Deutschen Medizinalbeamten ebenfalls recht herzliche Grüße und wünschte der Landesversammlung einen erfolgreichen Verlauf.

Der Oberbürgermeister der Stadt Bayreuth, W. Wild, erklärte in seinen Begrüßungsworten, daß die Stadt

Bayreuth sich glücklich schätze, daß die diesjährige Landesversammlung in ihren Mauern abgehalten werde, zumal gerade die Stadt Bayreuth während der letzten Jahrzehnte große Leistungen auf dem Gebiete der Ortshygiene und des Schulwesens zu verzeichnen habe.

Anstelle des verhinderten Staatsministers des Innern hielt das Einführungsreferat „Gesunde Jugend“ Staatssekretär Dr. Wehgartner vom Bayer. Staatsministerium des Innern. Er berichtete über die Entwicklung der Gesundheitsverhältnisse beim Kind und Jugendlichen in den letzten Jahrzehnten und rief zur Mitarbeit der Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst bei der Behandlung offener Fragen über die gesundheitliche Situation der Jugend auf.

In einem tiefeschürfenden Referat über „Die Eigenarten der kindlichen Leistungs- und Erholungsfähigkeit als Grundlage für einen erfolgreichen Unterricht“ betonte Univ.-Professor Dr. Th. Hellbrügge, Kinderpoliklinik der Universität München, daß die Schule für das Kind da sei und alle Maßnahmen auf das Kind ausgerichtet sein müssen. Anhand interessanter wissenschaftlicher Erkenntnisse stellte er Forderungen auf, die sich besonders auf den Wechsel zwischen Unterricht und Pause sowie auf die Notwendigkeit der körperlichen Entspan-

nung bezogen. Besonders nachdrücklich trat er für Sport und Leibesübungen insbesondere auch für den Schwimmunterricht in den Schulen ein.

Oberarzt Dozent Dr. W u n d t, Hygiene-Institut der Universität Tübingen sowie Reg.Baudirektor L. Land-schreiber, Bayer. Verwaltung der staatl. Schlösser, Gärten und Seen, München, behandelten Fragen der Schulhygiene und des Schulbetriebes bzw. des Schulhausbaues.

Das Referat von Med.-Direktor Dr. O s t e r, Gesundheitsamt der Stadt Nürnberg und die Korreferate von MedRat Dr. v. G l a s s, Gesundheitsamt der Stadt München und von Chefarzt Dr. W u n d e r w a l d, Städt. Kinderklinik Augsburg, behandelten den schulärztlichen und schulzahnärztlichen Dienst sowie die Tuberkulose beim Schulkind.

In der geschlossenen Mitgliederversammlung wurde u. a. eine ausreichende personelle und einrichtungsmäßige Ausstattung der staatl. Gesundheitsämter gefordert.

### **Neuwahl in der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz**

In ihrer konstituierenden Sitzung am 3. August 1963 hat die Vertreterversammlung der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz Professor Dr. Walter K r e i e n b e r g zum Präsidenten der Landesärztekammer wiedergewählt. Zum Vizepräsidenten wurde Sanitätsrat Dr. H. S t e i n, Koblenz, gewählt.

### **Neuer Ärztekammerpräsident in Österreich**

Zum neuen Präsidenten der Österreichischen Ärztekammer wurde in der Kammervollversammlung in Wien für 1963/64 der Präsident der Ärztekammer für das Burgenland, Obersanitätsrat Dr. M i k u l a, gewählt. Sein ständiger Vertreter wurde der Präsident der Wiener Ärztekammer, Dr. D a u m e.

### **Studienreise des deutschen Zentrallausschusses für Krebsbekämpfung und Krebsforschung vom 25. 5. 63 – 2. 6. 63**

Der DZA unternahm, eingeladen von Herrn Dr. med. R. Eker (Oslo) und Herrn Prof. Dr. Hultberg (Stockholm), eine Studienreise zum Radiumhospital in Oslo und Radiumhemmet in Stockholm. Beides sind nicht nur hervorragende radiotherapeutische und radiodiagnostische Institute, sondern auch Zentralstellen für die Krebsbehandlung und Krebsforschung in Norwegen bzw. Schweden.

Das norwegische Radiumhospital in Oslo wurde 1932 von mehreren Ärzten als Privatgesellschaft gegründet und ist heute teils staatlich, teils privat. Es ist im wesentlichen 1957 und 1958 neu erbaut worden und verfügt über etwa 350 Betten. Neben der Abteilung für Radiodiagnostik und Radiotherapie, die beide mit den modernsten Apparaten (u. a. ein Gammatron, drei Betatron) ausgerüstet sind, finden sich eine gynäkologische, eine chirurgische und eine poliklinische Abteilung sowie ein pathologisch-anatomisches Institut. Angeschlossen sind ferner die Zentralstelle für Dokumentation und Statistik für Carcinomerkrankungen in Norwegen sowie experimentelle Institute (Biochemie, Physik, Chemie). Entsprechend sind außer den Ärzten auch Physiker und Biochemiker dort beschäftigt.

Behandelt werden fast ausschließlich Patienten mit malignen Erkrankungen insbesondere der Mamma, der

weiblichen Genitalien, sowie des Kopf- und Halsbereiches. Die Patienten werden z. T. im Haus selbst operiert, z. T. werden sie nur zur Behandlung eingewiesen. Unter den Bestrahlungsformen wird hauptsächlich die Hochvolttherapie, weniger die konventionelle verwendet. Ganz besonders bedeutsam ist die Weiterbeobachtung der im Radiumhospital behandelten Patienten, die fast lückenlos alle Vierteljahre meist im Hospital selbst nachuntersucht werden oder über deren Untersuchungsergebnisse durch die Hausärzte genaue Berichte eingehen. So verfolgt z. B. Herr Dr. Nissen-Meyer in einer äußerst genau geführten Kartei alle Patientinnen, die seit 10 Jahren wegen Mammae carcinoma behandelt wurden. Ähnliches gilt für alle anderen Carcinompatienten. Es kommt kaum vor, daß von einem Patienten keine Nachuntersuchungsergebnisse vorliegen. Die Krankenkasse (alle Norweger sind pflichtversichert) ersetzt auch noch nach Jahren das Fahrgeld selbst von den entferntesten Teilen des Landes zur Nachuntersuchung nach Oslo. Die Hausärzte weisen die Patienten meist selbst unaufgefordert zu regelmäßigen Nachkontrollen ein, irgendwelche finanzielle Einbußen entstehen ihnen hierdurch nicht.

Ebenso eindrucksvoll ist das Carcinomregister, in dem alle Carcinomerkrankungen von ganz Norwegen erfaßt sind. Die praktizierenden Ärzte haben zwar keinen Meldezwang, doch ist die Meldung eines Carcinompatienten für alle Ärzte eine Selbstverständlichkeit. Weiter wird von jedem Krankenhaus und pathologischen Institut Meldung gegeben. Gleichzeitig mit der Meldung werden die wichtigsten Daten wie Anamnese-länge, Befund, Therapie usw. auf eigenen — im ganzen Land einheitlichen — Formblättern angegeben. Durch dieses Krebsregister sind genaue Ergebnisse über Häufigkeit, Verteilung und Prognose der Krebskranken zu erhalten. (Es handelt sich nicht um ein Register über Krebstodesfälle, sondern über Krebserkrankungsfälle!) Ebenso können durch die konsequente Nachuntersuchung der behandelten Patienten die Behandlungserfolge genau kontrolliert werden. Zur Erprobung von Behandlungsweisen, die bisher als gleichgültig gelten bzw. deren Wirksamkeit noch nicht bewiesen ist, werden alternierende Patientenreihen verwendet. Auf diese Weise hat Herr Dr. Nissen-Meyer festgestellt, daß entgegen der bisherigen Meinung die Kastration beim Mammacarcinoma auch und zwar gerade in der Postmenopause von Wirksamkeit ist. Ebenso werden Cytostatika erprobt.

Das Gebiet der Forschungsabteilung zu schildern, führte zu weit. Ganz besonders hervorzuheben ist die intensive Zusammenarbeit aller klinisch und experimentell arbeitender, für sich weitgehend spezialisierter Forscher, eine Arbeitsweise, die heutzutage als die bestmögliche gelten kann. Auch die äußeren Bedingungen, wie finanzielle Unterstützung durch den Staat und aktive Mitarbeit aller Ärzte des Landes sind ausgezeichnet. Für die Patienten, denen meist ihre Diagnose in etwa bekannt ist, sind außer den Krankenzimmern (Ein-, Zwei- oder Vierbettzimmern, keine verschiedenen Klassen) große und freundliche Aufenthaltsräume, Unterhaltungs- und Speiseräume vorhanden, in denen sie auch Kaffee usw. kaufen können. Das Hospital selbst stellt insgesamt eine erstaunliche Leistung für ein Volk von 3,5 Mill. Menschen dar.

Zwei weitere Beispiele für die großzügige Planung der Krebsgesellschaft in Norwegen sind folgende: In den dichtest besiedelten Landstrichen wurden cytologische

Zentren eingerichtet, in denen sich die Frauen kostenlos untersuchen lassen konnten. Es kamen etwa 80–90% aller Frauen über 35 Jahre, die Zahl der im Frühstadium erfaßten Portiocarcinome steigt rapid an. Um weitere Aufschlüsse über das Vorkommen des Mammarcarcinoms zu bekommen, wurden vor einigen Jahren 200 000 gesunde Frauen in einer bestimmten Altersgruppe untersucht, registriert und wichtige Daten, wie Menarche, Menstruation, Eheschließung, Schwangerschaften, Laktation usw. aufgezeichnet. Diese Frauen werden nun in regelmäßigen Kontrollen weiter beobachtet, um die Abhängigkeit des Mammarcarcinoms von den genannten Faktoren zu prüfen.

Auch in Schweden liegen die relativen Ausgaben des Staates für das Gesundheitswesen wesentlich höher als in der Bundesrepublik. Das Vorgehen bei der Erfassung und Betreuung von Krebskranken ist ähnlich dem in Norwegen; auch hier gibt es ein zentrales Krebsregister. Nachkontrollen aller wegen Carcinom behandelte Patienten über mehrere Jahre sind auch hier Selbstverständlichkeit. Das Radiumhemmet in Karolinska in Stockholm, welches wir speziell besucht hatten, verfügt bei einer Bettenzahl von 150 (nur für Therapie) gleichfalls über die modernsten Einrichtungen für Hochvolttherapie. Diese steht gegenüber der konventionellen Röntgenbestrahlung weit im Vordergrund. Ebenso wie in Oslo wird auch hier besonderer Wert auf genaue Dokumentation gelegt, wobei für die Stadieneinteilung der Tumoren das TNM-System Verwendung findet. Somit ist auch ein Vergleich der Ergebnisse mit denen anderer Länder möglich.

Die Gastfreundschaft, mit der wir insbesondere von den norwegischen Kollegen aufgenommen wurden, war von einer Herzlichkeit und Wärme, die uns in dauernder Erinnerung bleiben werden.

Anschr. d. Verf.: Dr. Rudolf Pichlmayr, Chir. Klinik d. Univ. München, Nußbaumstraße 20.

### Ärzte reformieren Frankreichs Schulprogramm

Von Jahr zu Jahr wird die Arbeit der französischen Lehrer schwieriger. Vor allem in den großen Städten sind die Kinder nervöser und zerfahrener geworden, es ist immer schwerer, ihre Aufmerksamkeit zu gewinnen und sie zu fesseln. In den Klassen gibt es nicht viele, die sich wirklich für die Arbeit interessieren und die tatsächlich lernen wollen. Die anderen hören zu, weil sie dazu gezwungen sind, aber ihre Lernfortschritte lassen zu wünschen übrig. Das gilt für alle Erziehungsanstalten, vor allem aber für die Primarschulen. Dieses wenig an den Tag gelegte Interesse und der verhältnismäßig geringe Lernerfolg, zusammen mit der bei den Kindern oft zu Semesterende festgestellten Überspannung und Ermüdung, haben die Frage auf die Tagesordnung gesetzt, ob das französische Schulprogramm nicht zu groß ist und ob die Kinder nicht zu überlastet werden, so daß sie einfach nicht mehr in der Lage sind, den Ausführungen des Lehrers zu folgen und das Gehörte zu verkraften. Das Problem der „surmenage scolaire“, der Überanstrengung durch die Schule wird zwischen Ärzten, Pädagogen und Erziehern eifrig debattiert. Die Eltern fordern, daß das Schulprogramm reformiert wird und daß man die Kinder nicht mit zwecklosen Aufgaben und Studien überfordert. Nun steht es wohl fest, daß Schul- und Studienprogramme in Frankreich in den letzten Jahren öfters reorganisiert wurden, sowohl Ideen als auch entsprechende Verordnungen einander ablösten, aber die wirklichen Probleme blieben nach wie vor un-

gelöst. Um nun zu untersuchen, in welcher Weise diesen Problemen, und vor allem der „surmenage scolaire“ vom medizinischen Standpunkt beizukommen wäre, wurde unter dem Vorsitz von Professor Debré eine besondere Studienkommission eingesetzt. Gegen den Standpunkt und die Erkenntnisse der Ärzte konnten weder Erzieher, noch Eltern, noch der Minister und seine Mitarbeiter opponieren. Dem Bericht, den nun die Kommission des Professors Debré der Regierung vorgelegt hat, soll bei der Schulreform in der Tat weitgehend Rechnung getragen werden.

Die Ärzte stellen in ihrem Bericht zunächst fest, daß es nicht das Programm allein ist, das zur Übermüdung des Schülers führt, sondern der Aufbau des Unterrichts überhaupt. Jedes Kind hat doch Bewegung nötig. Das verlängerte Ruhigsein provoziert bedeutende Störungen in seinem Organismus. Dieses Bedürfnis nach Bewegung ist ebenso bedeutend wie jenes nach Nahrung und Schlaf. Mehr Bewegung ist eine der wichtigsten Forderungen der Ärzte für die Schulkinder. In diesem Zusammenhang sei vermerkt, daß der Gymnastikunterricht in Frankreich bisher eine völlig untergeordnete Rolle im Schulprogramm einnahm, ebenso übrigens wie der Unterricht in freier Natur und Schulausflüge. Turnsäle gibt es in den Primarschulen in den seltensten Fällen und dort wo Gymnastikunterricht gegeben wird, beschränkt er sich im Sommer auf Ballspiel auf den wenigen Spielplätzen und im Winter auf Turnübungen, zumeist im Keller der Schulen ohne jede Hilfe von Turngeräten, die einfach nicht vorhanden sind.

Den Forderungen der Ärzte zu dieser Frage soll insoweit Rechnung getragen werden, als ein Programmpunkt der Schulreform eine wesentliche Ausweitung des Gymnastikunterrichts vorsieht. Der französische Primar- und Sekundärschüler hat Vormittags- und Nachmittagsunterricht. Künftighin soll der Vormittag dem Unterricht dienen und der Nachmittag der Bewegung. Voraussetzung der Verwirklichung dieser Reform ist das Vorhandensein von Turnsälen, Spielplätzen und Turnlehrern. Aber es fehlt an allem. Es gibt in Frankreich nicht nur viel zu wenig Turnsäle, diese wenigen sind dazu noch schlecht ausgestattet, es gibt viel zu wenig Spiel- und Sportplätze und vor allem auch viel zu wenig Turn- und Gymnastiklehrer. Ein anderer Vorschlag der Kommission des Professor Debré hat großes Interesse auch außerhalb der Landesgrenzen gefunden. Die französischen Ärzte erklären, daß die Musik viel mehr als bisher im Schulprogramm Aufnahme finden sollte. Der Unterricht basiert in erster Linie auf dem Sehvermögen: Lesen, Schreiben, die schwarze Tafel. Es ist nötig, daß der Sehapparat in kürzeren Zeitabständen zur Ruhe kommt. Dazu kann die Musik dienen. Man kann die Schüler dazu anhalten, die Musikeinlagen die durch Radio oder Schallplatten übermittelt werden, mit geschlossenen Augen zu hören. Das bringt eine außerordentlich günstige Entspannung für die Kinder. Auch das kollektive Singen sollte weit mehr als bisher gepflegt werden. Die jungen Menschen haben ein drängendes Bedürfnis nach Rhythmus. Wenn dieser Rhythmus in einer Gemeinschaft zum Ausdruck kommt, dann ist er doppelt wertvoll, weil derart auch der soziale Gemeinschaftsgeist gepflegt wird. Während in anderen Ländern der gemeinsame Schulgesang im Schulprogramm einen wichtigen Platz einnimmt, wird er in Frankreich stark vernachlässigt.

Die Frage der Prüfungen beschäftigte die Ärzte natürlich eingehend. Sie hat zu verschiedenen Erkenntnissen und Feststellungen geführt, denen weitgehend Rechnung

getragen werden wird. Im französischen Unterrichtswesen spielen Exama eine ganz wichtige Rolle, eine unvergleichlich wichtigere als etwa in der Bundesrepublik. Aber sie bringen Nebenerscheinungen mit sich, die vom medizinischen Standpunkt aus das gegenwärtige System in Frage stellen. Gewiß, es besteht kein Zweifel darüber, daß der Wettbewerb, den eigentlich die Exama darstellen, einer natürlichen Notwendigkeit entsprechen und die Aktivität der Kinder stimulieren. Aber wenn sie gesundheitsgefährdend werden, so deshalb, weil man die Dosis forciert, weil sie Nebenerscheinungen bringen, die abgelehnt werden müssen. Wer die Kinder vor wichtigen Exama beobachtet, wer ihre Nervosität sieht, die Angstpsychose beobachtet, in der sie sich oft befinden, ihre überarbeiteten Mienen und die durch die Nachtarbeit angestregten Augen, der muß sich fragen, ob dieses System in einer modernen Gesellschaft noch zu verantworten ist. Beobachten nicht Lehrer und Professoren das ganze Jahr hindurch den Schüler oder den an der Mittelschule Studierenden, sind sie denn nicht ausreichend darüber informiert, ob der Betreffende reif ist für den Aufstieg in die nächste Klasse, sind da Kompetitionen nötig, die eine Überanstrengung während einiger Wochen erfordern, aber nicht unbedingt beweisen, ob der Kandidat tatsächlich reif für eine höhere Klasse ist oder nicht, weil die Verfassung des einzelnen von verschiedenen Faktoren abhängt, die gerade am Prüfungstag eine günstige oder ungünstige Rolle spielen können und sein Wissen in Frage stellen? Auf der anderen Seite aber bringt die Spannung gesundheitliche Schäden, die in den nachfolgenden Ferien nicht immer wettgemacht werden können. Die französischen Ärzte urteilen sehr streng über das Phänomen, das sie „pression scolaire“ nennen, in die deutsche Sprache übersetzt würde man von einem Schuldruck sprechen, aber die Übersetzung gibt diesen Ausdruck nicht richtig wieder, weil es sich in den meisten Fällen um eine Art Psychose handelt.

Strafen bei jeder Gelegenheit, Hierbleiben nach dem Klassenunterricht, zusätzliche Hausarbeit, Angst vor der Strafe der Eltern, das alles schafft Komplexe, die mit dem ursprünglichen Ziel des Unterrichts nicht in Übereinstimmung gebracht werden können. Und diese Angst vor der Strafe der Eltern ist reell. Wie oft zögern die Lehrer trotz ihrer schlechten Lernerfolge schlechte Noten zu geben, weil diese Noten von väterlicher Seite dann derartige Prügel zur Folge haben, daß die Gesundheit des Kindes stärkstens gefährdet wird. Verschiedene Prüfungen mögen gewiß unerläßlich sein, aber das heutige französische System ist reformbedürftig. Die Neurose zahlreicher Kinder hat in der Schulangst ihren Grund, und die Eltern tragen einen Teil Schuld daran, daß diese Neurosen entstehen und verstärkt werden. Wer erinnert sich nicht der zahlreichen Tragödien, die schlechte Schulzeugnisse in Frankreich zur Folge hatten, oder nicht bestandene Examen? Es muß Aufgabe der Schule werden, diese Neurosenansätze zu bekämpfen und die Ursachen, die zu ihr führen, auszuschalten und zu verhindern, daß sie zu ernsthaften Nervenkrankheiten in späterem Alter ausarten.

Die Ärztekommision hat aus ihren Untersuchungen verschiedene Folgerungen gezogen, sie schlägt eine Reihe von Reformen vor. Zunächst soll der Schulunterricht im Winter zu einer späteren Stunde angesetzt werden. Die Zahl der Schulstunden müßte im Hinblick auf die Kapazität der Kinder beschränkt werden. Bis zum Alter von neun Jahren soll die Schulstunde nur 25 Minuten betra-

### Bitte beachten Sie die Fortbildungsveranstaltungen in Bayern

Klinische Fortbildung 1963	s. S. 735
27.—29. 9. Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin	s. S. 736
10.—13. 10. Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung	s. S. 738
1.—2. 11. Fortbildungsveranstaltung im Nervenkrankenhaus Haar bei München	s. S. 740
13.—15. 12. Wissenschaftliche Ärztagung in Nürnberg	s. S. 741

gen. Bis zum Alter von elf Jahren sollte man sie auf 45 Minuten beschränken. Für Kinder in diesem Alter hat ein länger währender Unterricht keinen Sinn, weil die Aufnahmefähigkeit begrenzt ist und die Ausführungen der Lehrer aufgenommen, aber nicht verarbeitet werden. Es entsteht lediglich ein Zwangszustand, der zwecklos ist und ein Zeitverlust für den Lehrer.

Die intellektuelle Arbeit des Kindes unter 8 Jahren soll zwei Stunden im Tag nicht überschreiten, unter 10 Jahren kann sie dreieinhalb Stunden betragen und unter 14 Jahren fünfeinhalb Stunden. Ein Streitobjekt bildet auch der freie Donnerstag. Dieser Tag ist seit vielen, vielen Jahren in Frankreich schulfrei. Die Kinder sollen sich an diesem Tag von den Anstrengungen erholen. Nun haben sich viele Pädagogen in Frankreich die Frage vorgelegt, ob es denn nicht sinnvoller wäre, auf diesen freien Tag zu verzichten und das Schulprogramm statt auf viereinhalb Tage — auf fünfeinhalb Tage aufzuteilen. Derart würde das Pensum jedes einzelnen Tages geringer, ebenso die Anforderungen, die an die Kinder jeden Tag gestellt werden. Die Ärzte sprachen sich indessen für die Beibehaltung des freien Donnerstags aus. Die Ferien sollen auf insgesamt zwölf einhalb Wochen festgelegt werden, und zwar 8 Wochen im Sommer und 2 im Winter sowie zweieinhalb Wochen im Frühjahr. Von zu kurzen Ferien ist abzuraten, von zu langen Ferien ebenso. Denn nach langen Ferien sind die Kinder zu stark aus den gewohnten Bahnen gebracht, sie werden leicht disziplinlos, man lenkt sie schwerer, und für die Erholung haben zu lange Ferien überhaupt keine Bedeutung mehr.

Der neue französische Unterrichtsminister erklärte, daß den Erkenntnissen der medizinischen Kommission bei der neuen Schulreform weitgehend Rechnung getragen werden soll. Der den Ärzten und den Lehrern gemeinsam bindende Faktor muß werden, sich stets der Notwendigkeiten der Physiologie der Kinder bewußt zu sein und nur jenen Zwang in der Schule beizubehalten, der sich als unbedingt nötig erweist, ohne gesundheitlich schädigend zu werden. Die ärztliche Kontrolle in den Schulen soll sich denn auch in Zukunft nicht darauf beschränken, Krankheiten der Schüler zu recheckieren, sondern die Kinder auch im Hinblick auf ihre Anpassungsfähigkeit an den Unterricht und ihren mentalen Gesundheitszustand zu prüfen.

J. H., Paris



### NEURODERMITIS

»Bei mir traten seit Jahren nach jeder Erregung sofort Ekzeme auf. Gesicht, Arme und Hände waren am meisten befallen. Der Juckreiz war unerträglich. Inzwischen ist jedoch eine wesentliche Besserung eingetreten, und die Ekzeme sind zurückgegangen.«

Die Patientin E. M., Hausfrau, 56 Jahre, litt seit Jahren an einer Neurodermitis von wechselnder Intensität. Nach Verabreichung von täglich 2 x 2 Dragees ATOSIL sind die ekzematösen Hautveränderungen abgeklungen, und seit Monaten ist die Patientin rezidivfrei.



### ASTHMOIDE EMPHYSEMBRONCHITIS

»Schon bei leichter körperlicher Belastung, bei Witterungswechsel und in der feuchten Jahreszeit hatte ich stärkere Atembeschwerden. Nachts quälte mich ein unerträglicher Husten, und ich bekam kaum Luft. Jetzt fühle ich mich wesentlich besser.«

Der Patient M. K., Arbeiter, 64 Jahre, leidet seit Jahren an einer chron. Emphysebronchitis. Mit 3 x 1 Dragee ATOSIL tägl. und 1 ATOSIL-Zäpfchen abends gingen Atemnot und Hustenanfälle zurück, der Patient kann wieder durchschlafen und ist voll arbeitsfähig.



### ASTHMA BRONCHIALE

»Seit meiner Kindheit habe ich Asthma. Aufregungen familiärer und beruflicher Art verursachten oft schwere Asthmaanfälle. Der Schlaf war erheblich gestört. Meist mußte ich in einem Krankenhaus behandelt werden. In letzter Zeit sind meine asthmatischen Beschwerden weitgehend zurückgegangen.«

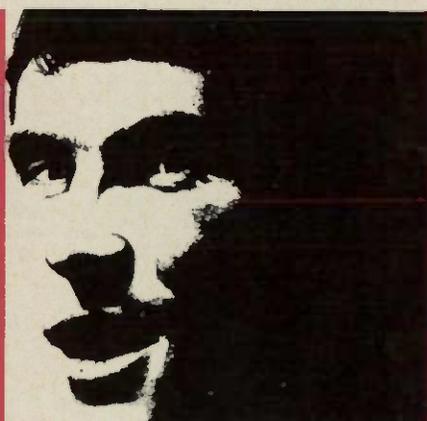
Die Patientin F. Sch., Sekretärin, 38 Jahre, leidet an Bronchialasthma. Regelmäßige Einnahme von täglich 2 x 15 Tropfen ATOSIL besserte die asthmatischen Beschwerden. Schwere Anfälle sind nicht mehr aufgetreten, die Nachtruhe ist ungestört, und die Patientin wirkt ausgeglichener.



### GASTRITIS UND NERVÖSER REIZMAGEN

»Bei Aufregungen und beruflicher Überlastung traten bei mir Magenschmerzen, Sodbrennen, Brechreiz und Appetitlosigkeit auf. Ich verlor erheblich an Gewicht, und meine körperliche Leistungsfähigkeit war herabgesetzt. Seit Wochen bin ich nun beschwerdefrei.«

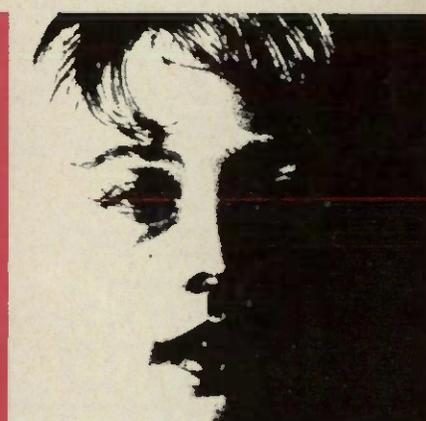
Bei dem Patienten E. F., Fabrikant, 41 Jahre, bestand eine hyperazide Gastritis. Mit 2 x 2 Dragees ATOSIL tägl. konnte eine wesentliche Besserung des Allgemeinbefindens erzielt werden. Innerlich und äußerlich ist der Patient viel ruhiger geworden. Appetit und Körpergewicht haben wieder zugenommen, und die Magenbeschwerden sind abgeklungen.



### ULCUS VENTRICULI ET DUODENI

»Vor zwei Jahren hatte ich ein Zwölffingerdarmgeschwür. Wegen häufig auftretender Magenschmerzen bin ich seit Monaten in ärztlicher Behandlung. Seit einigen Wochen haben sich die Beschwerden wesentlich gebessert.«

Bei dem Patienten W. H., Student, 23 Jahre, bestand neben charakteristischen Magenbeschwerden das Bild einer neurovegetativen Übererregbarkeit. Eine Röntgenkontrolle ergab erneut eine frische, kleine Ulcusnische im Bulbusbereich. 2 x 2 Dragees ATOSIL tägl. bewirkten eine Ruhigstellung des Patienten mit rascher Heilung des Ulcus duodeni.



### NEUROVEGETATIVE DYSTONIE

»Seit einiger Zeit war mir oft schwindelig, meine Hände zitterten, ich konnte schlecht schlafen, und in der Herzgegend hatte ich stechende Schmerzen. Jetzt fühle ich mich wesentlich besser.«

Bei der Patientin M. G., Innenarchitektin, 26 Jahre, war eine neurovegetative Dystonie, verstärkt durch berufliche und familiäre Sorgen und Belastungen, unverkennbar. Mit 2 x 2 Dragees ATOSIL täglich gelang es, die subjektiven Beschwerden zu bessern. Schlafstörungen und »Herzschmerzen« verschwanden. Die Patientin ist jetzt ruhig und seelisch ausgeglichen.

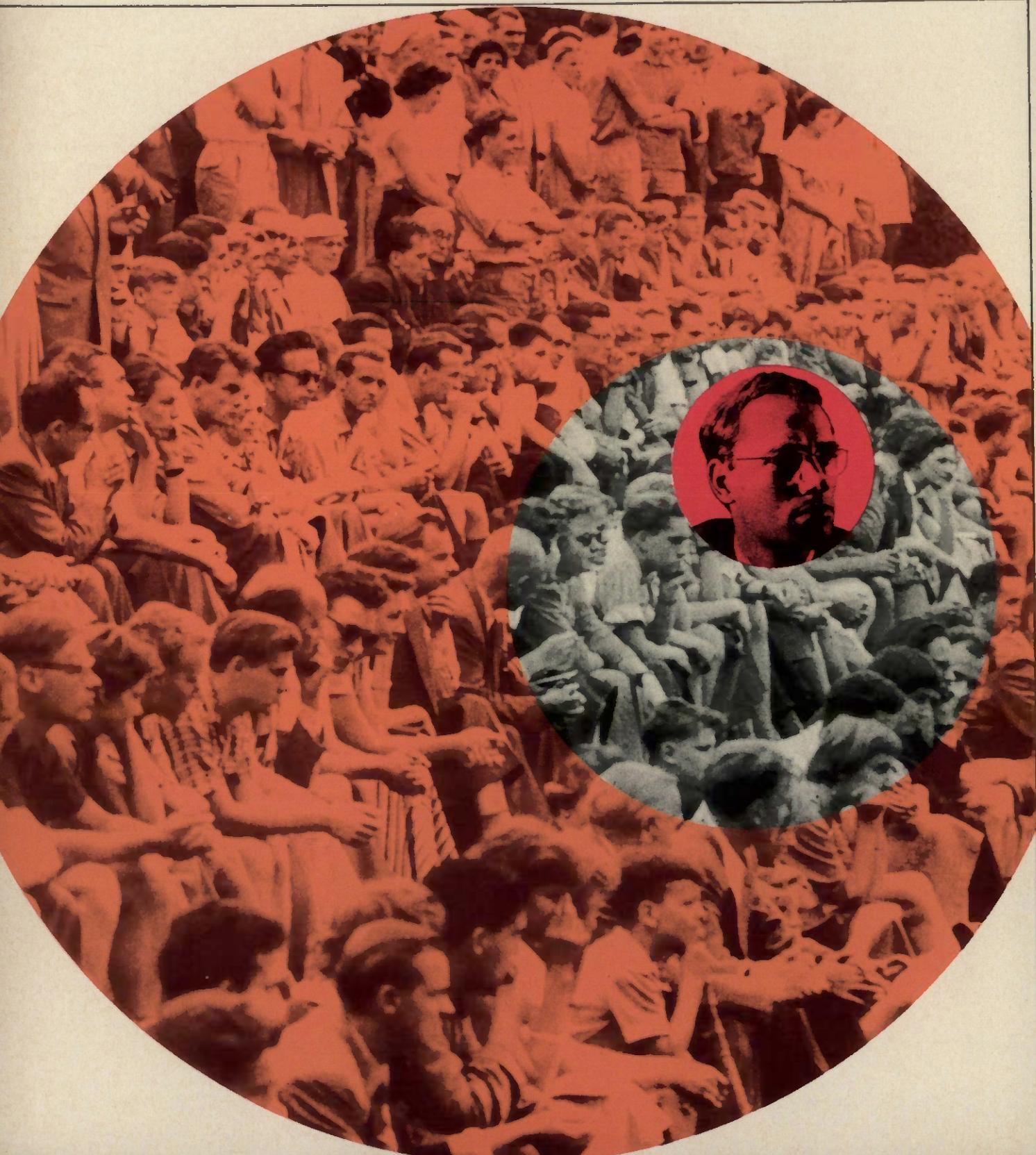


# Atosil

# Auch hier half Leukomycin®

Täglich hilft Leukomyein  
einer Vielzahl von  
Menschen mit akuten und  
chronischen Infektionen.

Sein breites Wirkungsspektrum  
seine gleichbleibend  
niedrige Resistenzquote  
seine ausgezeichnete Verträglichkeit und die Möglichkeit  
der oralen, rektalen,  
parenteralen und lokalen  
Anwendung haben  
Leukomyein zu einem unentbehrlichen Antibiotikum in der  
Klinik und Praxis gemacht.



## PERSONALIA

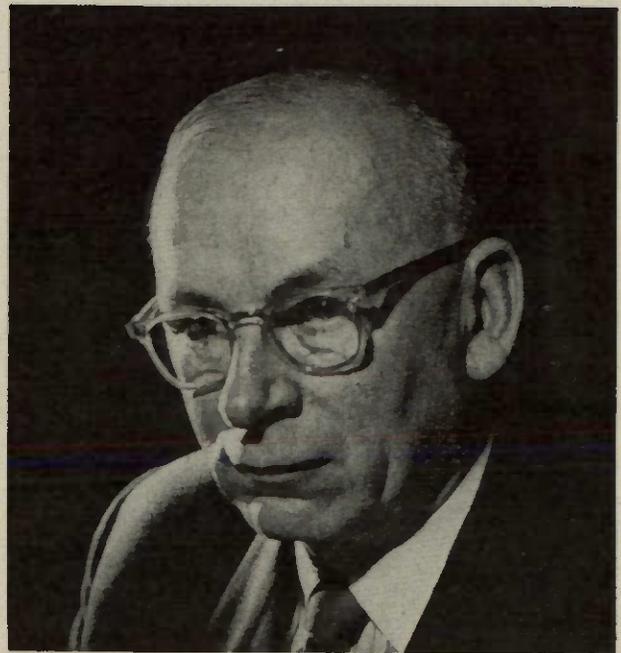
**Herrn Chefarzt Dozent Dr. Friedrich E k e r t  
zum 65. Geburtstag**

Am 11. September dieses Jahres begeht Dozent Dr. Friedrich E k e r t seinen 65. Geburtstag. In fast 4 Dezenien ärztlicher Tätigkeit wurde er zu einer hervorragenden Gestalt innerhalb der deutschen Radiologie. Groß ist die Zahl seiner Freunde und Verehrer, die ihm zu diesem Ehrentag von Herzen Glück wünschen und hoffen, daß ihm noch viele Jahre voller Schaffensfreude und bester Gesundheit vergönnt sein mögen.

E k e r t wurde in Nürnberg geboren, wo er auch seine Jugendzeit verlebte. Seine Vorliebe für Kunst und Literatur bewogen ihn, das Studium der Medizin an der Münchener Universität zu absolvieren, um damit auch seinen schöpferischen Neigungen nachgehen zu können. Seine ärztliche Laufbahn begann er an der unter Leitung von Geheimrat von Müller stehenden Medizinischen Universitätsklinik in München, die höchstes Ansehen genoß. E k e r t erfreute sich dort bald besonderer Wertschätzung und wurde angesichts seiner umfassenden, mit scharfem Kritikvermögen gepaarten Kenntnisse bevorzugt zur Erstellung von Obergutachten herangezogen. Dabei stieß er immer wieder auf Diskrepanzen zwischen klinischem und röntgenologischem Befund. Dies wurde wegweisend für seine Zukunft, da Professor Boehm auf ihn aufmerksam wurde und ihm eine Stelle in seinem Institut anbot. E k e r t fiel dabei die besondere Aufgabe zu, die Röntgenbefunde auf klinische Gesichtspunkte auszurichten.

Wie sehr diese Wahl E k e r t s Begabung entsprach, bewies schon sehr bald folgender Vorfall: Während der ersten Jahre seiner Tätigkeit am Rieder-Institut gelang ihm der Nachweis, daß die damals häufig verwendete Zeileis'sche Hochfrequenzapparatur den Arzt erheblicher ungefilterter Röntgenstrahlung aus den Gleichrichterventilen aussetzte. E k e r t konnte zur allgemeinen Überraschung Lungen- und Magen-aufnahmen demonstrieren, welche von der aus dem Schalttisch kommenden Strahlung stammten. Diese Mitteilung erregte beträchtliches Aufsehen und machte E k e r t s Namen in weiteren Kreisen bekannt. Bereits aus dieser Zeit stammt auch E k e r t s großes Interesse für Fragen des Strahlenschutzes, der ihm zeitlebens ein besonderes Anliegen blieb.

1935 wurde E k e r t zum Oberarzt des städtischen Rieder-Institutes sowie des staatlichen Instituts für physikalische Therapie und Röntgenologie ernannt. Seine Ernennung fiel in eine für das Institut besonders kritische Zeit. Beide Lehrstühle für innere Medizin waren neu besetzt worden und es entbrannte ein Kampf um die bis dahin im Rieder-Institut weitgehend zentralisierte Röntgendiagnostik, was die Röntgenologen des Instituts zu besonders hohen Leistungen zwang. Während der darauffolgenden 8jährigen Abwesenheit Professor Boehms wurde E k e r t mit der kommissarischen Leitung des Rieder-Instituts betraut; weiter fiel ihm die Abhaltung von Pflichtkollegs und von Examina zu. Diese schwerwiegenden Verpflichtungen boten E k e r t die Möglichkeit zur vollen Entfaltung seines Könnens und es gelang ihm, das hohe Ansehen des Instituts weiterhin zu stärken. Besondere Verdienste erwarb sich E k e r t nach Kriegsende um den Wiederaufbau des durch Bomben stark beschädigten Instituts. Die durch Boehms Abwesenheit geschaffene Situation ge-



stattete es E k e r t nicht, noch während des Krieges seine Habilitationsarbeit zu beenden. Eine später angebotene Honorarprofessur lehnte er ab, obwohl seine großen Verdienste um die Radiologie diese wahrhaftig gerechtfertigt hätten. Statt dessen zog er es vor, sich 1952 regulär zu habilitieren mit dem Thema: „Die Technik, Ergebnisse und Entwicklungsmöglichkeiten röntgenkymographischer Untersuchungen der zentralen Kreislauforgane und hydrostatischer Druckwirkung und bei balneotherapeutischen Anwendungen.“

1951 wurde E k e r t zum Chefarzt der Röntgen- und Physikalisch-Therapeutischen Abteilung des städtischen Krankenhauses München r. d. I. berufen. Seinem Verhandlungsgeschick und organisatorischen Talent war es zu verdanken, daß das bescheidene Institut großzügig ausgebaut wurde. Damit waren die Voraussetzungen dafür geschaffen, daß sich die Abteilung rasch zu einer der bedeutendsten Bayerns entwickelte. Auch ist es E k e r t gelungen, den hohen Anforderungen der zahlreichen Fachabteilungen auf differenzierte Spezialuntersuchungen bestens gerecht zu werden.

Obwohl E k e r t in der Röntgendiagnostik über enorme Erfahrung und höchste Treffsicherheit verfügt, ist es bezeichnend für seine stets wache Skepsis, daß er zu äußerster Zurückhaltung gegenüber sogenannten Röntgendiagnosen rät und immer wieder nachdrücklich auf die Grenzen dieser Untersuchungsmethode hinweist. Diese Einstellung mag einen jungen Röntgenologen anfänglich befremden. Mit zunehmender Erfahrung lernt er jedoch immer mehr die Bedeutung der von E k e r t vielfach zitierten Tatsache schätzen, daß es trotz aller technischen Fortschritte keine „Röntgenhistologie“ gibt.

Ein besonderes Anliegen war E k e r t seit jeher die Strahlentherapie, deren Entwicklung er aus kleinen Anfängen miterlebte. Die Synthese aus seiner ausgezeichneten Sachkenntnis und seiner kritischen Zurückhaltung gereichte seinen Patienten zu höchstem Nutzen, was diese ihm wiederum mit dankbarer Anhänglichkeit vergalt. Stets trat er mit Nachdruck dafür ein, daß die Patienten in bestimmten Fällen unbedingt ein ethisches und juristisches Anrecht auf Bestrahlung haben. E k e r t wurde

nicht müde, in zahlreichen Veröffentlichungen auf die Notwendigkeit hinzuweisen, für alle Bevölkerungskreise ausreichende Bestrahlungsmöglichkeiten zu schaffen.

Wie oben erwähnt, geht E k e r t s Interesse für den Strahlenschutz auf eine Zeit zurück, als weite Kreise dessen Tragweite noch nicht erkannten. Im Laufe der Jahre befaßte er sich in zahlreichen Veröffentlichungen mit diesen Problemen und eine Reihe von Strahlenschutzgeräten geht auf seine Anregung zurück. Bereits im Jahre 1950 hielt er als erster in München ein Strahlenschutzpraktikum für Studenten.

Besondere Verdienste erwarb sich E k e r t durch seine 25jährige Lehrtätigkeit an den Ausbildungsstätten für medizinisch-technische Assistentinnen. Auch hier war er erfolgreich bestrebt, seine reichen Erfahrungen weiten Kreisen nutzbar zu machen, um eine stete Verbesserung und eine gewisse Normierung des Unterrichts zu erreichen. Dem diente auch seine reichhaltige und vorzügliche Sammlung ausgewählter Diapositive. E k e r t s Talent kam auch den Hörern seines Kollegs über die Einführung in die Röntgenologie zugute.

E k e r t verfügt über eine ausgezeichnete Kenntnis der in- und ausländischen Fachliteratur und ist daher in besonderem Maße berufen, die kritischen Sammelreferate für die Münchener Medizinische Wochenschrift zu verfassen, die allgemeine Wertschätzung genießen. Trotzdem verlor er nie den Kontakt mit der täglichen Routinearbeit, was sich auch in seiner Vorliebe für praktische Verbesserungen im Alltagsbetrieb äußerte. Es nimmt daher nicht wunder, daß sich ein Teil seiner Veröffentlichungen mit technisch-praktischen Problemen befaßte.

Seit 1946 ist E k e r t in der Facharztkommission tätig. Auf ihn geht die 1958 erfolgte Einführung der strengen Facharztordnung für Radiologen in Bayern zurück, die im gesamten Bundesgebiet als vorbildlich gilt und daher auch von den regionalen Röntgengesellschaften angestrebt wird. Seit dem Jahre 1955 beeinflußt E k e r t als Vorsitzender bzw. ständiger Schriftführer maßgebend die Geschicke der Bayerischen Röntgenvereinigung als Garant für eine kontinuierliche Fachpolitik. Er machte dabei seinen großen Einfluß auf zahlreichen Gebieten geltend, so wo es darum ging, die Personalnot auf dem Röntgensektor zu lindern. Die seit kurzem mit großem Erfolg durchgeführten Kurse der Bayerischen Röntgenvereinigung von Anlernkräften, die in Röntgenbetrieben tätig sind, gehen ebenfalls auf E k e r t s Initiative zurück. Die allgemeine Wertschätzung, deren sich E k e r t erfreut, gab Anlaß, ihn unter anderem zum Vorstandsmitglied der Deutschen Röntgengesellschaft zu berufen.

Die rasche Entwicklung, welche die Medizin im Laufe der letzten Jahrzehnte erlebte, betraf in besonderem Maße die Radiologie. Man darf wohl sagen, daß in München E k e r t mit der Röntgenologie und diese mit ihm groß geworden ist und daß in München sein Name wie wenige andere dieses Gebiet verkörpert. Wenn E k e r t an seinem 65. Geburtstag seine ärztliche Laufbahn überblickt, so wird er sich mancher harter Jahre und vieler schwerer Aufgaben erinnern. Doch mehr noch wird er sich an dem Gedanken erfreuen, daß das Schicksal ihm übertragene Fähigkeiten, große Erfolge und ein reiches und erfülltes Leben gewährt hat. Möge er uns noch viele Jahre mit seinem wertvollen Rat zur Seite stehen!

Anschr. d. Verf.: Dr. Hermann Künlen, Krankenhaus rechts der Isar, 8 München 8, Ismaninger Straße 22.

### Dr. Friton in Kürschner's Literatur-Kalender

Neben anderen Würdigungen ist Dr. med. Bruno Leo Friton in Hart/Alz jetzt auch in dem neuen Kürschner „Deutscher Literatur-Kalender 1963“ verzeichnet. Außer der Herausgabe einer Reihe von belletristischen Büchern ist Dr. Friton als Autor verschiedener medizinischer Werke und Verfasser zahlreicher Fachbeiträge auch den Lesern der „Medizinischen Technik“ weitgehend bekannt. Neben seiner Tätigkeit als praktischer Arzt und dem literarischen Schaffen widmet sich der Arzt-Ingenieur insbesondere den Erfindungen neuer praktischer Geräte für die Medizin, deren Zahl sich bereits auf über 200 beläuft.

### FAKULTÄT

**Würzburg.** Zum Rektor der Universität Würzburg für das Amtsjahr 1963/64 wurde Professor Dr. med. Ernst Wollheim, Ordinarius für Innere Medizin und Direktor der Medizinischen Klinik, gewählt.

Zum Dekan der Medizinischen Fakultät für das Amtsjahr 1963/64 wurde Professor Dr. Hans-Werner Altmann, Ordinarius für Allgemeine Pathologie und Pathologische Anatomie und Vorstand des Pathologischen Instituts, gewählt.

Die Bezeichnung „apl. Prof.“ wurde verliehen an: Privatdozent der Psychiatrie und Neurologie Dr. Fritz Broser,

Privatdozent der Allgemeinen Pathologie und Pathologischen Anatomie Dr. Hans Cain,

Privatdozent der Anatomie Dr. Ewald Wüstenfeld.

Zu Privatdozenten wurden ernannt:

Wiss.-Ass. Dr. med. Peter Jungblut für Physiologische Chemie,

Wiss.-Ass. Dr. med. Karl Klütsch für Innere Medizin.

Dem emeritierten o. Professor der Allgemeinen Pathologie und Pathologischen Anatomie Dr. med. Kirch wurde das Bundesverdienstkreuz I. Klasse verliehen.

**München:** Prof. Dr. med., Dr. phil. Siegfried Borelli, bisher Oberarzt an der Dermatologischen Klinik und Poliklinik der Universität München und „Privatdozent mit der Amtsbezeichnung apl. Professor“ wurde am 17. Mai 1963 zum „apl. Professor der Universität München“ (ME Nr. V 38092) mit der besonderen Verpflichtung für Neurodermitisforschung, Gewerbedermatologie, Arbeitsdermatologie, Psychodermatologie ernannt.

Prof. Dr. Dr. Borelli ist nebenamtlich neben seiner apl. Professur an der Universität München Leitender Arzt der bundeseigenen Dermatologischen Abteilung in Davos.

### Sicherheit im Alter, Sicherheit für die Familie

schaffen Sie durch ausreichende Einzahlung in die  
BAYERISCHE ÄRZTEVERSORGUNG

## Aus der Geschichte der Medizin

## Bayerns historische Verdienste um die Pockenbekämpfung (VI\*) (Schluß)

Von Dr. Walther Koerting

Weitere Verordnungen über die Schutzpocken-Impfung lassen Schlüsse über den Grad der Beachtung derselben zu. So sei aus dem „Anzeiger der Verordnungen der Landes-Verwaltungen und Gerichte Baireuth“ ein „Publicandum, die Schutzpocken-Impfung betreffend“, erschienen als Beilage zu Nr. 30, Baireuth, 9. April 1811, zitiert:

Im Namen Seiner Königlichen Majestät von Baiern.

Es ist zur Kenntnis des unterzeichneten General-Commissairs gekommen, daß die Allerhöchste Verordnung über die Schutzpocken-Impfung d. d. München, den 26. August 1807, welche in dem hiesigen Anzeiger No. 102 des December-Monats 1810 abgedruckt ist, von einigen Behörden ganz unrecht verstanden, und dahin ausgelegt wird, daß die noch nicht geimpften Kinder erst nach dem 3ten Jahr zu den von den Physikern vorzunehmenden Impfungsterminen gebracht werden dürfen. Es wird daher sämtliche Behörden, denen die Beförderung und Leitung der Schutzpockenimpfung obliegt, befohlen, ihre Gemeinden dahin zu instruiren, daß an einem öffentlich bestimmten Impfungstermin alle noch nicht geimpften Kinder, auch die so erst sechs Wochen alt und durch keine nachgewiesene Krankheit, an dem Erscheinen zur Impfung gehindert sind, zur Impfung an den bestimmten Impfort, zu der bestimmten Stunde gebracht werden müssen, davon sind weder Gemeinden, noch ganze Kirchspiele, wenn ihre Kinder einmal zur Impfung in ein nahe gelegenes Pfarrspiel beordert wurden, ausgenommen. Gegen die Nichterscheinenden wird jederzeit nach der Strenge des Gesetzes verfahren werden.

Da nach einem neuern Allerhöchsten Befehl die Untersuchung über die Blatterfähigkeit der mit keinen legalen Impfscheinen, auf deren Beibringung die Pfarrämter sorgfältig zu sehen = und über ihre Bestimmung zu wachen haben, versehenen Kinder, nach der Verordnung vom 7. April 1810 schleunigst vorgenommen werden soll; so werden sämtliche Behörden hierdurch angewiesen, in die vorgeschriebenen Listen, auch die in dem Impffahre vom 30. Juni 1807 bis zum ersten Juli 1808 gebornen Kinder mit aufzunehmen, so daß sie alle Kinder vom 1ten bis 3ten Jahre ihres Lebens Alters inclusive, unter diese Norm gehören, umfassen müssen. Zugleich werden alle Behörden, denen die Beförderung und Bearbeitung des Schutzpockengeschäfts zur Pflicht gemacht ist, alles Ernstes aufgefordert, die Bearbeitung dieses Geschäfts zu beschleunigen und dabei mit der größ-möglichen Sparsamkeit, die sich mit der erforderlichen Genauigkeit des Dienstes vereinigen läßt, zu verfahren.

Baireuth, den 5. April 1811.

Königliches General-Commissariat des Mainkreises.  
Graf von Thürheim.

Grünwald.

Über die Gesundheitspolizei wurde im „Anzeiger der Verordnungen der Landes-Verwaltungen und Gerichte“ (Baireuth, 1. Januar 1811) folgende Verordnung abgedruckt:

Im Namen Seiner Königlichen Majestät von Baiern.

Nachdem in Gemäßheit der allerhöchsten Verordnung vom 7. October 1. J. die Formation der General-Kreis-Commissariat betreffend §. VIII. die Constitution des Königreichs, so wie alle dem Organismus ihrer Anwendung bestimmenden Edicte auf die neu erworbenen Gebiete als jetzige Bestandtheile des Reichs ohne Ausnahme übergehen sollen: so werden in Folge weiterer allerhöchsten Entschliebung vom 30. November 1. J. nachstehende organische Edicte über die gutsherrlichen Rechte vom 28. Julius 1808 und über die Aufhebung der Leibeigenschaft vom 31. August 1808 hierdurch zur Nachbeachtung öffentlich bekannt gemacht.

Baireuth, den 17. December 1810.

Königliches General-Commissariat des Mainkreises.  
Graf von Thürheim.

## Wir Maximilian Joseph

von Gottes Gnaden König von Baiern etc.

In Erwägung des Tit., § V, der Constitution... haben Wir beschlossen, wie folgt:...

§ 36. Das Medicinalwesen hängt lediglich von der obersten Policeigewalt ab, welcher auch alle Anordnungen über Gesundheitspolizei zustehen.

§ 37. Die Local-Policeibehörde ist mit ihrer Vollziehung beauftragt.

§ 38. Das ärztliche Dienstpersonal wird in der Regel nur von Uns ernannt; jedoch steht dem Gutsherrn der Vorschlag der Individuen für ihre Gerichtsbezirke zu.

§ 39. Die Policei der Nahrungsmittel, die Sorge für die Reinigung der Straßen, die Anstalten gegen Verbreitung ansteckender Krankheiten unter Menschen und Vieh, und alle übrigen auf die Erhaltung der Gesundheit sich beziehenden Localanstalten gehören gleichfalls zu den gutsherrlichen Policeiämtern; jedoch unter der Aufsicht und Leitung der oberen Policeisteile, und in soferne Titel II., § 19, nicht entgegen steht.

Schließlich sei noch auf die „Allgemeine Verordnung, die Schutzblattern-Impfung betreffend, abgedruckt im „Königlich-Baierischen Polizey-Anzeiger von München“ am 8. Juli 1812 (siehe nebenstehend), hingewiesen.

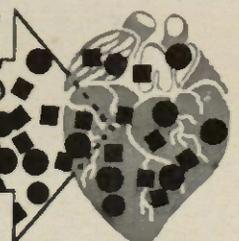
\* Siehe „Bayer. Arzteblatt“ 1962, Heft 2, und 1963, Heft 4, 5, 7, 8.

Kationen-„Schlepper“  
zur Behandlung der Ischämie.  
Prophylaxe, Soforttherapie, Nachbehandlung  
des Myocardinfarctes.

TROMCARDIN®  
zur Basis-Therapie der myogenen Herzinsuffizienz

H. TROMMSDORFF · AACHEN

● Magnesiumasparaginat ◆ Kaliumasparaginat



( 379 )

Königlich-Bayerische  
**Polizei-Anzeiger**  **von München.**

No. LV. Mittwoch den 2. Juli 1812.

**Allgemeine Verordnung.**  
(Die Constitution • Impfung betreffend.)  
Wir Maximilian Joseph,  
von Gottes Gnaden König von Bayern,

Da zu Folge Unserer Verordnung vom 26. August 1807, die gesetzliche Einführung der Schutzpockenimpfung in Unserm Reiche betreffend, befohlen worden, daß die von den Bezirken als Reue weiß der vollständigen Impfung, ausgefallene Impfbücher bei der Aufnahme in die Schulen von den betreffenden Inspektoren jährlich nachgesehen werden sollen, diesem Unserm allerhöchsten Befehle aber bisher keineswegs gehöblich nachgesehen worden ist, und da ferne in Folge der im vorigen Jahre und seit dessen Ende, und insbesondere während, des Umtriebs und die am meisten verheerliche in dem heutigen Jahre vorerwähnte Unterdrückung aller von dem Jahre 1799 bis zum Jahre 1807, und noch gebliebenen Kinder in Hinsicht ihrer Beschäftigung, sämtliche in diesem Zeitraum geborene Kinder am 1. Juli L. J. entweder mit einem Blatter oder Impfbücher, oder aber mit einem Nachschuß • Zeugnis wegen der nicht vollständigen Impfung versehen sein müssen, falls sie sich nicht der Zahlung der gesetzlich bestimmten Strafgelder unterwerfen wollen, so befehlen wir und verordnen Wir wie folgt:

- 1) Von dem 1. October L. J. an soll kein Kind vor dem 30. Juni 1808 abvernommen werden, welches nicht mit einem Blatter oder aber mit einem Nachschuß • Zeugnis hinsichtlich der Schutzpockenimpfung versehen ist, in irgend einer öffentlichen oder Privat • Schule oder in irgend einer öffentlichen, oder Privat • Erziehungsanstalt, welchen Namen sie immer führen mögen, aufzuheben werden.
- 2) Die Lehrer und Vorsteher aller Schulen und Erziehungs • Anstalten im ganzen Königreiche, werden daher hiemit beauftragt, sich vor dem 1. October L. J. von ihren sämtlichen Schülern und Schützlingen über vollständigen Blatter • Impfung oder Nachschuß • Zeugnis zu lassen; eine Liste von allen derselben, die sie vorzulegen, so wie ferne, wie sie nicht vorzulegen haben, zu verfertigen, und solche der ersten Verleumdung ihres Postens zu übergeben, hierüber Kisten über, die keine Listen in Blatter • Impfung oder Nachschuß • Zeugnis bezeugen, von dem Unterrichte in der Schule oder der Erziehungs • Anstalt auszuschließen, und sie nicht eher wieder zu derselben zuzulassen, bis sie den letzten Blatter • Impfung oder Nachschuß • Zeugnis vorzeigen können; und aber solche Kindern ebenfalls die vollständige Impfung durch die öffentlichen Behörden zu empfehlen.
- 3) Auf gleiche Weise ist es den Lehrern und Vorstehern der genannten Unterrichts • Anstalten nachfolgend anzuordnen, gegen ein Kind vorzulegen in derselben zum Unterrichte aufzunehmen, welches ihnen nicht vor einer Vorweisung seinen letzten Blatter • Impfung oder Nachschuß • Zeugnis vorzeigen kann.
- 4) Hierüber aber Befehl den genannten Unterrichts • Anstalten, welcher dieser Verordnung nicht nachkommen, und zwar deren Lehrer oder Schülern Strafen zu verhängen sollen, die von dem letzten Blatter • Impfung oder Nachschuß • Zeugnis nicht versehen sind, soll nachschicklich anzuordnen werden, das ganze obige Strafmaß, welches das Kind als nicht geimpft, in Folge des Impf • Befehls vom 26. August 1807, nach Maßgabe seiner Eltern und des Vermögens seiner Eltern zu zahlen verpflichtend ist, bei der Vollziehung zu erlegen.
- 5) In Hinsicht auf dieses Kind soll sich zu seiner nächsten Impfung nach der Unterrichts • Anstalt erstrecken, und die Eltern und Vormünder derselben anzuordnen, in Folge der allerhöchsten Verordnung vom 7. April 1808, den dortselbstigen Betrag der Strafgelder, welche das Kind zu Folge des Impf • Befehls nach Maßgabe seiner Eltern und des Vermögens seiner Eltern zu zahlen verpflichtet werden wird, bei der Vollziehung zu erlegen.
- 6) Die Vollziehenden haben die Eltern von den Lehrern und Vorstehern der öffentlichen Unterrichts • Anstalten zu übergeben ihnen der in ihren Verhältnissen befindlichen mit Blatter • Impfung oder Nachschuß • Zeugnis versehen und nicht versehenen Individuen, nachdem sie dieselben vollständig gesammelt haben, und die betreffenden Individuen zur Strafe gezogen werden, um ihre respective General • Kreis • und Stadt • Kommisariate, nach einem bei Geheiß ungesandten Konjekte und dem vorerwähnten Strafmaß unverzüglich zu stellen bis zum 1. November L. J. einzuliefern.
- 7) Die General • Kreis • und Stadt • Kommisariate werden beauftragt, diese Unsere Verordnung durch die Provinzial • Inspektoren sämtlich sowohl, als durch personal mehrertheilte Befehlsmannschaft durch die Bezirke von den Kanjeln in den Kirchen aller Ortswachen per öffentlichen Anschlag bekannt zu machen, die Herr • Vorstände aber nach dem Besonderen anzuordnen, die Lehrer an den öffentlichen Schulen in den Städten und vorzüglich auf dem Lande, allen Befehl anzuhalten, derselben nachzukommen und der Schaden zu vermeiden.

Wir aber diese sämtlichen Verfügungen überaus in Befolgung gesetzt worden sind, darüber haben Wir die respectablen General • Kreis • und Stadt • Kommisariate spätestens bis zum 15. December L. J. einen ausführlichen Bericht vorzulegen.

München den 28. May 1812.

Max Joseph.  
König von Bayern.

Graf von Montgelas.  
Auf königlichen allerhöchsten Befehl  
der General • Schreiber  
H. Rebell.

Vorstehende allerhöchste Verordnung erklärt die Verpflichtungen, welche in Beziehung auf die anerkannt unabhängige Schulpflicht • Impfung bestehen; diesen ungeachtet liegen sie aber Gründe vor, welche die wiederholte Bekanntmachung gebieten. Hauptsächlichlich, welche sich gegenwärtig in dieser Beziehung mitunter zu Tage erbalten, als: unbilligen Verweigerungspflichtig • Kindheit, wegen der Krankheit, auf die bereits verstorbenen Strafe • Bestimmungen mit dem Besätze verbunden zu machen, daß man die geeigneten Maßregeln genommen habe, um den p. d. l. i. d. h. Befehl zu erfüllen.

München den 3. Juli 1812.  
Königliche Polizei • Direction München.  
Von Gietten, Director.

Impfung unter besonderer Berücksichtigung der preußisch-deutschen Gesetzgebung“ an, daß 1807 in Bayern ein Impfwanggesetz (Anm. Hier und später Sperrung des Wortes „Gesetz“ und „gesetzlich“ nicht im Original) erlassen wurde, durch das die Impfung aller Kinder bis zum 3. Lebensjahre unter Androhung hoher Strafen im Weigerungsfalle angeordnet wurde. Nicht-ärzten wurde die Ausführung der Impfung verboten. (Anm. Dies stimmt, wie aus den in dieser Veröffentlichung wiedergegebenen Verordnungen hervorgeht, nur bedingt.) Die Vorname der Inokulation echter Menschenblättern wurde bei hoher Strafe ausdrücklich untersagt. Endlich erhielt dieses Gesetz auch Vorschriften über die Absonderung Pockenkranker: „Auch dieses erste deutsche Impfgesetz gebe ich“, schreibt Lentz, „des historischen Interesses wegen im Anhang in vollem Wortlaut wieder.“

Professor Dr. Heinrich A. Gins hat in seinem kürzlich erschienenen Buche „Krankheit wider den Tod. Schicksal der Pockenschutzimpfung“ nur einmal (Seite 226) das im neuen Königreich Bayern erlassene Impfgesetz erwähnt. Und das auf Grund einer Mitteilung von Bremer in einer Zeitschrift (Anm. welcher?), worin dieser zu der darin erlassenen allgemeinen Impfpflicht mit Strafanandrohung jedoch die Anmerkung machte: „Wie? Kann dies gefordert werden?“ Bremer war sich also bezüglich der Ablehnung einer vom Staat erlassenen Impfpflicht treu geblieben. Gerade das aber ist der Vorzug des bayerischen Impfgesetzes. Erst 1874 wurde das Deutsche Impfgesetz verabschiedet, das den in Bayern längst gesetzlich festgelegten Impfwang einführt.

LOMR Dr. med. habil. E. Püschel betont in seiner Veröffentlichung „150 Jahre gesetzliche Schutzimpfung gegen Pocken in Hessen und Bayern“ („Der öffentliche Gesundheitsdienst“, 1958, Heft 10):

„In einer Zeit, die unter dem Zeichen der Schutzimpfungen steht, ziemt es sich, der großen fortschrittlichen Leistung zu gedenken, die die Länder Hessen und Bayern im Jahre 1807 als erste europäische Staaten durch die gesetzliche Einführung der Impfung gegen die Pocken aufbrachten. Das hessische Impfgesetz wurde am 6. 8. 1807 und das bayerische am 26. 8. 1807 veröffentlicht.“

Dazu ist zu sagen, daß in Hessen kein Impfgesetz erlassen wurde. Püschel sagt selbst (S. 432):

„Die hessische Verordnung Nr. 32 ‚Die allgemeine Einführung und Verbreitung der Schutzpockenimpfung betreffend‘ ist von Ludewig, Großherzog von Hessen, Herzog in Westphalen, unterzeichnet. In der Vorrede zu der Verordnung, die nach Püschel im Text oft auch als Gesetz bezeichnet wird, wird betont, daß ‚die Schutzkraft der Kuhpocken gegen die Blattern durch unzählige Beispiele un widersprechlich erwiesen ist.‘ ... In § 1 werden die Beamten, öffentlichen Ärzte, Prediger, Schullehrer und sonst im öffentlichen Dienst stehenden Personen aufgefordert, sich für die Schutzimpfung einzusetzen und aufklärend zu wirken. Es gelte vor allem, Bedenken gegen die Impfung zu zerstreuen. § 2 ordnet die Errichtung von Impfanstalten in Darmstadt, Gießen und Arnshausen an.“

Diese Impfanstalten sollen nicht nur Impfstoff herstellen und unentgeltlich abgeben, sondern alle Impfarzte durch Kurse oder brieflich belehren. Nach § 3 sollen Leute mit Armenattesten umsonst geimpft werden. Im übrigen erhält der Impfarzt für Impfung und Nachschau pro Person 30 kr. (Kreuzer), wenn sich die Zahl der Impflinge auf 10 und mehr beläuft. Bei weniger als

**Die Wirkung der Pockenbekämpfung in Bayern in der Literatur**

In der Präambel des von Maximilian Joseph, König von Bayern, am 26. August 1807 erlassenen ersten bayerischen (und zugleich ersten deutschen) Impfgesetzes heißt es u. a.:

„Wir finden Uns... bewogen die Menschenpocken Seuche für die Zukunft durch eine allgemeine und gesetzliche Einführung der Schutz Pocken Impfung gänzlich aus Unsern Staaten zu verbannen...“

Professor Dr. Otto Lentz führt in dem von ihm mit H. A. Gins 1927 herausgegebenen Werk „Handbuch der Pockenbekämpfung und Impfung“ in seinem Aufsatz „Die gesetzliche Regelung der Pockenbekämpfung und der

10 erhöht sich die Summe auf 45 kr. bis 1 fl. (Gulden). In den folgenden Paragraphen wird der Kreis der Impfberechtigten umrissen, es sind dies „alle in Unseren Landen recipirten Ärzte“, alle Stabs- und Oberchirurgen der hessischen Truppen, alle Wundärzte, die eine besondere Prüfung gemacht haben und die Unterwundärzte der Truppen, welche von ihren Vorgesetzten ein besonderes Zeugnis erhalten haben. Es sollen Bezirks- (Distrikts)ärzte ernannt werden, die die Impfungen organisieren. Sie sollen für den Impfstoff sorgen und sich mit den Geistlichen in Verbindung setzen, damit sie die Impflisten fertigstellen und 14 Tage vor der Impfung den Termin bekanntgeben. 8 Tage vor der Impfung sollen in größeren Orten einige, mindestens 2 Kinder geimpft werden, „um von diesen am Tage der Gesamtimpfung alle andere Kinder auf zuverlässige Art vaccinieren zu können“. Treten die Blattern in benachbarten Ländern oder im Lande selbst auf, so soll die befallene Familie selbst dem Amtsvorstand die Erkrankung melden, und dieser mit dem Amtspophysikus oder Amtschirurgen einen „ungesäumten Bericht“ an die Regierung machen. In solchen Fällen soll die Bevölkerung erneut zur Schutzimpfung aufgefordert werden.

Am 15. September 1807 wurde unter Nummer 34 die „Instruction für die Geistlichen in den Großherzoglich Hessischen Staaten, in Bezug auf die Schutzpockenimpfung“ und unter Nummer 35 die „Instruction für die Distrikts-Impfärzte, die übrigen recipirten Ärzte, und die zum Impfen autorisierten Wundärzte“ veröffentlicht. In der ersteren sind in 8 Paragraphen für die Geistlichen und Schullehrer Einzelheiten für die Propagierung und Mitwirkung bei der Schutzpockenimpfung angeführt. So sollen die Geistlichen bei jeder Taufe die Eltern und Paten auf den Wert der Impfung hinweisen. Auch die Hebammen sollen darauf aufmerksam gemacht werden. Bei Vorträgen und Kanzelreden soll die Bedeutung der landesherrlichen Verordnung erörtert und Uneinsichtige sollen durch persönliche Vorladung und Unterredung belehrt werden. Bei den Schulvisitationen sollen die Geistlichen die Kinder „durch das Erzählen auffälliger Beispiele von der schützenden Kraft der Kuhpocken, deren durch öffentliche Blätter schon viele bekannt geworden sind, so wie auch durch treue Darstellung der ehemaligen mordenden Blatterscenen, die Jugend für die Schutzpockenimpfung empfänglich machen“. Auch die Schullehrer sollen privatim und in ihrem Amt der Schutzpockenimpfung immer mehr Eingang verschaffen. In den alljährlich einzusendenden Sterblichkeitstabellen sollen sich Bemerkungen über die Impfung in den Pfarrsprengeln finden. Ferner sind alle halben Jahre Listen über die Neugeborenen und eine Liste der neuhinzugezogenen Familien an den Impfarzt abzugeben. Bei den Impfterminen ist die Gegenwart der Pfarrer erwünscht, jedoch nicht Pflicht.

Die Instruktion an die Impfärzte umfaßt 14 Paragraphen und enthält genauere Ausführungsbestimmungen der Verordnung v. 6. August. Zusätzlich werden noch folgende Hinweise gegeben: Alle Ärzte werden aufgefordert, sich durch Wort und Schrift für die Impfung einzusetzen. Bejahrte Ärzte, die sich die Aufgabe des Impfens

nicht mehr zutrauen, haben sich innerhalb von 14 Tagen zu melden. Wundärzte, die „nicht zum Impfen autorisiert werden, sollen sich nicht begeben lassen, etwa aus neidischen oder andern niedrigen Absichten mit Worten oder Werken der Verbreitung der Schutzpocken Hindernisse in den Weg zu legen“. Ein Vergehen dieser Art wird „mit gerechter Strafe belegt werden“. Als erster Impftermin wird der 16. November 1807 bestimmt. Der Impfstoff ist von jedem Arzt beim zuständigen Impfinstitut anzufordern. In 6 Abschnitten des § 8 wird die Aufgabe der Distriktsärzte näher bestimmt. Sie haben die Ortschaften, in denen geimpft werden soll, auf die einzelnen Impfärzte zu verteilen und die örtlichen Impftermine festzulegen. Sie unterrichten die Geistlichen und Beamten „und ersuchen sie um ihre Mitwirkung beim Publikum“. Sind in der Liste der Geistlichen Kinder schon vaccinirt, so ist zu prüfen, ob sie die echten oder unechten Schutzpocken gehabt haben. Der Befund ist in die Impfbücher einzutragen. Kinder mit unechten Schutzpocken sind erneut zu vaccinieren. Für die Richtigkeit der Impfscheine haftet der Impfarzt. Ohne Erfolg geimpfte Kinder sind sogleich oder kurze Zeit später neu zu impfen. Eine gerade vorhandene Krankheit befreit von der Impfung. Erfährt ein Distriktsarzt, daß die Blattern in seinem Bezirke ausgebrochen sind oder aus einem Nachbarlande drohen, so hat er unverzüglich Meldung an die Regierung zu machen und Pockenschutzimpfungen vorzunehmen.

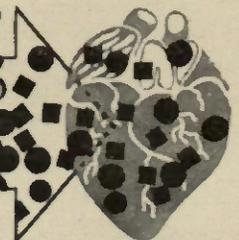
Püschel kommt dann auf das bayerische Impfgesetz zu sprechen. Er vergleicht dessen Präambel mit jener in Hessen. Beide beweisen die Bedeutung, die man der Schutzpockenimpfung beimaß. Die Bestimmungen in Hessen gehen mehr ins einzelne und legen den ersten Impftermin fest, während das bayerische Gesetz den Zeitpunkt angibt, bis zu dem die Impfung erstmalig durchgeführt sein muß. Im bayerischen Impfgesetz wird das Alter der Impflinge genau festgelegt, während bei der hessischen Verordnung sich darüber keine Angaben finden. Daß in Bayern mehr und härtere Strafen angedroht wurden, ist, entgegen der Anschauung von Püschel, daß dort der Widerstand größer eingeschätzt wurde, darauf zurückzuführen, daß der Impfwang als ausschlaggebendes Bekämpfungsmittel der Pocken nachdrücklich durchgeführt werden sollte, wie sich dies auch aus den späteren Anordnungen eindeutig ergibt, die in der vorliegenden Veröffentlichung z. T. wörtlich angeführt wurden.

In seiner „Geschichte der Pocken und der Impfung“ führt P. Kübler (S. 179) aus: „In Bayern wurde der Impfwang durch K. Verordnung vom 26. August 1807 eingeführt; die Regierungen von Baden und Württemberg trafen ähnliche Anordnungen in den Jahren 1815 und 1818, nachdem in Württemberg die Impfung schon im Jahre 1803 den Amtsärzten durch ein Reskript zur Pflicht gemacht und im Jahre 1814 durch Errichtung öffentlicher Impfanstalten und unentgeltliche Gewährung der Vaccination an die Kinder der Armen geför-

**Kationen-„Schlepper“**  
zur Behandlung der Ischämie.  
Prophylaxe, Soforttherapie, Nachbehandlung  
des Myocardinfarctes.

**TROMCARDIN®**  
zur Basis-Therapie der myogenen Herzinsuffizienz

H. TROMMSDORFF · AACHEN



dert war. Auch in Kurhessen (1815), Nassau (1818) und Hannover (1821) wurde die einmalige Impfung der Kinder den Eltern gesetzlich zur Pflicht gemacht. In Preußen wurde von einem Zwangsgesetz abgesehen...“

In dem Buch „Schutzimpfungen“, herausgegeben von Prof. Dr. med. Heinz Spiess (Stuttgart, 1958), ist in dem Aufsatz von Dr. K. Petzelt „Staat und Impfung“ (S. 325) das bayerische Impfgesetz überhaupt nicht erwähnt, sondern nur das „Impfgesetz“ von König Carlos IV. aus dem Jahre 1805 und die Anordnung Napoleons aus dem gleichen Jahr.

Dr. med.habil Alexander Berg hält sich in seiner Arbeit „Hufeland und die Pockenbekämpfung“ (Ärztl. Mitteilungen, 1962, Heft 50) bezüglich des bayerischen Impfgesetzes und der hessischen Verordnung an Püschels Ausführungen. Er verweist darauf, daß die frühen Impfverordnungen aus dem Geist des Absolutismus geboren wurden. Hufeland war liberal und tolerant. Von den Zwangsmaßnahmen hielt er nicht viel.

Wie vorausschauend demgegenüber das bayerische Impfgesetz von 1807 war, ergibt sich auch aus seinen Strafbestimmungen. In Preußen war die gesetzliche Regelung des Impfwesens, die allgemeine Impfpflicht, zu jener Zeit nicht beabsichtigt, die Verbreitung der Impfung sollte auf freiwilliger Basis versucht werden, wie Gins des Näheren berichtet. Erst durch das Impfgesetz vom 8. April 1874 wurde auch hier, 67 Jahre später als in Bayern, die Pflichtimpfung mit Strafschriften eingeführt.

### Zur Geschichte der Schutzpockenimpfung

Bei der Betrachtung der Vorgeschichte der Schutzpockenimpfung wird vielfach die Entwicklung in anderen Ländern nicht genügend beachtet. Es sei hier auf die Verhältnisse in Österreich\*) bezug genommen. Hier wurde Maria Theresia nach ihrer eigenen schweren Blatternerkrankung und den zahlreichen Verlusten durch die Pocken in ihrer Familie — es starb 1763 die erste Gemahlin Josephs, Isabella von Parma, an den Blattern, die zweite, Maria Josepha von Bayern, 1767, im selben Jahre ein Tochter Maria Theresias, während der Schwiegersohn der Kaiserin, Prinz Albert von Sachsen, und eine andere Tochter, Erzherzogin Elisabeth, diese allerdings schwer verstümmelt, mit dem Leben davorkamen — tief beeindruckt. Sie klagte zwar: „Fünzig Jahre mußte ich werden, um jetzt meine Kinder vor mir sterben zu sehen“, aber tatkräftig, wie sie immer war, griff sie (Erna Lesky in ihrer umfassenden Arbeit „Österreichisches Gesundheitswesen im Zeitalter des aufgeklärten Absolutismus“) zu der Maßnahme, die ihre Zeit als die zweckmäßigste anbot, zur Impfung mit menschlichem Blatternstoff zur Blatterninokulation oder Variolation. Maria Theresia ließ diese Methode von England durch einen holländischen Arzt in Österreich einführen. „Sie wußte wohl nicht“, schreibt Erna Lesky, „daß in dem Seuchenwinkel ihrer eigenen Lande, in Siebenbürgen, Variolationen schon lange geübt wurden, seit der Komitatsphysikus von Saros, Johann Adam Raymann, sie von den Griechen und Armeniern gelernt und 1717 in Eperjes eingeführt hatte. Sein in Breslau veröffentlichter Bericht darüber gehört mit den Publikationen der Griechen Emanuel Timoni (1714) und

Jakob Pylarini (1716) zu den frühesten europäischen Inokulationsschriften.“ „Bevor Maria Theresia daran ging, aus ihren eigenen bitteren Blatternerfahrungen — sie trug bekanntlich Narben im Gesicht davon — die Konsequenzen für ihre Untertanen zu ziehen, ließ sie sich ... über den letzten Stand der Impffrage unterrichten... Sie verschaffte sich dazu die Unterlagen von England. Der Bericht — abgedruckt in ‚The Gentleman's Magazine and Historical Chronicle‘. London 1768, Vol. 38 — stammt von sechs Leibärzten des Königs.“ Der holländische Arzt von Ingen-Housz (1730—1799) impfte am 10. September 1768 vier kaiserliche Kinder. Mit einem Te Deum im Stefansdom und einem Gartenfest in Schönbrunn wurde der glückliche Ausgang gefeiert (E. Lesky). Es kam dann 1787 zu der schon 1770 geplant gewesenem Errichtung eines Impfhauses in Wien. Der erwähnte holländische Arzt bildete Impfärzte aus. Professor Dr. Johann Peter Frank, der bedeutende Wiener Kliniker, stellte am 1. September 1801 an seiner Klinik in Wien einen großen öffentlichen Impfversuch mit Kuhpockenstoff an, und sicherte damit der Vakzination anstelle der Variolation Anerkennung in Österreich.

Schließlich sei noch auf die Veröffentlichung von Joseph Edier von Portenschlag-Ledermayer d. ä. in dem Anhang „Von der Schutzpocke“ zu seinem Buch „Über den Wasserkopf“ (Wien 1812) hingewiesen, wo er prophetisch schrieb:

„Jeder Menschenkenner weiß, daß die Menschen Uebel, wenn sie vorüber sind, gar leicht vergessen und aus natürlichem Leichtsinne und einer gewissen Untätigkeit, welche nur durch die Furcht gegenwärtiger Uebel meistens gehoben wird, die einfachsten und leichtesten Mittel dagegen alsdann vernachlässigen. Ich bin überzeugt, daß es mit den Blattern ebenso gehen werde, wenn wir so glücklich sind, dieselben zu verdrängen. Fünzig Jahre danach kann sich niemand mehr einen Begriff machen von all den Uebeln, welche die Blattern verursacht haben. Man wird Mühe haben, alles das zu glauben, was man davon in den alten Büchern lesen wird. Da man die Blattern nicht mehr kennt und das, was man von ihnen schrieb, kaum glaubt, wird man in der Schutzpockenimpfung lau werden... Sollten aber einmal die Menschen die Blattern samt der Kuhpocke vergessen, so werden gewiß die Blattern über sie wieder einmal herfallen und eine grausame Verwüstung unter ihnen anrichten. Sie werden alsdann diese ihre Nachlässigkeit schmerzlich büßen.“

Es sei noch auf drei Dokumente hingewiesen (Drucke im Besitz des Verf.):

#### Verordnung des böhm. k. k. Landesguberniums

Die Vorschrift, auf welche Art die Schutzpockenimpfung in der Hauptstadt Prag vorzunehmen ist, wird bekannt gemacht.

Se. Majestät haben vermöge eines Dekrets der k. k. Hofkanzlei vom 21. Februar 1812 wegen der Maßregeln zur Verbreitung und Beförderung der Schutzpocken unter andern allergnädigst zu befehlen geruht; daß um die alle Jahre zur bestimmten Zeit (vom halben April bis Ende Oktober) vorzunehmende allgemeine unentgeltliche Schutzpockenimpfung zu erzielen, ein landesfürstlicher Beamter von Haus zu Haus, von Wohnung zu Wohnung sich mit einem Impfarzte begeben soll, um jenen Individuen, welche weder geblattert

\*) Österreich gehörte bis 1806 zum Heiligen Römischen Reich Deutscher Nation.

haben, noch mit Schutzpocken geimpft worden sind, diese Pocken unentgeltlich einzupfropfen. Zu diesem Ende, und zur Erleichterung des Geschäfts wird jedem Hausbesitzer der k. Hauptstadt Prag eine eigene Fassionsstabelle nach dem beiliegenden Muster für sich, und seine Inwohner übergeben, die auch in Hinkunft alljährig wird behändigt werden, und welche derselbe jedesmal längstens bis 15. März an die k. k. Stadthauptmannschaft abzugeben haben wird.

Prag am 11ten März 1814

Franz Graf von Kolowrat,  
Oberstburggraf und Gubernialpräsident.  
Joseph Ritter von Schüller,  
k. k. Gubernialvizepräsident.  
Ignaz Mattuschka,  
k. k. Gubernialrath.

Anm. Die Tabelle und ihre Rubriken lauten:

„Fassions-Tabelle über jene Individuen, welche weder geblattert, noch mit Schutzpocken geimpft worden sind, für das Jahr ...

Stadtviertel und Haus Nro.

Namen und Charakter der Familienväter.

Namen und Alter der Individuen, welche weder geblattert haben, noch mit Schutzpocken geimpft worden sind. Jahr, Monat, Wochen.

Erklärung der Familienväter, ob sie ihre Kinder vor dem gesetzmäßigen Termin (der zweiten Hälfte des Monates April bis Ende October) von ihrem Hausarzte oder sodann von dem öffentlichen Impfarzte impfen lassen wollen.“

An die Eltern wandte sich eine eindrucksvolle Aufforderung (ohne Jahreszahl, doch vermutlich zur selben Zeit ausgegeben):

#### Gute Eheleute!

Der Himmel hat eure Ehe gesegnet, und euch mit Elternfreuden beglückt, wofür ihr ihm eure Dankbarkeit am stärksten dadurch beweisen werdet, daß ihr euch angelegen seyn lasset, an dem euch geschenkten Kinde die Elternpflicht auf das genaueste zu erfüllen. Fragt, ihr guten Menschen! euer eigenes Herz; welche Pflicht der Eltern die erste, die wichtigste, die heiligste ist? Es wird euch sagen, die erste und unsere heiligste Pflicht ist: das Leben unseres Kindes zu erhalten. Das ist ohne Zweifel auch euer erster und wärmster Wunsch, das war das erste Gebet, das ihr bei dem Anblicke des neugeborenen Kindes zu Gott abgeschicket habet.

Aber ihr habet leider! tägliche Erfahrungen vor Augen, wie vielen, wie hundertzähligen Gefahren Kinder sogleich von der Geburt an, ausgesetzt sind; und unter diesen Gefahren die schrecklichste sind die Kin-

desblattern, schrecklicher und fürchterlicher dadurch, daß die Ansteckung dieser Krankheit bisher unvermeidlich schien, daß ihre Verheerung nicht selten gleich einer Pest um sich grif, und Kinder zu Hunderten, zu Tausenden dahin raffte, daß sie aber sehr oft, auch wenn die Blattern einzeln ausbrachen, und es der sorgfältigsten Wartung und Pflege gelang, das Leben eines Kindes zu retten, die unglücklichsten Folgen, Entstellung, oder einen lebenslänglich siechenden Körper hinterliessen.

Nicht ohne Grund werden also Kinder, so lange sie die Gefahr der Blattern nicht überstanden haben, nur eine zitternde Freude der Aeltern genannt.

Wann aber ist die Gefahr überstanden, da so viele Beispiele zeigen, daß diese furchtbare Krankheit den Säugling an der Brust der Mutter, und Menschen von den reifsten Jahren nicht verschonet, daß also eigentlich kein Alter vor derselben sicherstellet?

Zwar war die liebevolle Sorgfalt der Landesfürsten schon seit vielen Jahren darauf gerichtet, diesem Uebel durch Veranstaltung des bis dahin allein bekannten Gegenmittels der Blatterneinimpfung Einhalt zu thun; auch wurden dadurch viele Kinder gerettet, die sonst der Raub der natürlichen Blattern geworden wären.

Allein es starben dennoch manche Kinder, starben, ungeachtet sie eingepfropft worden, und insgemein waren die Kinder bei der Einimpfung durch mehrere Tage nicht unbedeutend krank.

Ausserdem mußte zur Einimpfung eine bestimmte Jahreszeit gewählt, und ein bestimmtes Alter erwartet werden.

Zugleich war die Einimpfung immer mit einigem Aufwande verbunden, den die minder wohlhabenden Eltern nicht bestreiten, und sie forderte eine sorgfältigere Pflege, welche besonders die arbeitenden Haushaltungen nicht leicht abwarten konnten.

Schon diese Umstände haben den allgemeinen Gebrauch und Nutzen dieses Hilfsmittels sehr beschränket. Was aber die damalige Einimpfung der Regierung sowohl, als Eltern immer noch bedenklich machte, war, daß die Blattern dennoch ansteckend waren, daß also die eingepfropften Kinder auf das sorgfältigste abgesondert gehalten werden mußten, und jede Nachlässigkeit, und jedes Uiberschen bei einem einzelnen Kinde die Blattern weiter verbreiten, und daher für die Kinder ganzer Ortschaften, ganzer Gegenden gefährlich werden konnten.

Gegenwärtig danken wir der Güte des Allmächtigen für eine Entdeckung, die nicht nur jedem Hausvater für seine Kinder Sicherheit anbietet, sondern auch die tröstliche Aussicht zeigt, die Blattern mit der Zeit ganz auszurotten, und durch unausgesetzte Aufmerksamkeit auf die Anwendung dieses Verwahrungsmittels,

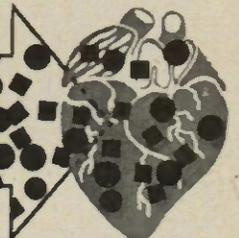
● Magnesiumparagnetol

◆ Kaliumparagnetol

**Kationen-„Schlepper“**  
zur Behandlung der Ischämie.  
Prophylaxe, Soforttherapie, Nachbehandlung  
des Myocardinfarctes.

**TROMCARDIN**<sup>®</sup>  
zur Basis-Therapie der myogenen Herzinsuffizienz

H. TROMMSDORFF · AACHEN



die Menschheit von einem so verwüstenden Uebel zu befreien.

Diese unschätzbare Entdeckung sind die Kuhpocken, deren Einimpfung euch hiermit wohineinend ange-rathen, und so lieb euch die Erhaltung des von Gott geschenkten Kindes ist, als eine theure Elternpflicht an das Herz gelegt wird.

Die Liebe eures Landesfürsten, und seine väterliche Sorgfalt für das Wohl seiner Unterthanen, kann euch dafür bürgen, daß er dieses Verwahrungsmittel keineswegs anrathen würde, wenn er sich von dem unfehlbaren und sicheren Erfolge desselben nicht schon die vollste Ueberzeugung verschafft hätte.

Die Einimpfung der Kuhpocken ist bereits seit mehrerer Zeit, sowohl in diesem, als in allen anderen Ländern von Europa an vielen hunderttausend Kindern und erwachsenen Menschen von allem Alter und Geschlechte durch die erfahrensten Aerzte, und unter öffentlicher Aufsicht versucht worden, und überall und stäts hat der übereinstimmende gleiche Erfolg bestätigt, daß von den eingepflichten Kuhpocken weder ein Kind, noch Erwachsener gestorben;

Daß die Kuhpocken keine Entstellung, noch sonst üble Folgen für Augen oder andere Theile des Körpers zurückliessen;

Daß ein Kind, dem die Kuhpocken eingepflicht sind, nicht nur mit andern Kindern, die noch nicht geblattet haben, freien Umgang pflegen kann, ohne daß diese die Kuhpocken erben;

Daß auch die mit Kuhpocken eingepflichten Kinder selbst mit Kindern, so die natürlichen Blättern haben, Umgang haben können, ohne davon angesteckt zu werden;

Daß also die Kuhpocken gegen die natürlichen Blättern lebenslänglich und in allen Gelegenheiten und Umständen sicherstellen, daher denselben dankbar und mit Rechte der Name Schutzblättern beigelegt werde.

Nach diesen glücklichen, so vervielfältigten Erfahrungen trug euer bester Landesfürst, der nicht weniger auch der beste, seine Kinder liebendste Vater ist, weiter kein Bedenken, von Einimpfung der Schutzblättern bei seiner eigenen Familie selbst das Beispiel zu geben. Schon ein solches Beispiel ist ohne Zweifel fähig, über die Zuverlässigkeit dieses Verwahrungsmittels allen Zweifel zu heben, und das Besorgniß liebender Eltern gänzlich zu beruhigen, noch aber empfiehlt sich dieses heilsame Vorsichtsmittel auch besonders dadurch: daß die Einimpfung der Schutzblättern mit so vieler Leichtigkeit geschehen kann, daß auch die ärmsten Aeltern sie bei ihren Kindern anzuwenden nicht ausgeschlossen sind.

Man hat dabei auf kein Alter des Kindes Rücksicht zu nehmen, und kann die Kuhpocken gleich die ersten Tage nach der Geburt, mit eben so vollkommener Sicherheit, als im späteren Alter, und wie schon gesagt worden, ohne an eine Zeit gebunden zu seyn, im Frühjahr, Herbst, Sommer, oder auch Winter einimpfen lassen.

Auch ist dabei keine Absonderung von andern Kindern nothwendig, da, wie ebenfalls schon gesagt worden, die Schutzblättern nicht anstecken.

Endlich sind damit keine Unkosten verbunden, und selbst die Wartung und Pflege kann keiner Mutter be-

schwerlich fallen, weil Gelindigkeit dieser Blättern an dem Kinde, daß es krank sey, meistens nicht bemerken läßt.

Mit dieser wohlthätigen Leichtigkeit, durch welche die Natur euch Eltern gleichsam auffordert, das Leben eures Kindes vor der Gefahr der Kindesblättern zu sichern, verbindet noch die landesfürstliche Sorgfalt die liebevolle Vorsehung, daß es keiner Gegend an Leuten fehle, welche über die Einimpfung der Schutzblättern vollständigen Unterricht empfangen, und bereits hinlängliche Übung, auch alles, was dazu erforderlich ist, zur Hand haben.

Nunmehr also bedenket, und führet euch Folgendes lebhaft zu Gemüthe:

Künftig ist keine, nein, keine Entschuldigung ist euch übrig gelassen, daferne ihr der theueren Elternpflicht uneingedenk, es verabsäumen solltet, euch des von Gott gesendeten, von eurem Landesfürsten mit so liebevoller Sorgfalt angebotenen Rettungsmittels eures Kindes zu gebrauchen, und sollte dann dieses Kind nachher das unglückliche Opfer eures Versäumnisses werden, dann werdet ihr vor Gott, vor eurem Landesfürsten, vor euren Mitbürgern, als an dem Tode eures Kindes schuldig erscheinen.

Die Beunruhigung eures eigenen Gewissens wird euch euer ganzes Leben hindurch verfolgen, und euch noch auf dem Sterbelager der schreckliche Vorwurf ängstigen: Ich habe mein Kind selbst um das Leben gebracht.

Aus einer Instruktion für die Ärzte (ohne Jahreszahl, doch wohl zur gleichen Zeit erlassen) sei zitiert:

#### Instruktion

für Aerzte, welche in den k. k. Erbstaaten die Prax ausüben wollen, und keine Kreisärzte sind.

- § 1. Nur in den k. k. Erbstaaten promovirte Aerzte sind befugt, in denselben ihre Kunst auszuüben.
- § 2. Die Aerzte einer Provinz sind dem Gubernium und unmittelbar dem Kreisamte ihres Distriktes untergeordnet.
- § 8. Einen besondern Fleiß soll jeder Arzt auf das Studium und die Beobachtung der endemischen und epidemischen Krankheiten, welche in der Nachbarschaft seines Aufenthaltsortes vorkommen, verwenden. Gute, richtige und genaue Beschreibungen derselben, überhaupt die Verfertigung medizinischer Topographien, lehrreiche Beschreibungen merkwürdiger Krankheitsfälle, ausführbare Vorschläge, nach welchen örtliche, der Gesundheit der Menschen und Thiere nachtheilige Einflüsse gehoben werden, und so dem Ausbruche endemischer Krankheiten vorgebeugt werden kann, werden Aerzten immer als empfehlendes Verdienst angerechnet, und bei Anstellungen und Vorrückungen berücksichtigt werden.
- § 10. Das Entstehen einer Epidemie unter Menschen, oder einer Seuche unter Thieren hat er alsogleich bei schwerer Verantwortung an die Ortsobrigkeit, und wenn diese in Erfüllung ihrer Pflicht saumselig wäre, an das Kreisamt anzuzeigen. Mit solchen Anzeigen soll nicht gezauert werden, bis die Epidemie oder Seuche überhand genommen hat, sondern sobald in einem Orte (nach der ver-

schiedenen Größe desselben) 4—6—8 Personen, oder ebensolche Thiere mit der nemlichen Krankheit behaftet werden, so ist dieß ohne weiters anzuzeigen.

§ 11. Das Nemliche haben Aerzte zu beobachten, welche näher an den Grenzen sich befinden, wenn sie in Erfahrung bringen, daß in angrenzenden fremden Ländern Epidemien oder Seuchen herrschen.

§ 14. Mit besonderem Fleiße wird er die Vakzinazion zu befördern suchen.

Zu besonderem Dank bin ich verpflichtet den Herren: Univ.-Prof. Dr. Albert Herrlich, Direktor der Bayer. Landesimpfanstalt; Bibliotheksdirektor Dr. Hans Striedl und Bibliotheksdirektor Dr. Hermann Fellerer von der Bayer. Staatsbibliothek; Archivdirektor Dr. Wilhelm Neukamm vom Staatsarchiv in Bamberg; Oberarchivrat Dr. Alois Weißthanner vom Bayer. Hauptstaatsarchiv; Oberarchivrat Dr. Herbert Vogel des Münchner Stadtarchivs; Hauptschriftleiter J. F. Deneke, Köln. Gedankt sei auch der Bayer. Graphischen Sammlung in München für die Genehmigung zum Abdruck der zur Verfügung gestellten Bilder und dem Münchner Stadtarchiv (Herrn Archivdirektor Dr. Michael Schatzenhofer) und der Bayer. Landesimpfanstalt für die Genehmigung zur Wiedergabe der Dokumente.

Anschrift des Verf.: 8 München 27, Holbeinstraße 16.

#### Quellennachweis

Alexander Berg: Hufeland und die Pockenbekämpfung. (Ärztliche Mitteilungen, 1962, Heft 50, S. 2610—2618.)  
Viktor Fossel: Geschichte der epidemischen Krankheiten.

(In Puschmann-Neuburger-Pagel, Handbuch der Geschichte der Medizin. Band II.) Jena 1903.

Heinrich A. Gins: Krankheit wider den Tod. Schicksal der Pockenschutzimpfung. Stuttgart 1963.

A. Herrlich, H. J. Diesfeld, Horst Schmidt: Die Pockenerkrankungen in Ansbach 1961. (Deutsche med. Wochenschrift, 1961, Nr. 30, S. 1413—1420.)

Georg Friedrich Krauss: Die Schutzpockenimpfung in Ihrer endlichen Entscheidung, als Angelegenheit des Staats, der Familien und des Einzelnen. Nürnberg 1820.

Paul Kübier: Geschichte der Pocken und der Impfung. Berlin 1901.

Otto Lentz: Die gesetzliche Regelung der Pockenbekämpfung und der Impfung unter besonderer Berücksichtigung der preußisch-deutschen Gesetzgebung. (In Otto Lentz und H. A. Gins, Handbuch der Pockenbekämpfung und Impfung. Berlin 1927.)

Erna Lesky: Österreichisches Gesundheitswesen im Zeitalter des aufgeklärten Absolutismus. (In „Österreichische Akademie der Wissenschaften. Archiv für österreichische Geschichte.“) Wien 1959.

Reiner Müller: Medizinische Mikrobiologie (3. Aufl.) 1946.

Max Neuburger: Die Einführung der Impfung in Wien. (Wiener klinische Wochenschrift, 1907, Nr. 45.)

K. Petzelt: Staat und Impfung. (In „Schutzimpfungen“, herausgegeben von Prof. Dr. med. Heinz Spiess.) Stuttgart 1958.

Joseph Eder v. Portenschlag-Ledermayer d. ä.: Über den Wasserkopf, nebst einem Anhang „Von der Schutzpocke“. Wien 1812.

E. Püschel: 150 Jahre gesetzliche Schutzimpfung gegen Pocken in Hessen und Bayern. („Der öffentliche Gesundheitsdienst“, 1958, Heft 10.)

Weltrich: Erinnerungen für die Einwohner des Fürstentums Balreuth aus den preussischen Regierungsjahren von 1792 bis 1807. Balreuth 1806.

Ferner die einzelnen Regierungsblätter, Bayreuther Intelligenz-Zeitung, Anzeiger der Verordnungen der Landes-Verwaltungen und Gerichte, und andere im Text zitierte Blätter. Archivbestände des Münchner Stadtarchivs.

## AUS DER BUNDESPOLITIK

### Beunruhigend hohe Säuglingssterblichkeit

Aus der Fragestunde des Vierten Deutschen Bundestages  
78. Sitzung

Frau Schanzenbach (SPD):

Teilt die Bundesregierung die Meinung, daß es für ein Land mit dem Lebensstandard der Bundesrepublik Deutschland beschämend ist, mit der Säuglingssterblichkeit an erster Stelle unter vergleichbaren europäischen Ländern zu stehen?

Frau Dr. Schwarzbaup,  
Bundesminister für Gesundheitswesen:

Zu dieser Frage möchte ich zunächst erklären, daß die wirklich verhältnismäßig hohe Säuglingssterblichkeit in der Bundesrepublik auch uns zutiefst beunruhigt und ständig beschäftigt. Die Bundesrepublik ist daher seit Jahren darum bemüht, die Ursachen zu ermitteln und Abhilfe zu schaffen.

Ich möchte allerdings betonen, daß die Säuglingssterblichkeit kein biologischer, sondern ein rein statistischer Begriff ist und damit zwangsläufig an einer gewissen Unklarheit leidet. Er bezieht sich nicht etwa auf die Kinder, die bei der Geburt, kurz danach oder in den ersten Lebenswochen sterben. Er bezeichnet vielmehr die Sterblichkeit aller Kinder, die das erste Lebensjahr noch

nicht vollendet haben, bezogen auf 1000 Lebendgeborene des Sterbejahres.

Die Säuglingssterblichkeit ist auch in der Bundesrepublik von Jahr zu Jahr zurückgegangen. Sie erreichte 1948 noch 9,5 Prozent, sank bis 1952 auf 4,8 Prozent und wurde für 1962 mit 29,1 Gestorbenen im ersten Lebensjahr auf tausend Lebendgeborene berechnet. Es trifft zu, daß diese Zahl noch höher liegt als die entsprechenden Zahlen in einigen vergleichbaren europäischen Ländern. Ein solcher Vergleich ist zwar nur unter gewissem Vorbehalt möglich, weil die Statistik der Säuglingssterblichkeit nicht in allen europäischen Ländern nach gleichen Maßstäben geführt wird. Aber wie ich schon sagte: wir halten es für dringend erforderlich, mit allen geeigneten Maßnahmen auf eine Senkung der Sterblichkeit bei Kindern im ersten Lebensjahr einzuwirken.

Frau Schanzenbach (SPD): Frau Ministerin, sind Sie nicht auch der Meinung, die Säuglingssterblichkeit könnte dadurch wesentlich gesenkt werden, daß die Mütter in Kliniken entbinden, und halten Sie es nicht auch für notwendig, daß diese Klinikentbindung in den Katalog der Pflichtleistungen der Kassen aufgenommen wird?

Bundesminister Frau Dr. Schwarzbaup: Auch Sie sind ja über den Entwurf für ein Krankenversicherungs-

Neuregelungsgesetz informiert, in dem eine Reihe von Maßnahmen vorgesehen sind, die gerade dies erleichtern werden.

**Frau Schanzenbach (SPD):** Aber Ihre Meinung würde mich in dieser Frage besonders interessieren, Frau Ministerin!

**Bundesminister Frau Dr. Schwarzhaupt:** Es fragt sich, ob man ganz prinzipiell sagen kann: nur Klinikentbindung. Das hängt stark ab von der Gegend, von der jeweiligen Versorgung in dem betreffenden Ort, in dem betreffenden Dorf etwa, also zum Beispiel auf dem Land. Daß in vielen Fällen Klinikentbindung vorzuziehen ist, ist klar. Aber ich kann das nicht zu einer dogmatischen Entscheidung machen.

**Frau Rudoll (SPD):** Frau Ministerin, sind nicht auch Sie der Meinung, daß eine Verbesserung des Mutterschutzes und ärztliche Vorsorgeuntersuchungen, auf alle Mütter ausgedehnt, dazu beitragen könnten, daß die Säuglingssterblichkeit vermindert wird?

**Bundesminister Frau Dr. Schwarzhaupt:** Ich bin mit Ihnen darin einig, daß eine ganz weitgehende Ausdehnung der Vorsorgeuntersuchungen eine der Maßnahmen ist, die der Säuglingssterblichkeit entgegenwirken können. In dem Krankenversicherungs-Neuregelungsgesetz ist für den Kreis der Versicherten eine entsprechende Regelung getroffen. Für die Nichtversicherten, die in schlechten wirtschaftlichen Verhältnissen sind, enthält das Bundessozialhilfegesetz eine Verweisung auf die gleiche Leistung. Ich bin durchaus der Meinung, daß angestrebt werden muß, allen Müttern die Möglichkeit von Vorsorgeuntersuchungen zu geben.

**Frau Rudoll (SPD):** Frau Ministerin, können wir erwarten, daß Sie Ihre Meinung bei der Behandlung der dem Hause vorliegenden Novelle zum Mutterschutzgesetz zum Tragen bringen und vertreten werden?

**Bundesminister Frau Dr. Schwarzhaupt:** Die Novelle ist leider in einem Zeitpunkt gekommen, als ein Entwurf meines Ministeriums, der sich mit den Mindestleistungen für Mutter und Kind beschäftigen sollte, noch nicht vorgelegt werden konnte, weil hier bekanntlich Verhandlungen mit Ressorts und Ländern notwendig sind. Meine Möglichkeiten, auf einen Initiativentwurf einzuwirken, sind natürlich geringer.

**Frau Eilers (SPD):** Frau Ministerin, ist Ihnen bekannt, daß die Sterblichkeit bei Kindern, die unehelich geboren sind, um etwa fünfzig Prozent höher liegt, als die bei in Ehen geborenen Kindern? Wie weit sehen Sie Möglichkeiten, diesen unehelichen Müttern besondere Hilfestellung zu geben, um die Sterblichkeit bei diesen Kindern zu vermindern?

**Bundesminister Frau Dr. Schwarzhaupt:** Da die unehelichen Mütter zu einem großen Teil erwerbstätig und sozialversichert sind, wird gerade die Neuregelung in der Sozialversicherung ihnen zugute kommen können. Ihnen würde auch eine Verlängerung der Schutzfristen zugute kommen können.

**Dr. Schmidt (Offenbach, SPD):** Frau Ministerin, nachdem Sie vorhin erklärt haben, daß Sie seit Jahren bemüht seien, die Ursachen der hohen Säuglings- und Müttersterblichkeit zu ermitteln und Abhilfe zu schaffen, und nachdem bisher über die Ergebnisse dieser Untersuchungen der Ursachen von der Bundesregierung noch nichts verlautet ist, möchte ich Sie fragen: Können Sie

heute von dieser Stelle aus einige der Hauptursachen der hohen Mütter- und Säuglingssterblichkeit in der Bundesrepublik nennen?

**Bundesminister Frau Dr. Schwarzhaupt:** In der Frage von Frau Schanzenbach war wohl nur von der Säuglingssterblichkeit die Rede. In der nächsten Frage ist nach den Ursachen beider Erscheinungen gefragt. Ich bin gern bereit, Ihre Frage im Zusammenhang mit der zweiten Frage zu beantworten.

**Frau Schanzenbach (SPD):** Was hat die Bundesregierung hinsichtlich der Säuglingssterblichkeit in den letzten Jahren bereits unternommen, nachdem die SPD mehrfach auf dieses Problem eindringlich hingewiesen hatte?

**Frau Dr. Schwarzhaupt:**

In bezug auf diese Ursachen der Säuglingssterblichkeit wäre etwa folgendes zu sagen:

Rund zwei Drittel der Sterbefälle im ersten Lebensjahr treten in der Bundesrepublik in den ersten Lebenswochen ein; rund ein Drittel verteilt sich auf den Rest des ersten Lebensjahres. Mehr als die Hälfte der in der ersten Lebenswoche verstorbenen Kinder sind Frühgeborene. Dazu kommen rund zehn Prozent Todesfälle mit der Diagnose „Lebensschwäche“. Außerdem belasten Kinder mit angeborenen inneren und äußeren Fehlbildungen die Sterblichkeit in der ersten Lebenswoche.

Im zweiten Lebensmonat stehen Ernährungsstörungen im Vordergrund der Sterblichkeitsursachen. Bis zum vierten Lebensmonat spielt vor allem die Lungenentzündung eine Rolle. Nach dem vierten bis fünften Lebensmonat gewinnen Infektionskrankheiten zunehmende Bedeutung, wie Masern, Kinderlähmung, Tuberkulose, Keuchhusten und andere. Demgemäß muß auch die Bekämpfung sehr verschiedene Gesichtspunkte berücksichtigen.

Nach dem soeben Gesagten bedarf die Frühgeburtensterblichkeit einer besonderen Aufmerksamkeit. Die Bundesregierung hat deshalb in drei Bundesländern Modelleinrichtungen für die Versorgung von Frühgeburten aus Bundesmitteln finanziert. Die Einrichtung derartiger Frühgeburtenzentralen hat inzwischen in allen Bundesländern Fortschritte gemacht.

An nächster Stelle stehen die Ernährungsstörungen. Die Bundesregierung hat deshalb eine Modelleinrichtung gefördert, in der nach einem neuen Verfahren Muttermilch konserviert wird.

Es ist die Aufgabe der zuständigen Landesbehörden, derartige Anregungen der Bundesregierung aufzugreifen und die Einrichtungen der Säuglingsfürsorge den Bedürfnissen der Bevölkerung und dem Stand der Wissenschaft entsprechend anzupassen.

**Frau Schanzenbach (SPD):** Frau Ministerin, nach dem, was Sie sagten, könnte man annehmen, daß die Mütter- und Säuglingsfürsorge bei uns in der Bundesrepublik nicht genügend ausgebaut ist. Haben Sie auch diesen Eindruck?

**Bundesminister Frau Dr. Schwarzhaupt:** Ich habe wohl nur gesagt, daß noch mehr geschehen kann und geschehen sollte und daß die Länder und die zuständigen Gemeindebehörden sicher auch bereit sein werden, den Anregungen — nur solche können wir ja auf diesem Gebiet geben — zu folgen.

**Frau Schanzenbach (SPD):** Hat Ihrer Meinung nach, Frau Ministerin, die Bundesregierung die Möglichkeit, auch in der Aufklärung über Säuglingspflege wesentlich mehr als bisher zu tun oder überhaupt etwas zu tun?

**Bundesminister Frau Dr. Schwarzhaupt:** Wir haben uns auf diesem Gebiet bereits bemüht. Wir sind im Augenblick daran, eine Schrift zur Aufklärung über die Säuglingsernährung herauszugeben; sie wird in nächster Zeit erscheinen. Wir geben sie in Verbindung mit freien Organisationen heraus, die sich damit beschäftigen, die aber von uns unterstützt werden.

**Frau Schanzenbach (SPD):** Was gedenkt die Bundesregierung zu tun, um die Säuglingssterblichkeit, die zuletzt mit 32 auf 1000 Neugeborene angegeben wurde, auf den Stand der Nachbarländer zu vermindern?

**Bundesminister Frau Dr. Schwarzhaupt:** Wie ich schon sagte, sind — übrigens nicht 32 vom Tausend — 29 vom Tausend als Sterbezahl der Säuglinge schon schlimm genug. Da einen hohen Anteil an der Säuglingssterblichkeit die Frühgeburten haben, wird eine verbesserte Betreuung der Schwangeren auch zu einer Senkung der Säuglingssterblichkeit führen.

Ich darf noch einmal auf den Entwurf zum Krankenversicherungs-Neuregelungsgesetz verweisen, in dem Vorsorgeuntersuchungen für werdende Mütter vorgesehen sind. Ich darf auch auf das Bundessozialhilfegesetz verweisen, nach dem Schwangere, die Anspruch auf Leistungen nach diesem Gesetz haben, in der gleichen Weise versorgt werden können.

Neben diesen gesetzlichen Maßnahmen wird eine verstärkte Aufklärung der Mütter unbedingt notwendig sein, die das Ziel hat, daß sich die Frauen während der Schwangerschaft wirklich rechtzeitig und regelmäßig untersuchen und beraten lassen.

Im Auftrage des Bundesministeriums für Gesundheitswesen und des Bundesernährungsministeriums ist eine Broschüre über die Ernährung der werdenden Mütter erarbeitet worden, die in hoher Auflage erscheint und unentgeltlich zur Verfügung gestellt wird.

Zur Eindämmung der Säuglingssterblichkeit muß man auf eine richtige Aufklärung der Mütter hlnwirken. Wie ich hoffe, kann die Säuglingssterblichkeit dadurch vermindert werden. Hier ist z. B. die ständige Werbung für eine Teilnahme an den Schutzimpfungen von Bedeutung.

**Frau Schanzenbach (SPD):** Frau Ministerin, sind Sie und Ihr Ministerium bereit, einen großzügig angelegten, ich möchte fast sagen, Aufklärungsfeldzug zu entfachen, damit die Mütter- und Säuglingssterblichkeit im ganzen Volk gesehen wird, aber auch alle zuständigen Stellen sich an den Bemühungen beteiligen, durch geeignete Maßnahmen die Säuglingssterblichkeit entscheidend zu senken?

**Bundesminister Frau Dr. Schwarzhaupt:** Ich bin durchaus der Meinung — das sagte ich schon —, daß die richtige Aufklärung der Frauen hier eine der wirksamsten Maßnahmen sein wird und daß wir im Rahmen der Zuständigkeiten, die der Bundesregierung gegeben sind, alles einsetzen müssen, was auf diesem Gebiet möglich ist.

**Börner (SPD):**

Ist die Bundesregierung bereit, in Zusammenarbeit mit den Ländern gesetzliche Maßnahmen anzuregen beziehungsweise zu unterstützen, die das Ziel haben, den

hohen Prozentsatz der Mütter- und Säuglingssterblichkeit zu senken?

**Frau Dr. Schwarzhaupt:**

Ihre Frage, Herr Kollege Börner, ist unbedingt zu bejahen. Einen Hinweis auf Maßnahmen in bezug auf Mütter- und Säuglingssterblichkeit geben die Ursachen, um deren Aufklärung wir uns sehr bemüht haben. Für das Jahr 1961 kann ich Ihnen folgende Daten sagen. Auf 100 000 Lebendgeborene kamen 97,4 Müttersterbefälle. Todesursache waren in rund 19 Prozent der Fälle Blutungen in der Schwangerschaft und bei der Entbindung. An nächster Stelle stehen Toxikosen in der Schwangerschaft und im Wochenbett in rund 18 Prozent. Derartige Vergiftungen können vielfach durch rechtzeitige Beratung und Untersuchung während der Schwangerschaft vermieden werden. Sehr hoch ist der Anteil der nächsten Gruppe, nämlich von Infektionen in der Schwangerschaft, bei der Entbindung und im Wochenbett, mit rund 16 Prozent. In diesem Zusammenhang sind auch die Fehlgeburten mit insgesamt 11 Prozent zu nennen. Inwieweit hinter den beiden letzteren Ursachen die Folgen unerlaubter Eingriffe verborgen sind, kann statistisch nicht erfaßt werden.

Diese Todesursachen — also insgesamt 64 Prozent der Müttersterblichkeit in der Bundesrepublik — sind allerdings nach unserer Auffassung und nach Auffassung der Ärzte weithin vermeidbar.

Es liegt auf der Hand, daß dieselben Ursachen, die zur Müttersterblichkeit führen, durch ihre Folgen auch die Säuglingssterblichkeit jedenfalls nachhaltig beeinflussen.

Abhilfe ist von den Maßnahmen zu erwarten, von denen wir vorhin schon mehrfach gesprochen haben, von den erwähnten Vorsorgeuntersuchungen, die im Krankenversicherungs-Neuregelungsgesetz und im Bundessozialhilfegesetz vorgesehen sind. Nach meiner persönlichen Meinung sollte außerdem für die erwerbstätige werdende Mutter die Schonfrist vor der Entbindung von sechs auf acht Wochen heraufgesetzt werden. Auch die Verbesserung der Ausstattung von Krankenhäusern und damit auch von geburtshilflichen Stationen und Entbindungsanstalten dient diesem Ziel. Die Kreditaktion der Bundesregierung zur Modernisierung gemeinnütziger Krankenanstalten hat auch diese Dinge im Auge.

Zur ärztlichen Fortbildung hat das Bundesministerium für Gesundheitswesen unter anderem dadurch einen Beitrag geleistet, daß ein Film über moderne Methoden der Schwangerschaftshygiene und der Entbindungstechnik finanziert wurde.

Die gesundheitliche Aufklärung und Beratung — auch darüber haben wir bei den vorangegangenen Fragen schon gesprochen — ist nach meiner Auffassung eine der wichtigsten Fragen auf diesem ganzen Gebiet.

**Börner (SPD):** Frau Ministerin, darf ich aus Ihrer Antwort entnehmen, daß Sie also das Bundessozialhilfegesetz, die Neuordnung der Krankenversicherung mit den entsprechenden Paragraphen und die Verlängerung der Schutzfristen als ausreichende gesetzliche Maßnahme ansehen würden, um mit diesem Problem fertig zu werden?

**Bundesminister Frau Dr. Schwarzhaupt:** Herr Kollege, ich glaube, diese Frage kann man nicht so beantworten. Wir haben zunächst einmal diejenigen gesetzlichen Maßnahmen, die direkt vor uns lagen und möglich waren,

vorgesehen. Sicher wird auch dann noch manches übrig bleiben, das uns zu weiteren Überlegungen und weiteren Maßnahmen Anlaß gibt. Im Augenblick haben wir die Maßnahmen, von denen gesprochen ist, vorgesehen.

**Börner (SPD):** Welche konkreten Maßnahmen dieser Art sehen Sie für die zukünftige Arbeit Ihres Hauses?

**Bundesminister Frau Dr. Schwarzhaupt:** Herr Kollege. Ich habe Ihnen die konkreten Maßnahmen, die wir im Augenblick vorhaben, genannt, und ich habe Ihnen weiter gesagt, daß außerdem das Wirksamste und Notwendigste eine richtige Aufklärung der Bevölkerung sein wird.

**Dr. Schmid (Offenbach, SPD):** Frau Ministerin, billigen Sie die Haltung der Vertreter der Regierungsparteien im Gesundheitsausschuß, die in der letzten Woche einen Antrag der Sozialdemokraten auf Verlängerung der Schutzfristen auf acht Wochen vor der Entbindung abgelehnt haben?

**Bundesminister Frau Dr. Schwarzhaupt:** Herr Kollege, ich glaube, es ist nicht Sache der Bundesregierung, ein Urteil über das Verhalten des Parlaments abzugeben.

(Beifall bei den Regierungsparteien)

**Dr. Schmid (SPD):** Wiewohl Sie auch Mitglied des Parlaments sind!

Die zweite Zusatzfrage: Ich darf auf meine erste Zusatzfrage zurückkommen. Sie haben erklärt, daß die Bundesregierung seit Jahren bemüht sei, die Ursachen der hohen Mütter- und Säuglingssterblichkeit zu ermitteln und Abhilfe zu schaffen.

(Zuruf von der CDU/CSU: Frage!)

Ich könnte mir vorstellen, daß ausgedehntes Material zur Verfügung steht.

(Erneute Zurufe: Fragen!)

**Dr. Schmid (SPD):** Wären Sie bereit, dieses inzwischen angesammelte Material über die Ursachen in Form einer Denkschrift den Mitgliedern dieses Hauses zur Verfügung zu stellen?

**Bundesminister Frau Dr. Schwarzhaupt:** Soweit sich aus unserem Material gegenüber den sehr ausführlichen Sachverständigengutachten, die die beteiligten Ausschüsse eingeholt haben, etwas Neues ergibt, bin ich bereit, Sie darüber zu informieren. Ich habe zwar nicht vor, mit irgendwelchen Tatsachen zu diesem mich sehr bewegenden Gebiet zurückzuhalten.

**Dr. Kohut (FDP):** Frau Ministerin, darf ich aus Ihrem Hinweis auf eine moderne Hygiene, den Sie in Ihren Ausführungen brachten, den Schluß ziehen, daß man in den deutschen Entbindungsanstalten nicht auf der Höhe der Zeit ist und es vielleicht infolge Personalmangels oder Überbeschäftigung an hundertprozentiger Hygiene fehlt und daß dadurch die Sterbefälle eintreten?

**Bundesminister Frau Dr. Schwarzhaupt:** Herr Kollege Kohut, Sie stellen hier einen etwas kurzschlüssigen Kausalzusammenhang in sehr genereller Weise dar. Daß der Mangel an Fachpersonal in allen Krankenanstalten etwas ist, was uns sehr belastet, und daß die Pflege oft nicht so sein kann, wie wir es wünschen, darüber sind wir uns wohl alle einig. Aber einen prozentual irgendwie faßbaren Anteil gerade an den Erscheinungen, von denen wir eben gesprochen haben, kann ich natürlich nicht feststellen. Das erwarten Sie sicher auch gar nicht.

## Gebißkontrolle, aber kein Behandlungszwang

### Gesundheitsausschuß des Bundestages beriet über Jugendzahnpflegegesetz

Im Ausschuß für Gesundheitswesen des Deutschen Bundestages wird ein von den Fraktionen eingebrachter Entwurf für ein Jugendzahnpflegegesetz behandelt.

Von dem geplanten Gesetz werden alle Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 18 Jahren betroffen. Durch regelmäßige, mindestens einmal jährlich stattfindende Gebißkontrollen soll die Karies, an der nach den Ausführungen des SPD-Abgeordneten Dr. med. dent. Tamblé in vielen Gegenden der Bundesrepublik 60 bis 70 v. H. der Schulkinder leiden, zurückgedrängt werden. Für die Regierungskoalition begründete Frau Dr. med. Heuser den Gesetzentwurf. Aus den Begründungsreden geht hervor, daß alle Fraktionen sich einig sind, die Behandlung festgestellter Zahnschäden weiterhin uneingeschränkt den freipraktizierenden Zahnärzten vorzubehalten. Es ist auch nicht daran gedacht, in irgendeiner Weise einen Behandlungszwang auszuüben, vielmehr soll das Gesetz zur Belehrung und Aufklärung der Kinder und Jugendlichen sowie deren Eltern über sachgemäße Zahn- und Mundpflege beitragen.

## Neue Verordnungen für Hebammen im Bundesrat

Der Bundesrat hat die von der Bundesregierung vorgelegte „Verordnung zur Änderung über die von den Krankenkassen den freiberuflich tätigen Hebammen für Hebammenhilfe zu zahlenden Gebühren“ verabschiedet. Die Verordnung sieht eine Erhöhung der Gebühren um rund 20 Prozent vor.

Eine „Verordnung über die Altersgrenze bei Hebammen“ wurde ebenfalls vom Bundesrat beschlossen. Nach dem Kriege hatten einzelne Länder die Altersgrenze für die berufliche Ausübung der Hebammen von 70 auf 65 Jahre herabgesetzt. Auf Wunsch dieser Länder soll die Altersgrenze bundeseinheitlich wieder auf 70 Jahre festgelegt werden.

## AUS DEM EUROPARAT

### Europäische Sozialcharta soll bald verwirklicht werden

An rasche Ratifizierung der Europäischen Sozialcharta durch die sechs Mitglieder der Europäischen Gemeinschaften hat in Straßburg das Europäische Parlament gemahnt. In der nachstehenden einstimmig angenommenen Entschließung werden die parlamentarischen und administrativen Instanzen der Staaten aufgefordert, ihren Beitrag für die rasche Verwirklichung einer einheitlichen Sozialpolitik in Europa zu leisten. Das Europäische Parlament schließt sich damit einer Reihe von Anfragen an, die in den nationalen Parlamenten der EWG-Länder schon nach der Ratifizierung dieser vom Ministerkomitee des Europarats bereits 1961 unterzeichneten Charta gestellt wurden, in der eine Reihe von Grundsätzen niedergelegt sind, die seitens des Europarats für eine Sozialpolitik als grundlegend betrachtet werden.

### Entschließung des Europäischen Parlaments

Das Europäische Parlament,  
— nach Kenntnisnahme der Unterzeichnung der Euro-

päischen Sozialcharta, die im Rahmen des Europarates ausgearbeitet worden ist —

begrüßt die Bestrebungen zur europäischen sozialen Harmonisierung, die darin ihren Ausdruck finden;

stellt fest, daß die Sozialgesetzgebung der sechs Mitgliedstaaten der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft zahlreiche gemeinsame Vorschriften enthält, die eine weitgehende und baldige Ratifizierung ermöglichen;

ist der Ansicht, daß die Mitgliedstaaten, um das im Vertrag von Rom verankerte Ziel der sozialen Harmonisierung zu verwirklichen, bald zu einer Ratifizierung gelangen sollten, um zur Entwicklung der Integration beizutragen, indem sie die Gemeinsamkeit sozialer Grundsätze untereinander anerkennen;

ist der Auffassung, daß es im Rahmen der allgemeinen Verpflichtungen, die sie aufgrund des Vertrages von Rom eingegangen sind, ihre Aufgabe ist, die geringfügigeren Schwierigkeiten, auf die die Ratifizierung einiger Bestimmungen stoßen könnte, unverzüglich zu beheben, um auch diese Bestimmungen noch in ihre Ratifizierungsurkunde für die Charta aufzunehmen, damit der Kern der Bestimmungen, die von nun an gemeinsam sind, möglichst umfangreich ist;

fordert seine Mitglieder auf, Schritte zu unternehmen, um in den nationalen Parlamenten zu einer positiven Einstellung zur Ratifizierung der Europäischen Sozialcharta zu gelangen, und das Europäische Parlament von dem Ergebnis dieser Bemühungen in Kenntnis zu setzen;

ersucht die Regierungen der Mitgliedstaaten dringend, diesen Erwägungen Rechnung zu tragen, das Ratifizierungsverfahren in kürzester Frist einzuleiten bzw. fortzusetzen und alle Vorkehrungen zu treffen, um es zu beschleunigen;

nimmt von der Aktion der EWG-Kommission bei den Regierungen der Mitgliedstaaten Kenntnis und ersucht die Kommission, ihre Bemühungen um eine Ratifizierung der Charta fortzusetzen und zu intensivieren;

fordert die Regierungen auf, nach dieser Ratifizierung in Zusammenarbeit mit der Exekutive die Prüfung der nicht ratifizierten Bestimmungen zunächst getrennt und dann gemeinsam fortzusetzen, um allmählich die Zahl der im Wege der einfachen Notifizierung ratifizierten Bestimmungen zu erweitern, mit dem Ziel, die europäische Harmonisierung auf sozialem Gebiet voranzutreiben.

## AUS DER LANDESPOLITIK

### Verstöße gegen das Jugendarbeitsschutzgesetz im Jahr 1962

Einstellungsuntersuchungen nur bei 70 Prozent  
vorgenommen

Etwa 20 Prozent aller Jugendlichen lassen sich nicht, wie es im Jugendarbeitsschutzgesetz vorgeschrieben ist, vor dem Eintritt in das Erwerbsleben untersuchen, obwohl eine Beschäftigung des Jugendlichen nur begonnen werden darf, wenn eine Bescheinigung des Arztes über die vorgenommene Untersuchung vorliegt. Arbeitsminister Paul Strenkert hat in seiner diesjährigen Haushaltsrede im Landtag auf die unvollständige Teilnahme der volksschulentlassenen Jugendlichen an den Untersuchungen hingewiesen.

Nach den nun vorliegenden Abschlußzahlen für 1962 haben sich rund 70 Prozent untersuchen lassen. Weiter wird damit gerechnet, daß etwa zehn Prozent der Jugendlichen, vor allem Mädchen, nicht in das Erwerbsleben eintreten, weil sie entweder zu Hause bleiben oder weiterführende Schulen besuchen. Jeder fünfte Jugendliche unterzieht sich also nicht den Untersuchungen, die durch das erst Ende 1960 in Kraft getretene Jugendarbeitsschutzgesetz vorgeschrieben sind. Besonders in kleineren und mittleren Betrieben sind häufig die Untersuchungsformalitäten nicht erfüllt worden. 1962 sind insgesamt 51 200 Jugendliche in Bayern untersucht worden. Sinn der Untersuchung soll sein, die Jugendlichen vor Berufen zu schützen, denen sie körperlich und geistig nicht gewachsen sind. Wenig sinnvoll sei es, wenn häufig die Untersuchung erst nach dem Eintritt in das Berufsleben erfolgt. Sie erfülle ihren Zweck nur, wenn sie vor dem beruflichen Beginn und vor dem Vertragsabschluß vorgenommen werde.

Wenig erfreulich ist die Beteiligung an den in diesem Jahre zum erstenmal durchgeführten Nachuntersuchungen, die in einem einjährigen Abstand zur Erstunter-

suchung erfolgen sollen. Im ersten Quartal 1963 wurden nur 422 und im zweiten Quartal nur 729 Nachuntersuchungen getätigt.

Eine größere Anteilnahme an den Einstellungs- und Nachuntersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz durch eine schärfere Überwachung der dafür zuständigen Gewerbeaufsichtsämter ist nach Auffassung von Oberregierungsgewerberat Gasteiger vom Bayer. Arbeitsministerium unwahrscheinlich. Da es in Bayern insgesamt nur zehn Gewerbeaufsichtsämter gebe, in Augsburg, Bayreuth, Coburg, Landshut, München-Stadt, München-Land, Nürnberg-Fürth, Nürnberg-Land, Regensburg und Würzburg, gestalte sich eine solche Aufgabe für die Aufsichtsbehörden sehr schwierig. Zwar hätten diese Ämter in den letzten fünf Jahren eine personelle Verstärkung um mehr als die Hälfte erfahren, doch sei es selten möglich, mittlere und kleinere Betriebe öfter als einmal jährlich oder alle zwei Jahre einmal zu besichtigen. Die Beamten könnten sich nicht Einzelaufgaben, also hier der Befolgung der Jugendarbeitsschutzbestimmungen, widmen, sondern würden die Einhaltung dieses Gesetzes im Rahmen ihrer normalen Betriebsbesichtigungen überprüfen. Es könne nur eine stichprobenhafte Überwachung vorgenommen werden, von der zu hoffen bleibe, daß sie auch auf die umliegenden Betriebe eine Auswirkung erziele.

Das Jugendarbeitsschutzgesetz von 1960 hat ein kräftiges Ansteigen der Verstöße mit sich gebracht. Während 1959 sich die Zahl der Beanstandungen noch auf 4925 belief, waren es 1961 bereits 12 757. Im Vorjahr war ein geringfügiger Rückgang auf 10 670 Verstöße gegen die gesetzlichen Bestimmungen zu verzeichnen. Die Zunahme der durch die Gewerbeaufsichtsämter festgestellten Verstöße wird auf die in dem neuen Gesetz vorgenommene Ausweitung des Geltungsbereiches auf Hauswirtschaft und Landwirtschaft sowie auf die erhebliche Ausdehnung der Vorschriften zurückgeführt.

An der Spitze stehen die Verstöße gegen die Arbeitszeitvorschrift. Sie ergeben sich meist aus der unterschiedlichen Arbeitszeit für Erwachsene und Jugendliche; bei letzteren dürfen 40 Stunden in der Woche nicht überschritten werden. In der Praxis läßt sich diese Bestimmung schwer durchführen, um nicht den Betriebsablauf zu stören. Auch die Einhaltung der für Jugendliche vorgesehenen Pausen bringt Schwierigkeiten mit sich.

Besonders schwere Probleme stellten dem Jugendarbeitsschutz jene Betriebszweige, die ihren jugendlichen Beschäftigten wenig attraktive Arbeitsbedingungen bieten können, wie z. B. das Gaststättengewerbe. Die Einhaltung der Bestimmungen bereite hier sehr große Schwierigkeiten. „Solange außergewöhnlicher Arbeitskräftemangel besteht, sind Überschreitungen an der Tagesordnung.“ Von der Vorstellung, daß das Gesetz zu hundert Prozent eingehalten werde, müsse man sich freimachen. Selbst wenn die Gewerbeaufsicht verstärkt würde, werde es immer einen gewissen Prozentsatz an Verstößen geben.

Um die Einhaltung der Jugendarbeitsschutzbestimmungen bemüht sich außerdem besonders der Ausschuß für Jugendarbeitsschutz, dem Vertreter der Arbeitgeber, der Arbeitnehmer, des Gesundheitswesens und Berufsschulleiter angehören.

### **Berücksichtigung des geleisteten Sozialdienstes bei der Berufsausbildung \***

Das Bayer. Staatsministerium für Unterricht und Kultus hat folgendes mitgeteilt:

Im Vollzug des Beschlusses des Bayerischen Landtags vom 24. 10. 1962 (Ziff. 1b) findet der geleistete Sozialdienst künftig Berücksichtigung bei der Berufsausbildung der Kindergärtnerinnen und Hortnerinnen und der Wirtschaftsleiterinnen sowie bei der Aufnahme in die Schulen für Kinderpflege und Hauswirtschaft.

Bei der Ausbildung der Sozialarbeiter(innen) wird der freiwillige Sozialdienst im Rahmen der nachzuweisenden beruflichen Vorbildung anerkannt.

Die entsprechenden Anordnungen werden demnächst veröffentlicht werden. Sie lauten im einzelnen:

1. In der Bekanntmachung über die Ausbildung von Kindergärtnerinnen und Hortnerinnen vom 23. Au-

\* Der Landtag hatte am 24. Oktober 1962 über den Antrag der Abgeordneten Dr. Merk, Dr. Soening und Fraktion (CSU) betreffend Berücksichtigung des geleisteten Sozialdienstes bei der Berufsausbildung in seiner heutigen öffentlichen Sitzung beschlossen:

Die Staatsregierung wird ersucht,

1. darauf hinzuwirken, daß der in sozialpädagogischen und sozialpädagogischen Einrichtungen freiwillig geleistete Sozialdienst, soweit er mindestens ein halbes Jahr dauert,
  - a) bei der Gewährung von Kindergeld, Kinderzuschlag und ähnlichen gesetzlichen Vorteilen sowie bei der Einräumung von Steuervergünstigungen der Berufsausbildung gleichgestellt wird,
  - b) bei der Berufsausbildung und beim Studium eines sozialen oder hauswirtschaftlichen Berufs als Praktikum angerechnet wird, soweit die Tätigkeit den Vorschriften für die betreffende Ausbildung entspricht;
2. dem Landtag über das Ergebnis ihrer Bemühungen sowie über die zur Verwirklichung dieses Ersuchens erforderlichen Änderungen von Landesgesetzen und Verordnungen zu berichten.

gust 1950 (BayBSVK S. 569) wird dem letzten Absatz der Ziffer 2b des Abschnittes III folgender Satz angefügt: „Auf diese Tätigkeit wird ein mindestens halbjähriger Sozialdienst voll angerechnet.“

2. In der Bekanntmachung über die Anerkennungsprüfung für Wirtschaftsleiterinnen vom 21. Juni 1957 (BayBSVK S. 2390) wird dem Abschnitt I folgender Satz angefügt: „Ein mindestens halbjähriger Sozialdienst wird auf die vorgeschriebene Zeit des Berufspraktikums voll angerechnet.“
3. In der Bekanntmachung über die Schulen für Kinderpflege und Hauswirtschaft vom 13. März 1957 (BayBSVK S. 2283) erhält die Ziffer 2 des Abschnittes II folgende Fassung: „Der Nachweis einer grundlegenden hauswirtschaftlichen Ausbildung kann auch durch einen mindestens halbjährigen Sozialdienst oder durch eine Aufnahmeprüfung in der Hauswirtschaft erbracht werden.“
4. Die Schul- und Prüfungsordnung für die Höheren Fachschulen für Sozialarbeit vom 1. Juni 1963 enthält in § 3 die Bestimmung: „Als berufliche Vorbildung gilt auch . . . der freiwillige soziale Hilfsdienst.“

### **Richtfest für den Lesesaaltrakt der Bayerischen Staatsbibliothek**

1. Am 9. August feierte die Bayerische Staatsbibliothek das Richtfest ihres Erweiterungsbaues, der sich auf der Ostseite des Gärtnerschen Monumentalbaues auf 60 m Länge in die Grünanlagen zur Kaulbachstraße hin erstreckt. Er ist bestimmt zur Aufnahme der Lesesäle, der Kataloge und der Bibliotheksschule. In 60 000 cbm umbauten Raum werden für 11,6 Mill. DM 13 265 qm Nutzfläche geschaffen. Mit 2 976 qm und insgesamt 450 Arbeitsplätzen wird die größte Bibliothek des deutschen Sprachgebietes wieder die Benützungsmöglichkeiten erhalten, die sie im Krieg verloren hat und die von der deutschen und internationalen Wissenschaft seit Jahren so dringend verlangt werden. Die Bibliotheksschule bildet den Nachwuchs für den höheren, gehobenen und mittleren Dienst an wissenschaftlichen Bibliotheken in Bayern aus. Sie wird nach Fertigstellung der Räume durchschnittlich 30 Referendare, 120 Anwärter des gehobenen und 25 des mittleren Dienstes umfassen. Der mit den Lesesälen und dem Ausleihamt eng verbundene Bereich der Kataloge wird auch dem Bayerischen Zentralkatalog eine endgültige und geräumige Unterkunft verschaffen. Dieser hat sich in den letzten Jahren zu einem hervorragenden Instrument einer schnellen und erfolgreichen Buchversorgung entwickelt. Rohrpost, Förderbänder und andere technische Einrichtungen werden eine Rationalisierung und Beschleunigung der Buchausleihe ermöglichen.
2. Die Bayerische Staatsbibliothek besitzt heute 2,4 Mill. Bände. Zu ihrer Aufstellung werden Regale in einer Länge von 68—70 km benötigt. 600 000 Bände befinden sich noch immer in einem Ausweichlager außerhalb Münchens. Die Bibliothek steht mit 303 Bibliotheken des In- und Auslandes in ständigem Leihverkehr. Sie versendet in diesem Rahmen jährlich durchschnittlich 17 000 Buchpakete. Die 52 000 jährlich nach auswärts verliehenen Bände zeigen die Gesamtbayerische, deutsche und internationale Leistung

der Staatsbibliothek. Der jährliche Zugang an Neuerwerbungen liegt bei 60 000 Bänden. Das verlangt eine Regallänge von durchschnittlich 2 km.

3. Die für 1965 in Aussicht genommene Inbetriebnahme der neuen Lesesäle bringt für den wissenschaftlichen Benutzer neben einem ansprechenden Arbeitsplatz und einer schnellen Buchversorgung noch weitere wesentliche Vorteile:

- a) Die Kapazität der frei zugänglichen Handbibliotheken wird von 8 000 auf zunächst 25 000 und später auf 50 000 Bände erweitert.
- b) Etwa 430 000 Bände der neuesten und wichtigsten Literatur aller Fächer werden in unmittelbarem

Zusammenhang mit den Lesesälen aufgestellt. Sie sind für wissenschaftlich ausgewiesene Benutzer frei und ohne Ausleihformalität zugänglich.

- c) Die Abgrenzung von Magazinen und Lesesälen ist „flexibel“. Durch eine entsprechende Gestaltung der Trennwände können beide ohne Umbauten nach Bedarf vergrößert oder verkleinert werden.
- d) Im neuen Zeitschriftenlesesaal mit 100 Arbeitsplätzen werden rd. 7 000 laufende Zeitschriften, davon 4 000 ausländische, zur freien Einsicht und Benützung aufliegen. Dies verleiht der Arbeit der Bibliothek eine große Aktualität und Bedeutung für den Gesamtbereich des geistigen Verkehrs in München.

## Feuilleton:

### Heb- und Hexenammen

Aus der Frühzeit deutschen Wehmuttertums

Von Wolfgang Gubalke

Es gab in keiner der vorausgegangenen Kulturen eine so prominente Laien-Position am Wochenbett, wie die der deutschen Hebammen im Mittelalter. Hiermit ist nicht in erster Linie die technische Meisterschaft der Handgriffe bei der Entbindung gemeint, von der die sog. „lateinischen Buchärzte“ kaum etwas verstanden. Es geht, über Zuspruch und Gebet hinaus, um die priesterlichen Funktionen von Nottaufe und Absolution, zu der sie berechtigt und verpflichtet waren. Diese qualifizierte Stellung am Wochenbett fiel um so mehr auf, als sein Bereich oft als „unrein“ galt und besonderer Reinigung bedurfte.

In Germaniens Urwäldern pflegten allgemein die „Mitweiber“ bei der Geburt zu helfen, die indessen in prominenten Fällen von einer erfahrenen Edelfrau geleitet wurde. In der „Edda“ erfahren wir aus „Oddruns Klage“ erstmals etwas vom Leben einer solchen Frau, vermutlich im 7. Jahrhundert n. Chr., also vor Verbreitung des Christentums in Germanien. Oddrun, offenbar gerufen von Attilas Schwester, kam „hebend zu helfen auf gezäumtem Rappen und stäubender Straße, gestreckten Laufs zur ragenden Halle“. Ihre erste Frage ist — wie überall dort, wo Völker auf intaktes Familienleben hielten — die nach dem Vater. Als sie hörte, daß die Wöchnerin noch ledig ist, wollte sie schon umkehren, bekannte sich aber schließlich doch durch ein Gelübde gebunden:

„Nur mein Gelübde hab' ich geleistet,  
das ich aussprach: allerordte  
Beistand zu bieten gebärenden Frauen.  
als hier das Erbe die Edellinge teilten(!)“

Die Wehen scheint Oddrun hauptsächlich suggestiv bekämpft zu haben.

„milden Gemüts vor des Mädchens Knien  
setzte sich Oddrun. Und nun sang Oddrun  
wirksame Weisen, gewaltige Weisen  
der gebärenden Borgny zum Beistand zu.“

Als die Edellinge das Erbe geteilt, gelobte Oddrun die Geburtshilfe nach priesterlicher Art.

Bei aller Beherrschung „gewaltiger Weisen“ scheinen die Hebammen aber auch skeptisch gewesen zu sein, wie es sich ja vom Beruf her auch versteht. In seinem „Marienlied“ von 1273 ließ der Mönch Wernhere von Tegernsee zwei Hebammen, von Joseph in den Stall gerufen,

am Lager Marias auftreten. Sie fanden das Kind schon da und begannen es, wie Wernhere sagte, „unzüchtlich“ zu untersuchen, da sie an eine jungfräuliche Geburt nicht glauben konnten. Der „törichten und fürwitzigen“ Salome erstarb darauf die Hand als Strafe für ihren Unglauben und lebte erst wieder auf, als sie erklärte, sich von der jungfräulichen Geburt „überzeugt“ zu haben.

Die kirchenbehördliche Qualifizierung der Hebammen ergab sich mit der Ausbreitung der von Karl d. Großen eingesetzten „Send“-Gerichte, das waren geistliche Gerichte, die im Lande umherreisten und an bestimmten Tagen Gericht hielten (neben den weltlichen Gerichten). Dem Send blieben zwar noch sehr weltliche, aber dem Kirchenrecht unterstehende Vergehen, wie Kindsmord, Abtreibung, Eheverstöße, Prostitution und später vor allem Hexerei vorbehalten. Gelegentlich des Send wurden in der Dorfkirche die Hebammen gewählt, und zwar nur von den Frauen (!) die hier ein eigenes Wahlrecht hatten. Konnten sich allerdings die Frauen nicht einigen, gab der geistliche Richter den Ausschlag. Die gewählte Hebamme hatte einen Eid zu schwören: „Alle Tage, solange ich eine weise Frau bin, soll ich meinem Herrn Proffion (Pfarrer) getreu und hold sein und alle heimlichen Kinder, die im Querspiel gemacht sind, meinem Proffion und dem heiligen Send ansagen. . .“

Damit war die Hebamme einer der wichtigsten Zeugen des Sendgerichts, nicht nur, weil sie sehr viel wußte, sondern auch der Angeklagte seine Unschuld beweisen mußte. In vielen Fällen fungierten Hebammen sogar als öffentliche Anklägerinnen häretischer Erscheinungen. Obwohl aus keiner Stelle der Bibel die Kindstaufe am Wochenbett begründet werden konnte, begann sich die im 11. Jahrhundert von Cluny ausgehende Erneuerungsbewegung mit Werbung und Gewalt durchzusetzen. Das ungetaufte Menschenleben war dem Zugriff des Satans besonders ausgeliefert. Sofortiges Taufen war Abwehr, Prüfstein und Bekenntnis. Viele Bilder der Zeit zeigen den bocksartig Geschwänzten und fiedermausartig Geflügelten, wie er gegen tapfer taufende Hebammen Neugeborene zu entwenden sucht. Der große Prediger Berthold von Regensburg verstand es wirksam, die Bevölkerung mit Darstellungen der „Vorhölle“ zu ängstigen, in denen ungetaufte Kinder zugrunde gingen. Nach seiner „Embryologie“ wurde am 45. Tage nach der Empfängnis aus der Frucht durch die von einem

Engel „eingegossene“ Seele ein Kind. „Und wenn es bei der Geburt nur solange lebt, als eine Hand umgedreht werden vermag, muß es immer und immer leben“, versicherte Berthold. Der praktische Wert dieser Auffassung lag darin, daß er zum fürsorglichen Verhalten riet „Von der Zeit, da Ihr schwanger werdet und Euch der Geburt nähert, sollt Ihr Euch hüten!“

Die Angst, der Teufel könne sich eines Neugeborenen bemächtigen, muß offenbar mitunter zu einem wilden Taufwirrwarr geführt haben. So sah sich denn Berthold zu der Feststellung genötigt: „Es soll aber weder Wein, noch Milch, noch Bier, noch im Sandkasten, sondern nur reines Wasser sein“. Die Hebammen erlangten alsbald eine fast priesterliche Position, für die sie, ordnungsgemäß vorbereitet, zur Nottaufe berechtigt und verpflichtet waren. Es entstanden lebhaft Auseinandersetzungen darüber, welchen Teil eines geborenen Kindes man taufen müsse. Das Reformkonzil von Trier definierte 1310 „Wenn bei einer Kreissenden das Kind nur mit dem Kopf geboren ist und die Geburt nicht beendet werden kann, soll baldigst eine der Hebammen Wasser über den Kopf des Kindes gießen und die Taufformel sprechen.“ Man solle auch taufen, wenn ein „großer Teil“ des Kindes erschienen sei, nicht aber ein kleiner. Könne die Hebamme das Geschlecht nicht erkennen, solle sie — nach einem Kommentar des Bischofs Balduin — modifizieren: „Ich taufe Dich, Geschöpf Gottes. . .“

Die Kirchenbehörden hatten aus naheliegenden Gründen größtes Interesse daran, die Väter unehelicher Kinder zu erfahren. Wie schon bei Oddrun in der „Edda“ war die erste Frage an die Wöchnerin die nach dem Vater. Verweigerte sie im Falle einer illigimen Vaterschaft die Auskunft, war der Hebamme in vielen Gegenden jede weitere Behandlung verboten. Oft hatten die Hebammen die Gottesfürchtigkeit der Wöchnerin zu prüfen. Die Situation der „schweren Stunde“ am Wochenbett war ohnehin hemmungslosen Offenbarungen gewogen. Viele Wöchnerinnen ließen es denn an Beteuerungen ihrer Frömmigkeit nicht fehlen. Daß im übrigen die Wehen mit suggestivem, ausführlichem, von der Hebamme geleitetem Gebet „verarbeitet“ wurden, verstand sich.

Die handgreiflichen Maßnahmen der Hebammen waren grundsätzlich durch die kirchliche Auffassung bestimmt, daß im Falle einer Komplikation das Kind um jeden Preis lebend zur Welt gebracht werden müsse, um ihm die ewige Seligkeit zu erschließen. Die Mütter, die

diese Seligkeit ohnehin besaß, war in einem solchen Falle zu opfern. Daher waren die Hebammen mit dem Kaiserschnitt, den sie beherrschten, schnell zur Hand. Um 900 n. Chr. wurden Gebhard, der spätere Bischof von Konstanz, und Burckhardt, der es danach zum berühmten Abt von St. Gallen brachte, durch Kaiserschnitt geboren und, da man damals noch keine Couveusen kannte, im Bauch eines frisch geschlachteten Schweines am Leben erhalten. Angesichts des Todes der Wöchnerinnen, der so oft in ihre Hand gegeben war, wurde es verständlich, daß man den Hebammen in Deutschland damals sogar das Recht einräumte, Beichten abzunehmen und Absolutionen zu erteilen, was ihre Ausbildung weit über das Handwerkliche hinaus erweiterte.

In der griechisch-römischen Zivilisation war angesichts der herrschenden Unfruchtbarkeit das Bemühen, Kinder um der Alimente oder Prämien willen zu unterschieben, weit verbreitet und die Kontrolle solcher Betrügereien eine wichtige Aufgabe der Hebammen. Solcher Kontrollen bedurfte es im damals so fruchtbaren Germanien nicht. Um so eindringlicher begann die Kontrolle der Rechtgläubigkeit schon in der Schwangerschaft, um mit der Beichte in der schwersten Stunde der Frauen ihren Höhepunkt zu erreichen. Im „Hexenhammer“ von 1484, der in vielen Ländern damals rechtsgültigen Ordnung des Hexenprozesses, wurden die Landespräsidenten angehalten: „ausdrücklich vereidigte Hebammen anzustellen“, ein, wie sich bald zeigte, fragwürdiges Kompliment für den Stand. Die diskrete, heimliche Position am Wochenbett (und vor dem geistlichen Gericht!) wurde mehr und mehr verdächtigt. Unversehens konnte eine mißliebige Geburtshelferin zur „Hexenamme“ werden, hatte doch Papst Innocenz VIII. in seiner Hexen-Bulle konstatiert, es gäbe Personen, „die mit Hilfe des Teufels die Männer am Zeugen und die Weiber am Gebären hindern“. Sog. „Hexenmale“ ließen sich leicht finden. Konnten Hebammen nicht ohnehin Empfängnis verhindern, Abort herbeiführen und den Tod? Die Hexenammen brauchten Kinder, um sie auf dem Blocksberg gebraten zu verzehren und mit ihrem Fett die Reitbesen tragfähiger zu machen, wußte der „Hexenhammer“ sozusagen „amtlich“. . . Die Opferung des Neugeborenen fange übrigens damit an, daß es die Hexenamme schnell in ein Nebenzimmer trüge und sich dort mit ihm vor dem imaginären Teufel auf- und niederbeuge. . .

Anschr. d. Verf.: Dr. Wolfgang Gubalke, München 23, Martiusstraße 2.

## AMTLICHES

Das Bayer. Staatsministerium der Justiz teilt folgendes mit:

**Betreff: Besetzung des Landesberufgerichts für die Heilberufe bei dem Bayerischen Obersten Landesgericht**

Der Senatspräsident am Bayer. Obersten Landesgericht,  
Dr. Karl Hausmann,

wird auf die Dauer von fünf Jahren zum Stellvertreter des Vorsitzenden des Landesberufgerichts für die Heilberufe bei dem Bayer. Obersten Landesgericht ernannt.

**Betreff: Besetzung des Landesberufgerichts für die Heilberufe bei dem Bayerischen Obersten Landesgericht**

Den Senatspräsidenten am Bayerischen Obersten Landesgericht,

Hans Grüber,

entbinde ich mit sofortiger Wirkung von dem Amt des Stellvertreters des Vorsitzenden des Landesberufgerichts für die Heilberufe bei dem Bayer. Obersten Landesgericht.

**Betreff: Besetzung des Berufsgerichts für die Heilberufe bei dem Oberlandesgericht Nürnberg**

Der Landgerichtsrat am Landgericht Nürnberg-Fürth, Johann Mürschberger, wird mit sofortiger Wirkung auf die Dauer von fünf Jahren zum Untersuchungsführer des Berufsgerichts für die Heilberufe bei dem Oberlandesgericht Nürnberg ernannt.

Bekanntmachung des Bayer. Staatsministeriums des Innern vom 19. August 1963 Mr. P 4 — 5355/5 — 9/63 über

**Landesärzte nach dem Bundessozialhilfegesetz**

In Abänderung der MB vom 2. 1. 1963 (StAnz. Nr. 2) wird die neue Anschrift des Landesarztes für Sehbehinderte für die Regierungsbezirke Oberbayern, Niederbayern und Schwaben mitgeteilt:

Prof. Dr. Hanns-Jürgen Merté, Chefarzt der Augenabteilung des Städt. Krankenhauses rechts der Isar, 8 München 8, Ismaninger Straße 22.

**Verordnung zur Änderung der Zweiten Verordnung zur Durchführung des Jugendarbeitsschutzgesetzes**

Vom 13. August 1963

Auf Grund des § 53 Abs. 2 des Gesetzes zum Schutze der arbeitenden Jugend (Jugendarbeitsschutzgesetz) vom 9. August 1960 (BGBl. I S. 665) erläßt die Bayerische Staatsregierung folgende Verordnung:

§ 1

Die Zweite Verordnung zur Durchführung des Jugendarbeitsschutzgesetzes — 2. DVJArbSchG — vom 16. Januar 1962 (GVBl. S. 1) wird wie folgt geändert:

1. § 1 Abs. 1 erhält folgende Fassung:

„Für die Kosten einer ärztlichen Untersuchung nach den §§ 45 oder 48 des Jugendarbeitsschutzgesetzes wird ein Pauschbetrag von 27,— DM für jede Untersuchung erstattet.“

2. § 1 Abs. 3 erhält folgende Fassung:

„In den Beträgen nach Abs. 1 und 2 sind sämtliche sonstigen Kosten, die dem Arzt bei der Untersuchung entstehen, einschließlich der Umsatzsteuer und der Kosten für die erforderlichen Formblätter abgegolten.“

§ 2

Diese Verordnung tritt am 1. April 1963 in Kraft. München, den 13. August 1963

**Landesverordnung zur Änderung der Verordnung über die Abgabe verschreibungspflichtiger Arzneimittel**

Vom 12. Juli 1963

Auf Grund des Art. 72a des Polizeistrafbuchgesetzes vom 26. Dezember 1871 (BayBS I S. 341) in Verbindung mit Art. 78 Abs. 1 Ziff. 4 des Landesstraf- und Verordnungsgesetzes vom 17. November 1958 (BayBS I S. 327), in der Fassung vom 22. Dezember 1960 (GVBl. S. 296), und § 63 Abs. 8 des Arzneimittelgesetzes vom 16. Mai

1961 (BGBl. I S. 533) erläßt das Bayerische Staatsministerium des Innern folgende Verordnung:

§ 1

In der Anlage zur Landesverordnung über die Abgabe verschreibungspflichtiger Arzneimittel (Abgabeverordnung) vom 21. Juli 1961 (GVBl. S. 194), zuletzt geändert durch die Verordnung vom 20. März 1963 (GVBl. S. 54), werden in der Buchstabenfolge eingefügt:

2-Aethyl-3,3-diphenyl-propan-(2)-yl-amin und dessen Salze

1-Aethyl-7-methyl-1,8-naphthyridin-4-on-3-carbonsäure, ihre Salze und Ester (Nalidixinsäure)

$\epsilon$ -Aminocaprinsäure und ihre Salze

Benzilsäure-(2-diaethylaminoethyl)-ester und dessen Salze (Benactyzin)

Benzilsäure-(2-dimethylaminoethyl)-ester und dessen Salze

(4-Butylmercapto-benzhydryl)-(2-dimethylaminoethyl)-sulfid und dessen Salze (Captodiam)

7-Chlor-2-äthyl-1, 2, 3, 4-tetrahydro-4-oxo-6-sulfamylchinazolin und dessen Salze (Quinethazon)

7-Chlor-1,3-dihydro-1-methyl-5-phenyl-2H-1,4-benzodiazepin-2-on und dessen Salze (Diazepam)

4'-Fluor-4-[4'-hydroxy-4'-(tolyl-4'')-piperidino]-butyrophenon und dessen Salze (Methylperidol)

4-Fluor-4-[4-hydroxy-4-(3'-trifluormethyl-phenyl)-piperidino]-butyrophenon und dessen Salze (Triperidol)

1-Methyl-4-amino-N'-phenyl-N'-(2'-thenyl)-piperidin und dessen Salze (Thenalidin)

4-Methyl-5-(2'-chloroethyl)-thiazol und dessen Salze (Chloraethiazol)

3-Methyl-pentanol-(3)-carbammat (Emylcamat)

3-Methyl-pentin-(1)-ol-(3) und dessen Ester (Methylpentynol)

1-(2'-Phenylaethyl)-4-(N-propionyl-anilino)-piperidin und dessen Salze (Phentanyl)

2-Phenylchinolin-4-carbonsäure, ihre Salze und Ester (Cinchophen)

Podophylli emodi — Glycoside und ihre Derivate (z. B. Podophyllotoxin- $\beta$ -D-benzyliden-glucosid)

Podophyllotoxin und dessen Derivate

(z. B. Podophyllinsäure-äthylhydrazid)

Streptokinase

— ausgenommen zur buccalen Anwendung auch im Gemisch mit Streptodornase —

Xanthocillin und dessen Salze.

§ 2

Diese Verordnung tritt am 1. August 1963 in Kraft. Sie gilt bis zum 31. Dezember 1964.

Bek. des BStMdl vom 13. 8. 1963 Nr. III 2 - 5126/1 - 4/63

**Lehrgang für den öffentlichen Gesundheitsdienst**

Das Bayer. Staatsministerium des Innern wird in der Zeit vom 4. November 1963 bis 28. Februar 1964 in München einen Lehrgang für den öffentlichen Gesundheitsdienst abhalten. Zu diesem Lehrgang können 30 Teilnehmer zugelassen werden. Die Teilnahme am Lehrgang ist Voraussetzung der Zulassung zur Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst (Bekannt-

machung des Bayer. Landespersonalamtes vom 21. 12. 1951 über Lehrgang, Prüfung und laufende Beurteilung für die Anstellung als Arzt im öffentlichen Gesundheitsdienst — BayBSVI I S. 225 — i. d. Fassung der Bek. vom 18. 2. 1960 — MABl. S. 294 —). Ärzte, die an dem Lehrgang teilnehmen wollen, werden gebeten, ihr Gesuch bis spätestens 10. Oktober 1963 beim Bayer. Staatsministerium des Innern, München, Odeonsplatz 3, einzureichen.

Die Voraussetzungen für die Teilnahme an dem Lehrgang sind:

1. die medizinische Doktorwürde, die an einer Universität des Bundesgebietes oder vor dem 8. Mai 1945 an einer Universität des ehemaligen Reichsgebietes erworben sein muß,
2. eine Tätigkeit von mindestens 3 Jahren nach der Bestallung als Arzt,
3. eine Tätigkeit von mindestens 3 Monaten als Arzt an einer Anstalt für Geistesranke und als Arzt oder Medizinalassistent an einem Gesundheitsamt.

Dem Gesuch sind folgende Unterlagen beizufügen:

1. Die Bestallung als Arzt in Urschrift (für Vertriebene und Sowjetzonenflüchtlinge gelten die §§ 92 und 93 des Bundesvertriebenengesetzes vom 14. August 1957, BGBl. I S. 1215),
2. das Doktordiplom der medizinischen Fakultät einer deutschen Universität in Urschrift oder amtlich beglaubigter Abschrift (für Vertriebene und Sowjetzonenflüchtlinge gelten die §§ 92 und 93 des Bundesvertriebenengesetzes),
3. ein Nachweis über die bisherige ärztliche Tätigkeit,
4. der Ausweis über den Besitz der deutschen Staatsangehörigkeit,
5. der Spruchkammerbescheid in amtlich beglaubigter Abschrift.

Die Lehrgangsg Gebühr beträgt 150,— DM; sie ist nach Zulassung zum Lehrgang an die Staatsoberkasse München, Postscheckkonto München Nr. 9430, einzuzahlen. Unterkunft kann nicht gestellt werden.

Die Teilnahme am Lehrgang und das Bestehen der Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst begründen keinen Rechtsanspruch auf Anstellung im Staatsdienst.

Für die Meldung zur Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst gilt Abschnitt B der Bekanntmachung des Bayer. Landespersonalamtes vom 21. 12. 1951, betreffend Lehrgang, Prüfung und laufende Beurteilung für die Anstellung als Arzt im öffentlichen Gesundheitsdienst (BayBSVI I S. 225) i. d. Fassung vom 18. 2. 1960 (MABl. S. 294).

### Vollzug der Bundesärzteordnung

Der Niedersächsische Sozialminister in Hannover hat das Ruhen der Bestallung der Frau Dr. Renate Amon, Goslar, z. Z. Nervenkrankenhaus Haar, mit Verfügung vom 26. 9. 1962 verfügt. Der Bescheid ist unanfechtbar geworden.

Der Senator für Gesundheitswesen Berlin hat mit Verfügung vom 6. 2. 1963 das Ruhen der Bestallung des Arztes Theodor Ernst, geb. 23. 11. 1921 in Königs-

berg, wohnhaft in Berlin 4, Ossastraße 12, angeordnet. Der Bescheid ist unanfechtbar geworden.

Der Regierungspräsident in Hildesheim hat die Bestallung des Dr. med. Gotthard Jugel, geb. am 27. 11. 1895 in Hermsdorf, wohnhaft in Bachhagel, Lkr. Dillingen a. d. Donau, mit Verfügung vom 28. 2. 1963 zurückgenommen. Der Bescheid ist noch nicht unanfechtbar geworden.

Das durch Verfügung des Regierungspräsidiums Südbaden vom 27. 3. 1961 angeordnete Ruhen der Bestallung des Arztes Dr. Jochen von Wiekede, geb. am 4. 7. 1914, wohnhaft in Emmendingen, wurde nach § 6 Abs. 2 BÄO aufgehoben.

Bekanntmachung des Bayer. Staatsministeriums der Finanzen vom 31. Juli 1963. Az.: P 2033/1—45147.

### Regelung der Arbeitsbedingungen der Praktikantinnen in der Kranken- und Kinderkrankenpflege

#### I.

Nachstehend wird der am 1. April 1963 in Kraft getretene Tarifvertrag über die Arbeitsbedingungen der Praktikantinnen (Praktikanten) während der praktischen Tätigkeit in der Krankenpflege oder Kinderkrankenpflege nach § 12 des Krankenpflegegesetzes vom 15. Juli 1957 (BGBl. I S. 716) zum Vollzug bekanntgemacht.

#### Tarifvertrag

über die Regelung der Arbeitsbedingungen der Praktikantinnen in der Kranken- und Kinderkrankenpflege vom 19. Juni 1963

#### Zwischen

der Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch den Bundesminister des Innern, der Tarifgemeinschaft deutscher Länder, vertreten durch den Vorsitz der Vorstände, der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände, vertreten durch den Vorstand,

einerseits

und

der Gewerkschaft Öffentliche Dienste, Transport und Verkehr — Hauptvorstand —, der Deutschen Angestellten-Gewerkschaft — Hauptvorstand —

andererseits

wird für die Praktikantinnen (Praktikanten) während der praktischen Tätigkeit in der Krankenpflege oder Kinderkrankenpflege nach § 12 des Krankenpflegegesetzes vom 15. Juli 1957 (BGBl. I S. 716) folgendes vereinbart:

#### § 1

#### Geltungsbereich

Dieser Tarifvertrag gilt für Praktikantinnen (Praktikanten), die in einem Ausbildungsverhältnis zu dem Bund, einem Lande oder einem Mitglied eines Mitgliederverbandes der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände stehen.

#### § 2

#### Entgelt

Die Praktikantinnen (Praktikanten) erhalten ein monatliches Entgelt von 83 v. H. der Summe der Anfangsgrundvergütung der Vergütungsgruppe Kr. III und des

Ortszuschlages der Stufe 1, gegebenenfalls des 3%igen Zuschlages für Berlin und Hamburg. Beträge ab 0,50 DM werden auf volle DM aufgerundet, sonst abgerundet.

Kinderzuschlag wird nach den für die Angestellten der Anstalt jeweils maßgebenden Bestimmungen gewährt.

Das Entgelt ist am 15. eines jeden Monats für den laufenden Monat zu zahlen.

### § 3

#### Arbeitszeit

(1) Die Arbeitszeit einschließlich der Unterrichtsstunden richtet sich nach den bei der Anstalt jeweils maßgebenden Bestimmungen für die Krankenschwestern (Krankenpfleger).

(2) Für den Bereitschaftsdienst ist Nr. 6 Abschn. B SR 2 a BAT sinngemäß mit der Maßgabe anzuwenden, daß 83 v. H. des in Absatz 3 für die Vergütungsgruppe Kr. III der Anlage 1 b zum BAT jeweils festgesetzten Stundensatzes zu gewähren sind. Die Beträge werden auf durch fünf teilbare Beträge auf bzw. abgerundet.

### § 4

#### Fortzahlung des Entgelts bei Erkrankung

Die Praktikantinnen (Praktikanten) erhalten das Entgelt

a) bei einer durch Krankheit verursachten Arbeitsunfähigkeit oder während eines auf Grund der Reichsversicherung verordneten Kur- oder Heilverfahrens bis zur Dauer von sechs Wochen,

b) bei einer Arbeitsunfähigkeit infolge Arbeitsunfalles bis zu einer Dauer von zwölf Wochen,

jedoch nicht über die Dauer des Ausbildungsverhältnisses hinaus, weiter.

### § 5

#### Sonstige Arbeitsbedingungen

Für Mehrarbeit, Arbeit an Sonn- und Feiertagen, Nacharbeit, Gefahrenzulagen, Erholungsurlaub, Fortzahlung des Entgelts in anderen als in § 4 genannten Fällen und Gewährung von Unterkunft und Verpflegung sind die für die Krankenschwestern (Krankenpfleger) bei der Anstalt jeweils maßgebenden Bestimmungen entsprechend anzuwenden. Dies gilt für Praktikantinnen (Praktikanten), deren Ausbildungsverhältnis am 1. Juli 1963 noch nicht beendet ist, auch für die Zulage nach dem Zusatz zu den Vergütungsgruppen Kr. I bis Kr. V in der Anlage 1 b zum BAT.

### § 6

#### Schweigepflicht

Praktikantinnen (Praktikanten) unterliegen bzgl. der Schweigepflicht denselben Bestimmungen wie die bei der Anstalt beschäftigten Krankenschwestern (Krankenpfleger).

### § 7

#### Ausschlußfrist

Ansprüche aus einem Ausbildungsverhältnis, das diesem Tarifvertrag unterliegt, sind innerhalb einer Ausschlußfrist von sechs Monaten nach Entstehen des Anspruchs schriftlich geltend zu machen.

### § 8

#### Inkrafttreten und Geltungsdauer

Der Tarifvertrag tritt am 1. April 1963 in Kraft. Er kann mit einer Frist von einem Monat zum Schluß eines Kalenderjahres gekündigt werden.

### Protokollerklärung zu § 2 Satz 1 und § 3 Abs. 2:

Dem Satz von 83 v. H. in § 2 Satz 1 und § 3 Abs. 2 liegt die Annahme — im Sinne des Schreibens der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte an die Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände vom 21. Oktober 1960 — zugrunde, daß die Praktikantinnen (Praktikanten) in der Kranken- und Kinderkrankenpflege

a) gemäß § 22 Abs. 2 des Krankenpflegegesetzes vom 15. Juli 1957 (BGBl. I S. 716) in Verbindung mit § 8 Abs. 3 der ersten Verordnung über die berufsmäßige Ausübung der Krankenpflege und die Errichtung von Krankenpflegesschulen (Krankenpflegeverordnung) vom 28. September 1938 (RGBl. I S. 1310) von der Beitragspflicht zur Krankenversicherung befreit sind und

b) gemäß § 4 Abs. 1 Nr. 4 AVG n. F. versicherungsfrei in der Angestelltenrentenversicherung sind.

Für den Fall, daß der Krankenhausträger entgegen der Rechtsauffassung der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte Arbeitnehmerbeiträge zur Rentenversicherung einbehält, tritt in § 2 Satz 1 und § 3 Abs. 2 an die Stelle des Satzes von 83 v. H. der Satz von 90 v. H.

Freiburg im Breisgau, den 19. Juni 1963

## II.

Zur Durchführung des vorstehenden Tarifvertrages wird auf folgendes hingewiesen:

1. Von der Angestelltenversicherungspflicht sind die Praktikantinnen nach § 4 Abs. 1 Nr. 4 AnVG befreit. Sie unterliegen jedoch nach der hier vertretenen Auffassung der Kranken- und Arbeitslosenversicherung; die Beiträge sind je zur Hälfte vom Freistaat Bayern und von den Praktikantinnen zu tragen. Die Einbehaltung dieser gesetzlichen Versicherungsbeiträge hat aber keinen Einfluß auf den im Tarifvertrag vereinbarten Satz von 83 v. H. der Anfangsgrundvergütung der Vergütungsgruppe Kr. III und des Ortszuschlages der Stufe 1. Dieser Bemessungssatz erhöht sich vielmehr nach der Protokollnotiz zu § 2 Satz 1 und § 3 Abs. 2 des Tarifvertrages nur dann auf 90 v. H., wenn Arbeitnehmerbeiträge zur Rentenversicherung einbehalten werden.

2. Die FMBek. vom 28. September 1960 Nr. P 2170 A — 73 913 (StAnz. Nr. 40, FMBl. S. 1174) und vom 7. August 1961 Az. P 2170 A — 51 243 (StAnz. Nr. 32, FMBl. S. 1150) sind mit Ablauf des Monats März 1963 gegenstandslos geworden.

Bekanntmachung des Bayer. Staatsministeriums des Innern vom 8. Juli 1963 Nr. III 7 — 5455/10 — 8 über die

### Gewährdauer von Impfstoffen und Seren

Das Paul-Ehrlich-Institut, Staatliche Anstalt für experimentelle Therapie in Frankfurt a. M., hat mitgeteilt, daß die Gewährdauer für nachstehend aufgeführte Impfstoffe und Seren abgelaufen ist:

#### Die Diphtherie-Sera

mit den Kontrollnummern

6892 u. 6893 (sechstausendachthundertzweiundneunzig und sechstausendachthundertdreiundneunzig) aus den Behringwerken A.G., Marburg a.d. Lahn.

**Die Gasbrand-(Gasoedem-)Sera**

mit den Kontrollnummern

- 581—584 (fünfhunderteinundachtzig bis  
fünfhundertvierundachtzig)  
aus den Behringwerken A.G., Marburg a. d. Lahn.

**Die Rohsera zur Bestimmung der Blutfaktoren M u. N**

1. mit den Kontrollnummern

- 1568 (eintausendfünfhundertachtundsechzig)  
1697 (eintausendsechshundertsiebenundachtzig)  
aus den Behringwerken A.G., Marburg a. d. Lahn;

2. mit den Kontrollnummern

- 1666 u. 1667 (eintausendsechshundertsechszwanzig und  
eintausendsechshundertsiebenundsechzig)  
aus dem Asid-Institut GmbH., Lohhof b. München.

**Die Testsera (flüssig, agglutinierend) zur Bestimmung des Rhesusfaktors D (Rh<sub>0</sub>)**

1. mit Kontrollnummern

- 1935 (eintausendneunhundertfünfunddreißig)  
1961 (eintausendneunhundertsechszwanzig)  
1987 (eintausendneunhundertsiebenundachtzig)  
aus den Behringwerken A.G., Marburg a. d. Lahn;

2. mit den Kontrollnummern

- 1893 (eintausendachtunddreißig)  
1931 (eintausendneunhundertsechszwanzig)  
1990 (eintausendneunhundertneunzig)  
aus dem Biotest-Serum-Institut, Frankfurt a. M.

**Die Testsera (flüssig, supplementwirksam) zur Bestimmung des Rhesusfaktors D (Rh<sub>0</sub>)**

1. mit den Kontrollnummern

- 1553 u. 1554 (eintausendfünfhundertdreißig und  
eintausendfünfhundertvierundfünfzig)  
1590 (eintausendfünfhundertneunzig)  
1601 (eintausendsechshundertsechszwanzig)  
1631 u. 1632 (eintausendsechshundertsechszwanzig und  
eintausendsechshundertvierunddreißig)  
1646 u. 1647 (eintausendsechshundertsechszwanzig und  
eintausendsechshundertvierundvierzig)  
1660 (eintausendsechshundertsechszwanzig)  
1662 (eintausendsechshundertvierundsechszwanzig)  
1699 (eintausendsechshundertneunundneunzig)  
aus den Behringwerken A.G., Marburg a. d. Lahn;

2. mit den Kontrollnummern

- 1537 u. 1538 (eintausendfünfhundertsiebenunddreißig und  
eintausendfünfhundertachtunddreißig)  
1571 (eintausendfünfhundertsiebenundsechszwanzig)  
1602 (eintausendsechshundertsechszwanzig)  
1636 (eintausendsechshundertachtunddreißig)  
1656—1658 (eintausendsechshundertsechszwanzig und  
eintausendsechshundertachtundfünfzig)  
1677 (eintausendsechshundertsiebenundsechszwanzig)  
aus dem Biotest-Serum-Institut, Frankfurt a. M.;

3. mit den Kontrollnummern

- 1588 u. 1589 (eintausendfünfhundertachtundachtzig und  
eintausendfünfhundertneunundachtzig)  
1596 (eintausendfünfhundertsechszwanzig)  
1685 u. 1686 (eintausendsechshundertfünfundachtzig und  
eintausendsechshundertsechszwanzig)  
aus dem Serum-Institut Dr. H. Molter, Heidelberg;

4. mit der Kontrollnummer

- 1612 (eintausendsechshundertzwölf)  
aus dem Serum-Institut, Berlin;

5. mit der Kontrollnummer

- 1628 (eintausendsechshundertachtundzwanzig)  
aus dem Serologischen Chemischen Institut,  
Dr. E. Cohnen, Bonn.

**Die Testsera (flüssig) zur Bestimmung der Blutgruppen A, B, O**

1. mit den Kontrollnummern

- 1573—1575 (eintausendfünfhundertdreißig bis  
eintausendfünfhundertfünfundsechszwanzig)  
1640—1642 (eintausendsechshundertvierzig bis  
eintausendsechshundertvierundvierzig)  
1691—1693 (eintausendsechshunderteinundneunzig bis  
eintausendsechshundertdreißig)  
aus dem Asid-Institut GmbH., Lohhof b. München;

2. mit den Kontrollnummern

- 1542—1548 (eintausendfünfhundertvierundvierzig bis  
eintausendfünfhundertachtundvierzig)  
1564—1566 (eintausendfünfhundertvierundsechzig bis  
eintausendfünfhundertsechszwanzig)  
1569 u. 1570 (eintausendfünfhundertneunundsechzig und  
eintausendfünfhundertsiebzig)  
1578—1583 (eintausendfünfhundertsechszwanzig bis  
eintausendfünfhundertdreißig)  
1593—1595 (eintausendfünfhundertdreißig bis  
eintausendfünfhundertfünfundneunzig)  
1597—1600 (eintausendfünfhundertsiebenundneunzig bis  
eintausendsechshundert)  
1603—1611 (eintausendsechshundertunddrei bis  
eintausendsechshundertelf)  
1620—1622 (eintausendsechshundertzwanzig bis  
eintausendsechshundertsechszwanzig)  
1633—1635 (eintausendsechshundertdreißig bis  
eintausendsechshundertfünfunddreißig)  
1643—1645 (eintausendsechshundertdreißig bis  
eintausendsechshundertvierundvierzig)  
1648—1651 (eintausendsechshundertachtundvierzig bis  
eintausendsechshundertneunundfünfzig)  
1653—1655 (eintausendsechshundertdreißig bis  
eintausendsechshundertfünfundfünfzig)  
1663—1665 (eintausendsechshundertsechszwanzig bis  
eintausendsechshundertfünfundsechszwanzig)  
1668—1670 (eintausendsechshundertachtundsechszwanzig bis  
eintausendsechshundertsiebzig)  
1674—1676 (eintausendsechshundertvierundsechszwanzig bis  
eintausendsechshundertsechszwanzig)  
1688—1690 (eintausendsechshundertachtundachtzig bis  
eintausendsechshundertneunundachtzig)  
1695—1697 (eintausendsechshundertfünfundneunzig bis  
eintausendsechshundertsiebenundneunzig)  
aus den Behringwerken A.G., Marburg a. d. Lahn;

3. mit den Kontrollnummern

- 1555 (eintausendfünfhundertfünfundfünfzig)  
1585 (eintausendfünfhundertfünfundachtzig)  
1614—1616 (eintausendsechshundertvierzehn bis  
eintausendsechshundertsechszwanzig)  
1623 (eintausendsechshundertdreißig)  
1630 (eintausendsechshundertdreißig)  
1636 u. 1637 (eintausendsechshundertsechszwanzig und  
eintausendsechshundertsiebenunddreißig)  
1639 (eintausendsechshundertneununddreißig)  
1671—1673 (eintausendsechshundertsechszwanzig bis  
eintausendsechshundertdreißig)  
1678—1680 (eintausendsechshundertachtundsechszwanzig bis  
eintausendsechshundertachtundachtzig)  
aus dem Biotest-Serum-Institut, Frankfurt a. M.;

4. mit den Kontrollnummern

- 1625—1627 (eintausendsechshundertsechszwanzig bis  
eintausendsechshundertsiebenundsechszwanzig)  
aus dem Serologischen Chemischen Institut,  
Dr. E. Cohnen, Bonn;

5. mit den Kontrollnummern

- 1558—1563 (eintausendfünfhundertachtundfünfzig bis  
eintausendfünfhundertdreißig)  
1617—1619 (eintausendsechshundertsieben bis  
eintausendsechshundertneunundsechszwanzig)  
1681—1683 (eintausendsechshundertachtundachtzig bis  
eintausendsechshundertdreißig)  
aus dem Serum-Institut Dr. H. Molter,  
Heidelberg;

**Die Tetanus-Sera**

1. mit den Kontrollnummern

- 91 (einundneunzig)  
93 (dreiundneunzig)  
aus dem Asid-Institut GmbH., Lohhof  
bei München;

2. mit den Kontrollnummern

- 6978—6981 (sechstausendneunhundertachtundsechszwanzig bis  
sechstausendneunhundertneunundachtzig)  
6983—6986 (sechstausendneunhundertdreißig bis  
sechstausendneunhundertachtundneunzig)  
aus den Behringwerken A.G., Marburg a. d. Lahn;

3. mit den Kontrollnummern

- FP 2125 FP (zweitausendeinhundertfünfundzwanzig)  
FP 2139 FP (zweitausendeinhundertneunddreißig)

Zur Säureaktivierung u.  
Magensaftsubstitution

# Helo-acid<sup>®</sup>

Dragées

*ohne HCl* deshalb

echte Stimulierung und  
anhaltende Regulierung  
der Magenfunktion . . .

**Helo-acid comp.**

. . . bei gleichzeitiger Ferment-  
schwäche im oberen Darmbereich



HELOPHARM KG  
BERLIN



## **Perkutanes Antirheumaticum**

# **Helojodan<sup>®</sup>**

Salbe und Liniment

**mit verstärkter Tiefenwirkung  
u. anhaltender Schmerzstillung**

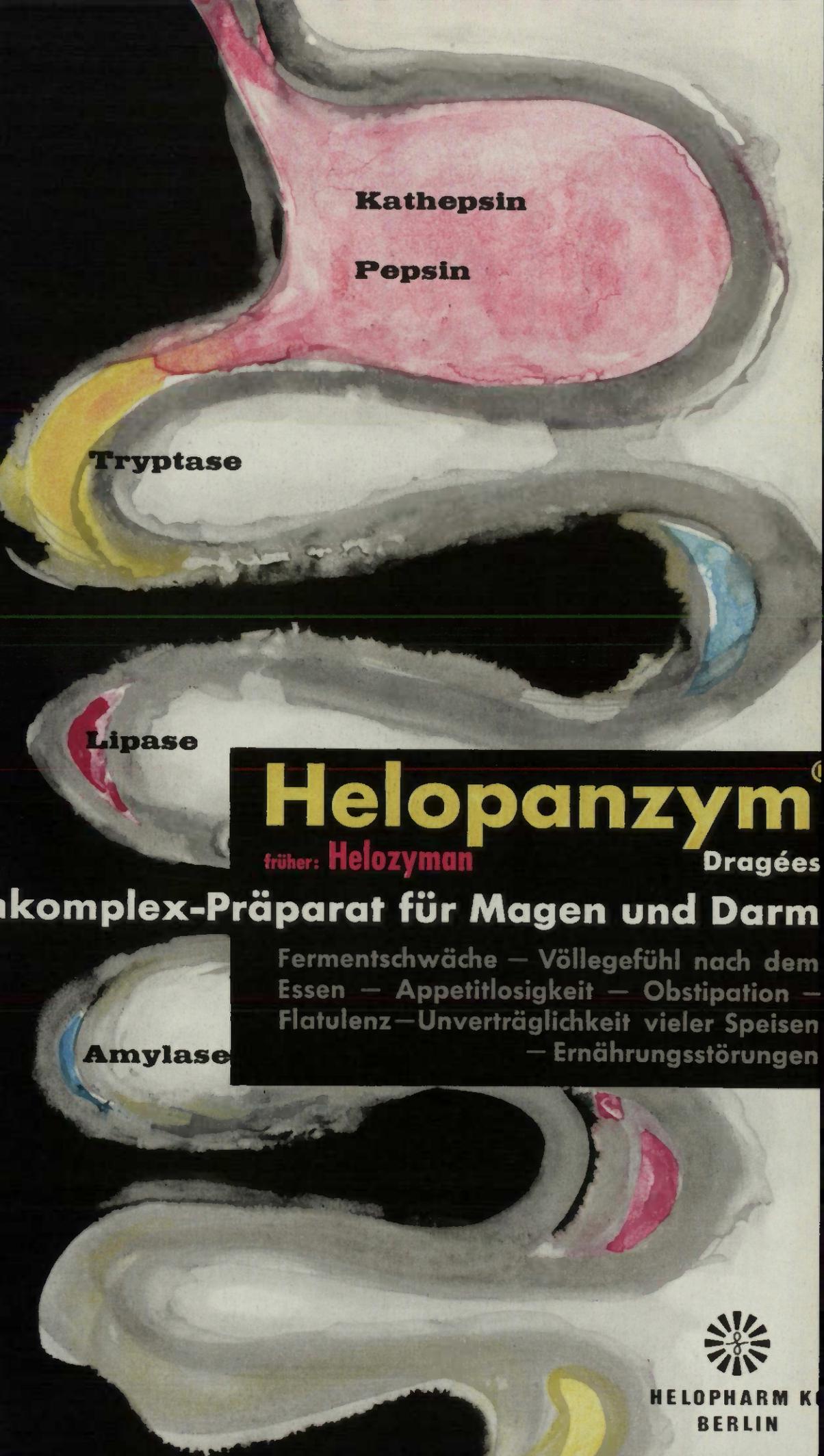
### **Wichtige Erkenntnisse auf dem Gebiet der Rheumatherapie Jod in der Rheumabehandlung**

In der britischen „Medical World“ berichten  
HAGENBACH u. WALMSLEY in ihrer Arbeit

#### **„Rheumatoid Arthritis and Allergic Conditions“,**

daß Jod in der Rheumabehandlung ähnliche Wirkungen erkennen läßt, wie vergleichsweise Cortison und ACTH; der Therapieerfolg ist jedoch anhaltender und mit weniger Nebenwirkungen verbunden. Besonders auffällig ist das schnelle Nachlassen der Schmerzen sowie die zunehmende und anhaltende Bewegungsfreiheit der erkrankten Muskelgruppen, Sehnenbänder und Gelenke. Im Gegensatz der subjektiven Besserung konnte ein ständiger Abfall der Blutsenkungsgeschwindigkeit – wenn auch nicht immer bis zur Norm – und eine Erhöhung der Haemoglobinwerte festgestellt werden. Allergische Reaktionen wurden in keinem Falle beobachtet und die Autoren neigen zu der Ansicht, daß es für den Rheumatiker vielleicht charakteristisch sei, daß er zu keiner Jodüberempfindlichkeit neige. In 85 Prozent der von ihnen mit dem Jodpräparat behandelten Fälle sei ein Heilungserfolg zu verzeichnen gewesen.  
Aus „Medical World“ 53, Seite 149-155  
(Original Work in General Practice).





**Kathepsin**

**Pepsin**

**Tryptase**

**Lipase**

**Helopanzym**<sup>®</sup>

früher: **Helozyman**

Dragées

**Enzymkomplex-Präparat für Magen und Darm**

Fermentschwäche — Völlegefühl nach dem Essen — Appetitlosigkeit — Obstipation — Flatulenz — Unverträglichkeit vieler Speisen — Ernährungsstörungen

**Amylase**



**HELOPHARM K  
BERLIN**

Physiologisches Archiv Bd. 27/1903

# Contrasthman

Antiasthmaticum

Respiraticum



rasche und sichere Kupierung des Anfalls

anhaltende Behebung der Krampfbereitschaft

optimale Verträglichkeit bei allergischen Reizzuständen

komplexe Regulation der Atmungsfähigkeit

Tabletten

Ampullen



HELOPHARM KG · BERLIN

FP 2140 FP (zweitausendeinhundertvierzig)  
 FP 2093 FP (zweitausenddreihundneunzig)  
 aus der Firma Burroughs Wellcome, London;

4. mit den Kontrollnummern  
 16 u. 17 (sechzehn und siebzehn)  
 aus dem Serumwerk Memsen, Memsen  
 über Hoya/Weser;

#### Die Diphtherie Kurantigene

mit der Kontrollnummer  
 333 (dreihundertdreißig)  
 aus den Behringwerken A.G., Marburg a. d. Lahn;

#### Die Diphtherie- und Diphtherie-Mischimpfstoffe

1. mit den Kontrollnummern  
 26 (sechszwanzig) Diphtherie-Tetanus  
 27 (siebenundzwanzig) Diphtherie-Pertussis-Tetanus

aus dem Asid-Institut GmbH., Lohhof  
 bei München;

2. mit den Kontrollnummern  
 327 (dreihundertsiebenundzwanzig)  
 Diphtherie-Pertussis-Tetanus  
 331 u. 332 (dreihunderteinunddreißig und  
 dreihundertzweiunddreißig) Diphtherie-Tetanus  
 aus den Behringwerken A.G., Marburg a. d. Lahn;

#### Die Wundstarrkrampf-(Tetanus-)Impfstoffe und Tetanus-Mischimpfstoffe

- mit den Kontrollnummern  
 51 (einundfünfzig) = Tetanus  
 52 (zweiundfünfzig) = TABTet  
 53 (dreiundfünfzig) = TABTet  
 54 (vierundfünfzig) = Tetanus  
 aus den Behringwerken A.G., Marburg a. d. Lahn.

## GESETZES- UND RECHTSFRAGEN

### Bundesverfassungsgericht erklärt die Bedürfnisprüfung bei der Beteiligung der leitenden Krankenhausärzte an der kassenärztlichen Versorgung für verfassungsgemäß

Das Bundessozialgericht hatte nach dem sog. Kassenarzturteil des Bundesverfassungsgerichts vom 23. März 1960 in einer Revisionssache die Meinung vertreten, daß die Gesetzesbestimmung, wonach eine sog. Chefarztbeteiligung an der kassenärztlichen Versorgung nur dann ausgesprochen werden kann, wenn diese Beteiligung „notwendig ist um eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten zu gewährleisten“ (§ 368 a Abs. 8, Satz 1 RVO), verfassungswidrig die Rechte der Chefärzte beschränke. Es legte diese Frage dem Bundesverfassungsgericht 1960 zur Entscheidung vor. Der Auffassung des Bundessozialgerichts schlossen sich mehrere Sozialgerichte an.

Das **Bundesverfassungsgericht** erklärte durch **Beschluß vom 23. Juli 1963** (Aktenzeichen: — 1 BvL 1/61 — 1 BvL 4/61 —) die Bedürfnisklausel in § 368 a Abs. 8, Satz 1 VO als mit dem Grundgesetz vereinbar. Die Entscheidung ist — über den Rahmen der gestellten Frage hinaus — von außerordentlicher sozialpolitischer Bedeutung, auch für die Zukunft.

#### Leitsatz

„Aus Art. 12 Abs. 1 GG läßt sich ein Rechtsanspruch der leitenden Krankenhausärzte auf Beteiligung an der kassenärztlichen Versorgung nicht herleiten.“

Aus den Gründen:

#### I.

In der sozialen Krankenversicherung ist die ambulante Behandlung der Versicherten in erster Linie den freipraktizierenden Ärzten vorbehalten. Der Gesetzgeber ging davon aus, daß der Kassenarzt den Kassenmitgliedern grundsätzlich voll zur Verfügung stehen müsse. § 20 Abs. 1 der Zulassungsordnung für Ärzte (ZO) vom 28. Mai 1957 (BGBl I S. 572) bestimmt daher:

Für die Ausübung kassenärztlicher Tätigkeit ist nicht geeignet ein Arzt, der wegen eines Beschäftigungsverhältnisses oder wegen anderer nicht ehrenamtlicher Tätigkeit für die Versorgung der Versicherten persönlich nicht in erforderlichem Maße zur Verfügung steht.

Damit sind die **Chefärzte** (Leiter der Krankenhäuser oder ihrer selbständigen Fachabteilungen) in aller Regel von der „Zulassung“ zu den Krankenkassen ausgeschlossen. Um die besonderen Erfahrungen von Chef-

ärzten und die ihnen in den Krankenhäusern zur Verfügung stehenden Einrichtungen den Kassenmitgliedern auch dann zugute kommen zu lassen, wenn sie nicht ins Krankenhaus eingeliefert, sondern ambulant behandelt werden, hat der Gesetzgeber die „Beteiligung“ geschaffen. § 368 a Abs. 8 Reichsversicherungsordnung (RVO) bestimmt hierzu:

Die angestellten oder im Beamtenverhältnis stehenden leitenden Krankenhausärzte (Chefärzte und Leiter selbständiger Fachabteilungen) sind vom Zulassungsausschuß auf ihren Antrag hin für die Dauer ihrer Tätigkeit an dem Krankenhaus an der kassenärztlichen Versorgung auf Überweisung durch Kassenärzte zu beteiligen, sofern eine Beteiligung notwendig ist, um eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Voraussetzung für die Beteiligung ist die Eintragung des Krankenhausarztes in das Arztregister. Für die Dauer und den Umfang ihrer Beteiligung haben diese Ärzte die Rechte und Pflichten der Kassenärzte.

Der beteiligte Chefarzt kann also vom Kassenpatienten nicht unmittelbar in Anspruch genommen werden, sondern nur dann, wenn der Kassenarzt die Überweisung vorgenommen hat. Dabei ist die Beteiligung gemäß § 29 ZO auf gewisse Leistungen beschränkt, und zwar auf Untersuchungen zum Zwecke der Krankheitserkennung, konsiliarische Beratung des Kassenarztes bei der Behandlung, Durchführung besonderer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und — im Einvernehmen mit dem Kassenarzt — ambulante Nachbehandlung nach Krankenhausaufenthalt. Der Chefarzt ist an den **Überweisungsauftrag** des Kassenarztes gebunden und muß sich bei seiner Tätigkeit im Rahmen dieses Auftrages halten.

„Beteiligt“ werden nicht das Krankenhaus oder seine Abteilungen, sondern der Chefarzt persönlich. Dementsprechend erhält er seine Vergütung unmittelbar von der kassenärztlichen Vereinigung. Allerdings gilt seine Beteiligung nur für die Dauer seiner Tätigkeit am Krankenhaus und erlischt mit dem Anstellungsverhältnis. Die Beteiligung hat **subsidiären Charakter**; sie soll eine Lücke schließen und tritt daher nur ein, wenn sie notwendig ist, um eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Beteiligung liegt nicht im Ermessen des Zulassungsausschusses.

ses. Ob sie notwendig ist, ist Tatfrage. Ist die Notwendigkeit zu bejahen, dann hat der Chefarzt einen (gegebenenfalls einklagbaren) Anspruch auf Beteiligung. Umgekehrt kann diese vom Zulassungsausschuß zurückgenommen werden, wenn ihre Voraussetzungen fortfallen, z. B. eine Notwendigkeit für die Heranziehung des Chefarztes nicht mehr besteht, weil sich am gleichen Ort Kassenschärzte desselben Fachs neu niedergelassen haben.

Auch ohne Beteiligung von Chefarzten können die besonderen Einrichtungen eines Krankenhauses für die Kassenpraxis dadurch nutzbar gemacht werden, daß auf Grund besonderer Vereinbarungen zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenhausträger gemäß § 368 n Abs. 2 Satz 2 RVO das Krankenhaus auf Anforderung von Kassenärzten besondere ärztliche Sachleistungen ausführt, die dann außerhalb der Gesamtvergütung unmittelbar zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und dem Krankenhausträger verrechnet werden.

II. . . .

III. . . .

IV.

1. Das Bundessozialgericht nimmt zutreffend an, daß § 368 a Abs. 8 Satz 1 RVO nicht schon deshalb nichtig ist, weil er von der Feststellungswirkung des Kassenarzt-Urteils des Bundesverfassungsgerichts vom 23. März 1960 erfaßt werde. Jenes Urteil räumt nur dem freipraktizierenden Arzt einen Rechtsanspruch auf Zulassung ein. § 368 a Abs. 1 Satz 1 RVO wurde, soweit er sich auf Ärzte bezieht, für nichtig erklärt, weil er die Zulassung „niedergelassener“ Ärzte zu den RVO-Kassen von einer Verhältniszahl abhängig machte. In der Begründung sind ferner alle Vorschriften für gegenstandslos erklärt worden, die dem Vollzug des § 368 a Abs. 1 Satz 1 RVO in seiner verfassungswidrigen Funktion als Mittel der Zulassungsbeschränkung dienen. § 368 a Abs. 8 RVO gehört nicht dazu.

Wegen ihres subsidiären Charakters und ihres geringeren Umfangs war die Beteiligung von Anfang an von einer Verhältniszahl unabhängig. Sie ist nicht an einen Kassenarztsitz gebunden. Die beteiligten Ärzte wurden bei Ermittlung der Verhältniszahl nicht eingerechnet. Die Beteiligung selbst erfolgte ohne Rücksicht auf die Zahl der bereits zugelassenen und der beteiligten Ärzte. Sie hat also mit der Verhältniszahl, die im Kassenarzt-Urteil für verfassungswidrig erklärt wurde, nichts zu tun. § 368 a Abs. 8 Satz 1 RVO dient daher nicht dem Vollzug des § 368 a Abs. 1 Satz 1 RO. Ob er mit Art. 12 Abs. 1 Satz 1 GG vereinbar ist, muß selbständig geprüft und entschieden werden.

2. Die Kläger meinen, ein Chefarzt, der neben der Krankenhaustätigkeit Privatpraxis betreibt, übe zwei Berufe nebeneinander aus; der Antrag auf Beteiligung sei ein Akt der Berufswahl. Er dürfe nur abgelehnt werden, wenn dringende Interessen des Gemeinwohls es erforderten. Dies trifft jedoch nicht zu.

a) Schon die Auffassung, der Chefarzt übe im Hinblick auf seine Privatpraxis zwei verschiedene Berufe aus, begegnet erheblichen Bedenken. Dem Chefarzt wird in der Regel vom Krankenhausträger die Befugnis belassen, eine Privatpraxis zu betreiben, soweit hierdurch seine Krankenhaustätigkeit nicht beeinträchtigt wird (vgl. die zwischen der Deutschen Krankengesellschaft und dem Verband der Leitenden Krankenhaus-

ärzte vereinbarten „Grundsätze für die Gestaltung von Verträgen zwischen Krankenhausträgern und leitenden Abteilungsärzten (Chefarzten)“ abgedruckt in „Der Krankenhausarzt“, 1957 S. 89). Der Vorlagebeschluß des Bundessozialgerichts bezeichnet diese Privatpraxis als typisch für das Berufsbiid des Chefarztes. Sie als freiberuflich zu bezeichnen, ist jedoch irreführend. Zum Wesen des freien Berufes gehört die Unabhängigkeit in der gesamten Berufsgestaltung: der Angehörige eines freien Berufes hat die freie Verfügung über die eigene Arbeitskraft, kann insbesondere seine Arbeitszeit frei einteilen, er trägt aber auch das volle wirtschaftliche Berufsrisiko. Diese Merkmale treffen beim freipraktizierenden Arzt zu. Er leistet keine „abhängige Arbeit“. Der Chefarzt dagegen ist angestellter Arzt und dadurch weitgehend gebunden. Wenn er auch bei seinen ärztlichen Entscheidungen keinen Weisungen unterliegt, so hat er doch seine Arbeitskraft in erster Linie der stationären Behandlung der Krankenhauspatienten zu widmen. Dadurch wird seine Arbeitszeit im wesentlichen in Anspruch genommen, auch wenn er sie im einzelnen frei einteilen kann. Seine Privatpatienten darf er nur ausnahmsweise außerhalb des Krankenhauses behandeln. Im Regelfall stellt ihm auch für diesen Teil seiner Tätigkeit das Krankenhaus die Praxisräume, das Personal und die erforderlichen Einrichtungen zur Verfügung. Das Krankenhaus hat auch ein finanzielles Interesse an der Privatpraxis des Chefarztes, da er für die Benutzung von Räumen, Personal und Einrichtungen einen Teil seines Honorars abführen muß. Im Anstellungsvertrag wird deshalb der Chefarzt regelmäßig verpflichtet, für die Privatpraxis Einrichtungen und Personal des Krankenhauses zu verwenden. So gesehen, stellt sich die Privatpraxis des Chefarztes nicht als selbständige, freiberufliche Tätigkeit, sondern als Nebenfunktion der Krankenhaustätigkeit dar, zumal auch das Berufsrisiko praktisch ausgeschaltet ist, da der Chefarzt die Unkosten für Praxisräume, Hilfspersonal und Einrichtung nicht selbst aufzubringen braucht. Seine Existenz ist durch die Vergütung für die stationäre Behandlung der Krankenhauspatienten gesichert.

b) Einer abschließenden Prüfung der Frage, ob der Privatpraxis betreibende Chefarzt nur einen oder zwei Berufe ausübe, bedarf es jedoch nicht, denn keinesfalls wäre die aufgrund der Beteiligung ausgeübte Tätigkeit (ambulante Behandlung von Kassenpatienten) ein zusätzlicher dritter Beruf. Sie hat, wenn auch dem Umfang nach beschränkt, die gleichen Tätigkeiten zum Inhalt wie die Privatpraxis: Diagnose, Anwendung besonderer Behandlungsmethoden und Nachbehandlung nach Krankenhausaufenthalt. Dazu tritt die konsiliarische Beratung des behandelnden Kassenarztes. Sie gehört zum ambulanten Tätigkeitsbereich und damit zur Privatpraxis des Chefarztes. Das Entgelt wird ihm unmittelbar von der Kassenärztlichen Vereinigung aus der Gesamtvergütung bezahlt. Selbst wenn man annimmt, daß der Chefarzt mit Privatpraxis zwei verschiedene Berufe ausübe, ist die Beteiligung als Erweiterung seiner Privatpraxis nur die Ausdehnung eines bereits ausgeübten Berufes.

e) Damit ist auch die Auffassung der Kläger unvereinbar, die Beteiligung sei als Ausbau des Chefarztberufes der Berufswahl zuzurechnen. Eine Berufswahl trifft der Arzt jedenfalls bereits mit der Entscheidung, ob er seinen Beruf in freier Praxis oder im Anstel-

ungsverhältnis zu einem Krankenhaus ausüben will. Die Erweiterung der Berufstätigkeit ist im allgemeinen nicht als Berufswahl anzusehen, sie ist ein Vorgang, der sich innerhalb der Berufsausübung abspielt. So hat das Bundesverfassungsgericht das Apothekenmonopol für Arzneifertigwaren u. a. damit gerechtfertigt, daß für den Drogisten der Verkauf von Arzneifertigwaren nur Nebentätigkeit seines Drogistenberufs sei (vgl. BVerfGE 9, 73). Ebenso ist angenommen worden, daß das Verhandeln vor Gericht für den Prozeßagenten kein eigener Beruf, sondern die Erweiterung seiner Berufstätigkeit als Rechtsbeistand sei und § 157 Abs. 3 ZPO deshalb keinen Eingriff in die Berufswahl, sondern nur eine Regelung der Berufsausübung enthalte (BVerfGE 10, 185). Das Kassenarzt-Urteil schließlich hat die Tätigkeit des Kassenarztes nicht als besonderen Beruf, sondern als Ausübungsform des Berufs eines freipraktizierenden Arztes angesehen und die Zulassung zur Kassenpraxis als Berufsausübungsregelung aufgefaßt (BVerfGE 11, 30).

Nicht anders liegt es hier. Dem steht nicht entgegen, daß im Beschluß vom 17. Dezember 1958 (BVerfGE 9, 39) die Hinzunahme des Vertriebs von loser Milch auch für denjenigen, der bereits andere Milcherzeugnisse vertreibt, nicht als Erweiterung des Warensortiments, sondern als Wahl eines zweiten Berufes gewertet worden ist; hier hatte der Gesetzgeber durch besondere Zulassungsvoraussetzungen den Handel mit loser Milch zu einem Sonderberuf ausgestaltet.

3. Die Vorschriften über die Beteiligung stellen also eine Berufsausübungsregelung dar. Im Gegensatz zur Kassenzulassung der freien Ärzte greift sie nicht so stark in die Berufsausübung der Chefärzte ein, daß sie die Berufswahl beeinträchtigt. Der Schwerpunkt der Berufstätigkeit des Chefarztes liegt in der stationären Behandlung der in das Krankenhaus eingelieferten Patienten. Hier erfüllt er bereits seinen „Existenzsinn“. Privatpraxis und Ambulanz im Rahmen der Beteiligung sind im Verhältnis zum eigentlichen Beruf des Chefarztes nur Nebentätigkeiten. Ein Vergleich mit der Situation des nicht zu den Kassen zugelassenen freien Arztes ist deshalb nicht zulässig. Bei ihm kommt in der Tat die Regelung der Berufsausübung einer Beschränkung der Berufswahl nahe, weil der freie Arzt seinen Beruf ohne Kassenzulassung nicht sinnvoll und erfolgreich ausüben kann. Der Chefarzt dagegen ist als solcher auch finanziell gesichert.

Die Beschränkung der Beteiligung ist also lediglich eine Regelung der Berufsausübung und deshalb bereits zulässig, wenn sich vernünftige Gründe des Gemeinwohls dafür finden lassen. Gesichtspunkte der Zweckmäßigkeit sind ausreichend, wenn die Regelung für die Betroffenen zumutbar und nicht übermäßig belastend ist (vgl. BVerfGE 7, 377 (406)).

4. Wenn allerdings die Chefärzte aus Art. 12 Abs. 1 GG einen Anspruch auf volle Zulassung geltend machen könnten, dann könnte ein Anspruch auf bloße Beteiligung schwerlich verneint werden. Während der „freie“ Arzt nach dem Kassenarzt-Urteil einen Anspruch auf Zulassung zu den RVO-Kassen besitzt, hat der Gesetzgeber den Chefarzt für den Regelfall hiervon ausgeschlossen. Das ergibt sich aus dem Zusammenhang der Gesamtregelung. Bereits § 368 a Abs. 8 RVO deutet darauf hin, daß eine Zulassung für Chefärzte im allgemeinen nicht in Frage kommt, daß sie vielmehr in

der Regel nur in der Form der Beteiligung zur Behandlung von Kassenmitgliedern zugelassen werden können. § 20 Abs. 1 ZO bestimmt dann eindeutig, daß ein Arzt, der wegen eines Beschäftigungsverhältnisses den Versicherten persönlich nicht in erforderlichem Maße zur Verfügung steht, für die Ausübung kassenärztlicher Tätigkeit nicht geeignet ist. Diese Bestimmung betrifft vor allem die Chefärzte, die hiernach regelmäßig „nicht geeignet“ und von der Zulassung als Kassenarzt ausgeschlossen sind.

Diese Regelung ist auch verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden. Das Kassenarzt-Urteil stellt ausdrücklich auf den freipraktizierenden Arzt ab, der das ganze wirtschaftliche Risiko seines Berufes selbst trägt, dem die Kassenärztliche Vereinigung weder die Sorge um die Existenz noch um die Alterssicherung abnimmt. Es beruht darauf, daß die Tätigkeit des Kassenarztes auch im Rahmen der Kassenzulassung freiberuflich bleibt, ja, daß das Kassenarztsystem geradezu auf dem Arztberuf als einem freien Beruf aufbaut. Da die Kassenzulassung nicht die Zulassung zu einem besonderen Beruf „Kassenarzt“, sondern eine Regelung innerhalb der Berufssphäre des einheitlichen Berufs „freipraktizierender Arzt“ ist, stellt sie eine Berufsausübungsregelung dar. Die Zulassung zu den Kassen ist von solcher Bedeutung, daß regelmäßig erst sie dem freiberuflichen Arzt die Verwirklichung seines Berufes ermöglicht. Dies trifft auf den Chefarzt in der Regel nicht zu. Zur Verwirklichung seines Berufes ist eine Zulassung zu den Kassen nicht erforderlich.

Auf der anderen Seite können die Krankenkassen die ärztliche Versorgung ihrer Mitglieder nur mit Hilfe einer großen Zahl von Ärzten sicherstellen, die sich dieser Aufgabe wenigstens mit dem überwiegenden Teil ihrer Arbeitskraft widmen. Die Kassen brauchen sich nicht darauf einzulassen, daß der zugelassene Arzt die Kassenpatienten nur nebenbei behandelt, so daß es von seiner sonstigen Beanspruchung im Einzelfall abhängt, in welchem Umfang er Zeit und Kraft in den Dienst der Kassenpatienten stellt. Eine Berufsausübungsregelung, die vom Arzt verlangt, daß er sich der ärztlichen Versorgung der Kassenmitglieder in vollem Maße widmet, und also solche Ärzte von der Zulassung ausschließt, die „nicht in erforderlichem Maße zur Verfügung stehen“, ist hiernach sachgemäß und im Hinblick auf Art. 12 Abs. 1 GG nicht zu beanstanden.

5. Aus diesen Gründen besteht auch kein uneingeschränkter Anspruch der Chefärzte auf Beteiligung an der kassenärztlichen Versorgung. Es handelt sich um eine Regelung der Berufsausübung. Hierbei vermag jeder sachliche Grund eine Begrenzung zu rechtfertigen. Der Schwerpunkt der kassenärztlichen Versorgung im Sinne des § 368 Abs. 2 RVO liegt in der ambulanten ärztlichen Behandlung. Demgegenüber ist die stationäre ärztliche Betreuung im Rahmen der Krankenhauspflege die Ausnahme. Sie muß in jedem Fall vom behandelnden Kassenarzt angeordnet werden. Die ambulante ärztliche Versorgung verlangt ein engeres Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient. Sie „setzt ihrer Natur nach schon voraus, daß der Arzt für diese Tätigkeit voll und uneingeschränkt zur Verfügung steht und nicht durch andere Aufgaben in der vollverantwortlichen Ausübung dieser Tätigkeit behindert ist“ (Heff-Verter, Das Gesetz über Kassenarztrecht, Anm. VII Ziff. 1 zu § 368 a RVO). Das Rechtsverhältnis des freien

Arztes zum Patienten — auch zum Kassenpatienten — ist ein Dienstverhältnis *höchstpersönlicher Natur*. Der Grundsatz des § 613 BGB, wonach der zur Dienstleistung Verpflichtete die Dienste im Zweifel in Person zu leisten hat, ist für den zugelassenen Kassenarzt durch die Zulassungsordnung dahin präzisiert: „Der Kassenarzt hat die kassenärztliche Tätigkeit persönlich in freier Praxis auszuüben“ (§ 32 Abs. 1 Satz 1). Deshalb darf er Assistenten nur zu Ausbildungszwecken beschäftigen; ihre Einstellung bedarf der Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung. Auch die Heranziehung von Vertretern oder Assistenten zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung bedarf solcher Zustimmung. Die Dauer der Beschäftigung ist zu befristen; sie darf nicht der Vergrößerung der Praxis oder Erhaltung eines übermäßigen Praxisumfanges dienen (§ 32 Abs. 3). Die rechtliche Ordnung des Verhältnisses von Arzt und Kassenpatient bei der ambulanten Behandlung geht also davon aus, daß der Arzt den Patienten persönlich behandelt.

Ganz anders ist die Arbeitsweise des Chefarztes. Er ist für den ärztlichen Betrieb seiner Abteilung oder des ganzen Krankenhauses verantwortlich. So verschieden die Verhältnisse im einzelnen liegen, laufen sie doch immer darauf hinaus, daß der Chefarzt infolge seiner umfangreichen Beanspruchung auch durch verwaltungsmäßige und organisatorische Aufgaben seine persönliche Mühewaltung auf besondere Fälle beschränken muß und darf, die ärztliche Versorgung im übrigen aber — unter seiner Verantwortung und Aufsicht — weitgehend den Ober- und Assistenzärzten überläßt. Selbst für seine Privatpraxis stehen ihm üblicherweise Ärzte und Hilfspersonal des Krankenhauses vertragsgemäß zur Verfügung.

Hiernach mag mit dem Grundrecht der Chefärzte aus Art. 12 Abs. 1 GG sogar eine Regelung vereinbar sein, die sie von der ambulanten Behandlung der Kassenmitglieder überhaupt ausschließt, diese also den freiberuflichen Ärzten vorbehält. Jedenfalls aber ist es mit der Verfassung vereinbar, wenn das Gesetz im Interesse der bestmöglichen ärztlichen Versorgung der Kassenmitglieder, also aus objektiven Gründen des öffentlichen Wohles, die Chefärzte insoweit — und nur insoweit — heranzieht, als ein Bedürfnis besteht.

6. Auch die von den Kassenärztlichen Vereinigungen vorgetragene Bedenken gegen eine Ausdehnung der Beteiligung sind nicht von der Hand zu weisen.

a) Dabei mag dahingestellt bleiben, ob durch eine Ausdehnung der Beteiligung der Chefärzte ein erheblicher Teil der Fachärzte in ihrer Existenz gefährdet würde. Die Kassenärztlichen Vereinigungen weisen darauf hin, daß schon jetzt zahlreiche neu zugelassene Fachärzte nur schwer ihr Auskommen finden könnten. Dies mag daran liegen, daß nach der Verkündung des Kassenarzt-Urteils sich Fachärzte in besonders großer Zahl niedergelassen haben und dadurch vorübergehend Störungen eingetreten sind. Dem Bundessozialgericht ist darin beizupflichten, daß durch die Beteiligung aller Chefärzte noch nicht der gesamte freie Arztstand in seiner Existenz bedroht würde. Es wäre aber schon von Bedeutung, wenn auch nur ein erheblicher Teil der Kassenfachärzte wesentlich beeinträchtigt würde, denn auch an der Erhaltung und Förderung eines in seiner Existenz gesicherten Standes von Fachärzten besteht ein allgemeines Interesse. Eine erhebliche Gefahr für

die Gesamtheit der Fachärzte dürfte jedoch kaum bestehen, da der größte Teil der Chefärzte bereits seit längerer Zeit beteiligt ist, so daß auch die Beteiligung der übrigen keine nennenswerte Auswirkung auf die allgemeine Situation der Kassenfachärzte haben würde.

b) Stärkeres Gewicht hat der Einwand, die Chefärzte seien infolge ihrer Überbeanspruchung im Krankenhaus bei einer Beteiligung oft nicht in der Lage, allen ihren Pflichten nachzukommen; entweder müßten sie ihre Pflicht gegen die Krankenhauspatienten vernachlässigen und diese mehr als erträglich der Obhut der nachgeordneten Ärzte überlassen oder sie könnten die überwiesenen Patienten nicht persönlich behandeln und müßten hier ihre Assistenzärzte weitgehend heranziehen. Über die Überbelastung wird auch in ärztlichen Zeitschriften von Ärzten — Kassenärzten und Chefärzten — Klage geführt. So wird in Nr. 20 der „Ärztlichen Mitteilungen“ vom 18. Mai 1963 (S. 1142) in einem Beitrag, der die Belastung der leitenden Ärzte chirurgischer Abteilungen behandelt, die Forderung erhoben, daß „die kleine Chirurgie und Unfallchirurgie in allen kassenärztlichen Überweisungsfällen wie auch Durchgangsarztfälle auch von den dort beschäftigten Assistenzärzten nach Einteilung durch den leitenden Arzt unter Berücksichtigung der jeweiligen Kenntnisse des Assistenzarztes ausgeführt werden können, ja müssen“. Hieraus ist zu schließen, daß nicht nur — dem Sinn der Beteiligung entsprechend — besonders schwierige Überweisungsfälle an die Chefärzte kommen, sondern auch Patienten überwiesen werden, die ebensogut von den Kassenfachärzten behandelt werden könnten. Dafür sprechen auch die statistischen Angaben der Kassenärztlichen Vereinigungen über die hohe Zahl der von Chefärzten bei ihnen abgerechneten Überweisungsfälle.

Mit Rücksicht auf diese tatsächliche Situation ist der Standpunkt vertreten worden, der Chefarzt brauche die im Rahmen der Beteiligung überwiesenen Kassenpatienten *nicht persönlich zu behandeln*; er dürfe vielmehr ihre Behandlung weitgehend Assistenzärzten überlassen. Dies entspricht jedoch nicht der gegenwärtigen Rechtslage. Der beteiligte Krankenhausarzt hat gemäß § 368 a Abs. 8 Satz 3 RVO die gleichen Rechte und Pflichten wie der Kassenarzt. Dies gilt auch von der Pflicht der persönlichen Behandlung. Das ist auch sinnvoll; denn es ist gerade der Zweck der Beteiligung, die besonderen persönlichen Erfahrungen, Kenntnisse und Fähigkeiten des Chefarztes den Pflichtversicherten zugute kommen zu lassen. Dieser Zweck würde verfehlt, wenn der Chefarzt die Behandlung der Beteiligungsfälle nicht grundsätzlich selbst durchführte, sondern sie nachgeordneten Ärzten überließe und sich auf die Aufsicht und auf die ausnahmsweise persönliche Behandlung besonders schwieriger Fälle beschränkte.

e) Die Kassenärztlichen Vereinigungen befürchten von der Ausdehnung der Beteiligung eine Entwicklung, die letzten Endes zu einem Krankenhausambulatorium führen könnte, bei dem der Patient im Krankenhaus vom jeweils diensttuenden Krankenhausarzt auch ambulant behandelt würde. Damit würde die Freiheit des Arztberufs bedroht und auch dem Patienten nicht gedient sein, da das persönliche Vertrauensverhältnis zum Arzt aufhörte.

Tendenzen in der Richtung auf ein Krankenhausambulatorium sind bei den Krankenhausträgern nicht zu übersehen. Bei der Beratung des Gesetzentwurfs zur

Neuregelung des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung (BT Drucks. 1V/816) trug die Deutsche Krankenhausgesellschaft, unterstützt von der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände, den Wunsch vor, das Krankenhaus als Institution stärker als bisher in die ambulante Versorgung der Versicherten einzuschalten (vgl. die Protokolle der gemeinsamen Sitzungen der Ausschüsse für Sozialpolitik und Gesundheitswesen vom 21. Februar 1963 (S 69) und 7. März 1963 (S 74, 75)).

In der Krankenhausumschau v. Juli 1961 (S 340) schlägt ein Sprecher der Krankenhausträger u. a. vor, den „Umfang der Beteiligung dahin gehend auszuweiten, daß die ambulante Untersuchung und Behandlung auch vor der stationären Krankenhausbehandlung oder gegebenenfalls an Stelle der stationären Behandlung ermöglicht wird. Die Erlaubnis zur ambulanten Behandlung und Untersuchung soll . . . auch den Vertretern der leitenden Krankenhausärzte erteilt werden“. Der 66. Deutsche Ärztetag 1963 hat sich mit einer Entschließung gegen derartige Bestrebungen gewandt, in der es u. a. heißt:

Der Deutsche Ärztetag stellt mit ernster Besorgnis fest, daß in zunehmendem Maße Einrichtungen für ambulante ärztliche Versorgung in Krankenanstalten geschaffen und erweitert werden. Der Deutsche Ärztetag hat ferner mit Bestürzung von dem Antrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft und einiger Krankenkassenverbände zum KVNG mit dem Ziel der Erweiterung der diagnostischen und therapeutischen Ambulanz für die Krankenanstalten Kenntnis genommen. Er hat gegen die hier sichtbar werdenden Entwicklungstendenzen ernste Bedenken.

Bei Verwirklichung der Pläne der Krankenhausgesellschaft würde die individuelle Leistung des einzelnen, in freier ärztlicher Praxis tätigen und vom Patienten freigewählten Arztes durch eine unpersönliche Institutsbehandlung abgelöst. Damit würde sich das Krankenhaus mehr und mehr zu einem Ambulatorium entwickeln. Der Vorschlag macht erschreckend deutlich, in welchem Umfange man gewillt ist, auf das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient als Grundvoraussetzung allen ärztlichen Handelns zu verzichten.

Daß in einer solchen Entwicklung gewisse Gefahren für den freien Arztberuf liegen, ist nicht zu leugnen. Es ist deshalb verständlich und jedenfalls von der Verfassung her nicht zu beanstanden, wenn der Gesetzgeber solchen Tendenzen entgegenwirken will und deshalb die Beteiligung von Krankenhausärzten in Grenzen hält.

7. § 368 a Abs. 8 Satz 1 RVO ist deshalb insoweit mit Art. 12 Abs. 1 GG vereinbar, als er die Beteiligung der Chefärzte auf den Fall der Notwendigkeit beschränkt.

1. Die Beschränkung der Beteiligung ist auch unter dem Gesichtspunkt der freien Arztwahl der Versicherten vertretbar. Es mag dahinstehen, ob der Sozialversicherte aus Art. 2 Abs. 1 GG einen Anspruch auf freie Arztwahl herleiten kann. Die Reichsversicherungsordnung wie auch die auf Grund ihrer Ermächtigung erlassenen Zulassungsordnungen sind Bestandteil der verfassungsmäßigen Ordnung und vermögen daher das Grundrecht aus Art. 2 Abs. 1 GG einzuschränken. Im Rahmen der sozialen Krankenversicherung hat der Versicherte nur einen Anspruch auf ausreichende ärztliche Versorgung. Der Gesetzgeber durfte deshalb das Recht der freien Arztwahl grundsätzlich auf den Kreis der zugelassenen Ärzte beschränken und hier wiederum grundsätzlich auf den Kassenarzt, in dessen Bereich der Versicherte wohnt. Dem Interesse an freier Arztwahl trägt die Reichsversicherungsordnung ausreichend

Rechnung, indem sie dem Versicherten die Möglichkeit gibt, auch Kassenärzte außerhalb des Kassensitzes in Anspruch zu nehmen, wenn er die hierdurch entstehenden Mehrkosten trägt.

2. Auch das Sozialstaatsprinzip ist nicht verletzt. Bei der Regelung der sozialen Krankenversicherung hat der Gesetzgeber zwischen zwei Erfordernissen abzuwägen. Auf der einen Seite soll er den Sozialversicherten eine möglichst gute ärztliche Versorgung verschaffen; auf der anderen Seite dürfen die Beiträge nicht übermäßig hoch werden. Es liegt in der Natur der Sache, daß der Patient, der die Wohltaten der sozialen Krankenversicherung genießt, auch sachgemäße Beschränkungen in Kauf nehmen muß.

Der Gesetzgeber hat sich bemüht, den Versicherten einen möglichst großen Kreis von Ärzten zur Auswahl zu stellen. Diesem Ziel dient gerade auch der beanstandete § 368 a Abs. 8 RVO, der diesen Kreis noch um die Zahl der beteiligten Chefärzte vermehrt. Es ist der Zweck dieser Bestimmung, den Bereich der freien Arztwahl für die Versicherten so zu erweitern, daß ihnen die besonderen Kenntnisse und Erfahrungen dieses Ärztekreises zugänglich gemacht werden, soweit dies für ihre sachgemäße ärztliche Versorgung erforderlich ist. Eine Regelung, die in dieser Weise die Interessen aller Beteiligten sorgfältig gegeneinander abwägt, verstößt nicht gegen das Sozialstaatsprinzip.

RA Poellinger, München

## Der Arzt als Bauherr

### Ansprüche gegen den Bauunternehmer, wenn dieser billigeres Material als vereinbart verwandte

(C) Bei einem zu einem Pauschalpreis erstellten Bauwerk hatte der Bauunternehmer unter die Obergeschosdecken nicht die vereinbarten Heraklith- sondern billigere Vestalithplatten angebracht. Die fünfjährige Frist für Gewährleistungsansprüche (§ 638 BGB) war abgelaufen, als der Bauherr (Klägerin) vom Unternehmer den Betrag, den dieser durch die Verwendung der billigeren Platten erspart hatte, wegen ungerechtfertigter Bereicherung (§§ 812 ff. BGB) herausverlangte. Dazu heißt es im Urteil des Bundesgerichtshofs vom 13. 12. 1962 (VII ZR 193/61):

„Die Klägerin hat den vereinbarten Pauschalpreis auf Grund des Bauvertrages, also nicht ohne Rechtsgrund (§ 812 Abs. 1 Satz 1 BGB) gezahlt. Sie hat einen Bereicherungsanspruch auch nicht etwa deshalb, weil der mit der Leistung bezweckte Erfolg nicht eingetreten wäre (§ 812 Abs. 1 Satz 2 BGB). Die Rückforderung des auf Grund eines gegenseitigen Vertrages Geleisteten ist nicht schon dann begründet, wenn die Gegenleistung nicht oder nicht vollständig oder mangelhaft erfolgt ist, denn die Leistung erfolgt, um die eigene Vertragspflicht zu erfüllen.

Die Klägerin hat den Vertrag weder angefochten noch ist sie von ihm zurückgetreten. Sie will vielmehr die Leistung des Beklagten behalten und beanstandet nur die verlegten Vestalithplatten. Sie kann daher nur vertragliche Ansprüche haben und hätte gegebenenfalls nach § 634 BGB Herabsetzung der gezahlten Vergütung (Minderung) verlangen können. Das hat sie nicht getan. Ein solcher Anspruch wäre auch verjährt. Für einen Anspruch aus ungerechtfertigter Bereicherung ist daneben kein Raum.“

### Verjährung: Wenn der Bauherr die Baustoffe selbst einkaufte

(C) Nach Bezug fertiger Stahlbetontelle durch den Bauherrn für ein von ihm zu errichtendes Gebäude hatten sich Teile als mangelhaft erwiesen. In dem Rechtsstreit um die Gewährleistungsansprüche des Bauherrn hielt dieser die fünfjährige Verjährungsfrist nach Werkvertragsrecht für Bauwerke (§ 638 Abs. 1 BGB) für gegeben, während der Lieferant die kurze Verjährungsfrist aus dem Kaufrecht (§ 477 BGB) angewandt wissen wollte.

Das Oberlandesgericht Nürnberg schloß sich im Urteil vom 11. 12. 1962 (2 U 155/62) der Ansicht des Lieferanten an und führte aus: Es ist für die Anwendung des § 477 BGB gleichgültig, welcher Gegenstand gekauft wird. Auch wenn es sich um einen Gegenstand handelt, der seiner Bestimmung gemäß in ein Gebäude eingefügt werden soll, bleibt die kurze Verjährungsfrist des § 477 Abs. 1 BGB bestehen. Die in § 638 BGB für Bauwerke vorgesehene Verjährung von 5 Jahren hat ihren Grund darin, daß der Bauherr nicht die Möglichkeit hat, das Baumaterial zu prüfen, so daß er Mängel oft erst nach langer Zeit entdecken kann. Wenn der Bauherr aber selbst die Baustoffe kauft, um damit das Gebäude zu errichten, so kann er es ebenso wie jeder andere Bauunternehmer, der Baustoffe kauft, daraufhin prüfen, ob es Mängel aufweist.

### Zur Verjährung von Bauhandwerker-Forderungen

(C) Bei Beurteilungen der Verjährung von Forderungen der Bauhandwerker ist zu unterscheiden, ob eine Lieferung bzw. Ausführung von Arbeiten für private Zwecke oder für einen Gewerbebetrieb (Praxis) vorlag. Im ersteren Falle verjähren die Ansprüche schon in zwei Jahren, während Ansprüche aus Leistungen für den Gewerbebetrieb des Schuldners erst nach vier Jahren verjähren (§ 196 BGB).

Unter einem Gewerbebetrieb im Sinne des § 196 BGB ist jeder auf Erzielung dauernder Einnahmen gerichtete berufsmäßige Geschäftsbetrieb zu verstehen. Erbaut ein Eigentümer ein oder mehrere Häuser, um darin geschaffene Wohnungen oder Läden gewinnbringend zu vermieten, so sind die für den Bau bewirkten Leistungen der Handwerker in aller Regel nicht für den Gewerbebetrieb des Bauherrn bestimmt. Denn die Errichtung von Wohn- und Geschäftshäusern durch den Eigentümer, um sie ganz oder geteilt zu vermieten, ist nach allgemeiner Verkehrsanschauung kein auf Gewinn gerichteter berufsmäßiger Betrieb des Vermieters, sondern eine Art der Nutzung des Eigentums am Grundstück (Urteil des Bundesgerichtshofs vom 18. 4. 1963 — VII ZR 37/62).

### Umfang der Aufsichtspflicht des Architekten

(C) Wenn ein Architekt die örtliche Bauaufsicht übernommen hat, so hat er nach dem Urteil des Bundesge-

richtshofs vom 2. 5. 1963 (VII ZR 171/61) dafür zu sorgen, daß der Bau plangerecht und frei von Mängeln errichtet wird. Die ihm insoweit obliegenden Leistungen richten sich nach den Umständen des Falles. Danach kann auch berücksichtigt werden, ob der den Bau ausführende Unternehmer oder seine Arbeiter und Angestellten hinreichend zuverlässig sind, so daß ihnen der Architekt in gewissem Umfange vertrauen darf. Es ist ferner richtig, daß es dem Architekten nicht zugemutet werden kann, ununterbrochen bei der Bauausführung zugegen zu sein. In jedem Falle muß er aber die wichtigsten Bauabschnitte, von denen das Gelingen des ganzen Werkes wesentlich abhängt, sei es persönlich, sei es durch einen Erfüllungsgehilfen, unmittelbar überwachen oder sich mindestens sofort nach der Ausführung jener Arbeiten von der Ordnungsmäßigkeit überzeugen.

### Mit Behinderung wegen Verkehrsstockung hat jeder Kraftfahrer heute zu rechnen

(C) Wer einen wichtigen Termin wahrzunehmen hat und dazu ein Kraftfahrzeug benutzt, riskiert heute, daß er infolge Behinderung durch Verkehrsstockung nicht rechtzeitig zum festgesetzten Termin erscheint und für die Folgen verantwortlich ist. Dazu heißt es im Urteil des Landesarbeitsgerichts Berlin vom 18. 10. 1962 (2 Sa 82/62):

Die Behinderung im fließenden Straßenverkehr durch Ampeln, Baustellen, Geschwindigkeitsbeschränkungen hat jeder Kraftfahrer als möglichen Zeitverlust einzukalkulieren. Denn eine Verkehrsstockung, gleich aus welchem Grunde, ist heutzutage eine mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit eintretende Behinderung, mit der jeder Kraftfahrer bei Antritt der Fahrt rechnen muß. Der damit verbundene Zeitverlust kann nicht als unabwendbarer Zufall im Sinne der §§ 513 Abs. 2, 337 Zivilprozeßordnung angesehen werden.

### Vorschriftswidriger Zustand des Kraftfahrzeugs: Wann ist die Versicherung van ihren Verpflichtungen frei?

(C) Der Benutzer eines Kraftfahrzeugs, dessen Verkehrssicherheit wesentlich beeinträchtigt ist, führt eine beachtliche, vom Versicherer nicht übernommene Gefahrensteigerung herbei. In einem derartigen Falle ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsfall nach der Erhöhung der Gefahr eintritt, es sei denn, daß der Versicherungsnehmer die Gefahrerhöhung nicht schuldhaft herbeigeführt hat. Hierzu führt der Bundesgerichtshof im Urteil vom 21. 1. 1963 (II ZR 125/61 u. a. aus:

Auf die Kenntnis des Versicherungsnehmers vom mangelhaften Zustand des Fahrzeuges kommt es für die Beurteilung seines Handelns als „Vornahme einer

**WARUM EMPFIEHLT DER ARZT DAS MOORBAD AIBLING/OBB.?**

Weil außergewöhnliche Heilerfolge bei Rheuma, Frauenleiden, Arthrasen, Ischias erzielt werden. Herbstkur ruhiger und intensiver.

Gefahrerhöhung' nicht an. Denn 'Vornahme einer Gefahrerhöhung' ist jede objektive Zuwiderhandlung gegen die Pflicht, keine Gefahrerhöhung vorzunehmen.

Das Verschulden umfaßt hier wie sonst Vorsatz und Fahrlässigkeit. Daher ist es nicht erforderlich, daß der Versicherungsnehmer diejenigen Umstände kennt, auf denen die Gefahrerhöhung beruht, und daß er auch ihren Charakter als Gefahrerhöhung erfaßt hat. Vielmehr tritt die Leistungsfreiheit des Versicherers auch dann ein, wenn dem Versicherungsnehmer diese Umstände und ihre gefahrerhöhende Natur infolge Fahrlässigkeit unbekannt geblieben sind.

### Wenn ein Kraftfahrzeug gegen eine Bahnschranke gerät

(C) Bei Haftpflichtprozessen gegen ein Eisenbahnunternehmen kommt es wesentlich auf die Frage an, ob der Schaden „beim Betrieb“ der Eisenbahn entstanden ist. Nur dann ist nämlich ein Ersatzanspruch gegen das Unternehmen gegeben. Hierzu führt der Bundesgerichtshof im Urteil vom 5. 3. 1963 (VI ZR 15/62) u. a. aus:

Wenn ein Kraftfahrzeug gegen eine Bahnschranke fährt, die wegen eines herankommenden Zuges geschlossen war, so ist der Schaden des Kraftfahrers regelmäßig „beim Betrieb“ der Eisenbahn im Sinne des § 1 Haftpflichtgesetz entstanden. Denn mit dem Herablassen der Schranken beginnt ein einheitlicher Betriebsvorgang, der andauert, bis die Schranken wieder geöffnet sind. Diese einheitliche Maßnahme steht im Zusammenhang mit dem Durchfahren eines Zuges, dient also als Ganzes der Beförderungstätigkeit der Bahn. Fährt also ein Kraftfahrzeug gegen eine Schranke, die

wegen der Annäherung eines Zuges geschlossen ist, so steht ein solcher Unfall in so nahem Zusammenhang mit dem Bahnbetrieb, daß es gerechtfertigt ist, auch in diesem Falle § 1 HpfG anzuwenden.

### Die Verantwortung bei Abschleppfahrten

(C) Beim Abschleppen ruht die allgemeine Vorsichtspflicht aus § 1 StVO nicht nur auf dem Führer des ziehenden, sondern auch auf dem Führer des gezogenen Fahrzeugs. Dies gilt besonders für die Vorgänge die sich hinter dem ziehenden Fahrzeug abspielen sowie für die Beleuchtung und Fahrweise des gezogenen Fahrzeugs, und kann im Einzelfalle dazu führen, daß bei einem unvorhersehbar verkehrswidrigen Verhalten des Gezogenen die Verantwortung des Ziehenden ganz entfällt.

Die Grundregel aber bleibt, daß in erster Linie die Verantwortung für die Abschleppfahrt beim Führer des ziehenden Fahrzeugs liegt, denn er setzt den ganzen Schleppzug in Bewegung und bestimmt seine Richtung und Fahrgeschwindigkeit. Dies gilt besonders für den Fall, daß vermittels eines Seiles abgeschleppt wird. Hier besteht grundsätzlich die Pflicht zur laufenden Beobachtung des folgenden Fahrzeuges und zur sorgfältigen Abstimmung der Fahrweise beider Fahrzeuge aufeinander.

Darüber hinaus wird gefordert, daß mit dem Fahrer des gezogenen Fahrzeugs geeignete Vereinbarungen über eine rasche Verständigung während der Fahrt getroffen werden, um jederzeit typischen Abschleppgefahren begegnen zu können. . . .

(Urteil des Oberlandesgerichts Köln vom 30. 3. 1962 — Ss 65/62).

## STEUERFRAGEN

### Aufwendungen für Reisekosten

Bedeutende Neuregelungen rückwirkend ab 1. 1. 1963

(C) Die neuen Einkommensteuer-Ergänzungsrichtlinien 1962 bringen rückwirkend ab 1. 1. 1963 bedeutende Neuregelungen über die steuerliche Berücksichtigung der Aufwendungen für Reisekosten.

Eine Geschäftsreise liegt vor, wenn der Steuerpflichtige aus betrieblichen oder beruflichen Gründen vom Ort der Betriebsstätte (Berufsausübung) abwesend ist. Die Tatsache, daß der Steuerpflichtige eine Geschäftsreise unternommen hat, muß sich aus den Unterlagen (z. B. Fahrtenbuch, Korrespondenz u. ä.) ergeben. Unternimmt der Steuerpflichtige die Reise auch aus privaten Gründen, so müssen die Reisekosten aufgeteilt werden. Ist das nicht — auch nicht im Wege der Schätzung — leicht und einwandfrei möglich, so gehören die gesamten Aufwendungen zu den abzugsfähigen Kosten der Lebensführung.

Reisekosten sind alle Kosten, die durch die Reise unmittelbar verursacht werden. Kosten, die die Reise nur mittelbar verursacht (z. B. für die Anschaffung von Kleidung), sind keine Reisekosten.

Zu den Reisekosten gehören:

1. Die Fahrtkosten in der nachgewiesenen Höhe.

Der Nachweis ist durch Vorlage der Fahrkarten, Quittungen von Reisebüros oder Tankstellen, Fahrtenbücher oder in ähnlicher Weise zu führen. Führt der Steuerpflichtige die Geschäftsreise mit eigenem Kraftfahrzeug aus, so kann er die Fahrtkosten nicht in Form von Pauschbeträgen (Kilometergeldern) geltend machen.

2. Die Unterbringungskosten in der nachgewiesenen Höhe. Die Quittung des Hotels, Gasthofs usw. muß auf den Namen des Steuerpflichtigen lauten. Die Kosten des Frühstücks gehören zu den Aufwendungen für Verpflegung. Für die Kosten der Unterbringung können, außer bei Auslandsreisen, keine Pauschbeträge gewährt werden.

3. Die Mehraufwendungen für Verpflegung aus Anlaß der Geschäftsreise. Mehraufwand ist der Betrag, der sich nach Abzug der Haushaltsersparnis von den gesamten Aufwendungen für Verpflegung ergibt. Die Haushaltsersparnis ist mit  $\frac{1}{3}$  der Aufwendungen für Verpflegung, höchstens mit 3 DM je Reisetag, anzusetzen. Ab 1. 1. 1963 ist die Haushaltsersparnis mit  $\frac{1}{3}$  der Aufwendungen für Verpflegung, höchstens mit 4 DM je Reisetag, anzusetzen. Ein Abzug ist jedoch nur insoweit vorzunehmen, als die in Betracht kommenden Pauschbeträge nicht unterschritten werden.

**Beispiel:**

Ein Steuerpflichtiger, der einen Pauschbetrag für Verpflegungsmehraufwand von 22 DM täglich geltend machen könnte, weil seine Einkünfte aus Gewerbebetrieb oder selbständiger Arbeit mehr als 18 000 DM betragen haben, will bei einer mehrtägigen Geschäftsreise von der Möglichkeit Gebrauch machen, die tatsächlichen Mehraufwendungen für Verpflegung für sämtliche Reisetage abzuziehen. Die Haushaltsersparnis ist wie folgt zu berücksichtigen:

	1. Tag	2. Tag	3. Tag
Verpflegungsaufwendungen aus Anlaß der Geschäftsreise	29 DM	24 DM	21 DM
Kürzungen wegen Haushaltsersparnis	4 DM	2 DM	—
Abzugsfähiger Mehraufwand für Verpflegung	25 DM	22 DM	21 DM

Nur die tatsächlich entstandenen Mehraufwendungen für die eigene Person des Steuerpflichtigen können abgezogen werden. Aufwendungen für die Bewirtung und Unterhaltung von Geschäftsfreunden gehören nicht zu den Reisekosten.

Aus Gründen der Vereinfachung brauchen Steuerpflichtige mit Einkünften aus Gewerbebetrieb oder aus selbständiger Arbeit den Mehraufwand für Verpflegung nicht nachzuweisen, wenn sie keine höheren Beträge als die folgenden Pauschbeträge geltend machen.

Die Pauschbeträge belaufen sich auf:

bei Einkünften von nicht mehr als 9000 DM

(oder bei Verlust) . . . . . 16 DM täglich, mehr als 9000 DM,

aber nicht mehr als 18 000 DM . . . . . 20 DM täglich, mehr als 18 000 DM . . . . . 22 DM täglich.

Die Pauschbeträge gelten für einen vollen Reisetag bei einer ununterbrochenen Abwesenheit von mehr als 12 Stunden. Sie ermäßigen sich für jeden Reisetag, an dem die Geschäftsreise

nicht mehr als 12 Stunden, aber mehr als 6 Stunden gedauert hat . . . . . auf die Hälfte, nicht mehr als 6 Stunden gedauert hat auf ein Viertel.

Als Reisetag ist jeweils der einzelne Kalendertag anzusehen. Für die Anwendung der Pauschbeträge bei den Einkünften aus Gewerbebetrieb und aus selbständiger Arbeit sind ohne Rücksicht darauf, mit welchen von diesen Einkünften die Geschäftsreise im Zusammenhang steht, jeweils die höchsten Einkünfte aus Gewerbebetrieb, selbständiger Arbeit oder nichtselbständiger Arbeit in einem der drei letzten Veranlagungszeiträume (VZ) vor dem laufenden VZ maßgebend. Bei Gesellschaftern einer Personengesellschaft (Mitunternehmern) kann für die Bemessung der Pauschbeträge vom Gesamtgewinn der Gesellschaft ausgegangen werden. Für den VZ, in dem ein Gewerbebetrieb eröffnet oder eine selbständige Tätigkeit begonnen wird, und für den folgenden VZ kann der Steuerpflichtige ohne Rücksicht auf die Höhe der Einkünfte den Pauschbetrag von 20 DM täglich in Anspruch nehmen.

Der Steuerpflichtige kann bei einer mehrtägigen Geschäftsreise die Mehraufwendungen für Verpflegung für sämtliche Reisetage nur einheitlich entweder im einzelnen nachweisen bzw. glaubhaft machen oder sie ohne Einzelnachweis bis zur Höhe der Pauschbeträge

ansetzen. Er ist jedoch nicht für alle Geschäftsreisen, die in einen VZ fallen, an dasselbe Verfahren gebunden.

4. Die Nebenkosten in der nachgewiesenen oder glaubhaft gemachten Höhe. Zu den Nebenkosten gehören z. B. Kosten für die Beförderung von Gepäck, für die Benutzung von Kraftwagen am Reiseort, Parkplatzgebühren u. ä.

Aus Vereinfachungsgründen können bei Auslandsreisen die Aufwendungen für die Unterbringung und die Mehraufwendungen für die Verpflegung während der Reise bis zur Höhe der Tagegelder, die vergleichbare Bundesbeamte bei Auslandsreisen nach Maßgabe der Sonderbestimmungen für Auslandsdienstreisen erhalten, ohne Einzelnachweis anerkannt werden.

Ist ein Steuerpflichtiger mit Einkünften aus Gewerbebetrieb oder aus selbständiger Arbeit beruflich länger als sechs Stunden und weiter als fünf Kilometer von seiner regelmäßigen Arbeitsstätte (Betrieb, Büro oder dergl.) entfernt tätig und liegt eine Geschäftsreise nicht vor, so kann ohne Einzelnachweis zur Abgeltung des Mehraufwands für Verpflegung ein Betrag von 1,50 DM täglich anerkannt werden.

Für die steuerliche Behandlung der Reisekosten der veranlagten Arbeitnehmer gelten besondere Bestimmungen.

**Darf der Arzt seine Betriebsausgaben schätzen?**

(C.) Der Bundesfinanzhof hat sich kürzlich mit einem Fall, der ärztlicherseits besonderes Interesse verdient, beschäftigt. Der Berufungsführer (Bf.) der als praktischer Arzt tätig ist, hatte in den Einkommensteuererklärungen 1954 und 1955, um sich Zeit und Mühe für die Zusammenstellung seiner Betriebsausgaben zu ersparen, seine betrieblichen Ausgaben jeweils mit einem Pauschbetrag in Höhe eines Drittels seiner Einnahmen aus freier Berufstätigkeit eingesetzt.

Nachdem das Finanzamt die Betriebsausgaben zunächst mit nur 30 vom Hundert der Einnahmen eingesetzt hatte, änderte es auf den Einspruch des Bf. die ursprüngliche Veranlagung und setzte die Ausgaben antragsgemäß mit einem Drittel an. Bei einer später stattgefundenen Betriebsprüfung ergab sich an Hand vorhandener Ausgabebelege, daß der tatsächliche Betrag der betrieblichen Ausgaben wesentlich von dem geschätzten Betrag abwich. Daraufhin berichtigte das Finanzamt mit Steuerbescheid von 1959 die früheren inzwischen rechtskräftig gewordenen Veranlagungen. Der Steuerpflichtige (Bf.) bestritt die Zulässigkeit der Berichtigung seiner rechtskräftigen Einkommensteueranmeldungen, jedoch blieben sein Einspruch und seine Berufung ohne Erfolg.

Das Finanzgericht erklärte, das Finanzamt habe davon ausgehen können, daß die Schätzung wenigstens annähernd zutreffend gewesen sei. Eine Notwendigkeit, bei der ursprünglichen Veranlagung auf der Vorlage von Belegen zu bestehen, habe nicht vorgelegen.

Ein Verstoß gegen die Grundsätze von Treu und Glauben sei auch nicht darin zu erblicken, daß das Finanzamt von der Schätzung zur genauen Ermittlung an Hand von Unterlagen übergegangen sei. Wenn es anfangs die Schätzung gebilligt habe, so sei dies darauf zurückzuführen, daß es der Meinung gewesen sei und

habe sein können, der Bf. sei nicht im Besitz ausreichender Unterlagen über die Höhe der Ausgaben. Weiche, wie hier, der tatsächliche Betrag wesentlich von dem geschätzten ab, so bedeute das Einverständnis mit der Schätzung nicht, daß das Finanzamt nach Treu und Glauben an sie gebunden sei.

Der Bundesfinanzhof hat sich im Urteil vom 20. 9. 1962 (IV 198/60 U) der Entscheidung des Finanzgerichtes angeschlossen.

#### Aus den Entscheidungsgründen:

Nach ständiger Rechtsprechung des Bundesfinanzhofs kann auch eine auf Schätzung beruhende Veranlagung durch eine andere Schätzung nach § 222 Abs. 1 Ziff. 1 Abgabenordnung (AO) berichtigt werden, wenn neue Tatsachen im Sinne dieser Vorschrift festgestellt werden. Es muß sich jedoch dabei um Tatsachen handeln, bei deren rechtzeitigem Bekanntsein die tatsächlich vorgenommene Schätzung der Veranlagung nicht zugrunde gelegt worden wäre.

Eine neue Tatsache im Sinne von § 222 Abs. 1 Ziff. 1 AO liegt in derartigen Fällen dann vor, wenn der im Rahmen einer späteren Überprüfung, z. B. an Hand von beim Steuerpflichtigen vorgefundenen Unterlagen, festgestellte tatsächliche Gewinn vom geschätzten Betrag derart abweicht, daß dies vom Finanzamt bei der ursprünglichen Schätzung vernünftigerweise nicht mehr in Kauf genommen worden wäre. Hat z. B. der Steuerpflichtige seine Betriebsausgaben auf 10 000 DM geschätzt, so schließt dies in sich, daß unter Umständen auch solche in Höhe von 9 000 oder 11 000 DM entstanden sein können.

Die vom Prüfer auf Grund der Unterlagen des Bf. tatsächlich festgestellte Höhe der Betriebsausgaben weicht aber um rund 30 v. H. bzw. 20 v. H. von dem ursprünglich geschätzten Ergebnis ab. Diese Abweichung liegt jedenfalls nicht mehr — weder relativ noch absolut gesehen — im Rahmen des auch vom Finanzamt vernünftigerweise zu beachtenden Schätzungsrisikos.

### Umsatzsteuer für die Sozialversicherung

Schätzungsweise 350 Millionen DM müßten die Träger der sozialen Krankenversicherung jährlich zusätzlich aufbringen, wenn das neue Mehrwertsteuergesetz in der vom Bundesfinanzministerium vorgelegten und vom Bundeskabinett beschlossenen Fassung verabschiedet werden sollte. Nach diesem Gesetzentwurf sollen nämlich die Leistungen der Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Bandagisten usw. zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr wie bisher von der Umsatzsteuer befreit sein. Lediglich die Krankenhäuser brauchen, von einigen Ausnahmen abgesehen, weiterhin keine Umsatzsteuer zu entrichten.

Die Verbände der sozialen Krankenversicherung haben in einer gemeinsamen Stellungnahme die Bundesminister für Finanzen und für Arbeit und Sozialordnung gebeten, sich in dieser Frage für die Beibehaltung der bisherigen Ausnahmeregelung einzusetzen. Es erscheine sozialpolitisch nicht sinnvoll, heißt es in der Stellungnahme, gerade zu einem Zeitpunkt die soziale Krankenversicherung zusätzlich zu belasten, in dem durch eine Reform des Krankenversicherungsrechts versucht werden soll, die ständig steigenden Ausgaben und damit wachsenden Beiträge einzudämmen. Die Mehrbelastung durch die beabsichtigte Neuregelung der Umsatzsteuer

würde aber im Gegenteil von den Kassen sicherlich nur durch Beitragserhöhung aufgefangen werden können.

### Umsatzsteuerreform

Das Bundeskabinett hat nach langwierigen Beratungen den Gesetzesentwurf des BFM für ein Mehrwertsteuergesetz verabschiedet. Der Entwurf wird im Oktober dem Bundesrat zugestellt, so daß noch vor Ende dieses Jahres mit dem Beginn der Beratungen im Bundestag gerechnet werden kann. In Bonn ist man auf eine mehrjährige Dauer der parlamentarischen Beratungen gefaßt, so daß es zweifelhaft ist, ob der Entwurf des Mehrwertsteuergesetzes verabschiedet werden wird.

Der Regierungsentwurf enthält ein System der Mehrwertsteuer mit Vorsteuerabzug und geht von einem Steuersatz von 10 % aus. Ein ermäßigter Steuersatz von 5 % gilt für alle Lebensmittel (außer Tabak und Spirituosen) sowie für die freien Berufe. Befreit sind Umsätze im Interesse der Jugendbildung, Leistungen der freien Wohlfahrtspflege, die Ausfuhrlieferungen und die Binnenschiffahrt. Ebenso sind Unternehmen mit Jahresumsätzen unter 20 000,— DM steuerfrei. Auch die von der Mehrwertsteuer befreiten Gruppen können sich jedoch auf Antrag (wegen der Möglichkeit des Vorsteuerabzugs) der Mehrwertsteuer unterwerfen. Nicht buchführungspflichtige Unternehmen können die Vorsteuer nach Durchschnittssätzen pauschalieren. Im Gegensatz zu den ursprünglichen Plänen des Bundesfinanzministeriums ist in dem Regierungsentwurf der Abzug der auf Investitionen lastenden Vorsteuer nur pro rata temporis möglich. Der Entwurf enthält darüber hinaus Übergangsvorschriften, nach denen die beim Inkrafttreten des Gesetzes bereits getätigten Investitionen bei dem Vorsteuerabzug berücksichtigt werden sollen.

### Frist zur Abgabe der Steuererklärungen 1962

Nach einem Beschluß der Steuerreferenten der Länder gilt hinsichtlich der Fristverlängerung zur Abgabe der Steuererklärungen 1962 die gleiche Regelung wie im Vorjahr betr. die von den beratenden und prüfenden Berufen betreuten Steuerpflichtigen: allgemeine Verlängerung bis 20. 9. 63, darüber hinaus auf Einzelantrag bis 31. 12. 1963 (FinMin NRW. 10. 6. 1963 — S 2209 — 26 — V B 1).

### Privater Anteil des Aufwandes eines betrieblichen Kraftfahrzeuges

Nach der allgemeinen Lebenserfahrung ist es grundsätzlich gerechtfertigt, auch bei geringfügiger betrieblicher Benutzung eines Pkw, eine private Nutzung zwischen 20 und 25 v. H. anzunehmen. Wenn der Unternehmer einen geringeren Privatanteil behauptet, trifft ihn und nicht das Finanzamt die Beweislast.

§ 4 Abs. 4, § 12 EStG — Urteil des FG Kassel vom 18. 12. 1962 in EFG 1963, S. 295.

### Mittägliche Heimfahrt eines Arztes

Die Kosten der mittäglichen Heimfahrt gehören bei einem Arzt auch dann zu den Kosten der Lebensführung, wenn die Behandlungspause beruflich bedingt ist. Betreibt ein Arzt seine freiberufliche Praxis von dem Krankenhaus aus, an dem er gleichzeitig als Chefarzt nichtselbständig tätig ist, sind die anteiligen Werbungskosten für die Benutzung eines Kraftfahrzeuges mit dem Pauschbetrag nach § 9 Ziff. 4 EStG in Verbindung mit

§ 26 EStDV abzugelten, während die anteiligen Betriebsausgaben nach den allgemeinen Vorschriften anzusetzen sind —. Der BFH hat in seinem dem Sachverhalt nach ähnlich gelagerten Urteil vom 8. 11. 1962 (BStBl 1963 III, S. 91) entschieden, daß Aufwendungen für mittägliche Zwischenheimfahrten selbst dann zu den nicht abzugsfähigen Kosten der Lebensführung nach § 12 Ziff. 1 EStG gehören, wenn die eingelegte Mittagspause vorwiegend durch betriebliche Gründe veranlaßt ist, es sei denn, eine ungewöhnlich lange Unterbrechung der Arbeitszeit würde ausnahmsweise eine andere Beurteilung rechtfertigen. Bei einer dreistündigen Behandlungspause könne von einer ungewöhnlich langen Unterbrechung der Arbeitszeit nicht gesprochen werden. Dem steht auch nicht entgegen, daß der Stpfl. als Chefarzt eines Krankenhauses zu jeder Tages- und Nachtzeit einsatzbereit sein müsse. Lege er regelmäßig zur Mittagszeit eine Pause von üblicher Dauer ein, so stünden erfahrungsgemäß die Einnahme der Mittagsmahlzeit und eine sich daran anschließende Ruhepause, also Gründe der privaten Lebensführung im Vordergrund.

Der Senat hätte über die Rechtsbeschwerde abschließend entscheiden können, wenn nicht ungeprüft geblieben wäre, aus welchem Grunde die vom Stpfl. geltend gemachten Kraftfahrzeugkosten ausschließlich den Gewinn des Stpfl. aus selbständiger Arbeit gemindert haben. Es werde zu untersuchen sein, ob die insgesamt abzugsfähigen Aufwendungen für den Pkw wie bisher nur bei den Einkünften aus selbständiger Arbeit gewinnmindernd zu berücksichtigen oder ob sie im Wege der Schätzung nach Fahrkilometern auf beide Einkunftsarten verhältnismäßig aufzuteilen seien. Im letzteren Fall seien die anteiligen Werbungskosten mit dem Pauschbetrag nach § 9 Ziff. 1 EStG 1958 in Verbindung mit § 28 EStDV 1958 (§ 20 Abs. 2 Ziff. 2 LStDV) abzugelten, während die anteiligen Betriebsausgaben nach den allgemeinen Vorschriften anzusetzen seien (vgl. die Entscheidung des BFH vom 5. 7. 62 BStBl. 62 III, S. 536). Die angefochtene Entscheidung ist aufgehoben und an das Finanzamt zurückverwiesen worden.

§§ 4 Abs. 4; 12 Ziff. 1 EStG, § 26 EStDV — BFH-Urteil vom 22. 11. 82 in HFR 1963, Nr. 198.

## Sparen und Anlegen

### Welches Interesse hat ein Aktionär?

Von Bernd Baehring

In Bonn wird seit einigen Jahren an einem neuen Aktiengesetz gearbeitet. Es soll den kleinen Aktionären mehr und bessere Informationsmöglichkeiten hinsichtlich aller Vorgänge, die sie als wirtschaftliche Eigentümer der Aktien-Gesellschaften interessieren könnten, verschaffen. Außerdem will es den Aktionären — und auch hier wird natürlich in erster Linie an die Kleinaktionäre, also an die Aktien-Sparer, gedacht — mehr Mitspracherecht gegenüber den Vorständen und Aufsichtsräten der Gesellschaft geben. Das — freilich insoweit etwas idealistische — Konzept sieht also so aus: Weilt den kleinen Mann mehr ein, dann kann er auch besser mitbestimmen und weil er das dann kann, erhält er durch Gesetz auch das Recht so zu tun.

Mit anderen Worten: Der Gesetzgeber strebt eine gewisse Gewichtsverschiebung vom Vorstand, der die Geschäfte der Gesellschaft zu führen hat, zu den Aktionären, die den Vorstand nur einmal im Jahr — auf der Hauptversammlung — zu sehen bekommen, an. Folgerichtig heißt das „Stärkung der Hauptversammlung“. Vor allem sollen Aktionäre, die bisher keinerlei prakti-

schen Einfluß in der Frage hatten, welcher Teil des erwirtschafteten Gewinns als stille Reserven im Unternehmen verbleiben soll und welcher als Dividende an die Aktionäre auszuschütten ist, künftig in diesen Fragen der Gewinnverwendung ein gewichtiges Wort mitreden können.

So einleuchtend der Gedanke für denjenigen ist, dem es darum geht, breite Kreise wirklich und ernsthaft an die Aktie und an der für unsere Wirtschaftsordnung nun einmal repräsentativen Unternehmensform der Aktiengesellschaft zu interessieren, so groß sind in der Praxis gewiß die Probleme, die dabei angeschnitten werden. Wer wollte zum Beispiel von einem normalen Sparer, dessen Gedanken sich mit allem anderen aber nur nicht mit der Frage beschäftigen, wie groß die notwendige Eigenkapitalstärkung eines Unternehmens unter bestimmten, ihn gar nicht näher interessierenden Marktverhältnissen sein sollte, — wer wollte von diesem Mann eine Meinung in der Frage der Reservenpolitik „seines“ Unternehmens erwarten? Wozu haben wir im übrigen auch die Arbeitsteilung als Kennzeichen der modernen Gesellschaft? Der eine versteht etwas von der Herzchirurgie, der andere etwas von industriellen Zukunftskosten, von Körperschaftssteuerbestimmungen und dergleichen. Soll jemand 364 Tage im Jahr Arzt, Studienrat, Hausfrau oder Plättstubenbesitzer und den halben 365. Tag dann Schiedsrichter in der Frage sein, ob die Leitung eines Weltunternehmens, das Dinge bestellt, die den Aktionären meist nur höchstens dem Namen nach bekannt sind, die Nuancen ihres unternehmerischen Wirkens auch anders hätte setzen können?

So wenig wie man zögern wird, das für absurd zu halten, so wenig darf man sich deshalb aber darüber hinwegtäuschen lassen, daß es — auf der anderen Seite — gleichwohl sehr vernünftige Gründe dafür gibt, den Aktionär doch mehr als bisher in den Fragen mitreden zu lassen, die schließlich auch die Fragen seines Spargeldes sind. Es blicke die Augen vor der Wirklichkeit verschließen, wollte man nicht sehen, daß es immer einmal wieder die Politik von Großaktionären ist, die mit ihnen zusammen an einem Unternehmen partizipierenden Kleinaktionäre dadurch „auszuhungern“, daß ihnen — im Unternehmen mit dem vom Großaktionär praktisch vollkommen abhängigen Vorstand und dem Aufsichtsrat, der gleichfalls auf die Linie des Großaktionärs geschaltet ist — die Dividendenzahlungen verweigert werden, auf die nach der Ertragslage ein Anspruch bestehen würde. In solchen Fällen geht es darum, den Kleinbesitz zu enttäuschen, ihn zum Verkauf zu veranlassen und die auf den Markt kommenden Aktien dann selbst zu Kursen zu erwerben, die niedriger sind als es dem wahren Unternehmenswert entspricht. Oder die Kleinaktionäre werden auf diese Weise reifgeschossen für das Angebot, ihren Aktienbesitz in Obligationen des gleichen Unternehmens umzutauschen. Im Fall eines sehr bekannten westdeutschen Automobilunternehmens haben die deutschen Kleinaktionäre, die vor einigen Jahren auf das entsprechende Angebot des amerikanischen Großaktionärs eingegangen sind, unmittelbar nach dem Umtausch in Obligationen erleben müssen, daß der Kurs dieser aus der Hand gegebenen Aktie in die Höhe ging und daß plötzlich Dividenden möglich waren, die um ein Mehrfaches höher lagen als die höchsten von einer deutschen Publikums-AG je gezahlten Dividenden.

Angesichts der Spannweite des Verhältnisses, das der Aktionär zur Aktie und zu dem durch dieses Papier re-

*E. Merck*  
DARMSTADT

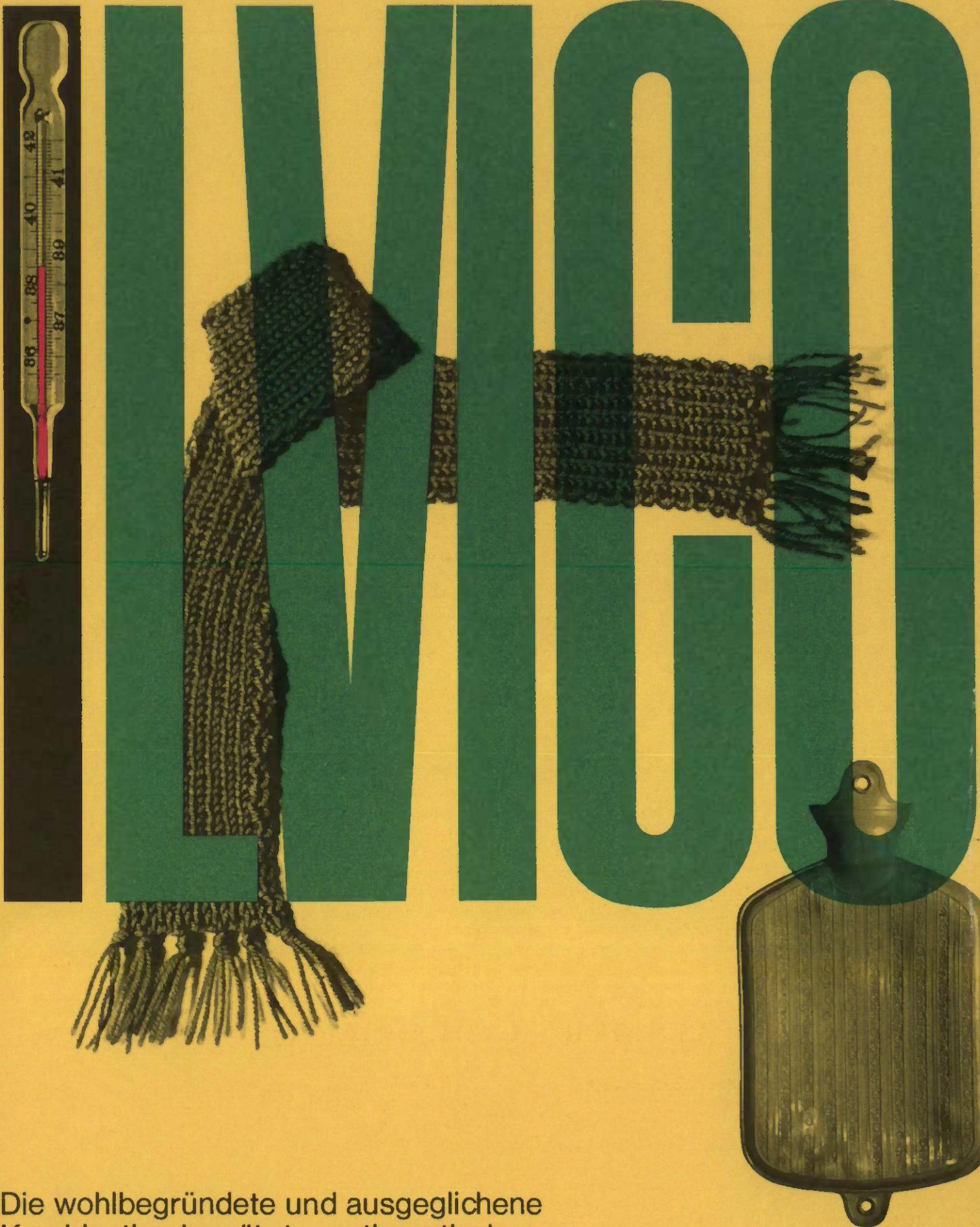
**Polybion**

**Polybion**

**Vitamin-B-Komplex**

**Vitamin-B-Komplex**





Die wohlbegründete und ausgeglichene Kombination bewährter antipyretischer und analgetischer Substanzen mit einem Antihistaminikum und Vitamin C ist der Grund, warum **ILVICO** bei Grippe und Erkältungskrankheiten so sicher und zuverlässig wirkt

*E. Merck*  
DARMSTADT

präsentierten Unternehmen hat, ist es praktisch unmöglich, über die Gesetzgebung zu einer alle Seiten befriedigenden Gestaltung dieser Beziehung zu kommen. Das mögen die beiden vorausgegangenen Absätze gezeigt haben. Deshalb soll und darf der Gesetzgeber nun auch nicht resignieren. Er möge jedoch in seinem deutschen Drang nach Perfektionismus gebremst werden. Wie überall im Leben ist auch hier der entscheidende Faktor für die Beziehungen zwischen Aktionär und Unternehmensverwaltung ein gewisses Mindestmaß an persönlichem Stil und ehrenamtlicher Haltung — Dinge, von deren Vorhandensein freilich erst im Laufe längerer Jahre überzeugt werden kann, die es aber gibt — auch bei Aktiengesellschaften. Es bleibt einem freilich nichts übrig als sich, durch hinlängliche Beobachtung, jeweils selbst ein zureichendes Bild zu machen.

Im übrigen ist es vernünftig, keine Illusionen in dem folgenden Punkt zu haben. In Zeitungen und Büchern liest man häufig von der Eigentümerrolle des Aktionärs „seiner“ Aktiengesellschaft gegenüber. Besonders oft ist davon anlässlich der Privatisierung des Volkswagenwerkes durch die Ausgabe von Volksaktien die Rede gewesen, und da können nun falsche Vorstellungen hochkommen. Wer eine Aktie kauft, sollte sich von vornherein darüber klar sein, das er als „kleiner“ Mann praktisch nicht das Geringste von der Vorstellung hat, „Eigentümer“ eines großen Unternehmens zu sein. Man muß Großaktionär sein, wenn man bei einer Aktiengesellschaft mitreden will. Machen wir uns das mit ein paar Zahlen deutlich. Um „Eigentümer“ in mehr als nur formaler Hinsicht zu sein, muß man etwa 10 Prozent des Aktienkapitals einer Gesellschaft besitzen. Zehn Prozent von beispielsweise BMW sind Aktien im Nennbetrag von 6 Millionen DM. Da der Kurs bei 330 Prozent liegt, bedeutet das ein Vermögen von fast 20 Millionen DM. Wer das nicht hat — und BMW ist weder eine sehr große noch eine sehr teure Gesellschaft — also braucht sich gar nicht erst etwas vorzumachen von wegen „Eigentümer“.

Sein Interesse ist es, das Geld in einer Aktie angelegt zu haben, die eine einigermaßen gute Dividende bringt

und deren — auf lange Frist gesehen — Kurssteigerung auch Ausdruck der Selbstfinanzierungskraft ist, die aus der Höhe der einbehaltenen Gewinne resultiert. Es ist wenig oder gar nicht sinnvoll, sich mit einem AG-Vorstand, der gezeigt hat, daß er den breiten Kreis der Aktionäre als Träger der finanziellen Unternehmensbasis schätzt, über die Frage zu streiten, ob vom Gewinn etwas mehr oder etwas weniger in bar an die Aktionäre ausgeschüttet werden soll. Wer sich als Aktionär schlecht behandelt fühlt, wer also insbesondere die Gewinnthesaurierungspolitik des Vorstandes für seinen Teil nicht dadurch mitmachen will, daß er Aktionär dieser Gesellschaft ist, der handelt immer noch am klarsten und am vernünftigsten, wenn er seine Aktien verkauft. Das ist die einzige Art der Stimmabgabe, von der der unzufriedene Kleinaktionär wirklich etwas haben kann. So wie auf der anderen Seite der Kauf einer Aktie letzten Endes nichts anderes ist als ein zustimmendes Votum. In Amerika, im Mutterland des Kapitalismus und in dem Land, in dem auch der moderne Volkskapitalismus bereits existiert, käme kein Kleinaktionär auf den Gedanken, sich mit der Verwaltung seiner Gesellschaft anders als auf diese pragmatische Weise auseinanderzusetzen (Querulanten und Pyschopathen, die es auch drüben geben mag, ausgenommen).

Ohne daß in den Chor derjenigen eingestimmt würde, die alle Bemühungen der unterwegs befindlichen Aktienrechtsreform als unnötigen und lästigen Versuch des Eingriffs in eine vielleicht bequem gewordene Ordnung schlichtweg ablehnen mögen, muß also doch gesagt werden, daß der Gesetzgeber der Gefahr unterliegt, sich an ein wenig konstruierten Wunschbildern zu orientieren.

Diese Möglichkeit ist um so eher gegeben, als man dem Gesetzgeber wohl das Anliegen zubilligen muß, mit dem Aktiengesetz, das eigentlich nur ein reines Organisationsgesetz ist, auch gewisse staats- und gesellschaftspolitische Vorstellungen zu fördern bzw. auch zu verwirklichen. So viel zum Grundsätzlichen. Im weiteren Verlauf dieser Reihe werden uns die konkreten Themen der Reform dann noch beschäftigen.

*Anschrift des Verf.: Bernd Baehring, 8 München 25, Krüner Straße 51.*

## MITTEILUNGEN

### Ärztliche Notfallhilfe geht vor Parkverbot

#### Stellungnahme des Bundesverkehrsministeriums zum Vorschlag einer allgemeinen Park-Sonderregelung

„Ein Arzt, der vor die Wahl gestellt ist, entweder die Abwendung einer konkreten Gefahr für Leben und Gesundheit zu unterlassen oder in nicht zu verantwortender Weise zu verzögern oder ein Verbot zu übertreten, macht sich nicht strafbar, wenn er sich für letzteres entscheidet.“

Mit dieser Stellungnahme bat das Bundesverkehrsministerium eine Anregung der Bundesärztekammer beantwortet, in allgemeinerer Weise als bisher Ärzte in Ausübung ihrer Tätigkeit von den sie oftmals erheblich behindernden Parkverboten zu befreien.

Verstöße gegen Park- und Halteverbote in geschlossenen Ortschaften könnten bei der G8terabwägung im „übergesetzlichen Notstand“ in der Regel nicht so schwer sein, daß diese Übertretung schwerere Gefahren ber-

beführen würde, als die Unterlassung oder Verzögerung einer dringenden ärztlichen Hilfeleistung.

Eine generelle Befreiung von Ärzten vom Parkverbot ist jedoch nach Auffassung des Bundesverkehrsministeriums in der Bundesrepublik nicht möglich. Die Straßenverkehrsordnung sieht die Möglichkeit der Erteilung von Ausnahmegenehmigungen an Einzelpersonen vor.

Das Bundesverkehrsministerium erklärt jedoch, daß die Entscheidung hierüber dem pflichtgemäßen Ermessen der nach dem Landesrecht zuständigen örtlichen Behörde überlassen bleiben muß.

Unter Berücksichtigung der deutschen Verkehrsverhältnisse und des föderalistischen Staatsaufbaues in der Bundesrepublik sehe sich das Ministerium nicht in der Lage, eine ähnliche Regelung zu treffen wie in Frankreich. Die meisten Bundesländer hätten jedoch Richtlinien an die örtlichen Behörden erlassen, in denen Empfehlungen über die Erteilung von Ausnahme-

genehmigungen an Ärzte verwertet worden sind, die das Bundesverkehrsministerium im Jahre 1959 herausgegeben hatte.

### Kuren und Erholungsfürsorge für Mütter

#### Um die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Mütter-Genesungswerk

Die Erholungsfürsorge für Mütter in dafür geeigneten Mütter-Genesungsheimen ist im Rahmen der Bestimmungen, die das neue Bundessozialhilfegesetz über die Maßnahmen der vorbeugenden Gesundheitspflege enthält, ausdrücklich — allerdings zum erstenmal — gesetzlich verankert worden. Darüber hinaus steht zu erwarten, daß auch das Krankenversicherungs-Neuregelungsgesetz (KVNG) dem Anliegen der Müttergenesungsfürsorge gesondert Rechnung tragen wird. Trotzdem wird es in der freien Arztpraxis nach wie vor noch eine Reihe von Patientinnen geben, für die keine dieser gesetzlichen Bestimmungen angewendet werden kann. Dies braucht aber keineswegs zu bedeuten, daß die Möglichkeiten, erholungsbedürftigen, mittellosen Frauen zu einem Kur-aufenthalt zu verhelfen, völlig erschöpft sind: In diesen Fällen bietet sich dem niedergelassenen Arzt die Zusammenarbeit mit dem Deutschen Mütter-Genesungswerk an, mit dessen Hilfe seit seiner Bildung durch die Frau des früheren Bundespräsidenten, Frau Elly Heuss-Knapp, im Jahr 1950 rund 700 000 Frauen eine Genesungskur ermöglicht wurde.

Die Frauengruppen der evangelischen und katholischen Kirche, die Arbeiterwohlfahrt, das Deutsche Rote Kreuz und der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband sind im Deutschen Mütter-Genesungswerk zusammengeschlossen. Da jeder der fünf Träger-Verbände über Entsendestellen auf örtlicher — zumindest aber bezirklicher — Ebene verfügt, ist die Zusammenarbeit mit dem Deutschen Mütter-Genesungswerk selbst für Ärzte, die ihre Praxis in einem entlegeneren Bereich ausüben, nicht mit technischen Schwierigkeiten verbunden.

Das Streben des Mütter-Genesungswerks geht darauf hinaus, die Müttererholungs-Kuren rechtzeitig einzuleiten. Um dieses Ziel zu erreichen, bemühen sich die Träger-Gruppen vor allem um den Auf- und Ausbau der sogenannten Hauspflege sowie um die Unterbringung der Kinder in Kinderheimen für die Dauer des Erholungsaufenthaltes der Mutter. Zur Sicherung der Versorgung der Familie während der Abwesenheit der Mutter wird — was natürlich zur Zeit besonders problematisch ist — sogar versucht, Hauspflegerinnen zu vermitteln oder aber im Sinne der Nachbarschaftshilfe eine Lösung zu finden.

Der Gefahr, daß eine Kur zu spät einleitet wird, soll auch durch eine Aktivierung der Zusammenarbeit mit der frei praktizierenden Ärzteschaft begegnet werden, zumal heute wegen finanzieller Mittellosigkeit keine Mutter mehr einer Genesungskur fernzubleiben braucht.

#### Der Arzt gibt die Anregung

Um die Erholungsbedürftigkeit zu beweisen, genügt ein ärztliches Attest, zu dem der Arzt die Anregung geben sollte. Darauf sollen die körperliche und seelische Verfassung der Patientin beurteilt werden und angegeben sein, welche speziellen Kurmittel angebracht bzw., ob zur Wiederherstellung der Gesundheit eine Heilkur

im Heim oder ein Erholungsaufenthalt erforderlich sind. Auch sollte daraus der Arzt im Heim ein umfassendes Bild vom Gesundheitszustand der Mutter erhalten können. Die Atteste sind vom Arzt unmittelbar den örtlichen oder bezirklichen Entsendestellen — Evangelische Arbeitsgemeinschaft für Mütter-Genesungsfürsorge, Katholische Arbeitsgemeinschaft für Müttererholung, Arbeiterwohlfahrt, Deutsches Rotes Kreuz oder Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband — zuzuleiten.

Die Kostenregelung übernehmen die Träger-Gruppen. Unter bestimmten Voraussetzungen kommen die Krankenkassen, Landesversicherungsanstalten, die Betriebe, die Fürsorge- oder Versorgungsämter für die Finanzierung auf. Wenn notwendig, übernehmen die Träger-Gruppen auch mit Hilfe des Mütter-Genesungswerkes die ungedeckten Kosten. So betragen z. B. 1961 die Gesamtkosten für Mütter-Genesungskuren 26 Mill. DM. Davon wurden aus öffentlichen Mitteln 9,5 Mill. DM zurückerstattet und 6,3 Mill. DM durch eine öffentliche Sammlung des Mütter-Genesungswerkes aufgebracht. Die Trägerverbände finanzierten — bei kleiner Eigenbeteiligung der verschickten Mütter — den Restbetrag.

In den zur Verfügung stehenden 180 Mütter-Genesungsheimen — 39 von ihnen liegen in Badeorten — sollen vor allem Frauen aufgenommen werden, die sich aus eigenen Mitteln keinen Erholungsaufenthalt und keine Kur leisten können. Dennoch brauchen die Bezüge nicht unter dem Fürsorge-Regelsatz zu liegen. Auch in den Fällen, in denen trotz regelmäßigem und durchschnittlich gutem Verdienst des Ehemanns sparsam gewirtschaftet werden muß, weil sich z. B. mehrere Kinder in beruflicher Ausbildung befinden, die Wohnungsmiete verhältnismäßig hoch ist, die Mutter längere Zeit krank ist oder war und dringende Neuanschaffungen gemacht werden mußten, ist vom Mütter-Genesungswerk durchaus finanzielle Hilfe zu erwarten.

#### Zusammenarbeit mit Krankenkassen

Die Zusammenarbeit mit den gesetzlichen Krankenkassen wird seit Jahren schon gepflegt. Meist übernehmen es die Entsendestellen, bei ihnen einen Kurzuschuß zu beantragen. Nur in einigen Ausnahmefällen werden die Krankenkassen gebeten, den Zuschuß selbst beizusteuern.

Bei Heilkuren berufstätiger Mütter wird an die Landesversicherungsanstalten wegen einer Finanzierungsbilfe herangetreten. Schließlich schalten sich die Sozialämter überall dort ein, wo das Einkommen unter den Regelsätzen der Fürsorge liegt.

Die Auswahl des Heims ist vom Gutachten des Arztes und den Indikationsvorschlägen des behandelnden Arztes abhängig.

Helmverzeichnisse mit genauen Angaben über alle Indikationen können über das  
Deutsche Mütter-Genesungswerk  
8504 Stein über Nürnberg 2  
oder aber

die örtlichen bzw. bezirklichen Träger-Gruppen — Evangelische Arbeitsgemeinschaft für Mütter-Genesungsfürsorge, Katholische Arbeitsgemeinschaft für Müttererholung, die Arbeiterwohlfahrt, das Deutsche Rote Kreuz, den Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband —

bezogen werden.

Für viele Kuren ist die ärztliche Beurteilung und ihre

Formulierung entscheidend. Wird durch das Attest bescheinigt, daß die Mütter-Genesungskur

zur Verhütung eines drohenden Gesundheitsschadens oder zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit — dazu gehört auch die Arbeitsfähigkeit in Familie und Haushalt — notwendig ist,

übernehmen in der Regel die Fürsorgeverbände des Bezirks die Kosten oder wenigstens einen Teil der Finanzierung. Dagegen treten im allgemeinen die Krankenkassen — je nach den Satzungen — ein, wenn der Arzt die Notwendigkeit einer Kur

„zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit“ oder „zur Verhütung einer alsbaldigen drohenden Krankheit, die stationäre oder ambulante Behandlung notwendig macht“

begründet, Heil- bzw. frühe Heilverfahren — Vorsorgekuren — für Frauen aus dem Kreis der pflichtversicherten Bevölkerung bestreiten meist die Landesversicherungsanstalten.

Es hat jahrelang gedauert, bis unter der „Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit“ nicht nur die „Erwerbsfähigkeit im Beruf“, sondern auch die „Fähigkeit der Führung des Haushalts“ verstanden wurde.

Auch war bis vor einiger Zeit noch in keinem einzigen Sozialgesetz — weder im Fürsorgerecht, noch in der Renten- und der Krankenversicherung oder den Gesetzen über die Kriegsopferversorgung und den Lastenausgleich — ein Mütter-Genesungswerk vorhanden. Alle Sozialversicherungsträger mußten erst einmal für eine Zusammenarbeit auf freiwilliger Basis gewonnen werden. Schließlich wurden vom Bundesinnenministerium, von Länderministerien, vom Bundesverband der Ortskrankenkassen sowie vom Deutschen Städte- und Landkreistag Richtlinien und Empfehlungen herausgegeben, in denen eine „Unterstützung im Rahmen des Möglichen“ nahegelegt wurde. Das bedeutete noch vor Jahren lediglich einen Zuschuß von 95 Pf je Tag.

Immer noch gibt es Krankenkassen, die sich mit einem täglichen Zuschuß von 1 DM begnügen oder jede Unterstützung ablehnen, wenn die Mutter nicht in ein kasseneigenes Haus gehen möchte. Es gibt aber auch Sozialhilfe-Behörden, Krankenkassen und Rentenversicherungsträger, die inzwischen die vollen Kosten übernehmen.

#### Alle ärztlichen Verordnungen möglich

Jedes Mütter-Genesungsheim, das den Frauen für einen dreiwöchigen oder vierwöchigen Aufenthalt zur Verfügung steht und in dem die besonderen Anforderungen an die Müttererholung berücksichtigt sind, wird ärztlich betreut. Alle ärztlichen Verordnungen — von Diäten über Liegekuren bis zu speziellen Bewegungsübungen und leichten Kneippanwendungen — sind während des ganzen Jahres durchgehend möglich. Sie werden von geschulten Mitarbeitern durchgeführt und geleitet.

Daneben werden von den Träger-Gruppen auch **Sonderkuren**

für werdende und kinderreiche Mütter,  
für körperbehinderte Frauen und Mütter von körperbehinderten Kindern,  
für Taubstumme und Blinde,  
für Landfrauen, Neusiedlerinnen und Flüchtlinge,  
für berufstätige Mütter,  
für Frauen von suchtgefährdeten Männern sowie  
für Frauen, die in sowjetischer Haft waren, oder deren

Angehörige noch in sowjetisch besetzten Gebieten inhaftiert sind, durchgeführt. Geplant sind ferner Sonderkuren für Frauen von Binnenschiffen, doch wird nicht daran gedacht, die sog. „Normalkuren“ mit den gemischten Gruppen aufzugeben.

Aus all dem ist zu ersehen, daß es der Grundgedanke der Tätigkeit des Deutschen Mütter-Genesungswerkes ist, in Müttern eine besondere Gruppe innerhalb der vorbeugenden Gesundheitsfürsorge und der Fürsorge für Genesende zu sehen. In den dreizehn Jahren seines Bestehens konnte das Deutsche Mütter-Genesungswerk immer wieder feststellen, daß die Genesungsfürsorge für eine Mutter um so wirksamer ist, je stärker dabei ihre Situation als Frau und Mutter berücksichtigt werden kann. Darum wird auch empfohlen, vor jedem anderen Erholungsaufenthalt die Kur in einem Mütter-Genesungsheim zu bevorzugen. Hier finde die Mutter jene individuelle Pflege und Betreuung, die ihrem körperlichen und seelischen Erschöpfungszustand besonders entspreche.

Der Mütter-Genesungsfürsorge wird also innerhalb der allgemeinen Gesundheitsfürsorge der Wert einer spezialisierten Gesundheitsfürsorge beigemessen. Auf diesen Grundgedanken aufbauend, ist es das Hauptanliegen des Deutschen Mütter-Genesungswerkes, „erschöpften, an ihren Aufgaben müde gewordenen Frauen, die in bedrängten Verhältnissen leben“, zu helfen. Das bedeutet in der Praxis, daß Frauen, die noch wirkliche mütterliche Aufgaben zu erfüllen — also für Kinder unter 18 Jahren zu sorgen — haben (auch unehelichen und Pflege-Müttern!) auf diesem Wege zu neuer gesundheitlicher Kraft verholfen werden soll.

Mit der Formulierung „erschöpft“ war zunächst beabsichtigt, zwischen Depressionen und depressiven Verstimmungen abzugrenzen, um Müttern mit depressiven Verstimmungen noch einen Aufenthalt in einem Mütter-Genesungsheim zu ermöglichen, Frauen mit echten Depressionen aber einer echten klinischen Behandlung zuführen zu können. Die Erfahrung zeigte jedoch, daß eine solche Unterscheidung nicht praktikabel ist. Wichtiger ist vielmehr, daß Frauen, die zu einer Teilnahme an einer Mütter-Genesungskur vorgeschlagen werden, noch gruppenfähig zu denken vermögen.

Ausgenommen von den Kuraufenthalten des Deutschen Mütter-Genesungswerkes sind allerdings bettlägerig Kranke und Frauen mit ansteckenden Krankheiten, weil man den Begriff „erschöpft“ auch im Sinne der Vorbeugung verstanden wissen will: Es soll geholfen werden, ehe ein manifester gesundheitlicher Schaden entstanden ist.

Da aber gerade Mütter im allgemeinen erst dann bereit sind, etwas für ihre Gesundheit zu tun, wenn es gar nicht mehr anders geht, ein akuter Erschöpfungszustand oftmals erst dann entdeckt wird, wenn schon ein ernsthafter gesundheitlicher Schaden besteht und es darüber hinaus für die Hausfrau und Mutter nicht leicht ist, eine Vertretung zur Versorgung der Familie zu finden, kommen die meisten Patientinnen erst dann zum Mütter-Genesungswerk, wenn sie bereits an erheblichen gesundheitlichen Störungen leiden. Im vergangenen Jahr betrug ihre Zahl immerhin 77,6 Prozent!

Der behandelnde Arzt sollte darum der Mütter-Genesungsfürsorge besondere Aufmerksamkeit schenken. Um die Zusammenarbeit zu fördern, hat das Deutsche Mütter-Genesungswerk ein

### Merkblatt für Ärzte zur Müttergenesungsfürsorge

herausgebracht. Darin wird der Arzt, der den Patientinnen die Erholungsbedürftigkeit zu attestieren hat, darauf hingewiesen, daß die Mütter-Genesungsfürsorge innerhalb der allgemeinen Gesundheitsfürsorge besondere Bedeutung beansprucht. Außer einigen anderen aufschlußreichen Hinweisen sind die Anschriften der in Frage kommenden örtlichen Wohlfahrtsorganisationen aufgeführt. Das Merkblatt kann bei der Geschäftsstelle des Deutschen Mütter-Genesungswerkes, 8504 Stein über Nürnberg 2, kostenlos angefordert werden. O—.

### Gesund wohnen — lärmfrei wohnen

In Mannheim fand auf Einladung des Deutschen Arbeitsringes für Lärmbekämpfung e. V. und des Deutschen Medizinischen Informationsdienstes e. V. im Mai 1963 eine Fachtagung „gesund wohnen — lärmfrei wohnen“ statt, die mit einer Lehrschaue und einer Ausstellung verbunden war.

Ärzte, Ingenieure, Akustiker, Architekten, Bau- und Wohnungssachverständige sowie Juristen und Vertreter von Herstellerwerken, Behörden und Organisationen fanden sich zu einem umfassenden Erfahrungsaustausch zusammen, um zu prüfen, welche Möglichkeiten sich bieten, den Lärmschutz im Wohnbereich zu verbessern.

Der Deutsche Arbeitsring für Lärmbekämpfung, der seit 11 Jahren besteht, hat zwar mit Genugtuung feststellen können, daß in den letzten Jahren immer mehr Wohnhäuser gebaut wurden, bei denen auf einen ausreichenden baulichen Schallschutz großer Wert gelegt wurde. Doch in sehr vielen Häusern reißen die Klagen über zu starke Hellhörigkeit nicht ab. Die ständige Lärmbelästigung in derartigen „akustischen Folterkammern“, wie diese Häuser mitunter genannt werden, ist geeignet, die Gesundheit der Bewohner erheblich, nicht selten existenz- und lebensbedrohend zu beeinträchtigen.

Die Ursache für die Lärmerfülltheit vieler Wohnungen ist vor allem in einer Bauweise zu suchen, die die modernen Möglichkeiten des technischen Schallschutzes nicht genügend berücksichtigt. Außerdem ist die Zahl der Geräuschquellen aller Art in kaum vorstellbarem Maße gestiegen. Dies ist jedoch kein Grund zur Resignation. Im Gegenteil! Die Zunahme des Lärms im Wohnbereich hat bereits Behörden und Fachkreise des Bauwesens dazu veranlaßt, wissenschaftliche und rechtliche Voraussetzungen für Lärminderungsmaßnahmen im Wohnungsbau zu schaffen.

Die Geschäftsstelle des Deutschen Arbeitsringes für Lärmbekämpfung hat daher zum Anlaß der Tagung „gesund wohnen — lärmfrei wohnen“ einige der wichtigsten Forderungen zur Gewährleistung ruhigen Wohnens zusammengestellt. Diese Forderungen beruhen auf Vorträgen, Eingaben, Veröffentlichungen und Empfehlungen aus dem Mitarbeiterkreis des Arbeitsringes.

1. Ruhe und Lärmungestörtheit sollten Grundvoraussetzung jeder Wohnung sein, insbesondere der Komfortwohnungen. Ebenso wesentlich wie die lärmungestörte Lage und der Schutz gegen Außenlärm ist die Vermeidung störender Geräusche innerhalb einer Wohnung bzw. eines Wohnhauses.

Die Aufstellung dieser Forderungen ist zur Abwendung von Gesundheitsschäden der Bewohner und zur

Erhaltung ihrer Schaffenskraft und Lebensfreude notwendig.

2. Als ruhig sind Wohnungen anzusehen, die die in den medizinischen Leitsätzen zur Lärmbekämpfung angegebenen Meßwerte erreichen oder annähernd erreichen. Danach soll der Fremdgeräuschpegel folgende Werte nicht überschreiten:

- 25 bis 30 dB (A) in Schlafräumen (bei geöffnetem Fenster)
- 30 bis 40 dB (A) in Krankenzimmern, Ruheräumen von Kurhotels und -pensionen, zumindest in den Mittags- und Abendstunden
- 45 dB (A) in Wohnräumen tagsüber
- 30 bis 50 dB (A) in Erholungsgebieten, Anlagen und Gärten (hier sollten die technischen Fremdgeräusche die natürlichen möglichst nicht überschreiten).

Die angegebenen Meßwerte in dB (A) = deziBel, Kurve A, die den internationalen Geräuschmeßregeln entsprechen, sind bis 60 dB (A) etwa die gleichen wie die bisher üblichen DIN-phon-Werte.

Geräuschspitzen, die über den angegebenen Lärmpegel hinausreichen, dürfen nicht so laut oder so häufig sein, daß durch sie die Wohnruhe und insbesondere der Schlaf in der Nachtzeit gestört wird.

Die Wohnruhe soll insbesondere an Sonn- und Feiertagen, in den Nachtstunden von 22 bis 7 Uhr und während der Mittagsstunden gewährleistet sein.

Die vor kurzem neugefaßte DIN-Form 4109 „Baulicher Schallschutz“ entspricht nur Mindestanforderungen. Sie stellt eine Richtlinie dar, die noch nicht allgemein verbindlich ist und wesentliche Bauteile unberücksichtigt läßt (z. B. Fenster und Türen, Trennwände innerhalb von Wohnungen). Unbedingt zu beachten ist die VDI-Richtlinie 2058 „Schutz vor Nachbarschaftslärm“, die sich aber, wie die Bezeichnung sagt, nicht auf den Gesamtbereich der Wohnlärmbekämpfung bezieht. Die Werte der VDI-Richtlinien gehen von den heute durchweg gegebenen technischen Lärmbekämpfungsmöglichkeiten aus. Ferner wird die Schrift des Bundesministeriums für Wohnungsbau und Raumordnung „Baut ruhige Wohnungen“ und die darin enthaltenen, über die DIN 4109 hinausgehenden Gebote zur Beachtung empfohlen.

3. Wohnungen sollten zweckmäßigerweise dort gebaut werden, wo sie vor Störeinflüssen von außen genügend geschützt sind, und zwar am besten in behördlich anerkannten Wohngebieten, in denen auch nicht nachträglich Störquellen (z. B. laute Gewerbebetriebe, Kfz-Reparaturwerkstätten usw.) zugelassen werden dürfen. Aus den Wohngebieten ist nach Möglichkeit jeder Kfz-Durchgangsverkehr zu verbannen. Garagen, Tankstellen, Reparaturbetriebe, Geschäfte, Gastwirtschaften usw. sind jeweils vor die Wohngebiete zu legen und gegen diese am besten durch Grünanlagen und den Schall auffangende Bauten abzuschirmen. In die Wohngebiete sollen Sackstraßen mit genügend großem Umdrehplatz führen. An Wohngebieten vorbeiführende verkehrsreiche Straßen sind am besten niveautiefer bzw. in einen Einschnitt oder zwischen aufzuwerfende, genügend hohe Wälle zu legen. Alle an verkehrsreichen Straßen liegenden Wohnbauten sollten neben einer ausreichend schalldämmenden Hauswand auch mit schalldämmenden Fenstern und Türen ausgestattet werden. Die Fassadengestaltung der Häuser, die Anlage der Balkone und Fenster müssen so erfolgen, daß der Außenlärm durch sie nicht „inge-

sogen“ oder durch Schallbrechung verstärkt in die Wohnung gelangen kann. Abzulehnen ist der Neubau von Wohnungen an Umgehungsstraßen, in der Nähe von vorhandenen oder geplanten Flugplätzen.

4. Die Wohnbauten sind nach Möglichkeit so zu den Verkehrsstraßen und anderen Lärmquellen aus der Nachbarschaft zu stellen und zu gestalten, daß in die besonders vor Lärm zu schützenden Räume (Schlaf-, Wohn- und Aufenthaltsräume, Arbeitszimmer, Terrassen, Gärten) möglichst wenig Geräusche eindringen.

Die zunehmende Motorisierung, die neben Lärm auch Abgase, Unfallgefahren und optische Unruhe erzeugt, läßt die bisher oft bevorzugte offene Bauweise als problematisch und überholt erscheinen. Zu fordern ist die Zulassung genügend hoher Lärm- und Sichtschutzwände sowie sonstiger Bauten an der Grundstücksbegrenzung. Hierdurch wird die Entstehung geschützter Gartenhöfe und -anlagen begünstigt — eine Forderung, die zugleich in hohem Maße dem notwendigen Schutz der Kinder gegen die Verkehrsunfallgefahren Rechnung trägt.

Bei allen diesen Maßnahmen, die hier nicht vollständig behandelt werden können, muß eine Abstimmung mit den Belangen der ästhetischen Gestaltung, der Lufthygiene, des Unfallschutzes usw. erfolgen.

5. Kinderspielfläche werden am zweckmäßigsten an den Schmalseiten der Häuser oder wenigstens dort angelegt, wo sie keine zu starke Lärmbelastigung für die Ruheräume der Anwohner darstellen.

6. Grünanlagen, insbesondere Bäume und Sträucher, vor allem immergrüne, abgas-, rauch- und staubfeste Arten, dienen auch dem Lärmschutz.

7. Erhöhte Anforderungen müssen heute auch an den baulichen Schallschutz innerhalb der Wohnungen (Trennwände und -decken, Türen und Fenster) gestellt werden. Oft sind mehrere Familienmitglieder berufstätig und abends besonders ruhebedürftig, Kinder sollen ohne unnötige Ablenkung und Lärmstörungen Schulaufgaben machen können. Aus pädagogischen Gründen ist es nicht richtig, daß sie alles Tun und Sprechen der Erwachsenen mithören können. Bei der Verbringung der Freizeit gehen die Wünsche oft sehr auseinander. Die Benutzung von Lautsprecher- und Musikgeräten stört vielfach diejenigen, die ungestört lesen, geistig arbeiten oder sich entspannen möchten.

Bei der Grundrißgestaltung und Raumaufteilung müssen die „lauten“ Räume (Küche, Bad, Toilette, Korridore, Kinderspielzimmer, Hobbyräume u. a.) gegenüber den „leisen“, d. h. vor Lärm zu schützenden Räumen (Schlaf-, Wohn- und Ruheräume, Garten), so gut wie möglich getrennt werden.

8. Hohe Anforderungen sind an die Geräuschminderung bei Installationen, elektrischen Anlagen und Geräten, Heizung, Haushaltsmaschinen, Gartenmaschinen u. a. zu stellen. Gegebenenfalls sind Benutzungszeiten festzulegen.

9. Ein Sonderproblem stellt die Benutzung von Rundfunk-, Fernseh- und Schallplattengeräten sowie Musikinstrumenten ebenso wie die Durchführung von Hausfesten dar.

Wer Lautsprecherdarbietungen gut hören will, muß das Gerät zwangsläufig so laut einstellen, daß dadurch leicht Zimmer- oder Wohnungsnachbarn gestört werden — auch in Häusern mit sonst ausreichendem Schallschutz. Der Begriff „Zimmerlautstärke“ ist nicht klar zu kennzeichnen und für die Praxis ziemlich wertlos.

Grundsätzlich sollen Lautsprechergeräte nur so laut eingestellt werden dürfen, daß sie über den Herrschaftsbereich des Benutzers hinaus nicht hörbar sind, Musik kann je nach Rhythmus, Melodie, Tonhöhe, Dauer usw. auch schon bei niedrigen Lautstärken in hohem Maße ablenkend, störend wirken und zu nervöser Dauererregung führen.

Da der Benutzer des Gerätes sich über die Darbietungen freut und der unfreiwillig Zuhörende sich oft darüber ärgert, ist zur Vermeidung von Auseinandersetzungen eine klare Benutzungsregelung in den Mietverträgen und in den Vereinbarungen mit dem Hausbesitzer unerlässlich. Auf keinen Fall sollte die Benutzung der genannten Geräte im Garten oder bei geöffneten Fenstern gestattet sein, falls die Darbietungen über den Herrschaftsbereich des Benutzers oder Besitzers hinaus hörbar sind. Die Formulierung „nicht störend hörbar“ bietet einen großen Ermessensspielraum und ist daher abzulehnen. Eine zeitliche Regelung für die Benutzung von Phono- und Musikgeräten sowie für Hausfeste und ähnliches sollte vertraglich vorgesehen werden.

In größeren Wohnungen dürfte es zweckmäßig sein, Fernseh-, Rundfunk- und andere Phonogeräte in einem eigenen besonders schallsolierten Studio zusammenzufassen.

Entsprechend dem Grundgesetz sollte die Freiheit der Entfaltung der Persönlichkeit gewährleistet sein, soweit dadurch nicht die Rechte anderer verletzt werden. Auf diesen Nachsatz kommt es entscheidend an.

10. Gaststätten, Club- und andere Gemeinschaftsräume sollten in Wohnhäusern und überhaupt innerhalb ausgesprochener Wohngebiete nicht untergebracht werden. Sind Gaststätten usw. bereits in Wohnbauten vorhanden oder fest geplant, muß unbedingt für einen außergewöhnlich wirkungsvollen Schallschutz gegenüber den Wohnungen gesorgt werden. Die Betriebsdauer solcher Gaststätten sollte nicht über 22 Uhr hinausgehen. Die Anbringung von Warenautomaten an den Außenwänden von Wohnhäusern bedeutet eine weitere Lärmquelle, zum Teil durch die Bedienung, mehr noch durch die Kraftfahrzeuge, die vor allem nachts vorfahren. Warenautomaten, die nachts bedient werden können, sollten an Wohnungen bzw. im ausgesprochenen Wohnbereich nicht angebracht werden dürfen, sofern durch ihren Betrieb Störungen der Nachtruhe zu befürchten sind.

11. Für alle übrigen Geräuschquellen gilt grundsätzlich, daß in den einzelnen Räumen, die in den medizinischen Leitsätzen zur Lärmbekämpfung angegebenen Meßwerte so wenig wie möglich überschritten werden.

12. Teppiche, Teppichböden, Läufer und Heimtextilien stellen einen guten zusätzlichen Schallschutz in Wohnungen dar. Der notwendige bauliche Schallschutz darf jedoch deswegen nicht vernachlässigt werden! In dieser Hinsicht ist — auch im Hinblick auf zusätzlichen Schallschutz — mehr zu fordern als in der DIN 4109 empfohlen wird. Erst die Kombination zwischen gutem baulichen Schallschutz und zusätzlichem Schallschutz ergibt im allgemeinen die vom Menschen her gewünschte Lärmfreiheit in den Wohnungen.

13. Schallharte Böden sind möglichst zu vermeiden. Die Wohnungsbewohner können selbst viel zur Lärminderung beitragen, wenn sie daheim grundsätzlich nicht mit lautem Schuhwerk gehen (z. B. Metallabsätze bei Damenschuhen).

(Fortsetzung Seite 719)

### Die meldepflichtigen, übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat Juli 1963

(Zusammengestellt auf Grund der Wochenmeldungen des Bayer. Statistischen Landesamtes.)

Auch im Juli erkrankten an übertragbarer Kinderlähmung nur zwei Personen. Einige Diphtheriefälle mehr als im Vormonat wurden gemeldet. Scharlach trat — trotz der etwas höheren absoluten Zahl der Fälle — nicht häufiger als im Juni auf (zum Juni-Ergebnis wurden vier Wochen, zum Juli-Ergebnis fünf Wochen zusammengefaßt).

Mit dem Einsetzen der hochsommerlichen Witterung nahm die Zahl der Erkrankungen an Ruhr und Salmonellose (übertragbare Dünndarmentzündung) zu, nicht aber die Zahl der Fälle von Bauchtyphus. Erkrankungen an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) wurden im Berichtsmonat gleichfalls etwas häufiger als im Juni gemeldet.

### Die meldepflichtigen, übertragbaren Krankheiten in Bayern

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 30. Juni bis 3. August 1963 (Vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4				5		6		7				8		9		10		11	
	Diphtherie		Scharlach		Übertragbare				Tuberkulose <sup>1)</sup> der				Typhus abdominalis		Paratyphus A und B											
					Kieferentzündung der. parot. Fälle		Hirnhautentzündung		Meningokokken-Meningitis		Übrige Formen		Gehirnentzündung		Atmungsorgane (aktive Form)		Ruhr		Übrigen Organe							
	E <sup>1)</sup>	ST <sup>2)</sup>	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	—	—	147	—	1	1	—	7	2	15	1	—	—	237	25	1	—	37	4	4	—	5	—	—	—	
Niederbayern	2	—	29	—	—	—	3	1	5	—	1	—	77	14	1	—	13	—	1	—	—	—	—	—	—	
Oberpfalz	—	—	24	—	—	—	1	1	3	—	—	—	53	12	2	—	9	1	—	—	—	2	—	—	—	
Oberfranken	2	—	71	—	1	1	—	4	—	3	—	—	70	28	3	—	11	2	—	—	—	1	—	—	—	
Mittelfranken	5	—	82	—	—	—	8	—	—	—	—	—	73	14	3	—	23	—	3	—	—	1	—	—	—	
Unterfranken	1	—	50	—	—	—	8	1	7	—	1	—	94	7	1	—	9	1	3	—	8	1	—	—	—	
Schwaben	7	—	71	—	—	—	2	—	4	2	—	—	88	7	1	—	18	2	2	—	3	—	—	—	—	
Bayern	17	—	474	—	2	2	—	33	5	37	3	3	692	107	12	—	120	10	13	—	20	1	—	—	—	
München	—	—	89	—	—	—	1	—	8	—	—	—	90	14	—	—	16	2	—	—	2	—	—	—	—	
Nürnberg	—	—	44	—	—	—	3	—	—	—	—	—	29	4	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	
Augsburg	—	—	23	—	—	—	—	—	1	—	—	—	21	1	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	
Regensburg	—	—	4	—	—	—	1	1	2	—	—	—	6	—	2	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	
Würzburg	—	—	10	—	—	—	1	—	—	—	—	—	9	1	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	

Gebiet	12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25	
	Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa				Botulismus		Hepatitis infectiosa		Ornithose (übrige Formen)		Amöbenruhr		Verdachtsfälle von Tollwut <sup>4)</sup>		Bang'sche Krankheit		Kiehlbettfieber <sup>5)</sup>		Well'sche Krankheit		Toxoplasmosose		Trachom		Wundstarrkrampf	
			Salmonellose		Übrige Formen																							
	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	16	—	18	—	—	—	1	1	64	—	2	—	—	—	—	2	—	2	—	1	—	2	—	—	—	3	2	
Niederbayern	—	—	11	1	10	—	4	1	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	1	
Oberpfalz	71	—	18	—	—	—	—	—	13	1	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Oberfranken	3	—	10	—	—	—	1	—	27	—	2	—	—	26	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	
Mittelfranken	4	—	8	—	—	—	—	—	12	—	2	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2	1	
Unterfranken	—	—	8	—	1	—	2	1	70	—	1	—	—	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	1	
Schwaben	1	—	10	—	—	—	—	—	25	—	—	—	1	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	
Bayern	95	—	83	1	11	—	8	3	221	1	7	—	1	39	—	12	—	2	—	1	—	4	—	1	—	10	5	
München	15	—	9	—	—	—	—	—	21	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Nürnberg	2	—	6	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Augsburg	—	—	2	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	
Regensburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Würzburg	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	

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) Verletzungen durch ein tollwutkrankes oder tollwutverdächtiges Tier sowie Berührungen eines solchen Tieres oder Tierkörpers  
 5) Kiehlbettfieber bei oder nach Fehlgeburt

14. Die Hausordnung, die Mietverträge und andere Vereinbarungen dieser Art sollten den Lärmschutz ausreichend berücksichtigen und konkret festlegen. Von höflich gehaltenen Ruhegebotschildern sollte mehr als bisher Gebrauch gemacht werden.

15. Jede Wohnung ist vor ihrem Bezug nach festzulegenden Richtlinien akustisch zu vermessen. Die Daten über den Schallschutz von Wänden, Decken, Türen, Fenstern, Installationen, Eindringen von Verkehrs- und Nachbarschaftslärm u. a. sind in allgemeinverständlicher Kurzform den Wohnungsinteressenten schriftlich mitzuteilen. Die Messungen müssen von anerkannten Sachverständigen durchgeführt werden. Die Bauaufsichtsbehörden müssen mehr als bisher auf die tatsächliche Einhaltung der z. Z. gültigen und später der zu erweiternden Schallschutzbestimmungen achten.

16. In allen Städten und Gemeinden sowie auf überregionaler Ebene sollten Beratungsstellen geschaffen werden, die in Einzelfällen Auskünfte über Fragen des baulichen Schallschutzes und der Lärmbekämpfung im Wohnbereich erteilen. Es sollte geprüft werden, ob diese oder andere sachkundige Stellen sich auch vermittelnd bei Lärmstreitigkeiten im vorjuristischen Bereich einschalten sollen, gegebenenfalls in Verbindung mit Ordnungs-, Gesundheits-, Bauaufsichts- und Gewerbeaufsichtsämtern.

17. Der Deutsche Arbeitsring für Lärmbekämpfung e. V. prüft die Möglichkeit einer Klassifizierung von Wohnhäusern, die je nach akustischem Komfort mit 1 bzw. mehreren Sternen gekennzeichnet werden. DMI

### Ist man gegen Flugzeuglärm wehrlos?

Ein bedeutsamer Präzedenzfall aus den USA

Der Oberste Gerichtshof der Vereinigten Staaten von Amerika hat am 5. März 1962 einen Entscheid über Schadensersatzpflicht wegen Flugzeuglärm gefällt, dem weittragende Bedeutung auch für unser Land zukommt. Es ging um folgenden Sachverhalt: Der Kläger, Thomas N. Griggs, hatte im Jahre 1945 in der Nähe von Pittsburgh ein Haus in ländlicher Umgebung erworben. Kaum hatte er sich in dieser Stille niedergelassen, wurde in unmittelbarer Nähe ein Flughafen errichtet. Seitdem überfliegen startende und landende Flugzeuge in geringerer Höhe bei Tag und Nacht das Haus. Nach Feststellungen des Gerichts erreicht dieser Lärm beim Wegfliegen die Stärke eines Dampfhammers und beim Anfliegen jene einer lärmenden Fabrik. Kommt ein Flugzeug, müssen die Bewohner des Hauses ihre Gespräche unterbrechen. Telefonieren ist unmöglich. Der Schlaf wird trotz Verwendung von Schutzmitteln und Schlaftabletten ständig gestört. Die Familie Griggs ist, wie das Gericht festgestellt hat, durch nervöse Schäden gesundheitlich gestört. Eine untere Instanz hat Griggs einen Schadenersatz für sein Haus von 12690

Dollars zugesprochen. Haftbar für diesen Schaden ist der Flughafenhalter. Es handelt sich rechtlich um eine Teilenteignung. Der Oberste Gerichtshof stellte einstimmig fest, daß dadurch die Eigentumsgarantie verletzt worden ist.

Seither haben in New York allein wegen des Flughafens Idlewild 809 Kläger Schadenersatz gefordert. In der Stadt Seattle werden deren 250, in Los Angeles 3 000 gemeldet. Es handelt sich in New York um Forderungen im Betrage von 40% des Grundstückspreises (zwischen 15 000 und 40 000 Dollars). Beamte des amerikanischen Luftamtes schätzen die Zahl der durch Flughafen-Immissionen geschädigten Grundeigentümer auf Grund dieses Präzedenzfalles auf etwa 100 000. Die Gesamtsumme der Entschädigungsverpflichtungen wächst in die Millionen Dollars. Diese Vorgänge haben größte Bedeutung für die gesamte Flughafenplanung.

In USA kommt die längst erwartete, längst fällige „Welle“ der Rechtsbegehren materiell enteigneter Flughafenanwohner über die Produzenten des Flugzeuglärms. Die Auseinandersetzung hat damit erst begonnen und wird zweifellos — sowohl bezüglich der Strahlflugzeuge wie auch noch viel wesentlicher im Hinblick auf die Überschallflugzeuge — erhebliche Auswirkungen auch auf die Flughafenplanung ausüben. Endlich können sich die vom Flugzeuglärm in Persönlichkeitssphäre und Privateigentum schwerstens betroffenen Amerikaner an den Gerichten — die im Unterschied zu den Administrativbehörden vom „Lobby“ der Luftverkehrsinteressenten nicht ins Schlepptau genommen werden konnten — ihr Recht erkämpfen. Nun, da erstmals in großem Umfang Dezibel in Dollar umgerechnet wird, kann man mit einiger Spannung den Konsequenzen entgegenblicken, die sich für Amerikas Fliegerei aus der neuen Rechtslage ergeben werden. Die Ära der entschädigungslosen Ausplünderung wohlervorbener Rechte ist vorbel.

Und in der Schweiz?

In der Schweiz werden derweil Jahr für Jahr neue Flugplätze geplant und gebaut, ohne daß es bisher jemals zu einem ähnlichen Grundsatzurteil des Bundesgerichtes gekommen wäre. In einem Prozeß um den Flughafen Zürich-Kloten hat das Bundesgericht den Schaden mit dem Hinweis auf die eingetretene Bodenpreissteigerung verneint. In anderen Fällen, sogar bei Flugplätzen für die sogenannte Sportaviatik, fehlte es überhaupt an entsprechenden Klägern; dies nicht etwa deshalb, weil man den Tatbestand der materiellen Expropriation für nicht erfüllt angesehen hätte, sondern vielmehr aus der unrichtigen Einschätzung der Rechtslage voraus. Die Resignation beherrscht das Feld. Man hält entsprechende Prozesse schlicht für aussichtslos, weil die Fliegerei ohnehin zum Tabu erklärt worden ist. Immissionen, die von einer Fabrik her niemals entschädigungslos

# Strophoperm

zur perlingualen Herztherapie

# Salistoperm

zur percutanen Heilanaesthesie

hingenommen würden, sind da stumm geduldet. Die hohen Streitwerte, die auf dem Spiele stehen, die gewaltigen Kautionen, die zu zahlen wären, lassen die Geschädigten verstummen. Und wo kein Kläger ist, da ist bekanntlich auch kein Richter — kein Recht.

Die Entwicklung nimmt einen beängstigenden Verlauf. Hubschrauber figurieren in Gutachten renommierter Verkehrswissenschaftler, als ob es sich um Autos handeln würde. Das „Flugtaxi“ wird in der technischen Literatur vorgestellt. In der Ostschweiz bauen einige Sportflieger einen Flugplatz zu ihrem Vergnügen unmittelbar neben einem Nervensanatorium. Die Zeitungen feiern zunehmende Frequenzen auf den Verkehrsflugplätzen schlicht als „Fortschritt“. Von der damit zwangsläufig einhergehenden Enteignung aller Flughafenanwohner wird nicht gesprochen. Es gilt dies offenbar als „Tribut“ an den „technischen Fortschritt“. Die Bundesbehörden geben in der Form von Subventionen und bereitwillig erteilten Konzessionen ihren Segen.

Professor Karl Oftinger hat bereits 1956 in seinem aufrüttelnden Buche „Lärmbekämpfung als Aufgabe des Rechts (Schulthess & Co. AG, Zürich) nachgewiesen, daß der Flugzeuglärm — wie jede andere Immission — durchaus rechtlichen Schranken unterworfen ist und insbesondere der Staat selbst für seine eigenen Unternehmungen nach gleichem Maßstab privatrechtlich haftet wie jeder Private. Für öffentliche Flugplätze ergibt sich daraus eine Entschädigungspflicht, für private Flugplätze in vielen Fällen die Notwendigkeit eines Verzichtes auf übermäßigen Lärm, ja überhaupt auf jeden Flugbetrieb. „Es unterliegt keinem Zweifel, daß ein großer Teil der privaten Flugplätze ihren Betrieb nicht aufnehmen dürfte, ohne sich mit einem weiten Kreis von Nachbarn aufgrund erheblicher finanzieller Leistungen verständigt zu haben, und daß die Halter öffentlicher Flugplätze nicht nur bedeutende Entschädigungen leisten, sondern ihr Augenmerk ganz wesentlich auf die Milderung der Lärmeinwirkungen richten müßten“ (125/6). Dr. Eduard Grob hat nun in einer Berner Dissertation, die auf Antrag von Professor Hans Huber genehmigt worden ist, diese wissenschaftliche Kritik bestätigt und im einzelnen abermals belegt. (Die Enteignung für Anlagen, Einrichtungen und Vorkehrungen der Bodenorganisation nach dem Bundesgesetz über die Luftfahrt vom 21. Dezember 1948, Verlag P. G. Keller, Winterthur 1962.) Grob betont seinerseits, daß auch das für die Erstellung von Flugplätzen erteilte Expropriationsrecht dem Flughafenhalter nur die Möglichkeit gibt, das Recht auf Immission gegen volle Entschädigung der davon betroffenen Eigentümer gleichsam zu erwerben. Er warnt vor der leider bestehenden kurzen Verwirklichungsfrist, wodurch gerade derjenige Betroffene, der den Lärm zunächst widerstandslos erduldet, um seine Ansprüche gänzlich betrogen wird, sofern er sich nicht rechtzeitig zur Wehr gesetzt hat. Grob warnt eindringlich: „Angesichts der enteignungsprozessualen Risiken und Nachteile, die mit der nachträglichen Geltendmachung von Entschädigungsforderungen verbunden sind, kann dem sorgfältigen Liegenschafteneigentümer nur der Rat erteilt werden, die vom Betriebe eines Flughafens, wenn auch nicht mit Sicherheit zu erwartenden so doch mindestens zu befürchtenden Einwirkungen auf sein Eigentum schon während der öffentlichen Planaufgabe zum Gegenstand einer Eingabe zu machen. Es stehen ihm dann nicht nur sämtliche Einsprache- und Forderungsmöglichkeiten ungeschmälert zur Verfügung, sondern er

sichert sich dadurch die materielle Beurteilung seines Entschädigungsanspruches“ (89).

Noch bleibt abzuwarten, wie sich die Gerichtspraxis in der Schweiz zu diesem Thema entwickeln wird. Da der „Ortsgebrauch“ bei Immissionsklagen einen recht schwankenden Boden abgibt, wäre es am aussichtsreichsten, dort Schadensersatzansprüche prozessual zu erzwingen, wo in einem bisher stillen Gelände ein Flugplatz geplant wird (gegenwärtig beispielsweise in Hausen am Albis oder in Zihlschlacht), also auch der Schaden offensichtlich ist. Wenn es dem einzelnen wegen der mit solchen Prozessen verbundenen finanziellen Risiken nicht möglich wäre, den Winkelried zu spielen und erstmals einen Entschädigungsanspruch zu erkämpfen, wäre die Bildung von Streitgenossenschaften durch alle betroffenen Grundeigentümer zu erwägen, wie dies in der Bundesrepublik, beispielsweise in Düsseldorf-Lohausen, bereits erfolgreich praktiziert worden ist. Nachdem die politischen Behörden, eng verflochten mit aviatischen Interessen, dem Grundeigentümer einen hinreichenden, den Traditionen unseres freiheitlichen Rechtsstaates entsprechenden Schutz vor übermäßigem Flugzeuglärm nicht zuteil werden ließen, sondern, zum Teil in offener Mißachtung geltenden Rechtes, Bewilligungen erteilten, bleibt zur Wahrung der Nachbarrechte nur noch der Weg zum Gericht, sei es im Expropriationsverfahren, sei es mittels Immissionsklage. Die Generalprävention, die auch nur eine einzige, erfolgreich durchgeführte Klage auf Schadenersatz für die gesamte Flughafenplanung in unserem dicht besiedelten Lande zur Folge hätte, ist unschwer zu erraten. DMI

### Strenge Regelung des Arzneimittelgesetzes in der Schweiz

In dem von der Interkantonalen Kontrollstelle (IKS) für Heilmittel in Bern vorgelegten Tätigkeitsbericht für 1962 wird einleitend auf strengere Begutachterrichtlinien hingewiesen, die die IKS ihrer Arbeit zugrunde legt. So wurde zusätzlich die Bestimmung aufgenommen, daß sämtliche vorhandenen Veröffentlichungen und Berichte vorzulegen sind, und zwar auch während drei Jahren nach der Registrierung des Präparates. Neue Befunde, welche die Beurteilungsgrundlage wesentlich beeinflussen, sind zeitlich unbeschränkt und ohne Verzug einzureichen.

Als nächstes beschäftigt sich der Bericht mit Maßnahmen gegen den Schmerzmittelabusus. U. a. war in der Schweiz ein gänzlich Verbot der Publikumsreklame für alle Schmerzmittel in Erwägung gezogen worden. Der Bericht führt dann fort: „Es haben sich hierauf die Herstellerfirmen unter Führung der Schweiz. Gesellschaft für chemische Industrie bereit erklärt, freiwillig alle Handlungen zu unterlassen, welche die mißbräuchliche Verwendung von Derivaten der Anilin- und Pyrazolongruppe begünstigen könnten. Im besonderen sollte die Größe und Aufmachung der Inserate stark eingeschränkt und auf Prospekt-, Plakat- sowie Kinoreklame gänzlich verzichtet werden, desgleichen auf Radio- und Fernsehwerbung. Dieses Gentleman's Agreement haben praktisch alle Firmen, 60 an der Zahl, unterzeichnet, und die bisherigen Feststellungen lassen erkennen, daß die eingegangene Verpflichtung loyal eingehalten wird...“ Nachträglich würden auch die Firmen, die Salizylate als Schmerzmittel anpreisen, an-

gehalten, die erwähnten Beschränkungen einzuhalten, was mehrheitlich zugesagt wurde. Im Einvernehmen mit den Firmen wurde eine „Halte Maß mit Schmerzmitteln!“ betitelte Schrift in den Wartezimmern der Ärzte und Zahnärzte ausgelegt sowie von Apotheken und Drogerien an das Publikum abgegeben.

Von den im Berichtsjahr angemeldeten 900 Heilmitteln waren 27 Tierheilmittel und 33 medizinische Apparate und Vorrichtungen.

Nach einer Auszählung der IKS-Registrierung waren Ende Januar in der Schweiz 12849 pharmazeutische Spezialitäten, ohne Tierheilmittel, im Handel. In dieser Zahl sind die einzelnen Arzneiformen einbegriffen, aber nicht die unterschiedlichen Packungsgrößen.

Apothekenpflichtig sind 9343 Präparate, in Apotheken und Drogerien erhältlich sind 3036 und in allen Geschäften erhältlich sind 470 Präparate. Von den 1962 angemeldeten 900 Heilmitteln waren 408 (= 45,35%) ausländischer Herkunft. Mit 124 Anmeldungen liegt die Bundesrepublik an der Spitze, es folgen Frankreich mit 93, die USA mit 54, Italien mit 43. Die restlichen 94 Präparate verteilen sich auf 9 Länder, darunter die UdSSR mit 1 Anmeldung. 108 der angemeldeten 900 Heilmittel wurden zurückgewiesen.

Zu beurteilen waren 65 neue Arzneistoffe. Dazu wird ausgeführt, daß die überwiegende Zahl neuer Arzneistoffe sich von bisher bekannten Substanzen chemisch nicht grundsätzlich unterscheidet. So beispielsweise in der Gruppe der Diuretica, Choloretica, Hormone und Spasmolytica. Die unablässige Vermehrung von verwandten Arzneistoffen bringe den Nachteil, daß der Arzneischatz immer weniger übersichtlich werde. Dies veranlasse zur Frage nach dem Sinn dieser Entwicklung für die Medizin. Abgesehen davon, daß eine Eindämmung aus rechtlichen Gründen kaum möglich sei, könne immerhin geltend gemacht werden, daß bei Unverträglichkeit oder ungenügender Wirkung eines bisherigen Arzneistoffes der Arzt damit die Möglichkeit hat, ein neues ähnliches Medikament zu verwenden, auf welches der Patient möglicherweise wieder anspreche oder es besser vertrage.

Von der Rezeptkommission wurden 110 neue Arzneistoffe diskutiert. Davon wurden 9 der verschärften Rezeptpflicht (Liste A), 96 der einfachen Rezeptpflicht (Liste B) unterstellt und 5 für rezeptfrei (Liste C), aber apothekenpflichtig erklärt. Für Präparate der Listen A, B und C wird Publikumsreklame nicht bewilligt.

### Internationaler Pockenimpfschein bei Auslandsreisen

Das Bundesgesundheitsministerium hat erneut darauf hingewiesen, daß auch deutsche Staatsbürger bei ihrer Ankunft auf einem deutschen Flughafen einen gültigen internationalen Pockenimpfschein vorweisen müssen, wenn sie sich in den letzten 14 Tagen vor

ihrer Rückkehr in Asien, Afrika oder Amerika — ausgenommen sind die USA und Kanada — oder in einem örtlichen Infektionsgebiet aufgehalten haben.

Bei der Ankunft eines Schiffes von einer internationalen Reise, das in den 14 Tagen vor seiner Ankunft einen Hafen in einem örtlichen Infektionsgebiet angefahren hat, sind Personen, die den Nachweis einer Immunität infolge früherer Pockenimpfscheine nicht führen können, entweder zu impfen und unter Beobachtung zu stellen oder, falls die Impfung verweigert wird, abzusondern.

Das Bundesgesundheitsministerium empfiehlt daher, sich vor der Ausreise einen internationalen Pockenimpfschein zu besorgen, auch wenn das Land, in das man reisen will, keinen Impfschein verlangt.

Vor allem die Reisebüros werden vom Bundesgesundheitsministerium gebeten, deutsche Reisende auf die deutschen Impfvorschriften hinzuweisen.

### Nicht mit chemischen Kanonen nach vegetativen Spatzen schießen!

Der Innsbrucker Internist Prof. Dr. Hittmair prägte diesen Satz in einem Vortrag über die Bedeutung funktioneller Störungen für das Kreislaufgeschehen. Beim heutigen raschen Fortschreiten der Zivilisation könne das vegetative Nervensystem des Menschen oft nicht Schritt halten. Naturgemäße Lebensweise, die dem Patienten angemessen ist und balneologisch-klimatologische Maßnahmen seien erforderlich, die sogenannten Unterhaltungen und Zerstreuungen dagegen abträglich. Er meinte in diesem Zusammenhang, man solle nicht mit chemischen Kanonen auf vegetative Spatzen schießen.

### Gesundheitsgarantie für Bedarfsgegenstände aus Kunststoff

Eine vom Bundesgesundheitsamt berufene Kommission hat in langjährigen Beratungen für eine Reihe von Bedarfsgegenständen, die im Lebensmittelgesetz aufgeführt sind und aus Kunststoff bestehen, Empfehlungen festgelegt, welche Zusammensetzung nach den gegenwärtigen wissenschaftlichen Erkenntnissen als gesundheitlich unbedenklich angesehen werden kann. Diese Empfehlungen, die im Bundesgesundheitsblatt veröffentlicht worden sind und laufend vervollständigt und ergänzt werden, dienen nicht nur der amtlichen Lebensmittelkontrolle für die Beurteilung der Verkehrsfähigkeit dieser Bedarfsgegenstände, sondern auch der Industrie für ihre Herstellung als willkommene Richtlinie. Damit auch der Verbraucher erkennen kann, welche Bedarfsgegenstände der Empfehlung des Bundesgesundheitsamtes entsprechen, hat das Bundesgesundheitsamt angeregt, diese durch ein leichtverständliches Garantiezeichen zu kennzeichnen. Die Kunststoffindustrie hat diese Anregung aufgegriffen und prüft, in welcher Weise sie verwirklicht werden kann. Zunächst ist an eine Kennzeichnung auf freiwilliger Grundlage gedacht.

# Cefasabal<sup>®</sup>

TROPFEN · TABL. · AMP.



CEFAK · KEMPTEN

Pyelitis Cystitis  
Prostatitis  
Prostatahypertrophie

### Herzkrankheiten als wachsende Todesursache

In Australien, der Bundesrepublik Deutschland, Dänemark, England, Finnland, Frankreich, Kanada, den Niederlanden, Norwegen, Schweden, der Schweiz und den USA stehen nach Mitteilung der Weltgesundheitsorganisation die Herzkrankheiten an der Spitze der Todesursachen und sind für etwa ein Drittel aller Todesfälle verantwortlich. Die Sterblichkeit an Herzkrankheiten ist im Jahre 1960 in allen Ländern außer Frankreich höher als in den Jahren 1954—58. Die Zunahme schwankt zwischen 0,5% in Australien und 17,5% in Norwegen. Der Forschung öffnet sich hier ein weites Feld.

DMI

### Vershrtensport nun auch für Unfallverletzte

Nach Verkündung des Unfallversicherungs-Neuregelungsgesetzes ist gem. § 557 UVNG der Vershrten-sport als heilgymnastische und bewegungstherapeutische Übung in Gruppenbehandlung unter ärztlicher Aufsicht (Vershrtenleibesübungen) zur Regelleistung geworden.

Es kommen demnach jährlich etwa 30 000 Dauerver-schrtete durch Unfall im Sinne des UVNG als Interessierte mit Rechtsanspruch zu den zur Zeit rund 35 000 im Deutschen Vershrten-Sportverband mit seinen rd. 800 Vershrten-sportgruppen im Bundesgebiet hinzu. Die Fortbildung von Übungsleitern wie von Vershrten-sportärzten für diese Aufgabe wird um so wichtiger.

Der Vershrten-sport ist nicht nur eine rehabilitative, sondern für die Zukunft präventiv-medizinisch noch wichtigere Vorsorgemaßnahme. In zunehmendem Maße finden zu ihm nicht nur ehemalige aktive Sportler, sondern auch an der Wiederherstellung und Erhaltung optimaler Leistungsfähigkeit interessierte Körperbehinderte, um sich im Alltag auf einem den Unvershrten vergleichbaren Leistungsstand zu halten. Ausgleich-sport, nicht Leistungssport, wird hier freudebetont in der Kameradschaft vergleichbar Behinderter getrieben. Diese besondere Heilmaßnahme führt aus der Vereinzelung nach schwerer Beschädigung wieder zurück zur Gemeinschaft, zu Selbstvertrauen und aktivem Selbst-tun. Hierbei kann man sich allerdings nicht Gesundheit durch eine Tablette kaufen, hier wird der Leistungswille wieder aktiviert. Die ärztliche Aufsicht hierbei sorgt für die Einhaltung der richtigen Grenzen, die bei manchen Körperbeschädigten (z. B. Stirnhirn-verletzungen) von selbst nicht mehr eingehalten werden. Über alle besonders zu beachtenden Dinge wird in den Wochenendkursen gesprochen. Für die Übungs-leiter (Sportwarte) erfolgt die Fortbildung in der Sport-hochschule in Köln sowie in Wochenendveranstaltungen der einzelnen Landesverbände des Deutschen Vershrten-Sportverbandes.

DMI

### Abnahme der Hand- und Armamputationen

Wie die Zusammenstellung der Berufsgenossenschaf-ten über besonders schwere Verletzungsfolgen zeigt, nimmt die Zahl der Hand- und Armamputationen seit 1959 ab. Während im Jahre 1958 noch 327 Verletzte den Verlust von Armen oder Händen zu beklagen hatten, fiel diese Zahl im Jahre 1959 auf 278, im Jahre 1960 auf 261 und schließlich im Jahre 1961 auf 244. Dieses Ergebnis beruht einmal auf der Intensivierung der Maßnahmen auf dem Gebiet des berufsgenossenschaft-

lichen Heilverfahrens, zum anderen aber auch darauf, daß sich die Arbeit der Berufsgenossenschaften in der technischen Unfallverhütung immer deutlicher bemerk-bar macht. Bekanntlich sind vor allem Hände und Arme durch Maschinen und Werkzeuge bedroht. Seit jeher ist es daher ein besonderes Anliegen der Berufsgenos-senschaften, bei den Herstellern darauf hinzuwirken, daß nur arbeitssichere Maschinen und Werkzeuge auf den Markt kommen.

DMI

### Augenverletzungen bei Kindern

Eine für entsprechende Unfallverhütungsmaßnahmen sehr wichtige Analyse von Augenverletzungen von Kin-dern und Jugendlichen gab das Krankenhaus für Au-genkranke in Wolverhampton (England) bekannt.

Von 702 wegen Augenverletzungen eingewiesenen Kindern waren 115 (16,4%) Mädchen und 578 (83,6%) Jungen. Die meisten Unfälle ereigneten sich im Früh-jahr und Sommer. Ein großer Teil der Verletzungen war durch mangelnde Aufsicht bedingt.

Die meisten Erblindungen wurden durch Pfeilspitzen, Luftgewehrkugeln, bei Raufereien und durch spitze Gegenstände verursacht. Wie in der britischen medizi-nischen Zeitschrift „Lancet“ 7270/1962 mitgeteilt wird, hatten 163 Patienten penetrierende Augenverletzungen erlitten, und zwar durch Wurfgeschosse, auch Glas-scherben, Spielzeug-Flugkörper, Feuerwerkskörper oder Explosionen, Luftgewehrmunition, Messer, Holzhacken und andere Ursachen.

DMI

### Augenverletzungen durch Sektflaschenverschlüsse

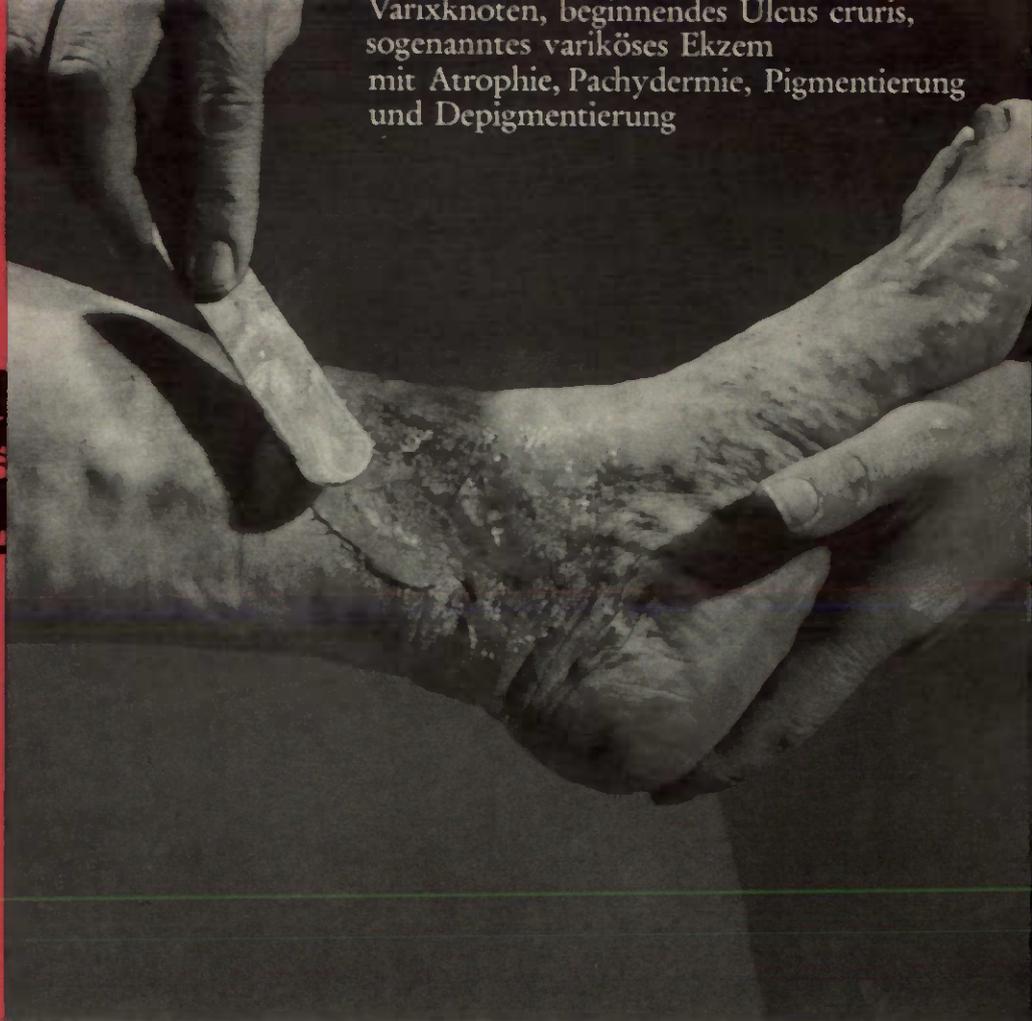
Durch Sektflaschenverschlüsse, besonders solche aus Kunststoff, können Augenverletzungen im Sinne eines Kontusionskataraktes, einer Iridodialyse, einer Sublu-xatio lentis, Kontusionstrübungen und einer Netzhaut-ablösung hervorgerufen werden. Hierauf wurde in den Klinischen Monatsblättern für Augenheilkunde 4/1962 hingewiesen.

DMI

### Wasserreinhaltung erfordert hohe Aufwendungen

Die deutsche Industrie hat in den elf Jahren von 1950 bis 1960 insgesamt 2,7 Mrd. DM für die Reinerhal-tung des Wassers aufgewandt. Diese Summe setzt sich zusammen aus Anlageinvestitionen, laufenden Aufwen-dungen, Beiträgen an Abwasserverbände und Gebüh-ren für Benutzung gemeindlicher Sammelkläranlagen.

Ein besonders starker Anstieg der Aufwendungen ist für die drei Jahre von 1958 bis 1960 festzustellen. Wäh-rend der Durchschnitt der Jahre 1950/1957 pro Jahr 184 Mill. DM betrug, waren es in den Jahren 1958/1960 bereits 412 Mill. DM, was einem Anstieg von 244% entspricht. Nimmt man die Investitionsaufwendungen allein, so erhält man einen Anstieg von 243%. Dabei ist zu berücksichtigen, daß erfahrungsgemäß rd. 50% der Beiträge an Abwasserverbände und Gemeinden auch noch zur Errichtung von Anlagen Verwendung finden. Für die Zukunft rechnet man mit der Aufwen-dung weiterer erheblicher Beträge, da ein hoher An-teil des bisher ungereinigt abgeleiteten industriellen Abwassers technisch besonders schwierige Probleme aufwirft. Diese Erfordernisse dürften die finanziellen Möglichkeiten von Klein- und Mittelbetrieben über-schreiten.



Varixknoten, beginnendes Ulcus cruris,  
sogenanntes variköses Ekzem  
mit Atrophie, Pachydermie, Pigmentierung  
und Depigmentierung

Bewährt bei varikösem Symptomenkomplex  
wie bei Prellungen, Verstauchungen, Hämatomen

# Lasonil<sup>®</sup>



2 Wirkstoffe, Heparinoid »Bayer« und Luronase<sup>®</sup>  
verzögern die Blutgerinnung  
2 Wirkstoffe, Heparinoid »Bayer« und Luronase<sup>®</sup>  
wirken entzündungshemmend und fördern  
die Resorption von Hämatomen und  
Flüssigkeitsdepots in den Geweben

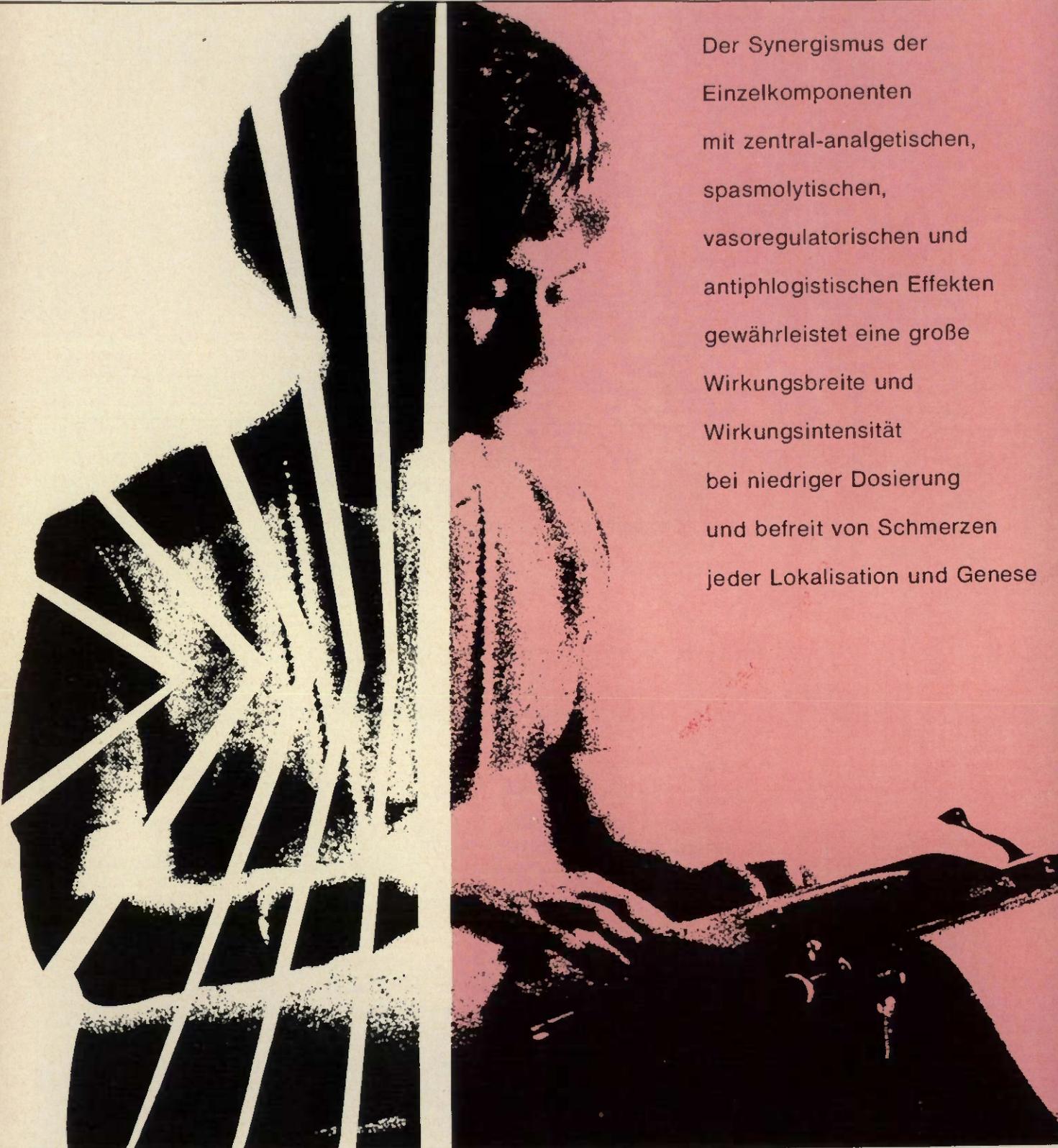
Luronase wirkt besonders stark antiödematös,  
deshalb hilft Lasonil auch so schnell  
bei Prellungen und Verstauchungen



Handelsformen: Tuben mit 14, 40 und 150 g

# Dolviran®

## befreit von Schmerzen



Der Synergismus der Einzelkomponenten mit zentral-analgetischen, spasmolytischen, vasoregulatorischen und antiphlogistischen Effekten gewährleistet eine große Wirkungsbreite und Wirkungsintensität bei niedriger Dosierung und befreit von Schmerzen jeder Lokalisation und Genese



Zusammensetzung: Aspirin® 0,2 g (0,1; 0,05)  
Phenacetin 0,2 g (0,1; 0,05)  
Codein. phosphoric. 0,01 g (0,005; 0,0025)  
Coffein. anhydr. 0,05 g (0,0025; 0,00125)  
Luminal 0,025 g (0,03; 0,015)

Handelspackungen: Röhrchen mit 10 und 20 Tabletten  
Schachtel mit 5 Zäpfchen für Erwachsene  
Schachtel mit 5 und 10 Kinderzäpfchen  
Schachtel mit 5 Säuglingszäpfchen

**VERGIFTUNGEN!**

Es wird in Erinnerung gebracht, daß die Apotheker durch die Bestimmungen der Apotheken-Betriebsordnung verpflichtet sind,

Sera vorrätig zu halten

und die für lebensrettende Sera eingerichteten Depots zu kennen.

Das gegen Vergiftungen durch Knollenblätterpilze spezifisch wirkende Antiphalloiden-Serum wird in Bayern vorrätig gehalten in

**MÜNCHEN:** Krankenhaus rechts der Isar, Telefon 44 98 11;

**NÜRNBERG:** II. Medizinische Klinik, Telefon 09 11 / 3 99 31;

**WÜRZBURG:** Luitpoldkrankenhans, Telefon 09 31 / 5 08 69.

Die toxikologische Abteilung des Städtischen Krankenhauses rechts der Isar, München (Leiter: Dr. von Clarmann), steht zu Auskünften bei Vergiftungen jeder Art ständig zur Verfügung.

**Sonderschule und Statistik**

Wenn die Sonderschule mit all ihren Sparten und Facheinrichtungen im Rahmen der medizinischen, psychologisch-sozialen und beruflichen Rehabilitation eine wesentliche Funktion zu erfüllen hat, dann müssen auch die dafür nötigen Schulen und Lehrkräfte in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen.

Nach der Statistik des Statistischen Bundesamtes Wiesbaden gab es 1962 7676 Schülerklassen mit 150 111 Schülern. Diese Schülerzahl wurde von 7339 hauptamtlichen und 1011 nebenamtl. Lehrkräften unterrichtet.

Die Anzahl der Schulen verteilt sich wie folgt:

Hilfsschulen	871
Blindenschulen	18
Taubstummenschulen	5
Schwerhörigen- und Gehörlosenschulen	51
Sehbehindertenschulen	9
Körperbehindertenschulen	28
Krankenschulen	46
Sprachheilschulen	21
Erziehungsschwierigenschulen	98
sonstige Sonderschulen	48
<hr/>	
	1195 Schulen

Erfreulich ist das stetige Ansteigen der Schulen, der Klassen- und Schülerzahlen. Es gab

1960:	1106 Schulen	6480 Klassen	133 087 Schüler
1961:	1161 Schulen	7041 Klassen	141 958 Schüler
1962:	1195 Schulen	7676 Klassen	150 111 Schüler

Diese Tendenz braucht keine Stadtverwaltung und Regierung in Schrecken zu versetzen, ist sie doch ein beglückendes Anzeichen dafür, daß die Sorge um die behinderten Menschen allmählich Früchte trägt. Die schulischen Möglichkeiten für diese Kinder werden größer. Der Einsatz der Schulbusse, die Errichtung von Klassen und Schulen auf dem Lande geben mehr Kindern die Möglichkeit, eine ihnen adäquate Schulausbildung zu erhalten. Trotzdem beträgt der Anteil der Sonderschüler erst 2,9% (Gesamtschülerzahl ohne Mittel- und Oberschulen). Da aber wenigstens mit 8% behinderter Kinder gerechnet werden muß, wenn alle

Behinderungsgruppen berücksichtigt werden sollen, so ergibt sich ein starker Fehlbedarf an Schulen und Lehrkräften für die Kinder, die noch keine Sonderschule besuchen.

In diesem Zusammenhang muß auf die von der Ständigen Konferenz der Kultusminister behandelten Fragen hingewiesen werden, daß bis 1970 die Schülerzahl um eine Million steigt und daß rund 40% der heute tätigen Lehrkräfte an Volks-, Sonder- und Mittelschulen bis 1970 ausscheidet. Welche Möglichkeiten werden für die Sonderschulen vorhanden sein, diesen Mangel an Lehrkräften, Schulen und Klassenräumen in der Zukunft auszugleichen?

Mögen die Ministerien und Parlamente die geeigneten Schritte unternehmen, damit die behinderten Kinder auch im Sinne der Rehabilitation zu ihrem Recht kommen.

**Ferienordnung 1964**

Für das Jahr 1964 werden die Ferlen wie folgt festgelegt:

**A. Höhere Schulen, Mittelschulen, Volksschulen, Fachschulen, Sonderschulen:**

<b>Osterferien:</b>		
Erster Ferientag	Donnerstag,	19. März 1964
Letzter Ferientag	Montag,	6. April 1964
<b>Pfingstferien:</b>		
Erster Ferientag	Samstag,	16. Mai 1964
Letzter Ferientag	Sonntag,	24. Mai 1964
<b>Sommerferien:</b>		
Erster Ferientag	Mittwoch,	22. Juli 1964
Letzter Ferientag	Montag,	7. September 1964
<b>Weihnachtsferien:</b>		
Erster Ferientag	Mittwoch,	23. Dezember 1964
Letzter Ferientag	Donnerstag,	7. Januar 1965

Außerdem sind wie in den vergangenen Jahren der Reformationstag (31. Oktober), das Fest Allerheiligen (1. November) und der Allerseelestag (2. November) unterrichtsfrei. Darüber hinaus wird der 30. Oktober 1964 vom Unterricht freigehalten.

In Gemeinden, in denen keine Höhere Schule oder Mittelschule besteht, können für die Volksschulen die Weihnachts- und Osterferien verkürzt und dafür die Sommerferien entsprechend verlängert werden. Auch eine Verlegung des Beginns der Sommerferien oder ihre Teilung in zwei Abschnitte sind an diesen Volksschulen entsprechend den örtlichen Verhältnissen möglich. Diese Sonderregelung trifft das Schulamt gemäß Ziffer 281 VSO.

Für die Fachschulen können Abweichungen genehmigt oder angeordnet werden.

**B. Berufsschulen:**

<b>Osterferien:</b>		
Erster Ferientag	Samstag,	21. März 1964
Letzter Ferientag	Sonntag,	5. April 1964
<b>Pfingstferien:</b>		
Erster Ferientag	Samstag,	16. Mai 1964
Letzter Ferientag	Sonntag,	24. Mai 1964
<b>Sommerferien:</b>		
Erster Ferientag	Montag,	20. Juli 1964
Letzter Ferientag	Sonntag,	6. September 1964
<b>Weihnachtsferien:</b>		
Erster Ferientag	Mittwoch,	23. Dezember 1964
Letzter Ferientag	Mittwoch,	6. Januar 1965

Die Regierungen können Abweichungen genehmigen oder anordnen.

### WHO: Europa ist malarialrel

Europa ist der erste Erdteil, in dem die Malaria praktisch ausgerottet ist. Diese Feststellung enthält der Jahresbericht, den der Direktor des Regionalbüros für Europa der Weltgesundheitsorganisation, Dr. Paul van de Calseyde, dem Regionalkomitee auf seiner 13. Sitzung, am 17. September 1963 in Stockholm, unterbreiten wird.

Gegen Ende des 2. Weltkrieges wurden im Bereich des Regionalkomitees Europa, zu dem auch die gesamte Sowjetunion, einschließlich ihrer asiatischen Gebiete, gehört, rund 10 Millionen Malariefälle gezählt. Im Jahre 1962 waren es nur noch 882 Fälle.

Die Hälfte dieser Fälle wurden bei Einwanderern aus außereuropäischen Ländern festgestellt, bei 161 Erkrankungen handelte es sich um Rückfälle nach früheren Infektionen. 52 Erkrankungen entstanden bei Bluttransfusionen. Von den 194 echten Neuerkrankungen traten 125 in den asiatischen Republiken der Sowjetunion, 59 in Griechenland, 8 im jugoslawischen Mazedonien und je eine in Portugal und in den Niederlanden auf.

Nach Auffassung von Dr. van de Calseyde dürfen jedoch die erforderlichen Vorsichtsmaßnahmen auch in Europa nicht vernachlässigt werden, da nach wie vor mit dem Einschleppen neuer Infektionen von Übersee gerechnet werden muß.

### Unterschiedliches Anwachsen der Krankenversicherungsleistungen

Die acht Angestellten-Ersatzkassen der Bundesrepublik haben im Jahre 1962 insgesamt 1,93 Milliarden DM an Krankenversicherungsleistungen aufgewandt. Nach einer Mitteilung des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen bedeutet das gegenüber 1950 pro Mitglied eine Steigerung um 159 v. H. Im Jahre 1950 wurden pro Mitglied 135,40 DM, im vergangenen Jahre 351,18 DM ausgegeben.

Prozentual am stärksten erhöhten sich dabei gegenüber 1950 die Ausgaben für Krankengeld und Wochenhilfe: um 348 bzw. 308 v. H. Für Krankenhauspflege betrug die Steigerung 163 v. H., für die Zahnbehandlung 204 v. H.

Die Ausgaben für die ärztliche Behandlung erhöhten sich seit 1950 um 101 v. H.

Infolge von Änderungen in den statistischen Grundlagen ist der Steigerungssatz bei den Ausgaben für Arzneien für den gleichen Zeitraum nicht feststellbar.

### 1964 Baubeginn der Medizinischen Akademie Hannover

Im kommenden Jahr soll in Hannover mit dem Bau einer Medizinischen Akademie begonnen werden. Die niedersächsische Landesregierung hat die bisherigen

Vorplanungen für die Akademie, die mit der Tierärztlichen Hochschule in Verbindung stehen soll, gebilligt. Die Baukosten für die Akademie werden auf rd. 500 Millionen DM geschätzt, wobei Wohngebäude und Zusatzeinrichtungen noch nicht berücksichtigt sind. Mit der Fertigstellung rechnet man für das Jahr 1970.

## RUNDSCHAU

### Regreß-Schützer: Narren-Freiheit, die ich meine

(„Selecta Nr. 31/63“)

Im Nebenzimmer eines Münchener Hotels hatten sich an die sechzig geladene und ungeladene Gäste versammelt. Der Ärzte-Regreß-Schutz-Verband hielt eine öffentliche Veranstaltung ab. Zweck der Übung: darzulegen, daß die Situation der Ärzteschaft ernst und die Würde des ärztlichen Amtes in Frage gestellt ist durch die Zwingherrschaft der Kassen (und auch der KVen). Ist es sinnvoll, einer mächtigen Behörde oder aber dem Gesetz Widerstand zu leisten?, fragte 1. Bundesvorsitzender Dr. Menten. Jawohl, es ist sinnvoll, beantwortete er seine eigene Frage. Kritik und Widerstand standen deshalb von Anbeginn auf den Fahnen des Verbandes.

Viel weniger Sinn für Kritik verraten die Herren vom Regreß-Schutz, wenn die Kritik ihnen selbst gilt. Als SELECTA sich erlaubt hatte, ernsthafte Bedenken gegen einige Praktiken dieser ärztlichen Outsider-Organisation anzumelden, quittierte der bayerische Landesvorsitzende des Regreß-Schutzes, Dr. Harless, prompt: Von einem weiteren Bezug Ihrer Zeitschrift möchte ich absehen.

### Rebellion um jeden Preis

Derselbe Dr. Harless war es, der den Teilnehmern der Münchener Kundgebung plausibel zu machen versuchte, weshalb der Verband seine Kritik in die Öffentlichkeit trägt: weil den Ärzten selbst der Mut zur Entscheidung fehle. Sie wichen resignierend dem Druck, den die monopolisierten Pflichtkassen auf sie ausübten. Gewissenhaftigkeit, Leistung und beruflicher Idealismus des Arztes gingen dabei in die Binsen. Der Arzt sei herabgewürdigt zu einem „braunen Kull“. Dagegen helfe letztlich nur eines: die Rebellion.

Hat Dr. Harless etwa übersehen, daß die Interessen des Arztes von immerhin sehr aktiven Selbstverwaltungs-körperschaften und Verbänden wahrgenommen werden? Nein, sicher nicht. Aber gerade deren Unfähigkeit sei es, die den wackeren Haufen der Regreß-Schützer auf den Plan gerufen habe. Und so scheiden sich nach Ansicht von Dr. Harless heute schon die Geister im ärztlichen Lager. Alle wahren Idealisten stehen auf seiten des Verbandes. Wer aber auf der anderen Seite? Natürlich die verdächtigen Funktionäre der ärztlichen Körperschaften, die geketteten freien Organisationen und schließlich all die kleintütigen und mutlosen Praktiker, die stöhnend ihr Joch tragen und nicht einsehen wollen, daß nur die Rebellion sie vor dem drohenden Untergang bewahren kann.

Da das Häuflein der Regreß-Schützer aber, wie man weiß, noch sehr klein ist, muß es wohl um den Mut der bundesdeutschen Ärzte sehr schlecht bestellt sein. Oder aber — so möchten wir lieber deuten —, es ist mehr kritischer Verstand und Sinn für politische Realität unter den Ärzten, als manche Skeptiker glauben.

**RECORSAN®**

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

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

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

## Pathos der Idealisten ...

Denn, wenn es noch eines solchen Beweises bedurft hätte, die Münchener Veranstaltung hat klar gezeigt: so geht es nicht. Was hier an unkontrollierten Meinungen und Forderungen, aggressiven Überspizungen, Emotionen und Ressentiments, bunt durcheinandergemischt, dargeboten wurde, war erschreckend. Als gar ein ärztlicher Teilnehmer Euthanasie- und Gestapo-Visionen heraufbeschwor, und dabei für sich — er bezeichnete sich selbst als Halbnarren — die Narrenfreiheit forderte, verließen die letzten der unbefangenen Zuhörer — zumindest geistig — das Lokal.

Gewiß, jede echte Demokratie ist in der Lage, einige wilde Empörer wider die Vernunft zu verkräften; sie mögen als lebenswerte bis verrückte Arabesken einer politischen Gesellschaft hingenommen werden. Narrenfreiheit kann und wird aber kaum ein politisch agierender Verband beanspruchen dürfen. Wäre der Regreß-Schutz-Verband bei seinen vergleichsweise soliden Leistungen geblieben — Wahrnehmen ärztlicher Interessen gegen Härten des Prüfwesens —, es hätte sich bei kooperativer Gesinnung einiges daraus machen lassen. Längst aber hat sich der Verband — von den liberalistischen Monstraträumen seiner Initiatoren beflügelt — zum Anwalt einer freiheitlichen Ärzteschaft schlechthin gemacht. Und er geht mit diesem Anspruch in der Öffentlichkeit hausieren — ohne Rücksicht auf die mühevoll und geduldige Arbeit der ärztlichen Körperschaften und Organisationen und ohne Rücksicht darauf, daß das Ansehen des Arztes in der Öffentlichkeit durch solch maßloses Agitieren gewiß eher Schaden als Nutzen erfährt.

Die Regreß-Schützer wollen nicht sehen, welche Gefahr es bedeutet, ständig die Bemühungen um eine ärztliche Einmütigkeit zu torpedieren. Zum gleichen Zeitpunkt, da der 1. Vorsitzende des Hartmannbundes, Dr. Häussler, in Mannheim demonstrativ die Übereinstimmung zwischen dem größten freien Verband und der Bundesärztekammer unterstreicht, reißen die Herren vom Regreß-Schutz neue Kluffen auf. Dr. Menlen hat es nicht versäumt, die Kassenärztliche Bundesvereinigung als Feind Nr. 1 zu apostrophieren. Von den Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigungen verlangt er, sie sollten wegen Unfähigkeit zurücktreten. Die KVen würden ihrem gesetzlichen Auftrag nicht gerecht.

## ... contra Schritt-für-Schritt-Taktik

Am Beispiel des neuen Ersatzkassen-Vertrages wollte man es demonstrieren. Noch immer ist nämlich der umstrittene § 1, Abs. 2, unbefriedigend. Mit anderen Worten, noch immer wird die Einkommenskontrolle durch die Ersatzkassen nicht wahrgenommen, und also kann noch immer nicht verhindert werden, daß der Arzt gezwungen wird, schwerreiche Patienten auf Ersatzkassenschein zu behandeln. Ein Mißstand, gegen den sich mit Recht die Ärzte, und nicht nur diese, zur Wehr setzen. Aber der Vorwurf, weil Dr. Voges diesen Vertrag deckte, leiste er der Sozialisierung der Ärzteschaft Vorschub (so ließ sich Dr. Zieger aus Hamburg vernehmen), ist unsinnig.

Alle medizinischen Gesellschaften und Vereine werden gebeten, möglichst frühzeitig die Dalen usw. für Tagungen und Kongresse bekanntzugeben.

Dr. Muschallik, der die Verhandlungen mit den Ersatzkassen führte, erklärte SELECTA in Mannheim: „Wir wollen ja im Prinzip ebenso darauf hinaus, daß die Kassen ihre gesetzliche Verpflichtung voll erfüllen. Aber man kann auch hier nur schrittweise vorgehen und nicht alles in einem Sprung erreichen.“ Bei jeder Verhandlung sitzen schließlich auf der anderen Seite des Tisches Verleiher andersgerichteter Interessen, und die sind auch nicht von gestern. Man sollte annehmen, daß diese simple politische Weisheit in den Kopf eines jeden Arztes hineingeht.

Eine andere Weisheit aber besagt, daß nur der ernst genommen wird, dessen Forderungen ein Gefühl für das jeweils Mögliche verraten. Wenn aber etwa der Zweite Bundesvorsitzende des Regreß-Schutz-Verbandes, Dr. Graf Bullion, in München die Vorschläge des Verbandes etwa so formuliert: keine Ausnahmen vom Ausschluß aus der freiwilligen Versicherungsberechtigung; Abschaffung des „Wirtschaftlichkeitsbegriffes“ und des Schiedsamtverfahrens, so wird hier bedenkenlos über das Ziel (des zur Zeit Erreichbaren) hinausgeschossen.

## Mannheimer Kulissen-Geplüster

Graf Bullion war übrigens — um den Münchener Schauplatz kurz zu verlassen — unsichtbarer Held einer Szene, die auf dem letzten Deutschen Ärzleag in Mannheim einiges Aufsehen erregte. Dies geschah so. Der hessische Delegierte Dr. Cyran stieg plötzlich aufs Podium und leitete sichtlich erregt mit, es befinde sich in diesem hohen Hause ein Kollege, der die Absicht geäußert hat, durch das Bundesverfassungsgericht feststellen zu lassen: Gewisse Bestimmungen der Berufsordnung sind für den Arzt nicht bindend, weil sie im Widerspruch zum Grundgesetz stehen. Wie etwa Beschränkungen der freien Berufsausübung. Sie sind nur durch Gesetze zu erwirken. Die Berufsordnung hat aber nicht Gesetzescharakter. Wenn das Gericht sich diese Auffassung zu eigen macht, so wäre die Konsequenz: Künftig ist für die Berufsordnung der Staat und nicht mehr der ärztliche Stand zuständig. Dr. Cyran forderte also den Kollegen auf, hier und jetzt vor der Versammlung sich zu seiner Absicht zu bekennen. Indessen, niemand meldete sich. Nur Präsident Dr. Fromm konstatierte leicht verwirrt, dann sei doch alle Arbeit sinnlos, wenn ein Mitglied des ärztlichen Parlamentes buchstäblich dessen Entmachtung beantrage. Im Foyer und im Saal hub also ein großes Raten an, wo wohl der bis dahin Unbekannte zu suchen sei. Und nach einiger Zeit hörte man allenthalben den Namen des Grafen Bullion flüstern. Dies nur nebenbei.

## Deplacierte NS-Reminiszenzen

Was bei den Regreß-Schützern — neben der Wirklichkeitsferne, die wohl nur hundertprozentigen Idealisten eigen ist — noch auffällt: ihre übersteigerte Dialektik.

Weil der bayerische Innenminister Heinrich Junker auf dem letzten Bayerischen Ärzleag in Ansbach von der Ärzteschaft eine zurückhaltende und das Gesamtwohl berücksichtigende Interessenvertretung gefordert hat, muß er sich nun von den Regreß-Schützern tadeln lassen. Dr. Sack aus München meinte, der Grundtenor der ministerlichen Rede müsse mißfallen, weil er allzusehr an den NS-Slogan „Gemeinnutz vor Eigennutz“ erinnere. — Solche Argumentation erspart jeglichen Kommentar.

„Höhepunkt“ der Münchener Veranstaltung war jedoch unzweifelhaft das Referat von Dr. Jülich, Euskirchen. Er verglich ungeniert Regreßverhandlungen mit Kreuzverhören durch die Gestapo und glaubte gar etliche Kollegen betrauern zu müssen, die durch dieses Verfahren in den Freitod getrieben worden seien.

Wenn Haut  
zu heilen -

Lyssia Salbe

**Arzt und Juristenberufe weiterhin begehrt** („Stuttgarter Zeitung“, 3. 8. 1963). „...Wegen der steigenden Zahl der Ratsuchenden hat das Landesarbeitsamt in Baden-Württemberg weitere Beratungsstellen der akademischen Berufsberatung eingerichtet. In der Zeit vom 1. Juli 1962 bis zum 30. Juni 1963 hat die Berufsberatung für Abiturienten und Hochschulräte des Arbeitsamtes in Stuttgart 924 Abiturienten und 706 Abiturientinnen des Entlassjahrgangs 1963 beraten, dazu 632 männliche und 266 weibliche sonstige Ratsuchende, zusammen also 2528 (im Jahr davor 2281). Innerhalb von fünf Jahren hat sich die Zahl der Ratsuchenden in dem Stuttgarter Stützpunkt für Abiturientenberatung um 45,5 Prozent erhöht.

Recht aufschlußreich ist es immer, die Berufswünsche der Ratsuchenden, besonders der Schulentlassenen, näher zu betrachten. Die zuständigen Berufsberater, Dr. Elisabeth Schumpberger und Dr. Möllmer, haben bei der Beratung der 1630 Abiturientinnen und Abiturienten einige Tendenzen beobachtet: Die überwiegende Mehrheit der Berufswünsche zielt auf einen Beruf, der allein über ein Hochschulstudium erreicht werden kann. Bis auf ganz wenige Ausnahmen werden solche Wünsche geäußert, die auch einen ‚realen Berufsraum‘ bieten. Die Zahl derjenigen Ratsuchenden, die zunächst keinen bestimmten Berufswunsch äußern, ist im Berichtszeitraum wieder sehr hoch gewesen und im Vergleich zum Vorjahr angestiegen. In dieser Erscheinung spiegelt sich eine gewisse Unsicherheit der Ratsuchenden, aber auch das Bedürfnis, wirklich zu wählen, wider. Die Tendenzen der Vorjahre zeichnen sich in großen Zügen auch im abgelaufenen Jahr ab. Bemerkenswert ist die Tatsache, daß es gerade bei den Studienrichtungen, vor denen gewarnt wird, wieder einen kräftigen Aufschwung gegeben hat.

Die Berufsberater sind nach ihren Erfahrungen der Ansicht, daß Warnungen genereller Art auch nicht zu dem beabsichtigten Ergebnis führen können. Der Gewarnte erwartet einen Gegenvorschlag. Dieser kann aber immer nur in einem individuellen Gespräch erteilt werden...

Die pädagogischen Berufe sind sowohl bei den Abiturientinnen als auch bei den Abiturienten gefragt, wobei in den letzten Jahren der Berufswunsch ‚Volksschullehrer‘ stark gegenüber dem ‚Studienrat‘ aufgeholt hat; das Verhältnis ist 145 zu 120 (im vorigen Jahr 160 zu 162). Im ganzen wollen 106 Abiturienten (107) und 232 Abiturientinnen (245) einen pädagogischen Beruf ergreifen.

Trotz der ständigen Warnungen wollen nach wie vor viele Arzt werden (36 junge Männer und 49 Mädchen). Die Zahl dieser Berufswünsche hat seit dem Vorjahr sogar noch weiter zugenommen. Auch die Nachfrage nach dem Studium der Psychologie hat zugenommen. Rückläufig sind dagegen weiterhin die Berufswünsche ‚Apotheker‘. Die bereits seit langer Zeit bestehende Schwierigkeit, nach der zweijährigen Praktikantenzeit einen Arbeitsplatz an der Universität zu bekommen, ist sicherlich der Grund des Rückgangs...

**Numerus clausus als letzter Ausweg** („Stuttgarter Zeitung“, 15. 7. 1963). „Auf ihrer 50. Zusammenkunft hat die Westdeutsche Rektorenkonferenz zum ersten Male konkrete Maßnahmen für einen Numerus clausus empfohlen, mit dessen Hilfe die Überfüllung der Hochschulen gemindert werden soll. Professor Speer, der Rektor der Münchner Universität und Vorsitzende der Konferenz, begründete diesen Beschluß am Freitag, dem letzten Tag der Zusammenkunft, vor der Presse so: ‚Die Qualität unserer Hochschulausbildung muß verbessert werden, wenn wir mit anderen Ländern konkurrieren wollen.‘ Speer verschwie-

nicht, daß schwerwiegende verfassungsrechtliche Bedenken gegen jede Beschränkung der Studentenzahl auch bei den in München versammelten 31 Rektoren aus der Bundesrepublik und Westberlin beständen. Er bezeichnet vor allem den bayerischen Kultusminister Maunz (CSU) als ‚Gegner‘ jeder derartigen Maßnahme. ‚Wir sind aber über die Überfüllung unserer akademischen Lehranstalten aus moralischen Gründen bedrückt‘, sagte der Münchner Rektor. ‚Eine gute akademische Ausbildung ist nötig. Sie ist nicht immer gewährleistet. Die Verantwortung gegenüber unseren Studenten drückt uns heute mehr als vor einigen Jahren, als noch der Wiederaufbau der Hochschulen unsere Hauptsorge war.‘

Speer sagte, daß die in München versammelten Rektoren ernste ‚Notmaßnahmen‘ zur Reduzierung des Andrangs in zahlreichen Fächern erwogen haben. Man denkt an Unterrichtsveranstaltungen auch in der vorlesungsfreien Zeit, eine Verkürzung der Studiendauer und neuartige Auswahlmethoden. In den Diskussionen der Rektoren war sowohl von einer Verlängerung des bisher relativ kurzen Sommersemesters als auch von einer völligen Neueinteilung des Studienjahres und der Abschaffung vorlesungsfreier Tage die Rede. Den besonders großen Andrang vor allem in den mittleren Semestern möchten die Rektoren durch ‚Zwischenprüfungen‘ verringern, wie sie bereits heute an mehreren Hochschulen eingeführt sind. Diese Art von Prüfungen belastet, wie man böрте, die Professoren nur scheinbar. Zahlreiche andere Prüfungen des alten Schemas würden durch die ‚Zwischenprüfungen‘ entbehrlich. Man empfahl in München gezielte Aufnahmeprüfungen für die einzelnen Förderungssysteme, wie etwa das ‚Honnefer Modell‘, Eingangsprüfungen für Seminare und eine neue Technik der Einschreibungen nach Fachrichtungen...“

**Hochschulreform** (Professor Dr. Wolfgang Paul. Bonner Rundschau, 28. 7. 1963). „Als sich die amerikanischen Physiker Seitz und Curtiss vor einigen Monaten abschätzig über die Leistungsfähigkeit der westdeutschen Wissenschaft ausprachen, gab es hierzulande ein Erwachen“, schreibt Dr. Wolfgang Berkefeld. „Zu den Aktionen, die diese Kritik auslösten, dürfen wohl die Fragebogen gezählt werden, die die Deutsche Forschungsgemeinschaft an einige hundert Wissenschaftler verschickte; die Antworten solien schon im Herbst dieses Jahres einige Aufklärung darüber verschaffen, auf welchen Gebieten die deutsche Forschung den internationalen Standard aus früheren Zeiten noch nicht wieder erreicht hat. Der Bonner Physikerprofessor W. Paul hat vor nicht langer Zeit gesagt, worauf die Anziehungskraft der USA für aufstrebende Wissenschaftler sich eigentlich gründet, nämlich auf die freie, ein Höchstmaß von Wirkung garantierende Gestaltung der Forschungsbedingungen. Auch Prof. Paul hält die monarchische Direktorialverfassung unserer Institute für reformbedürftig, und zwar in der Richtung des amerikanischen ‚Department-Systems‘. Dieses hat den großen Vorzug, eine Zusammenfassung sehr vieler Ordinarien und Extraordinarien an einem einzigen Institut zu ermöglichen. In den USA lebren manchmal mehr als 40 Professoren an einem Universitätsinstitut. Auf diese Weise läßt sich der Lehrkörper den Studentenzahlen leichter anpassen. Außerdem bekommen die Professoren auf diese Weise wieder Zeit zu eigenen Forschungen, weil sie sich in den Lehrverpflichtungen und in der Institutsleitung abwechseln können. Und schließlich werden auf diese Weise viele Positionen für den Nachwuchs geschaffen: Positionen mit größerer Selbständigkeit, von denen aus auch eine gewisse Mitbestimmung der Institutsbelange möglich ist.“

**-Heel**

Bei Schwindel jeder Genese,  
Menière, Reisekrankheiten -

**Vertigoheel®**

**-Heel**

Otitis media. Dentition.  
Unruhezustände

**Viburcol®**

„KINDERZÄPFCHEN“

Suppositorien

Erfreulicherweise konnte Prof. Paul bereits auf deutsche Beispiele hinweisen, hauptsächlich in der Physik, aber auch in der Mathematik und in der Chemie. In Freiburg vertreten zum Beispiel sieben Professoren an einem Institut die Physik. Jeder hat einen eigenen Etat, jeder zählt daraus einen festgesetzten Zuschuß zu den Generalunkosten der gemeinsamen Werkstätten und verfügt über den Rest frei. Es gibt keinen Institutsmonarchen mehr, denn die Institutsleitung läuft um und gewährt keine Vorgesetztenrechte. — Auch an der TH Karlsruhe gibt es ein Physik-Department. An der Münchner TH hat Prof. Maier-Leibnitz, der zur Zeit 230 Diplomanden und Doktoranden bei sich beherbergt, den Vorschlag gemacht, alle Physiklehrstühle und -institute der TH einschließlich der Reaktorstation in Garching zu einem Department von zunächst 18, später 20 gleichberechtigten Professoren zusammenzufassen. — Daß unser bisheriges „Geheimratsystem“ aus allen Nähten platzt, kann auch der Gegner von Reformen nicht leugnen. Deshalb werden die Verhältnisse selbst, zumal die Studentenzahlen und der wachsende experimentelle Aufwand, die Reform an den Universitätsinstituten wahrscheinlich erzwingen. Der Reiz der Institutsarbeit würde dann größer werden, die Lockung Amerikas schwächer, und die Produktivität der halb ersticken deutschen Hochschulforschung begänne wieder zu wachsen.“

**Ärzte in Frankreich** (Revue de l'Action Populaire, Mai 1963). Von 1900 bis 1960 ist die Zahl der Ärzte in Frankreich von 15 907 auf 46 726 gestiegen, sie hat sich also nahezu verdreifacht, während die Bevölkerung von etwa 39 Millionen auf 45 Millionen stieg.

Gleichgeblieben ist die Zahl der Landärzte, obwohl sich die Zahl der Landbevölkerung stark vermindert hat. Bei den Landärzten läßt sich ein Strukturwandel insofern erkennen, daß die Ärzte, die heute aufs Land gehen, nicht mehr ihr ganzes Leben dort bleiben. Nach etwa 15 Jahren, sobald sie sich finanziell hochgearbeitet haben, ziehen sie in die Stadt; neue junge Ärzte folgen. Auch die Art und Weise, wie der Landarzt seine Praxis ausübt, hat sich geändert. Er wohnt nicht mehr auf dem Dorf. Die modernen Nachrichten- und Verkehrsmittel erlauben es ihm, nicht mehr in unmittelbarer Nähe seiner Patienten leben zu müssen. Deshalb lassen sich die meisten Landärzte an einem größeren Landort nieder. Nicht selten tun sie sich dort zusammen, haben einen gemeinsamen Raum für ihre Praxis, ja legen sogar die Honorare zusammen, um sie zu gleichen Teilen zu verteilen. Die kollegiale Zusammenarbeit wächst, und es entsteht ein neues Berufsethos. Übrigens sind ähnliche Gemeinschaftsbildungen auch in der Seelsorge des flachen Landes zu beobachten, wo sich einige Curés zusammentun, einen gemeinsamen Haushalt haben, vor allem aber ein gemeinsames priesterliches Leben führen und von ihrem gemeinsamen Haus aus die jeweiligen Pfarrgemeinden versorgen und sich gegenseitig helfen.

Da die Zahl der Landärzte gleichgeblieben ist, ist der Zuwachs der Ärzte vor allem in den Städten festzustellen. 1938 trafen auf 100 000 Einwohner von Städten 89,9 Ärzte, heute sind es 129,8. Dabei fällt auf, daß es im Norden Frankreichs weniger Ärzte gibt als im Süden und daß die Ärzte des Südens im allgemeinen etwas älter sind als ihre Kollegen im Norden. Das Letzte mag seinen Grund darin haben, daß manche Ärzte mit zunehmendem Alter das angenehmere Klima des Südens vorziehen. Es ist aber auch nicht zu verkennen, daß das mit dem konservativen Zug des Franzosen zusammenhängt. Einmal ist das mediterrane Frankreich im Grundzug städtischer als das nördliche: die Kultur ist alt, das Leben hat städtisch-bürgerlichen Charakter. Auch bildungsmäßig drückt sich das aus: im südlichen Frankreich ist die Schuldichte größer als im übrigen

Teil. Dazu kommt, daß schon seit dem Mittelalter die Hohen Schulen der Medizin von Marseille, Bordeaux, Toulouse und Montpellier einen guten Ruf haben. Daran haben weder die Zentralisation unter Napoleon noch die industrielle Revolution der Neuzeit, die vor allem der Norden mitgemacht hat, etwas geändert.

Am schlechtesten von ganz Frankreich ist Paris mit Ärzten versorgt, das heute mit seinen Vororten 7 Millionen Menschen zählt, etwa 15,5 Prozent der Gesamteinwohner Frankreichs, wo sich aber unvergleichlich mehr der gesamten Arbeit Frankreichs konzentriert: 25 Prozent der Industrie, 40 Prozent der Angestellten und leitenden Berufe, 40 Prozent der freien Berufe, 40 Prozent der Studenten, 50 Prozent des Handels. Nur die Ärzte halten damit nicht mit. Überdies haben sie sich bis vor kurzem sehr ungleich über die Stadt und ihre Vororte verteilt. Sie wohnten mit Vorzug in den „besseren Vierteln“. Erst in jüngster Zeit dringen sie auch in die reinen Arbeiterviertel vor, meist junge Ärzte. Aber noch sind es viel zu wenige Ärzte dort. Freilich scheint gerade für die Vororte keine allzu große Notwendigkeit zu bestehen, da die meisten Bewohner dieser Vororte dort nur schlafen. Sie arbeiten in Paris, sie gehen zum Arzt in der Nähe ihrer Arbeitsstätte.

Schlimmer ist, daß seit einem Jahrhundert in keinem dieser Vororte, die immer mehr mit Paris zusammenwachsen, eine Klinik errichtet wurde. Sämtliche Vororte von Paris im Departement Seine-et-Oise und sechs Gemeinden vom Departement Seine-et-Marne sind auf die Pariser Kliniken angewiesen, die sich zu kleinen Sanitätsstädten auswachsen. Erst in allerjüngster Zeit geht man daran, diesen Mangel abzustellen, der nur insofern eine Erleichterung erfuhr, als es viele kleine Privatkliniken gibt. In ärztlicher Hinsicht kann man Paris fast unterentwickelt bezeichnen.

**Grundsätze einer zeitgemäßen Sozialpolitik** (Staatssekretär Dr. Wilhelm Claussen, „Frankfurter Allgemeine“, 13. 7. 1963). „... Wollen wir daher heute sachgemäße Sozialpolitik betreiben, müssen wir folgendes tun:

1. Wir müssen selbstverständlich die bestehenden Einrichtungen beibehalten. Sie haben in der Vergangenheit segensreich gewirkt; es ist nicht zu bezweifeln, daß wir ohne sie auch heute nicht auskommen. Aber sie müssen auf die Bedürfnisse der modernen Industriegesellschaft zugeschnitten werden, die eben nicht mehr eine Gesellschaft armer Leute ist, die nicht für sich selbst Vorsorge treffen, sondern eine Gesellschaft selbständiger und verantwortungsbewußter Bürger. Die Forderungen „mehr“ Beiträge, „mehr“ Leistungen — ohne Rücksicht darauf, ob sie nötig sind oder nicht —, „mehr“ Versicherte, möglichst sogar alle Staatsbürger, ist keine sinnvolle Sozialpolitik für unsere Zeit und soziale Ordnung.

2. Eine Umverteilung von Primäreinkommen über Steuern zum Zwecke des sozialen Ausgleichs vollzieht sich heute nur in beschränktem Umfang zwischen den Schichten und hauptsächlich innerhalb der breiten Schicht der Bezieher von Masseneinkommen selbst, das heißt, die Empfänger bezahlen die Leistungen selbst. Daher ist es geradezu verfehlt, öffentliche Ausgaben, Beiträge und Steuern zu erhöhen, um damit die soziale Sicherheit der Staatsbürger zu gewährleisten.

3. Dem einzelnen muß ein möglichst großer Teil seines Einkommens zur eigenen Verfügung bleiben und darf nicht über öffentliche Kassen noch einmal verteilt werden. In jedem Bereich der Sozialpolitik ist durch gesetzliche Regelung dafür zu sorgen, daß der einzelne Staatsbürger einen ausreichenden Raum zur selbstverantwortlichen Entscheidung behält. Die Bevormundung des Staatsbürgers, die im

Cor-Vel®

liquidum

bei Herzinsuffizienz im Intervall, Cor nervosum sowie Altersherz

„NEOS“-DONNER K.G., 1 BERLIN 36

politischen Raum beseitigt ist, darf im sozialen nicht beibehalten werden.

4. Da die gesamte wirtschaftliche Entwicklung in ruhigere Bahnen gelenkt werden muß, weil nach nahezu beendetem Wiederaufbau eine ganze Reihe von Antriebskräften fortgefallen ist, die in der Vergangenheit wirksam waren, dürfen die öffentlichen Haushalte nicht mehr anwachsen und müssen für längere Zeiträume als ein Jahr festgesetzt werden. Das gleiche gilt für Tarifverträge, die mit längeren Fristen abzuschließen sind, als das bisher üblich gewesen ist.

Wenn unsere Verfassung unseren Staat als einen sozialen Rechtsstaat bezeichnet, dürfen wir daraus nicht nur Forderungen ableiten wollen, sondern müssen auch die Pflichten übernehmen, die jeder einzelne und jede Gruppe dem Gemeinwohl gegenüber hat. Wir können in unserem Staat nicht als freie Bürger zusammenleben, wenn wir lediglich Ansprüche gegeneinander stellen. Sonst wird aus dem Rechtsstaat, der die Freiheit gewährleistet, ein Gesetzesstaat, der sie erstickt.“

**Schutzbedürftige Sozialleistung.** (Aus „Soziale Selbstverwaltung“, Informationszeitschrift der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände für die Mitglieder der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung, Heft 5, Mai 1963.) „... Der entwickelte Sozialstaat ist auf das soziale Wohlverhalten der Millionen Einzelindividuen angewiesen. Am wenigsten kann die Sozialversicherung der Versichertenmoral entraten. Wohin steuern wir, wenn der Pflichtbewußte und Arbeitsbefähigte in Nachteil gerät gegenüber dem Saumseligen oder dem Schlaumeier, der die gemeinsamen Einrichtungen ausnutzt, wozu ihm jetzt noch neue Handhaben geboten werden sollen, besonders durch die geplante Auftrennung des jahrzehntlang bewährten Bundes zwischen Barleistung und Sachleistung in der sozialen Krankenversicherung?“

Dabei tragen nicht die Versuchten, sondern die Versucher, letztlich also der Gesetzgeber, die eigentliche Verantwortung. Arbeitsleben und soziale Sicherung sind kein Sandkastenspiel mit Idealfiguren. Auch haben die vergangenen Katastrophen das sittliche Kapital in unserem Volke nicht gerade vermehrt, und manche Furcht vor künftigem Unheil schwächt, unbewußt und bewußt, die soziale Zucht und Verantwortung hier und heute im Kern.

Eine an der sozialen Haltung orientierte Reform hat nichts Geringeres zu tun, als die sozial-sittliche Selbststeuerungskraft der einzelnen zu festigen. Nur so geben wir der riesenhaften Sozialleistung einen wohlverstandenen Schutz. Die Sozialverfassung ist nämlich selbst schutzbedürftig geworden. Die soziale Legalität wird ohne die soziale Moralität einfach brüchig und auf die Dauer hinfällig. Im Lande Immanuel Kants sollte man das eigentlich wissen.“

**Gesundheit** („Stuttgarter Zeitung“, 23. 7. 1963). „Es gibt Anzeichen dafür, daß das Bundeskabinett erkennt, was künftig eine der bedeutendsten Aufgaben der Staatsführung sein sollte: die ‚Gesunderhaltung der Bevölkerung‘. Sie sollte dieses Ziel mit Energie verfolgen. Ein Gemecker über die hohen Ausgaben für Tabak und alkoholische Getränke jedoch bringt uns keinen Schritt weiter. Es geht den Bund nichts an, ob seine Bürger dem Laster des Rauchens fröhnen oder gerne mal einen heben, wenn sie bei solchen Verrichtungen im Rahmen der guten Sitten bleiben und die öffentliche Ruhe und Ordnung nicht stören. Solange der Bund aus dem Tabak- und Schnapsgenuß seiner Bürger beträchtliche Profite zieht, taugt er nicht zum Sittenrichter. Verzichtet er aber auf diese Steuern (was bei dem derzeitigen Stand der Bundesfinanzen gar nicht möglich ist), dann nähme sich die für Genußmittel ausgegebene Summe — 22 Milliarden Mark im Jahr — nicht mehr so erschreckend aus. Doch solche Versuche, dem Bürger den Griff nach der Zigarette und nach dem Glase zu verleiden, täuschen nur darüber hinweg, daß bei dem Wiederaufbau der Bundesrepublik vieles unterlassen worden ist. Das gilt es recht bald nachzuholen. In vielen Städten, ja in ganzen Landschaften ist die Luft so verschmutzt, daß es ‚zum Himmel stinkt‘, ohne daß schnelle Abhilfe oder auch nur der Wille dazu in Sicht wäre. Die großen Flüsse wälzen Völkerscharen von Bakterien, Ströme von Öl und chemi-

schem Schaum zu Tal; statt lebensspendendem Naß enthalten sie lebensgefährliche Stoffe. Der Bundesbürger, der nicht gerade am Rande der Siedlungszonen lebt, hat nur mehr die Wahl zwischen einem Bad in einer Flut von Bakterien oder in einer Wolke von Chlor. Nun werden Kläranlagen gebaut, doch das, was sie in den Wasserkreislauf zurückgeben, ist alles andere als eine organisch gesunde Flüssigkeit; allenfalls ein keimfreies, totes Produkt. Und dabei geht der Bau von Anlagen zur Säuberung von Luft und Wasser weit langsamer vor sich als die Verschmutzung. Der Bund könnte sich darauf hinausreden, daß dies Fragen sind, die nur die Länder angehen. Wenn dem so wäre, dann fehlte allerdings jeder zureichende Grund für den Wunsch, die Kassen der Länder zum Nutzen des Bundes zu leeren. Will der Bund fortfahren, die wichtigsten Aufgaben der Zukunft, wozu neben der Säuberung von Luft und Wasser der Ausbau der Forschung und der Bildungsstätten gehören, den Ländern allein zu überlassen, dann sollte er es klar und deutlich sagen. Dann müßte er auch die Ämter eines Wissenschafts- und Gesundheitsministers abschaffen. Entweder — oder.“

**Evangelischer Arbeitskreis mahnt** („Die Welt“, 27. 7. 1963). „Die Christlichen Demokraten müssen nach Ansicht ihres evangelischen Arbeitskreises die Hürde des Sozialpakets nehmen, wenn sie im Jahre 1965 als Sieger aus dem Wahlkampf hervorgehen wollen. Der Arbeitskreis vertrat die Überzeugung jetzt in seinen ‚politischen Briefen‘.

An der Sozialgesetzgebung, betonte der Arbeitskreis, werde sich die nächste Wahl entscheiden. Deshalb sollte die Christlich-Demokratische Union Farbe bekennen. Nur auf dem Gebiet der Sozialpolitik könne sie den Sozialdemokraten und deren Versuch, die Union zu umarmen, wirksam entgegenreten.

Bei den Gesetzen über Lohnfortzahlung, Krankenversicherung und Kindergeld handele es sich, hieß es in der Korrespondenz weiter, um einen Bereich, in dem der Wohlstandsbürger unmittelbar getroffen werde. Was man heute beschleße, wirke sich morgen sowohl negativ als auch positiv auf den Geldbeutel aus. Die Geister schieden sich besonders an der Krankenversicherungsreform und dabei vor allem an der Einkommensgrenze für die Versicherungspflicht. Wenn man nicht wolle, daß der Mensch mehr Verantwortung für sich selbst und die Gesellschaft übernehme, werde man sich auf die Dauer nicht vom totalen Staat unterscheiden.

So gesehen, stehe viel auf dem Spiel, wenn darüber entschieden werde, ob die Versicherungspflichtgrenze bei 750 DM liegen soll, wie die Regierung vorgeschlagen hat, oder bei 850 DM, wie unter dem Eindruck der öffentlichen Kritik von einem Ausschuß der Fraktion beantragt worden sei ...

Die Bundestagsfraktion, die noch vor Ende der Parlamentsferien in einer mehrtägigen Sitzung über das Sozialpaket beraten will, steht nach Meinung des Evangelischen Arbeitskreises der CDU/CSU vor schweren Entscheidungen, nachdem die Sache so weit vorgetrieben worden sei, könne man sie auch durch Vertagung nicht mehr aus der Welt schaffen. Falls das schwierige Kapitel der Krankenversicherungsreform jetzt nicht behandelt werde, müßte das als ein Eingeständnis der Schwäche empfunden werden. Aber auch bei einem Kompromiß sei die Gefahr für die Partei riesengroß, weil dann ihre Konturen verwischt würden.

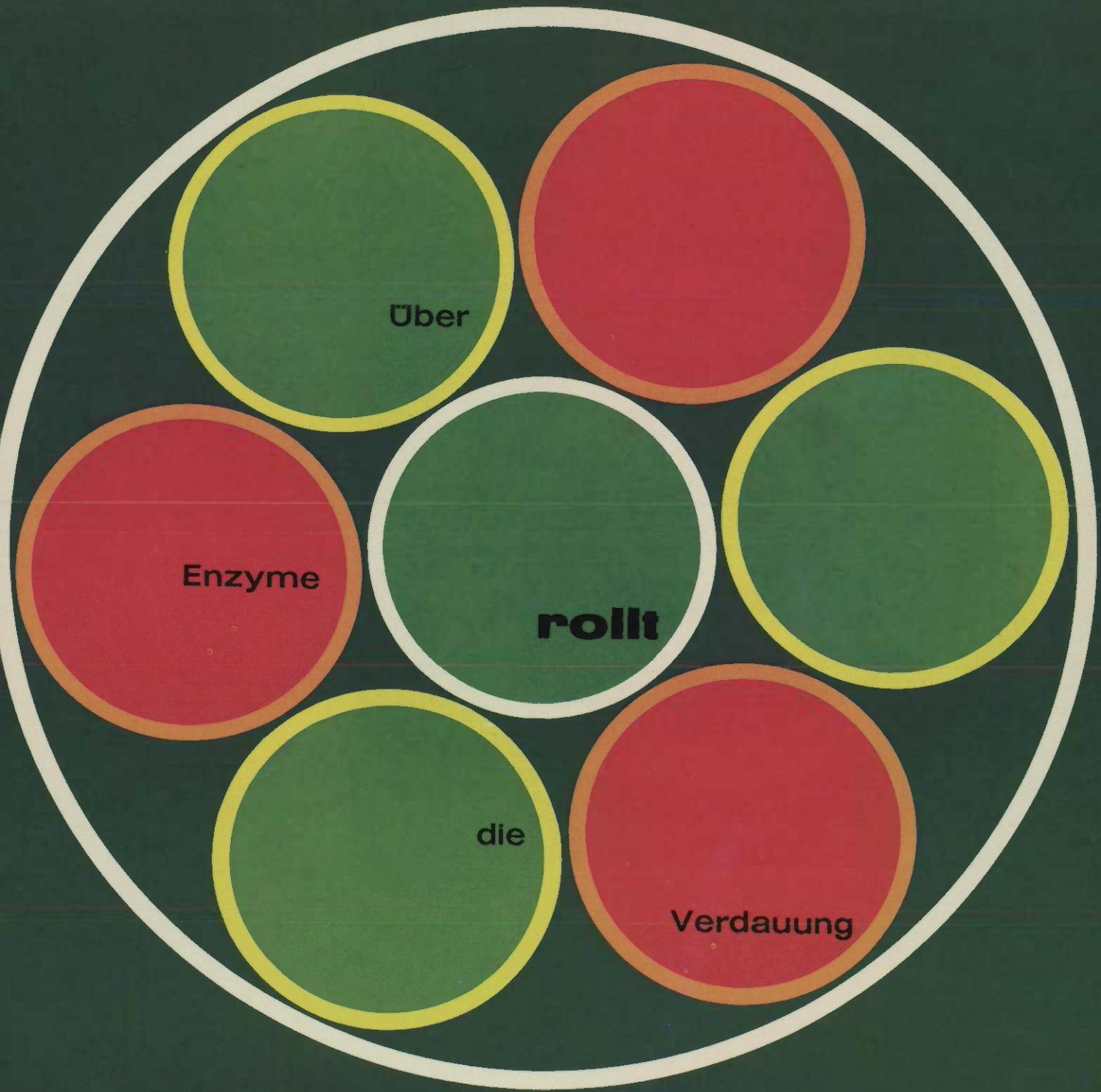
Es komme alles darauf an, hieß es abschließend in dem Appell des Evangelischen Arbeitskreises, daß die CDU ihr Gesicht wahre. Dafür zu sorgen, sei die Fraktion jetzt aufgerufen.

In Bonn wird diese Mahnung als der bisher energischste Vorstoß gewertet, die CDU/CSU-Bundestagsfraktion doch noch zu bewegen, mit der Sozialreform ernst zu machen. Vorsitzender des Arbeitskreises ist Bundesaußenminister Schröder.“

**Krankenanstalten — Staatshilfe gefordert — aber keine Sozialisierung.** (Dr. Dr. med. h. c. Walther Hensel, Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft im „Handelsblatt“, Düsseldorf, vom 9. 8. 1963): Von den 3604 Krankenhäusern in der Bundesrepublik und Westberlin

**Combizym**

behebt Intoleranz gegen schwer verträgliche Speisen



30 und 150 Dragées

# Combizym

Kombination pflanzlicher  
und pankreatischer Enzyme

**Gastro-Enteropathien**  
**Pankreopathien**  
**Chole-Hepatopathien**





**gibt Halt**

ITTIPOLD-WERK MÜNCHEN

# Monotrean

Schwindelerscheinungen verschiedener Genese  
Postcommotionelle Beschwerden

Packungen mit 30 und 100 Dragées

werden 1307 Häuser, 36,6%, von frei-gemeinnützigen Trägern erhalten und geführt. 1385 Krankenanstalten (38,4%) werden von Gemeinden, Gemeindeverbänden, vom Bund, von den Ländern unterhalten, während 912 (25,3%) Häuser den Charakter von Privatkliniken aufweisen. Hält man sich vor Augen, daß die frei-gemeinnützigen Anstalten 36,9% der Krankenhausbetten (gegenüber 55,9 der öffentlichen und 7,2% der privaten Träger) vorhalten und ärztlich wie pflegerisch versorgen, so erhellt allein aus diesen Zahlen die Bedeutung, die den frei-gemeinnützigen Anstalten im Rahmen des gesamten Krankenhauswesens in Deutschland zukommt.

Dieser Typ des gleichsam im staatsfreien Raum wirkenden, aber freiwillig einer allgemeinen — heute sagen wir öffentlichen — Aufgabe, dem Gesundheitswesen, dienenden Krankenhauses ist geschichtlich gesehen der Krankenhaus-Ursprungstyp im europäischen Kulturraum... Erst im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts trat jener Strukturwandel ein, der aus dem „Hospital“ von einst im Laufe von kaum mehr als acht Jahrzehnten das neuzeitliche Krankenhaus entstehen ließ. Es waren zwei, zeitlich fast zusammenfallende große Impulse, die diese Entwicklung eingeleitet haben: der stürmische Fortschritt der medizinischen Wissenschaft und die Einführung der neuzeitlichen Krankenversicherung durch Bismarck. Bemerkenswert ist, daß diese beiden, das Krankenhaus förmlich revolutionierenden Faktoren die caritative Tradition nicht nur nicht beseitigt, sondern ihr völlig neue Impulse gegeben haben, Impulse, die sichtbar wurden in den zahlreichen Neugründungen katholischer und evangelischer Krankenpflegegenossenschaften. Drei Jahre vor der Einführung der sozialen KrV gab es in Deutschland 2458 Anstalten mit 117 143 Betten, von denen etwa 82% auf öffentliche und 18% auf frei-gemeinnützige Einrichtungen entfielen. 1900 standen 64,5% unter öffentlicher und 35,5% unter frei-gemeinnütziger Trägerschaft, und im Jahre 1915 waren es 60,5% öffentliche und 39,5% frei-gemeinnützige Anstalten. Es ist also nicht so, daß der Strukturwandel, der aus der früheren caritativen oder diakonischen Einrichtung für Pflegebedürftige, für arme Kranke, eine moderne medizinische Institution des allgemeinen Gesundheitswesens werden ließ, die Caritas im Krankenhaus entbehrlich gemacht hätte. Man könnte fast mit Recht vom Gegenteil sprechen. Es ist kein Zufall gewesen, daß um die Jahrhundertwende gerade in den Industriestädten des Ruhrgebiets leistungsfähige, frei-gemeinnützige, vorwiegend konfessionelle Krankenhäuser entstanden, die bis auf den heutigen Tag die überwiegende Mehrzahl der Krankenhausbetten im Ruhrgebiet stellen.

Es ist weithin bekannt, daß bei uns ein ausgesprochener Krankenhaus-Notstand besteht. Die nicht die vollen Selbstkosten der Krankenhäuser deckenden, preisgebundenen Pflegesätze haben zu hohen Defiziten geführt. Erst kürzlich hat der Tübinger Rechtslehrer Prof. Dr. Bachhof in einem Rechtsgutachten festgestellt, daß die durch die staatlichen Preisbildungsstellen festgelegten Pflegesätze (Bundespflege-satzverordnung vom 31. August 1954), soweit sie unter den bei sparsamer Wirtschaftsführung der Krankenhäuser ermittelten Selbstkosten liegen, einen Eingriff in das „Recht am Unternehmen“ darstellen und also einer entschädigungspflichtigen Entelgnung gleichkommen. Es bedarf wohl keiner Erläuterung, daß die frei-gemeinnützigen Anstalten, obwohl ihre Defizite im allgemeinen geringer sind als diejenigen der Gemeinden, Gemeindeverbände, des Bundes und der Länder, weil sie dank der Opferbereitschaft ihrer Pflegekräfte geringere Personalkosten haben, von den unzureichenden Pflegesätzen schwerer betroffen werden als die öffentlichen Anstalten. Letztere können die Defizite notfalls aus Haushaltsmitteln decken.

Im Jahre 1960 wurden in unseren Krankenhäusern mehr als sieben Millionen Menschen in 200 Millionen geleisteten Pflegetagen stationär behandelt (die Zahl hat sich 1961/62 noch erhöht). Das heißt: Je Kalendertag haben die Krankenhäuser nicht weniger als 545 000 Kranke ärztlich und pflegerisch versorgt und sie haben — das Personal eingeschlossen — je Tag 730 000 Personen, eine Zahl, die etwa der Einwohnerzahl von Düsseldorf entspricht, verpflichtet. Fast 37% dieser Leistungen entfielen auf die frei-gemeinnützigen Anstalten.

Diese Zahlen reflektieren nicht allein das Leistungs-

volumen der Krankenhäuser, sie spiegeln auch den „Zug ins Krankenhaus“ wider. Er ist es, der namentlich in den Ballungsgebieten der Groß- und Industriestädte einen Fehlbedarf von rund 30 000 Krankbetten verursacht. Bedenkt man, daß heute jedes neue Krankhausbett etwa 45 000 DM erfordert, wird man erimmen, wie schwierig die Investitionsfinanzierung vor allem für die frei-gemeinnützigen Häuser auch dann noch ist, wenn die Länder in großzügiger Weise, wie z. B. Nordrhein-Westfalen, Mittel dafür bereitstellen.

Was heißt öffentliche Aufgabe? Den „Zug ins Krankenhaus“ und die steigenden Finanzierungskosten vor Augen, vertritt Bundesarbeitsminister Blank die Auffassung, die Vorhaltung von Krankenhäusern sei in gleicher Weise eine Aufgabe der „öffentlichen Hand“ wie die Einrichtung und Unterhaltung von Schulen, Gerichten, Feuerwehr u. a. Ist das richtig? — Wird eine im staatsfreien Raum sich vollziehende freiwillig übernommene Aufgabe, wie die der frei-gemeinnützigen Krankenhäuser, allein dadurch zur Aufgabe der öffentlichen Hand, daß ihre Erfüllung im öffentlichen Interesse liegt? Die Krankenhäuser verneinen die Frage entschieden. Bundeswirtschaftsminister Prof. Erhard bestärkte sie in dieser Auffassung, als er in seiner Rede vor dem 2. Deutschen Krankenhausstag in Stuttgart das Beispiel des sozialen Wohnungsbaues erwähnte, der fraglos im öffentlichen Interesse liege, daher auch staatliche Förderung genesse, dennoch aber den privaten Charakter der Wohnungswirtschaft nicht angetastet habe. Es gibt noch andere Beispiele: Bundesbahn und Bundespost gestalten ihre Preise unter Berücksichtigung sozialer Belange nach betriebswirtschaftlichen Erfordernissen und sind bemüht, kostendeckend zu wirtschaften. Im übrigen: Den Krankenhäusern meint man zumuten zu können, daß sie von den Benutzern lediglich die Benutzerkosten, von der öffentlichen Hand aber die sog. „Vorhaltungskosten“ bekommen. Was würden die Krankenkassen sagen, wenn von ihnen verlangt würde, daß die KrV-Beiträge ausschließlich zur Kostendeckung der Krankheitsfälle ihrer Beitragszahler verwendet werden dürfen, während der Staat für die Unterhaltung der Krankenversicherungsorganisationen und für die Errichtung und Unterhaltung der Verwaltungsgebäude der Kassen aufzukommen hat?

Würde man der Auffassung des Bundesarbeitsministers folgen, so würde dies zu einer laufenden und für die Krankenhäuser unzumutbaren Kontrolle durch staatliche Organe führen, womit zweifellos der Weg zur Verstaatlichung bereitet wäre. Dann aber würden die Krankenhäuser uniformiert und jede Freizügigkeit für die Patienten ausgeschlossen werden. Die Folge wäre der Wegfall des gesunden und bewährten Kräftespiels zwischen kommunalen, frei-gemeinnützigen und privaten Krankenhäusern, das der Fortentwicklung der Anstalten bisher so dienlich war. Schließlich: Ist erst ein so wesentlicher Sektor des gesamten Gesundheitswesens wie die stationäre Krankenversorgung sozialisiert, wird es nur eine Frage von relativ kurzer Zeit sein, bis auch die ambulante Arztversorgung verstaatlicht wird.

Die deutschen Krankenhausträger lehnen — wie erwähnt — jede Tendenz zur Verstaatlichung entschieden ab. Was sie aber dringend wünschen ist, daß sich Staat und Politik (die Parlamente von Bund und Ländern) mehr als bisher für das Krankenhauswesen interessieren. Erst kürzlich hat Präses Prof. Beckmann darauf hingewiesen, daß die evangelischen Krankenhäuser künftig nicht mehr ohne Hilfe des Staates existieren können. Wer sich vor Augen hält, daß es allein in NRW frei-gemeinnützige Krankenanstalten gibt, die eine tägliche Kostenunterdeckung von 4 bis 5 DM je Pflegefall haben, wird sich ausrechnen können, wie lange die Häuser derartige Defizite ertragen können. Allein der Umstand, daß die Pflegesätze durch die Preisbildungsstellen auf Grund von Kostenermittlungen, die mindestens ein Jahr zurückliegen, festgesetzt werden, ist untragbar. Die Kosten sind inzwischen buchstäblich davongelaufen. Schon diese Phasenverschiebung hat defizitäre Folgen, die nicht verantwortet werden können.

Was die staatlichen Investitions Hilfen betrifft, so bedeuten sie nicht, daß das Krankenhaus durch ihre Gewährung „verstaatlicht“ wird, sie stellen vielmehr den

Ausdruck einer selbstverständlichen Fürsorgepflicht des Staates gegenüber solchen Einrichtungen dar, die ohne „Staatsbetrieb“ zu sein, freiwillig eine auch sittlich fundierte Aufgabe erfüllen, die im öffentlichen Interesse liegt. Die Praxis aber, die staatlicherseits im Zusammenhang mit der Bundespflegegesetzverordnung bisher geübt wurde, ist das Gegenteil der Erfüllung der staatlichen Fürsorgepflicht, da sie — wie Prof. Bachot ausgeführt hat — einer „entschädigungspflichtigen Enteignung“ gleichkommt. Hier also müßte ohne Zeitversäumnis der Anfang gemacht werden, will man vermeiden, daß die frei-gemeinnützigen Krankenhäuser dem finanziellen Ruin anheimfallen.

**Englische Krankheit:** Fast jeder ist versichert (Sonn- tagsblatt, Hamburg, 18. 8. 1963): ... Das existenzgefährdende Risiko der Krankheit läßt sich das Staatsvolk der Deutschen nach einer Erhebung des Statistischen Bundesamtes — Stichtag Oktober 1961 — denn auch zu 97,1% von einer KrV decken, obwohl nur 31,2% im strengen Sinne pflichtversichert sind. Ende 1954 hatte es dagegen nur 94% Kranken- und knapp 30% Pflichtversicherte gegeben. — Versicherungspflichtig sind laut RVO die gewerblichen Arbeitnehmer ohne Ausnahme und die kaufmännischen Angestellten allgemein bis zu 660, in der knappschaftlichen KrV bis zu 1250 DM Monatsgehalt. In die Pflichtversicherung werden abhängige Familienmitglieder regelmäßig einbezogen: Sie bilden mit 41,1% der Bevölkerung sogar den größten Versichertenblock. In den weiteren Kreis der Pflichtversicherten gehören außerdem noch mit 11,8% die Rentner und Sozialhilfeempfänger. Übrig bleiben bescheidene 13,2%, die privat versichert oder freiwillig weiterversichert sind und lumpige 2,9%, die ihre Krankheit unmittelbar aus eigener Tasche bezahlen. — Weil die meisten Bundesbürger ihr berufliches Dasein als Pflichtversicherte beginnen, sind allein 88% (= 46,1 Millionen) von den 52,5 Millionen Versicherten (bzw. 85% von den — 1961 — 54,1 Millionen Einwohnern) in den sog. RVO-Kassen pflicht-, mit- oder weiterversichert und nur 12% Kunden der privaten KrV. Allerdings zählt die Statistik hierbei nur die Haupt- nicht aber die Zusatzversicherungen, die als lukratives Geschäft der PKV gelten.

Unter den Nichtversicherten finden sich keineswegs nur Leute, die es sich leisten können, draußen zu bleiben, sondern viele, die es sich — von Alters oder Berufs wegen — nicht mehr leisten können, einzutreten. Der Anteil Nichtversicherter nimmt mit dem Alter zu.

Er beträgt bei den

15- bis 20jährigen	1,9%
20- bis 40jährigen	2,2%
40- bis 50jährigen	2,7%
50- bis 60jährigen	3,5%
60- bis 65jährigen	4,4%
über 65jährigen	5,7%

Der Anteil der

Nichtversicherten	liegt bei
Arbeitern	auf 0,1%
Lehrlingen	auf 0,3%
Angestellten	auf 1,5%
Beamten	auf 8,1%
Selbständigen	auf 10,4%
mithelfenden Familienangeh.	auf 14,6%

In den letzten beiden Gruppen wiederum dominieren — mit 14,5% „Unversorgten“ — die landwirtschaftlichen Berufe. Die Statistik zeigt indessen deutlich, daß die RVO-Kassen sich beharrlich an die Grenze der 90% heranschieben und die Privatkassen Gefahr laufen, immer weiter auf bloße Zusatzversicherungen abgedrängt zu werden. Dabei sind ihre Leistungen teilweise viel besser. „Es ist vorauszusehen“, schrieb Oberstadtdirektor Elsholz schon 1962 melancholisch in seinen „Sozialpolitischen Perspektiven“, daß „der Trend zum staatlichen Gesundheitsdienst nach englischem Vorbild... weiter anwachsen wird.“

Die Privatkassen müssen derlei Aussichten besonders melancholisch stimmen. Ein englischer Gesundheitsdienst bedeutet für sie nichts weiter als die englische Krankheit: Ein langsames Dahinsiechen im Halbdunkel.

## BUCHBESPRECHUNGEN

**Arzneimittel-Synonyma.** Internationaler Kurzname — Wirkungsrichtung — Handelsname 1963, ausgewählt und zusammengestellt von Dr. H. G. N i e m a n d. Verlag Paul Parey, Berlin und Hamburg. 159 Seiten, Kunstleder 19,80 DM.

Auf Ärztekongressen und -tagungen gewinnt man den Eindruck, daß Arzneiprobleme und -themen zusehends in den Vordergrund rücken. Auch im medizinischen Schrifttum nehmen sie in Referaten und wissenschaftlichen Abhandlungen einen immer breiteren Raum ein. Hierbei werden immer häufiger nationale oder internationale chemische Kurznamen, internationale Freinamen bzw. generic names verwendet. Diese Synonyma stellen keine Warenzeichen dar. Sie sind nicht schutzfähig und dienen lediglich der Verständigung. Diese Neuerung trifft die meisten Ärzte, die sich bei ihren pharmako-therapeutischen Überlegungen und Verschreibungen fast ausschließlich nach den wortgeschützten Präparatenamen orientieren, recht unvorbereitet. Es ist deshalb äußerst begrüßenswert, daß durch ein kompendiös gehaltenes Nachschlagewerk ein müheloses Ermitteln solcher Synonyma speziell bei Literaturangaben ermöglicht wird.

Das Buch ist klar und übersichtlich gegliedert, und zwar wie folgt:

Die 1. Spalte bringt die Synonyma in alphabetischer Reihenfolge;

die 2. Spalte gibt einen therapeutischen Anhaltspunkt über die hauptsächlichlichen Wirkungsrichtungen;

die 3. Spalte bringt die Handelsnamen deutscher Arzneispezialitäten, soweit sie die unter dem Kurznamen erwähnte Substanz allein enthalten;

die 4. Spalte bringt all jene Präparate, welche die unter dem Kurznamen erwähnten chemischen Substanzen in Kombination mit anderen enthalten.

Den Abschluß bildet ein alphabetisches Sachverzeichnis sämtlicher Handelsnamen mit einem Hinweis auf die Seitenzahl, auf denen die Synonyma zu finden sind.

Durch die zunehmende Verwendung der Synonyma in der wissenschaftlichen Sprache und in behördlichen Verfügungen wird dieses Nachschlagewerk ein unentbehrlicher Helfer für Ärzte, Kliniken, Gesundheitsbehörden usw.

Derartige Publikationen in Buchform können bei der Fluktuation im Arzneimittelwesen von vornherein nicht den Anspruch auf Vollständigkeit erheben, so daß es sehr sinnvoll ist, daß der Verfasser dem Buch noch einige Leerseiten angefügt hat, auf denen das Nachschlagewerk durch persönliche Eintragungen auf den jeweils neuesten Stand gebracht werden kann.

Dr. Stollnreuther



ALLEIN  
GELASSEN  
WIR  
HELFFEN



CARITAS  
SAMMLUNG  
16.-22. SEPT.

# KONGRESSE UND FORTBILDUNG

## Klinische Fortbildung in Bayern 1963

### Kurseinteilung:

#### 1. INNERE KRANKHEITEN

21. bis 26. Oktober 1963

München, I. Med. Univ.-Klinik

Direktor: Prof. Dr. Schwiégk.

München, Städtisches Krankenhaus r. d. Isar

Chefarzt: Doz. Dr. Blömer.

11. bis 15. November 1963

Würzburg, Med. Univ.-Klinik

Direktor: Prof. Dr. Wollheim.

#### 2. KINDERKRANKHEITEN

4. bis 9. November 1963

Erlangen, Univ.-Kinderklinik

Direktor: Prof. Dr. Windorfer.

4. bis 9. November 1963

München,

Städt. Kinderkrankenhaus München-Schwabing

Chefarzt: Prof. Dr. Hilber.

#### 3. CHIRURGIE

4. bis 9. November 1963

München, Chirurg. Univ.-Klinik

Direktor: Prof. Dr. Zenker.

4. bis 9. November 1963

München, Städtisches Krankenhaus r. d. Isar

Direktor: Prof. Dr. Maurer.

4. bis 9. November 1963

Erlangen, Chirurg. Univ.-Klinik

Direktor: Prof. Dr. Hegemann.

4. bis 9. November 1963

Würzburg, Chirurg. Univ.-Klinik

Direktor: Prof. Dr. Wachsmuth.

#### 4. FRAUENHEILKUNDE

21. bis 26. Oktober 1963

München, I. Univ.-Frauenklinik

Direktor: Prof. Dr. Bickenbach.

4. bis 9. November 1963

Würzburg, Univ.-Frauenklinik

Direktor: Prof. Dr. Schwalm.

Unterkunft und Verpflegung in der Klinik möglich.

Alle Kolleginnen und Kollegen, welche an einem der vorstehend angekündigten Kurse teilnehmen wollen, werden gebeten, sich wegen Auskunft nur an die Bayerische Landesärztekammer zu wenden und auch nur dort anzumelden. Außer der Teilnahme an den vorstehend aufgeführten Kursen besteht auch die Möglichkeit, als Gastarzt an den genannten Kliniken und darüber hinaus fast an allen Fachabteilungen der Städtischen Krankenanstalten in Augsburg, München

und Nürnberg tätig zu sein. Sofern kein persönlicher Kontakt dorthin besteht, vermittelt die Bayerische Landesärztekammer auf Wunsch gerne eine solche Gastarztstätigkeit.

## Internationaler Kongreß für Arbeitsmedizin

Der alle drei Jahre veranstaltete große internationale Kongreß für Arbeitsmedizin findet vom 15. bis 21. September 1963 in Madrid statt. Die Hauptthemen lauten: Organisation der Arbeitsmedizin; industrielle Hygiene; Berufskrankheiten; Unfallheilkunde und Rehabilitation; Physiologie und Ergonomie; Sozialmedizin der Arbeit; industrielle Psychologie; spezifische ärztliche Arbeitsprobleme in einzelnen Industriezweigen.

Auskunft: Prof. Dr. Symanski, Institut für Arbeitsmedizin, Saarbrücken 1, Malstatter Straße 17, Haus der Gesundheit.

## Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde

Die 61. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde findet vom 16. bis 18. September 1963 in Köln statt. Vorsitz: Prof. Dr. Bennhold-Thomsen.

Thema: Aktuelle diagnostische und therapeutische Probleme der Pädiatrie.

Auskunft: Prof. Dr. J. Wolff, Duisburg, Lotharstraße 63.

## Strahlenschutzkurs

Vom 16. September bis 4. Oktober 1963 findet in Neuherberg bei München ein Strahlenschutzkurs (Einführungskurs, 1. und 2. Fortbildungskurs) für Ärzte, Tierärzte, Apotheker und Biologen statt.

Auskunft: Dr. R. Wittenzellner, Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.

## Deutscher Krebskongreß 1963

In Mainz findet vom 26. bis 28. September 1963 unter dem Präsidium von Prof. Dr. med. Dr. med. vet. h. c., Dr. med. h. c. H. A. Gottron der Deutsche Krebskongreß 1963 statt.

Leitthema: Leukosen und Retikulosen

Tagespräsident: Prof. Dr. H. A. Gottron

Leitthema: Experimentelle und klinische Grundlagenforschung, Pathogenese des Krebses

Tagespräsident: Prof. Dr. W. Büngeler

Leitthema:

Sozial- und Begutachtungsprobleme bei Krebskranken

Tagespräsident: Prof. Dr. W. Flaskamp

Auskunft: Geschäftsstelle des Deutschen Zentralausschusses für Krebsbekämpfung und Krebsforschung e. V., 65 Mainz, Langenbeckstraße 1, Pathol. Institut.

# Romucard

Das vorzügliche Herztonicum mit spasmolytischer Wirkung.



Indikation:  
 Altersherz  
 Zirkulationsstörungen  
 Hypertonie  
 nervöse und  
 kramptartige  
 Herzbeschwerden



Zusammensetzung:

Popoverin 0,3%, Nitroglyc. 2,5 mg%, Tinct. Adonid. 7%, Tinct. Bellad. 4%, Tinct. Valerion., Extr. Coston. Vesc. fluid., Vit. B<sub>1</sub> + C

K. P. Flosche 15 ccm DM 1.80  
 O. P. Flosche 30 ccm DM 2.95

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

# „Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin“

32. Vortragsreihe am 27., 28., 29. September 1963 in Augsburg.

Thema:

„DIE ENTWICKLUNG DER MODERNEN ARZNEI-MITTEL-THERAPIE AUS DER SICHT DER PRAXIS“.

**Kursleiter:** Professor Dr. Albert Schretzenmayr, Augsburg, Vorsitzender des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung.

**Tagungsort:** Neuer Großbau der National Registrier Kassen, Augsburg, Ulmerstraße 160a, Eingang vom Parkplatz (Lippschützstraße).

**Freitag, 27. September 1963**

10.00—12.00 Uhr und 14.00—16.00 Uhr:  
Registrierung und Informationen im Stadtbüro, Schaezlerstraße 19.

16.00 Uhr:

Klinische Visiten im Westkrankenhaus, Langemarckstraße, Straßenbahnlinie 2, Haltestelle Heimgarten.

20.00 Uhr:

Filmabend im Vortragssaal der National Registrier Kassen Augsburg, Ulmerstraße 160a.

„Das Gesicht der Psychose und sein Wandel durch die Therapie“ (Bayer).

„Ameisen im Dienst von Parasiten“ (Hoechst)

„Konjugierte Oestrogene bei Blutungen“ (Kali-Chemie)

„Radioaktive Isotope in der Arzneimittelforschung“ (Schering)

„Moderne Nierendiagnostik“ (Boehringer, Mannheim).

**Samstag, 28. September 1963**

8.00—8.30 Uhr:

Besuch der Industrieausstellung.

8.30—9.50 Uhr:

Prof. Dr. med. et phil. W. Wirth, Vorstand des Pharmakologischen Laboratoriums der Farbenfabriken Bayer, Wuppertal-Elberfeld:

„Arzneimittel auf dem Prüfstand der Forschung“

Prof. Dr. J. Kühnau, Direktor des Physiologisch-Chemischen Instituts der Universität Hamburg:

„Vom biologischem Wirkstoff zum Pharmakon“.

9.50—10.20 Uhr:

Pause

10.20—12.40 Uhr:

Dr. Jörgen Schmidt-Voigt, Chefarzt am Krankenhaus Eppstein, Taunus: „Die differenzierte Glykosidbehandlung — Fragen und Hinweise für die Praxis“.

Prof. Dr. H. P. Wolff, Direktor der Medizinischen Universitäts-Poliklinik, Homburg/Saar:

„Moderne Oedemtherapie“.

Prof. Dr. E. Wollheim, Direktor der Medizinischen Universitätsklinik Würzburg, Luitpoldkrankenhaus:

„Alte und neue Antihypertonica“.

Priv.-Doz. Dr. H. Oehmig, Chirurgische Universitäts- und Poliklinik Marburg/Lahn:

„Moderne Anaesthetica“.

12.40—14.00 Uhr:

Mittagspause

14.00—15.00 Uhr:

Round-table-Gespräch: Licht und Schatten der Arzneimitteltherapie:

Gesprächsleiter: Prof. Dr. A. Schretzenmayr,

Gesprächsteilnehmer: Prof. Dr. Wirth, Dr. Jörgen Schmidt-Voigt, Prof. Dr. Wolff, Prof. Dr. Wollheim,

Priv.-Doz. Dr. Oehmig, Dr. Meyer-Uhl, Prof. Dr. Landes,

Priv.-Doz. Dr. Trummert.

15.30—18.00 Uhr:

Klinische Visiten und Demonstrationen in den Augsburger Krankenhäusern und in der Kinderklinik St. Elisabeth in Neuburg/Donau.

**Sonntag, 29. September 1963**

8.00—9.00 Uhr:

Besuch der Industrieausstellung.

9.00—10.20 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. K. Schwarz,

II. Medizinische Universitätsklinik München:

„Substitutive und pharmakodynamische Hormontherapie“.

Priv.-Doz. Dr. D. Buttenberg,

Universitäts-Frauenklinik Heidelberg:

„Hormonbehandlung in der Gynäkologie“.

10.20—10.50 Uhr:

Pause

10.50—12.00 Uhr:

Prof. Dr. P. Kielholz, Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel/Schweiz:

„Psychopharmakologische Therapie der Depressionen in der Praxis“.

Prof. Dr. K. Fellingner, Vorstand der II. Medizinischen Universitätsklinik Wien:

„Wege und Ziele der antirheumatischen Therapie“.

Dozent Dr. W. Marget, Universitäts-Kinderklinik Tübingen:

„Fortschritte der praktischen Antibiotika-Therapie“.

12.00—14.00 Uhr:

Mittagspause

14.00—16.00 Uhr:

Dr. A. Bänder, Pharmakologisches Laboratorium der Farbwerke Hoechst, Frankfurt:

„Die histologischen Grundlagen einer antidiabetischen Therapie“.

Prof. Dr. E. F. Pfeiffer, I. Medizinische Universitätsklinik Frankfurt/M.:



## Teppich-Haus BREHM

Größtes Teppichlager

Oberfrankens mit eigenen Importen

Aus dem ganzen Orient, einschließlich Kaukasus, bieten wir Ihnen zu günstigen Preisen:

Belautsch	129×95	160,—	Bidjar	221×135	880,—	Kirman, feine Knöpf.	419×296	4800,—
Mahal	195×130	260,—	Kaltak Bidjar	198×129	980,—	Sherkat, fein	354×241	4550,—
Massul	203×138	350,—	Serap	322×82	695,—	Kirman Laver, antik	375×263	9500,—
Khamsea	198×135	480,—	Karabagh, alt	410×180	3900,—	Djashegan	322×223	1280,—
Melas, alt	189×133	850,—	Kasak, alt	468×123	2320,—	Gaszwini		
Kayserie Bild	180×120	350,—	Mashghin, alt	352×102	980,—	sehr feine Knöpfung	479×310	10 400,—
Kirman	116×57	220,—	Täbris	280×198	1980,—	Sinneh Täbris, antik		
Tarki, alt	192×161	680,—	Heris	250×350	1950,—	sehr feine Knöpfung,		
Isfahan	225×147	980,—	Heris	198×312	980,—	ohne Fehler	759×446	36 000,—
Araun Käschan	210×130	980,—	Sabsewar	273×209	1980,—	Kasak, alt	220×110	2200,—

Ca. 1100 weitere Teppiche, Brücken und Läufer aus allen Gebieten des Orients, in allen Preislagen, haben wir für unsere Kunden stets zur Verfügung.

Unverbindliche Beratung und Vorlagen frei Haus in allen Gebieten durch Ihren Fachmann

**H. U. H. BREHM - BAYREUTH** LUDWIGSTRASSE 1  
TELEFON 5916

„Die orale Diabetestherapie unter dem Aspekt ihres Wirkungsmechanismus“.

Prof. Dr. A. Linke, Medizinische Universitätsklinik Heidelberg:

„Stand und Ausblick der Chemotherapie maligner Tumoren“.

Klinische Visiten und Demonstrationen

Freitag, 27. September 1963

16.00 Uhr:

West-Krankenhaus, Langemarckstraße 11.

I. und II. Medizinische Klinik und Nervenkl., Chefarzt Prof. Dr. Stötter und Chefarzt Dr. Kaiser.

Samstag, 28. September 1963

15.30 Uhr:

West-Krankenhaus: I. und II. Medizinische Klinik und Nervenkl.:

Fall- und Krankendemonstration zum Tagungsthema (Herz-, Hochdruck-, Diurese-, Insulin-, Hormon- und Tumorbehandlung), Chefarzt Prof. Dr. Stötter, Chefarzt Dr. Kaiser.

West-Krankenhaus: Dermatologische Klinik

Klinische Demonstrationen, Prof. Dr. Nikolowski.

Hauptkrankenhaus: Chirurgische Klinik, Krankenhausstraße 1.

Klinische Demonstrationen:

Modernes Narkoseverfahren eventuell mit praktischen Demonstrationen; Dr. Geßner, Dr. Meyer.

Hauptkrankenhaus: Prosektur, Krankenhausstraße 1, Eingang gegenüber dem Vinzentinum.

Demonstrationen zum Thema Hypertonie, Gynäkologie und Hormone; Chefarzt Dr. med. habil. E. Emminger.

Städtische Kinderklinik: Zollernstraße 85:

Klinische Visiten und klinische Demonstrationen unter Berücksichtigung des Tagungsthemas durchgeführt von Chefarzt Dr. Wunderwald, Oberarzt Dr. Haggenmüller und Assistenten der Klinik.

15.30—16.30 Uhr:

Kinderkrankenhaus Josefinum: Kapellenstraße 30.

Klinische Visite mit besonderer Besprechung der antibiotischen Therapie im Kindesalter, Chefarzt Dr. Freislederer, Oberarzt Dr. Schloßmacher, Oberarzt Dr. Apak, Dr. Guckelsen, Dr. Lingnau, Dr. Funck, Dr. Tenderich.

16.30—18.00 Uhr:

Diskussion am Kaffeetisch über die Anwendung von katabolen (Cortisonabkömmlinge) und anabolen Steroiden in der Kinderheilkunde, Chefarzt Dr. Freislederer, Oberarzt Schloßmacher, Oberarzt Dr. Apak.

Krankenhaus St. Albert — Haunstetten:

Die Rolle der Bronchoskopographie und Mediastenkopie im Rahmen der Hilusdiagnostik und Demonstration.

Die Ärzte der Klinik.

15.00—17.00 Uhr:

Tuberkulosefürsorgestelle Augsburg Stadt, Karmeliten-gasse 11:

Die Entwicklung der modernen medikamentösen Tuberkulose-Therapie mit Demonstration, OMR Dr. Liebknecht, Dr. Sirch, Dr. Fabian.

Auskunft: Ärztlicher Kreisverband Augsburg, Augsburg, Schaezlerstraße 19, Telefon 27 77.

### Vereinigung südwestdeutscher Hals-Nasen-Ohrenärzte

Vom 27. bis 28. September 1963 findet in Marburg die 47. Versammlung der Vereinigung südwestdeutscher Hals-Nasen-Ohrenärzte unter dem Vorsitz von Prof. Dr. J. Berendes statt.

Themen: Neuere Gesichtspunkte in der laryngologischen Behandlung von Stimmstörungen. Neuere Gesichtspunkte in der hals-nasen-ohrenärztlichen Behandlung von Sprachstörungen.

Auskunft: Prof. Dr. W. Becker, Univ.-H-N-O-Klinik, Mainz, Langenbeckstraße 1.

### 11. Fortbildungslehrgang für praktische Medizin am Tegernsee

Veranstaltet vom Ärztlichen Kreisverband Miesbach, vom 28.—29. September 1963 in Bad Wiessee.

Prof. Dr. W. Lührs, Rottach:

Hentige Möglichkeiten und Grenzen einer Chemotherapie bei malignem Wachstum.

Dr. W. Maier, München:

Rehabilitation von Kindern mit angeborenen Mißbildungen.

Prof. Dr. A. Jores, Hamburg:

Der jatrogene Kranke.

Prof. Dr. Begemann, München:

Zur Differentialdiagnose der Lymphknotenschwellung.

Priv.-Doz. Dr. W. Schoop, Freiburg:

Klinische Bedeutung, Diagnostik und Therapie arterieller Verschlusskrankheiten.

Dr. Schaezling, Berlin:

Psychologie und Geburtenregeinng.

Priv.-Doz. Dr. Schliack, Berlin:

Segmenttherapie.

Prof. Jesserer, Wien:

Klinische Bedeutung, Differentialdiagnose und Therapie der Tetanie.

Prof. Dr. Schliephake, Gießen:

Neuere Erkenntnisse über die Funktion der Milz.

Auskunft: Dr. Neresheimer, Bad Wiessee, Adrian-Stoop-Straße.

### Deutsche Gesellschaft für Verkehrsmedizin e.V.

In Heidelberg findet vom 30. 9. bis 2. 10. 1963 die Jahrestagung 1963 der Deutschen Gesellschaft für Verkehrsmedizin statt. Rahmenthemen: Mensch und Verkehrssicherheit; Verkehrsunfallflucht; Arzneimittel und Verkehrssicherheit; Bahnmedizin; Schifffahrtsmedizin. Unmittelbar vor dieser Tagung findet die Jahrestagung der Kriminalbiologischen Gesellschaft in Heidelberg statt.

Auskunft: Dr. Grossjohann, Institut für Gerichtliche Medizin, Mainz, Langenbeckstraße 1.

### Deutsche Gesellschaft für Gerichtliche Medizin

In München findet vom 7. bis 10. Oktober 1963 ein Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Gerichtliche Medizin statt. Die Hauptthemen lauten: Das Kind in gerichtlich-medizinischer Sicht; Schwangerschaft, Frucht-abtreibung und Geburt in forensischer Sicht; Strahlenschäden.

Auskunft: Prof. Dr. W. Laves, München 15, Frauenlobstraße 7.

Der

### Bund der Deutschen Medizinbeamten

hält in der Zeit vom 9. bis 11. Oktober 1963 in Marburg eine Fortbildungstagung ab.

Auskunft: OMR Dr. Seidl, 606 Offenbach, Dreieichring 24.

### Deutsche Gesellschaft für Allergieforschung

Der 9. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Allergieforschung, der in Bad Lippspringe vom 17. bis 19. Oktober 1963 stattfindet, steht unter dem Vorsitz von Prof. Dr. E. Letterer.

Hauptthemen: Methoden der Immunologie und Allergie, ihre theoretische Bedeutung und praktische Anwendung. Allergische Manifestationen am Magen-Darm-Kanal.

Auskunft: Sekretariat der Deutschen Gesellschaft für Allergieforschung, Asthma- und Allergieforschungsinstitut, Bad Lippspringe, Arminiuspark.

### Gesellschaft für Konstitutionsforschung

Vom 21. bis 22. Oktober 1963 findet in Tübingen die 8. Tagung der Gesellschaft für Konstitutionsforschung statt. Thema: Die Chromosomenpathologie des Menschen.

Auskunft: Prof. Dr. J. Hirschmann, Universitäts-Nervenkl., Tübingen, Oslanderstraße 22.

# Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung

31. Fortbildungskurs vom 10.—13. Oktober 1963

Donnerstag, den 10. Oktober 1963

20 Uhr:

Empfang der Vortragenden und Kursteilnehmer durch den Oberbürgermeister der Stadt Regensburg im historischen Reichssaal des Alten Rathauses.

Es singen die Regensburger Domspatzen.

## Festvortrag

Professor Dr. J. Moltmann, Universität Bonn:  
„Die Theologie in der Welt der modernen Wissenschaften“.

Freitag, den 11. Oktober 1963

1. Hauptthema:

## ENZYME UND ENZYMOPATHIEN

Vortragssaal: Stadttheater.

9.00—9.30 Uhr:

Begrüßung.

9.30—10.10 Uhr:

Doz. Dr. F. W. Schmidt, Medizinische Univ.-Poliklinik, Marburg:

„Enzymmuster menschlicher Gewebe als Grundlage diagnostischer Verwertung“.

10.10—10.50 Uhr:

Doz. Dr. B. Hess, Medizinische Universitätsklinik, Heidelberg:

„Koenzyme und Vitamine bei Stoffwechselerkrankungen“.

10.50—11.20 Uhr:

Pause — Eröffnung der Ausstellung.

11.20—12.00 Uhr:

Prof. Dr. Dr. h. c. L. Hellmeyer, Direktor der Medizinischen Univ.-Klinik Freiburg/Brsg.:

„Enzymatische Defekte als Ursache von Anämien“.

12.00—12.40 Uhr:

Prof. Dr. F. Hartmann, Direktor der Medizinischen Univ.-Poliklinik, Marburg:

„Diagnostische Bedeutung von Enzymstörungen bei Erkrankungen von Muskeln und Herz“.

12.40—14.30 Uhr:

Pause — Besuch der Ausstellung.

14.30—15.00 Uhr:

Wissenschaftlicher Film (Farbtonfilm — C. F. Boehringer & Soehne GmbH, Mannheim):

„Herz- und Lungenfunktion“.

Aus der Medizinischen Univ.-Klinik Zürich, Direktor Prof. Dr. P. H. Rossier, Leitung: Doz. Dr. A. Bühlmann.

15.00—15.40 Uhr:

Doz. Dr. E. Wildhirt, Stadtkrankenhaus Kassel:

„Enzymteste bei Lebererkrankungen und ihre Bedeutung für die Diagnostik“

15.40—16.00 Uhr:

Prof. Dr. A. Linke, Medizinische Univ.-Klinik, Heidelberg:

„Enzyme der Glukoneogenese in Leber und Niere bei Diabetes mellitus und nach Cortisol“.

16.00—16.40 Uhr:

Prof. Dr. F. Linneweh, Direktor der Univ.-Kinderklinik, Marburg:

„Enzymopathien als Ursache kongenitaler Stoffwechselstörungen“.

16.40—17.10 Uhr:

Pause

17.10—17.50 Uhr:

Prof. Dr. W. Creutzfeldt, Medizinische Univ.-Klinik, Freiburg/Brsg.:

„Enzyme in Diagnostik und Pathogenese der Magen-Darm-Erkrankungen einschließlich der Pankreopathie“.

17.50—18.30 Uhr:

Prof. Dr. R. Gross, Medizinische Univ.-Klinik, Tübingen:

„Enzyme und Enzyminhibitoren in der Therapie“.

Anschließend Diskussion und Beantwortung der eingegangenen Fragen zum Thema des Tages.

Samstag, den 12. Oktober 1963

2. Hauptthema:

## HERZGLYKOSID-THERAPIE

Vortragssaal: Stadttheater.

9.00—9.40 Uhr:

Prof. Dr. K. Wezler, Direktor des Instituts für Animal. Physiologie der Univ. Frankfurt/M.:

„Das Tonusproblem als Grundlage der Glykosidwirkung“.

9.40—10.20 Uhr:

Prof. Dr. K. Greeff, Direktor des Pharmakol. Instituts der Med. Akademie, Düsseldorf:

„Glykosidwirkung auf den Stoffwechsel des Herzmuskels“.

10.20—10.50 Uhr:

Pause

10.50—11.40 Uhr:

Prof. Dr. K. J. Blumberger, Chefarzt der Med. Abteilung am Stadtkrankenhaus, Aschaffenburg:

„Glykosidtherapie des insuffizienten Herzens“.

11.40—12.20 Uhr:

Prof. Dr. W. H. Hauss, Direktor der Medizinischen Univ.-Klinik und Poliklinik, Münster:

„Glykoside in der Behandlung koronarer Durchblutungsstörungen“.

12.20—13.45 Uhr:

Pause

# Resedorm<sup>®</sup>

Bromfreies, mehrschichtig wirkendes  
Sedativum und Hypnotikum

Liquidum  
Tabletten

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

13.45 Uhr:

**Seminargespräch mit Demonstrationen:**  
**„Die Praxis der Enzymdiagnostik“.**

Ort: Deutsch-Amerikanisches Institut, Haidplatz.

Einführung: Dr. F. W. Schmidt und Frau Dr. E. Schmidt, Marburg.

Demonstrationen: E. Dietz, Biochemische Abtlig. der Firma C. F. Boehringer &amp; Soehne, Mannheim.

(Photometer: Eppendorff, Elko-Zeiss, Beckman, Riele.)

(Teste: GOT, GPT, CPK, GLDH, Blutzucker.)

Anmeldung erbeten!

15.00—15.40 Uhr:

Prof. Dr. K. Spang, Direktor der Inneren Klinik des

Katharinenhospitals, Stuttgart:

„Indikationen und Kontraindikationen der Glykosid-

behandlung bei Herzrhythmusstörungen“.

15.40—16.20 Uhr:

Prof. Dr. R. Asehenbrenner, Ärtzl. Direktor des

Krankenhauses Hamburg-Altona:

„Die Behandlung des Altersberzens mit Glykosiden“.

16.20—16.50 Uhr:

Pause

16.50—17.30 Uhr:

Prof. Dr. H. Reindell, Dr. König und Dr. H. Ros-

kamm, Medizinische Univ.-Klinik Freiburg/Brsg.:

„Die latente Herzinsuffizienz und ihre praktische

Bedeutung“.

17.30—18.10 Uhr:

Prof. Dr. P. Schölmerich, Medizinische Univ.-

Klinik, Marburg:

„Die Glykosidintoxikation mit besonderer Berücksichti-

gung der Mineralstoffwechselstörungen“.

Anschließend Diskussion und Beantwortung der ein-

gegangenen Fragen zum Thema des Tages.

Sonntag, den 13. Oktober 1963

3. Hauptthema:

**EXOGENE UND REAKTIVE PSYCHOSEN**

Vortragssaal: Stadttheater.

9.00—9.40 Uhr:

Prof. Dr. H. Bürger-Prinz, Direktor der Psych-

und Nervenkrankheiten der Universität, Hamburg:

„Begriffsbestimmung der exogenen und reaktiven

Psychosen und das amnestische Syndrom.“

9.40—10.20 Uhr:

Doz. Dr. H. Harbauer, Univ.-Nervenkrankheiten, Abtlig.

Kinder- und Jugendpsychiatrie, Marburg:

„Exogene und reaktive Psychosen im Kindesalter in

Diagnose und Therapie“.

10.20—10.50 Uhr:

Pause

10.50—11.30 Uhr:

Prof. Dr. W. Schulte, Direktor der Univ.-Nerven-

klinik, Tübingen:

„Psychosen in Abhängigkeit von biographischen

Konstellationen“.

11.30—12.10 Uhr:

Prof. Dr. M. Reissner, Direktor der Nervenheilstätte

Rosenhügel, Wien:

„Indikationen und Mißbrauch moderner Psychoparmaka

bel exogenen und reaktiven Psychosen.“

12.10—14.00 Uhr:

Pause

14.00 Uhr:

Wissenschaftlicher Film (Farbtonfilm — Bayer AG.

Leverkusen):

„Das Gesicht der Psychose und sein Wandel durch die

Therapie“.

Aus dem Nervenkrankenhaus Haar bei München, Chef-

arzt Dr. Lieser.

Round-Table:

„Praktische Fragen der Therapie und Differential-

therapie mit Herzglykosiden“.

Gesprächsleitung: Prof. Dr. KJ. Blumberger.

Ort: Deutsch-Amerikanisches Institut, Haidplatz.

Anmeldung erbeten!

14.30—15.10 Uhr:

Dr. J. M. Burchard, Psych.- und Nervenkrankheiten der

Universität, Hamburg:

„Ursachen, Symptome und Therapie der Intoxikations-

psychosen“.

15.10—15.50 Uhr:

Dr. W. Blankenburg, Psych.- und Nervenkrankheiten der

Universität, Freiburg/Brsg.:

„Exogene Psychosen bei inneren Erkrankungen“.

15.50—16.20 Uhr:

Pause

16.20—17.00 Uhr:

Prof. Dr. M. Mikorey, Nervenkrankheiten der Universität,

München:

„Exogene Psychosen zwischen Schlaf- u. Weckmitteln“.

17.00—17.40 Uhr:

Doz. Dr. M. Winzenried, Psych.- und Nervenkrankheiten der

Universität, Hamburg:

„Erkrankungen des endokrinen Systems und moderne

Steroidtherapie als Ursache von Psychosen“.

Anschließend Diskussion und Beantwortung der ein-

gegangenen Fragen zum Thema des Tages.

Auskunft: Sekretariat der Ärztlichen Fortbildungsk-

urse, 84 Regensburg, Altes Rathaus, Zimmer 5a.

**Tagung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie**

Vom 13. bis 17. Oktober 1963 findet in München die

35. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie

statt. Die Themen lauten: Morphologie und Physiologie

des Uterusmuskels. Die Ovulation, ihre Anatomie,

Pathologie, Physiologie, Auslösung und Unterdrückung.

Die Bedeutung der Toxoplasmose für den Geburts-

helfer. Ergebnisse der Behandlung mit energiereichen

Strahlen in der Gynäkologie, ihre Radiometrie und

Dosimetrie, sowie die Zukunft der gynäkologischen

Strahlentherapie.

Auskunft: Prof. Dr. W. Blekenbach, I. Univ.-

Frauenklinik, 8 München 15, Maistraße 11.

**Hilfe für Herz und Kreislauf****Tonocor**

Herzgesamtextrakt

mit Oxypropyltheophyllin und Niacindäthylamid

Das Herz wird gestärkt und gleichzeitig geschont

O.P.: Dragées 25 Stück DM 2,10 o.U.

100 Stück DM 6,50 o.U.

Tropfen 20 ccm DM 3,55 o.U.

Ampullen 3 zu 1 ccm DM 2,35 o.U.



IFAH GMBH · HAMBURG 22

# Fortbildungstagung im Nervenkrankenhaus Haar bei München

Die Bayerische Landesärztekammer und das Nervenkrankenhaus Haar bei München veranstalten am 1. und 2. November 1963 eine Fortbildungstagung mit dem Thema: „**PSYCHIATRIE**“.

**Tagungsort:** Nervenkrankenhaus Haar bei München.

**Programm:**

**Freitag, den 1. November 1963**

„**Psychiatrie heute**“

8.30 Uhr:

Begrüßung und Eröffnung durch den Bezirkstagspräsidenten Dr. P. Hecker.

Geleitwort durch den Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer Dr. H. Sewering.

Einleitung durch Direktor Dr. H. Nadler.

Vorsitzender: Professor Dr. K. Kollé, München.

9.15—10.00 Uhr:

Prof. Dr. J. Wyrsch, Stans, Schweiz:

„Die Eigen- und Fremdpulse der Psychiatrie in den letzten 50 Jahren“.

10.00—10.45 Uhr:

Prof. Dr. H. Hoff, Wien:

„Derzeitige psychiatrische Situation“.

**Pause**

11.00—11.45 Uhr:

Prof. Dr. H. Ganner, Innsbruck:

„Die modernen somatischen Behandlungsverfahren“.

11.45—12.05 Uhr:

Farbtonfilm: „Das Gesicht der Psychose und sein Wandel durch die Therapie“.

12.05—12.50 Uhr:

Prof. C. F. Wendt, Heidelberg:

„Psychotherapie heute“.

13.00 Uhr:

Gemeinsames Mittagessen im Nervenkrankenhaus Haar.

Besichtigung der Kunstausstellung psychiatrischer Patienten.

15.00—17.00 Uhr:

Gruppenweise Besichtigung des Nervenkrankenhauses Haar.

17.00—18.00 Uhr:

Tischgespräche der einzelnen Diskussionsgruppen.

20.00 Uhr:

Abendessen mit Damen.

(Ort des Gesellschaftsabends wird noch bekanntgegeben.)

Für die beiden Mittagessen wollen die Teilnehmer sich als Gäste des Bezirks Oberbayern betrachten.

**Samstag, den 2. November 1963**

„**Die Psychiatrie und ihre Grenzgebiete**“

Vorsitzender: Prof. Dr. J. Wyrsch, Stans, Schweiz:

9.00—9.45 Uhr:

Prof. Dr. W. Scheid, Köln:

„Psychiatrie und Allgemeinmedizin“.

9.45—10.00 Uhr:

Zur Diskussion aufgefordert Dr. H. Kalsner, Augsburg

10.00—10.45 Uhr:

Med.-Direktor Dr. med. habil. V. Ziehen, Haar:

„Psychiatrie und Verhaltensforschung“.

10.45—11.00 Uhr:

Zur Diskussion aufgefordert Prof. Dr. D. Ploog, München

**Pause**

11.15—12.00 Uhr:

Prof. Dr. H. Ehrhardt, Marburg:

„Psychiatrie und Recht“.

12.00—12.15 Uhr:

Zur Diskussion aufgefordert

Prof. Dr. A. Mergen,  
Luxemburg

Allgemeine Diskussion.

13.00 Uhr:

Gemeinsames Mittagessen im Nervenkrankenhaus Haar.

Vorsitzender: Dr. V. Schretzenmayer,

Bad Reichenhall.

15.00—15.45 Uhr:

Prof. Dr. M. Mlkorey, München:

„Psychiatrie und Philosophie“.

15.45—16.00 Uhr:

Zur Diskussion aufgefordert Dr. F. Meinertz, München

16.00—16.45 Uhr:

Medizinaldirektor Dr. J. Riepenhausen, Haar:

„Psychiatrie und Kunst“.

16.45—17.00 Uhr:

Zur Diskussion aufgefordert

Prof. H. J. Kallmann,  
München

**Pause**

17.15—18.00 Uhr:

Dozent Dr. O. Forel, St. Prex bei Lausanne:

„Psychiatrie und Politik“.

18.00—18.15 Uhr:

Zur Diskussion aufgefordert

Dr. F. Deich, München

Pressekonferenz.

Anfragen: OMR Dr. H. Lieser, Nervenkrankenhaus,

8013 Haar bei München. Letzter Termin für die Anmeldung: 1. Oktober 1963.

## Vereinigung Deutscher Strahlenschutzärzte e.V.

Die 4. Fortbildungstagung der Vereinigung Deutscher Strahlenschutzärzte findet in Würzburg vom 24. bis 26. Oktober 1963 unter der Schirmherrschaft von Prof. Dr. R. J. Jaeger, Wien, und Prof. Dr. J. Maisin, Louvain, statt. 1. Hauptthema: Die Erkennung des Strahlenschadens; 2. Hauptthema: Kombinationsschäden.

Auskunft: Dozent Dr. H. Braun, Würzburg, Medizinische Universitätsklinik, Luitpoldkrankenhaus.

## 10. Fortbildungskurs in der Elektrokardiographie

unter Leitung von Prof. Dr. C. Korth an der Med. Univ.-Poliklinik Erlangen vom 25. mit 27. Oktober 1963. Kursgebühr DM 20.—.

Auskunft: Sekretariat der Med. Poliklinik Erlangen, Ostl. Stadtmauerstraße 29.

## Deutsche Gesellschaft der Fachärzte für Laboratoriumsdiagnostik

Am 26. und 27. Oktober 1963 findet eine Arbeitstagung der Deutschen Gesellschaft der Fachärzte für Laboratoriumsdiagnostik statt.

Auskunft: Dr. med. W. Albath, FA für Laboratoriumsdiagnostik, 87 Würzburg, Katharinengasse 3.

# Geratol

seit über  
50 Jahren

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

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

## 14. Wissenschaftliche Ärztetagung in Nürnberg

vom 13.—15. Dezember 1963

Leitung: Prof. Dr. Schubert.

Themen:

13. 12. Neue Gesichtspunkte zum Altern und Alter.  
 14. 12. Therapie der nicht renalen und renalen Hypertonie.  
 15. 12. Therapie der akuten Vergiftungen.

Auskunft: Bayer. Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstr. 85, Tel. 36 11 21.

### KONGRESSKALENDER

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

#### September 1963

- 25.—27. 9. in Heidelberg: 7. Fortbildungskurs für sozialmedizinische Begutachtungskunde für Ärzte und Juristen. Auskunft: Prof. Dr. K. Holidack, 1 Berlin 47 (Buckow II), Rudowerstraße 56.  
 28.—28. 9. in Cambridge: 4. Jahresversammlung der Deutsch-Englischen Ärztevereinigung. Auskunft: Dozent Dr. G. Griesser, Tübingen, Postfach 161.  
 28.—28. 9. in Brüssel: 8. Internationaler Therapie-Kongreß. Auskunft: Dr. Baudin, Faculté de Médecine, 15 Bd. de Waterloo, Brüssel.  
 28.—28. 8. in Münster/Westf.: 21. Deutscher Sportärztekongreß. Auskunft: Kongreßbüro des 21. Deutschen Sportärztekongresses, 44 Münster/Westf., Physiol. Institut, Westring 8.  
 28.—29. 9. in Mainz: 8. Wissenschaftliche Tagung des Deutschen Zentralkomitees für Krebsbekämpfung und Krebsforschung e. V. (Deutscher Krebskongreß). Auskunft: Geschäftsstelle des DZA, Mainz, Pathologisches Institut der Universität, Langenbeckstr. 1.  
 27.—28. 8. in Marburg: 47. Versammlung der Vereinigung Südwestdeutscher HNO-Ärzte. Auskunft: Prof. Dr. W. Becker, Universitäts-Hals-, Nasen-Ohrenklinik, Mainz, Langenbeckstraße 1.  
 27.—29. 9. in Augsburg: 32. Vortragsreihe der „Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin“. Auskunft: Sekretariat der Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin, Augsburg, Schaezlerstraße 19.  
 27.—29. 9. in Bad Nauheim: 29. Fortbildungslehrgang der Vereinigung der Bad Nauheimer Ärzte. Auskunft: Willem-G.-Kerckhoff-Institut, Bad Nauheim.  
 28.—29. 8. in Lindau/Bodensee: Herbsttagung der Bayerischen Röntgenvereinigung. Auskunft: Doz. Dr. F. Ekert, München 8, Ismaninger Straße 22.  
 28.—29. 9. in Bad Wiessee/Tegernsee: 11. Fortbildungskurs in praktischer Medizin. Auskunft: Dr. Neresheimer, Bad Wiessee, Adrian-Stoop-Straße.

#### September/Oktober 1963:

14. 9.—4. 10. in Neuherberg bei München: Strahlenschutzkurs (Einführungskurs, 1. und 2. Fortbildungskurs) für Ärzte, Tierärzte, Apotheker, Biologen usw. Auskunft: Dr. med. R. Wittenzeilner, Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.  
 28. 9.—2. 10. in Schaffhausen: 48. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Medizin, Naturwissenschaft und Technik. Auskunft: Dr. H.-H. Eulner, Institut für Geschichte d. Medizin, Frankfurt a. M., Senckenberganlage 27.  
 30. 9.—2. 10. in Heidelberg: Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Verkehrsmedizin e. V. Auskunft: Dr. Grossjohann, Institut f. gerichtl. Medizin, Mainz, Langenbeckstraße 1.



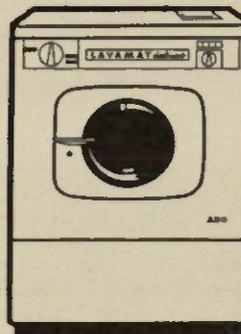
## Seit wir ihn haben, klappt's viel besser!

Schmutzige Wäsche gibt es überall. Wie gut, da einen LAVAMAT zu haben. Genz gleich, was Sie waschen wollen, PERLON oder grobes Leinen. Der LAVAMAT pflegt alles strahlend sauber und gewebeschonend.

Vorteile, auf die es ankommt: millionenfach bewährtes Zwei-Laugen-Verfahren — beliebig wählbare Waschprogramme, auch für Chemiefasern und Wolle — Bottich und Trommel aus EDELSTAHL „rostfrei“ — frei aufstellbare und fest zu verankernde Modelle — auch zum Anschluß an die „Schuko“-Steckdose.

Ab 1180,- DM (empfohlener Preis für „AEG-turna“). Und noch ein Vorteil: der AEG-Kundendienst ist immer und überall für Sie da.

Lassen Sie sich den LAVAMAT bei Ihrem Fachhändler einmahl unverbindlich vorführen oder senden Sie untenstehenden Coupon an die AEG-Werke Nürnberg. Sie erhalten dann kostenlos umfangreiches Informationsmaterial.



# AEG

# LAVAMAT

Senden Sie mir bitte kostenlos Prospekte über AEG-Waschautomaten.

Name .....  
 Ort .....  
 Straße .....

An das  
 AEG-Waschauto-  
 maten-Werk  
 Abt. GW 2  
 85 Nürnberg  
 Postfach 180

## Oktober 1963

- 2.—4. 10. in Luzern: Gemeinsame Tagung der Bayer., Österreichischen und Schweizerischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie. Auskunft: Dozent Dr. R. Kaiser, 1. Frauenklinik und Hebammenschule der Universität, München 15, Malstr. 11.
- 4.—8. 10. in Bad Homburg: 5. Ärztliche Fortbildungstagung des Arbeitskreises für neurovegetative Therapie. Auskunft: Dr. Dr. Gross, Frankfurt a. M., Biebergasse 1.

## Oktober 1963:

- 7.—10. 10. in München: Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Gerichtliche Medizin. Auskunft: Prof. Dr. W. Laves, München 15, Frauenlobstraße 7.
- 9.—11. 10. in Marburg: Fortbildungstagung des Bundes der Deutschen Medizinbeamten. Auskunft: OMR Dr. Seidl, 606 Offenbach, Dreieichring 24.
- 10.—13. 10. in Regensburg: Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung. Auskunft: Sekretariat der ärztl. Fortbildungskurse, Regensburg, Altes Rathaus, Zimmer 5a.
- 12.—13. 10. in Würzburg: Wochenendtagung der Ärztl. Gesellschaft für Hydrotherapie, Physiotherapie, Thema: Intestinale Insuffizienz. Auskunft: Kneippärztelebund e. V., Sekretariat, 8937 Bad Wörishofen, Postfach 180.
- 13.—17. 10. in München: 35. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie. Auskunft: Prof. Dr. med. W. Bickenbach, I. Univers.-Frauenklinik München 15, Malstraße 11.
- 14.—25. 10. in München: Ausbildungslehrgang für Desinfektoren. Auskunft: Prof. Dr. Eyer, Max von Pettenkofer-Institut für Hygiene und Medizinische Mikrobiologie, 8 München 15, Pettenkoferstraße 9a.
- 17.—19. 10. in Bad Lippspringe: 9. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Allergieforschung. Auskunft: Sekretariat der Deutschen Gesellschaft für Allergieforschung, Bad Lippspringe, Arminiuspark.
- 17.—19. 10. in Basel: Fortbildungskurs der Medizinischen Fakultät. Thema: „Erkrankungen des hohen Alters. Referate und Gespräche über Krankheiten der 70jährigen.“ Auskunft: Prof. Dr. O. Gsell, Medizinische Universitäts-Poliklinik, Basel, Hebelstr. 1.
- 19.—20. 10. in Stuttgart: 9. Jahrestagung über die zytoplasmatische Therapie und die modifizierten Eigenblutbehandlungen zur individualspezifischen Desensibilisierung. Auskunft: Dr. K. Theurer, Stuttgart-O., Frauenkopfstraße 49.
- 21.—22. 10. in Tübingen: 8. Tagung der Gesellschaft für Konstitutionsforschung. Auskunft: Prof. Dr. J. Hirschmann, Universitäts-Nervenklinik, Tübingen, Oslanderstraße 22.
- 24.—26. 10. in Würzburg: 4. Fortbildungstagung der Vereinigung Deutscher Strahlenschutzärzte. Auskunft: Dozent Dr. H. Braun, Würzburg, Medizin. Universitätsklinik, Luitpoldkrankenhaus.
- 25.—27. 10. in Berlin: Tagung des Deutschen Ärztinnenbundes e. V. Auskunft: Frau Dr. med. Lezius, Hamburg 19, Schwenckestraße 19.
- 25.—27. 10. in Erlangen: Fortbildungskurs in der Elektrokardiographie. Auskunft: Sekretariat der Med. Poliklinik Erlangen, Ostl. Stadtmauer 29.
- 26.—28. 10. in Würzburg: Arbeitstagung der Deutschen Gesellschaft der Fachärzte für Laboratoriumsdiagnostik. Auskunft: Dr. W. Altbath, 87 Würzburg, Katharinen-gasse 3.
- 28.—29. 10. in Frankfurt: Kongreß der Deutschen Zentrale für Volksgesundheitspflege e. V. Auskunft: Dr. W. Best, Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege e. V., Frankfurt am Main, Cronstettenstr. 25.

## Oktober/Februar 1963/64

1. 10.—23. 2. 64 in Hamburg: 21. Staatsmedizinischer Lehrgang des amtsärztlichen Nachwuchses an der Akademie

für Staatsmedizin. Auskunft: Sekretariat der Akademie für Staatsmedizin, Hamburg 26, Gorch-Fock-Wall 15.

## Oktober/November 1963

21. 10.—1. 11. in Schloßgut Neutrauchburg ü. Isny/Allgäu: Einführungsllehrgang in die Manualtherapie (WS und Extremitäten). Auskunft: Sekretariat der MWE, Schloßgut Neutrauchburg über Isny/Allgäu.

## November 1963

- 1.—2. 11. in Haar b. München: Fortbildungstagung im Nervenkrankenhaus Haar. Auskunft: OMR Dr. H. Lieser, Nervenkrankenhaus, 8013 Haar bei München.
- 2.—3. 11. in Sportschule Kaiserau bei Kamen/Westf.: Wochenendkurs für die Anerkennung als Sportarzt. Auskunft: OMR Dr. Berneburg, Gesundheitsamt Gladbeck.
- 4.—15. 11. in Neuherberg bei München: Strahlenschutzkurs für Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Auskunft: Dr. med. R. Wittenzeller, Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.
- 9.—10. 11. in Würzburg: 3. Bayerische Internistentagung. Auskunft: Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns, Herrsching vor München, Summerstraße 3.
- 14.—15. 11. in Köln: Unfallmedizinische Tagung des Landesverbandes der Berufsgenossenschaften. Auskunft: Landesverband der Berufsgenossenschaften Nordrhein-Westfalen, Essen, Hoffnungsstraße 2.

## November/Dezember 1963:

4. 11.—13. 12. in Berlin: Arbeitsmedizinischer Aus- und Fortbildungslehrgang. Auskunft: Akademie für Arbeitsmedizin, 1 Berlin-Charlottenburg 9, Soorstraße 63.

## November 1963 / Februar 1964

4. 11. 63.—28. 2. 64 in München: Lehrgang für den öffentlichen Gesundheitsdienst. Meldung bis spätestens 10. 10. 1963 beim Bayer. Staatsministerium des Innern, 8 München, Odeonsplatz 3.

## Dezember 1963:

- 13.—15. 12. in Nürnberg: 14. Wissenschaftlich. Ärzttagung. Auskunft: Bayer. Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstr. 85.

## Beilagenhinweis

Dieser Ausgabe sind Prospekte folgender Firmen beigelegt:

Kilnge, München 23  
Dr. R. Reiß, Berlin  
Temmler-Werke, Marburg  
Dr. Kade GmbH., Berlin  
Dorsch & Co. K.G., München  
Dr. F. Sasse, Berlin  
Sanol-Arzneimittel Dr. Schwarz GmbH., Monheim  
Chemische Fabrik v. Heyden A.G., München  
Chemiewerk Homburg, Frankfurt a. M.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstraße 85/III, Tel. 36 11 21. Schriftleiter: Dr. med. Willy Reichstein.

Die Zeitschrift erscheint monatlich.

Bezugspreis für Nichtmitglieder der Ärztlichen Kreisverbände in Bayern DM 2,40 vierteljährlich, zuzüglich Zustellgebühr. Postcheckkonto Nr. 52 53 Amt München, Bayer. Landesärztekammer (Abt. Bayer. Ärzteblatt). Anzeigenverwaltung: Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler, München 15, Sonnenstraße 29, Telefon-Sammel-Nr. 55 80 31, Fernschreiber 05 23662, Telegrammadresse: Gablerpress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharschinger, München. Druck: Richard Pfium 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.

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

## STELLENANGEBOTE

Am Rotkreuz-Säuglings- und -Kinderkrankenhaus Würzburg ist ab sofort eine

### Assistenzarztstelle

(Vergütung nach BAT III) zu besetzen. Volle Anrechnung zur Facharztausbildung. Wohnung und Verpflegung im Hause möglich.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen an Chefarzt Dr. Fluch.

Für die chirurgische Abteilung des Städt. Krankenhauses Passau wird ein

### Medizinalassistent

gesucht. Entgelt nach Tarif. Wechsel von der Chirurgie zur Gynäkologie möglich.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbeten an das Personalamt der Stadt Passau.

Für die chirurgische Abteilung des Städt. Krankenhauses Passau wird

### ein chirurgischer Assistenzarzt

gesucht. Ausbildung zum Facharzt für Chirurgie in vollem Umfang möglich. Vergütung nach Gruppe III mit Vorrückungsmöglichkeit nach Gruppe II BAT. Nebeneinnahmen durch Gutachten, Assistenzgebühren usw. werden geboten, ebenso moderne Dreizimmerwohnung in unmittelbarer Nähe des Krankenhauses.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbeten an das Personalamt der Stadt Passau.

Das Städt. Krankenhaus Deggendorf sucht

**1 Assistenzarzt** ab 1. 12. 1963 und

**1 Medizinalassistenten** ab 1. 11. 1963

für die chirurgische Abteilung (120 Betten).

Besoldung nach BAT u. Bereitschaftsdienstzulage. Gute Nebeneinnahmen.

Bewerbungen mit allen Unterlagen an die Personalstelle der Stadt Deggendorf erbeten.

Auf der Kinderabteilung (94 Betten) des Städt. Marienkrankenhauses (für Facharztausbildung voll anerkannt), in Amberg/Opf., Ortsklasse A, Haus mit 500 Betten (5 Fachabteilungen) ist eine

### planmäßige Assistenzarztstelle

mit Bezahlung nach Gruppe III bzw. II der Anlage Ia zum BAT zu besetzen; außerdem Nebeneinnahmen aus Bereitschaftsdienst u. a.; geregelte Freizeit. Die Stadt ist bei Wohnbeschaffung behilflich.

Bewerbungen erbeten an das Personalamt der Stadt Amberg.

Das Kreiskrankenhaus Kronach, Bayern, mit 280 Betten (nach Fertigstellung des derzeitigen Erweiterungsbaues 400 Betten), sucht zum baldmöglichsten Eintritt

### 1 Assistenzarzt(-ärztin) für die chirurg. Abteilung

Facharztausbildung für 4 Jahre möglich; vielseitiges Krankengut, modernste Einrichtungen.

Vergütung nach Gruppe II BAT; Bereitschaftsdienst wird bezahlt. Familienwohnung (Neubau) oder Einzelzimmer in modernem Personalwohnheim kann gestellt werden.

Kronach ist eine malerische Kleinstadt (10 000 Elnw.) in dem landschaftlich sehr schönen Frankenwald.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbeten an den Chefarzt, Kreisobermedizinalrat Dr. Müller

Am Städt. Med. Krankenhaus in Freising ist für sofort die Stelle einer

### med.-techn. Assistentin

mit Ausbildung in Röntgen und Laboratorium, zu besetzen. Bezahlung erfolgt je nach Dienstzeit und Ausbildung nach Verg.-Gr. BAT VII oder VI b.

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

Die Stelle des

### 1. Assistenzarztes (Oberarzt)

der chirurgischen Abteilung mit Geburtshilfestation (ca. 70 Betten) des Kreiskrankenhauses Naila, im Frankenwald (schöne Mittelgebirgsgegend), ist zum 1. 11. 63 wieder zu besetzen. Vergütung nach BAT/LKRAT III. Für Facharztausbildung sind 2 Jahre anrechnungsfähig. Moderne Neubauwohnung oder Einzelappartement steht zur Verfügung.

Bewerbungen an die Landkreisesverwaltung Naila (9674), Oberfranken.

Der Bezirk Oberbayern sucht für das Nervenkrankenhaus Haar bei München

### Assistenzärzte

die mit unbefristetem Arbeitsvertrag angestellt und je nach Vorliegen der notwendigen Voraussetzungen auf Grund des 3. TV zur Änderung des BAT vom 8. 11. 1962 in Verg.-Gr. II bzw. III BAT eingruppiert werden. Der Dienstort Haar ist in Ortsklasse S eingereicht.

Gulachtertätigkeit wird — soweit sie Nebentätigkeit darstellt — gesondert honoriert. Nach einer gewissen Wartezeit besteht bei verheirateten Ärzten Aussicht auf Zuweisung einer Wohnung. Verheiratete Bewerber erhalten Trennungsschädigung. Für ledige Ärzte stellt das Nervenkrankenhaus Haar Einzelzimmer zur Verfügung. Bewerber, die die Anerkennung als Facharzt für Psychiatrie und Neurologie besitzen, werden bevorzugt.

Es wird gebeten, Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen an die

Direktion des Nervenkrankenhauses Haar  
des Bezirks Oberbayern, Haar bei München  
zu richten.



zur gezielten Therapie  
der Dysmenorrhoe

durch Spasmolyse im Genitraltrakt  
und zuverlässige Analgesie

# Dismenol

(Parasulfamidobenzoessäure 0,05 g  
Dimethylamino-phenyldimethylpyraz. 0,25 g)

AGpharm, Luzern

Hersteller in Deutschland:  
Simons Chemische Fabrik, Gauting bei München



bei Thrombophlebitiden *und* arteriellen Durchblutungsstörungen

# Solvosal®

Nikotinsäure  
Rutin  
vasotrope Extrakte

Dragées Ampullen



Am Kreis Krankenhaus Vohenstrauß, Neubau mit 120 Betten (Ortsklasse A), sind ab sofort folgende Stellen zu besetzen:

## 1 Assistenzarzt

möglichst mit 2- bis 3jähriger Interner Vorbildung, Vergütung BAT II, Nebeneinnahmen (Bereitschaftsdienst, Assistenzgebühren).

## 1 Assistenzarzt bzw. chirurgischer Medizinalassistent

Vergütung BAT III mit Nebeneinnahmen. Für den Assistenzarzt besteht Vorrückungsmöglichkeit nach Verg.-Gruppe II BAT.

Je eine 3-Zimmer-Wohnung mit Küche und Bad — davon eine möbliert — ist vorhanden.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen sind beim Landratsamt Vohenstrauß/Opf. (8483) einzureichen.

Der Landkreis Kempten sucht für die Innere Abteilung des Kreiskrankenhauses in Kempten zum 1. 12. 1963 oder 1. 1. 1964

## Assistenzarzt(-ärztin)

mit mind. 2jähriger internistischer Ausbildung.

**Geboten werden:** Vergütung nach BAT III bzw. II u. d. Bereitschaftsdienstes sowie alle Vergünstigungen des öffentlichen Dienstes, geregelte Arbeitszeit; für die Facharztanerkennung sind 3 Jahre anrechenbar.

Der Landkreis ist bei der Wohnungsbeschaffung behilflich; für ledige Bewerber Verpflegung im Haus möglich.

Kempten (44 000 Einw.) liegt als Metropole des Allgäu, verkehrsgünstig, in landschaftlich reizvoller Lage und verfügt über alle Schulausbildungsmöglichkeiten.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen (Lebenslauf, Zeugnisabschriften, Lichtbild) an das Landratsamt Kempten erbeten.

An der ca. 240 Betten umfassenden III. Medizinischen Klinik der Städt. Krankenanstalten Nürnberg (künftiger Vorstand: Prof. Dr. Mechelke) sind demnächst Stellen für

## Assistenzärzte

zu besetzen. Anstellung im Angestelltenverhältnis mit Bezahlung nach Tarif (Vergütungsgruppe III bzw. II BAT, Ortsklasse S). Dienstantritt nach Vereinbarung.

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

**STADT NÜRNBERG - PERSONALAMT**

Am größtenteils neu erbauten Kreis Krankenhaus Memmingen/Allg. (insgesamt 400 Betten), ist an der Inneren Abteilung (35 Betten) die Stelle des

## Oberarztes

zum 1. 1. 64 zu besetzen.

Der Bewerber soll in der Lage sein den Chefarzt zu vertreten. Erwünscht sind auch Kenntnisse in der Internen Röntgen-Diagnostik.

Vergütung nach BAT I, ferner Nebeneinnahmen aus Chefarztvertretung, Chefarztzulage sowie Gulachtertätigkeit usw. Gesonderte Vergütung für Bereitschaftsdienst.

Bewerbung an den Chefarzt oder die Verwaltung des Krankenhauses.

Für die urologische Abteilung des Städt. Krankenhauses Neuötting wird wegen Niederlassung des Kollegen

## Assistenzarzt

ab sofort gesucht. Die Abteilung umfaßt 50 Betten und ist für 1 Jahr zur urologischen Fachausbildung zugetassen.

Die Stelle eignet sich auch für einen älteren Kollegen, der an einer urologischen Ausbildung interessiert ist. Übertarifliche Bezahlung.

Bewerbung an Dr. med. H. Heer, Chefarzt der urologischen Abteilung des Städt. Krankenhauses Neuötting erbeten.

## Am Städt. Med. Krankenhaus Freising

35 km von München entfernt, ist am 1. 11. 1963 die

## Medizinalassistentenstelle

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

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden an die Stadt Freising erbeten.

Für das Kreis Krankenhaus Simbach a. Inn (124 Betten), Anerkennung von 1 Jahr für chirurgische Facharztausbildung, wird ab sofort gesucht:

## 1 Assistenzarzt(-ärztin)

bei freier Verpflegung, Vergütung nach Lkr. AT II, zusätzlich Überstundenvergütung.

Wohnung kann beschafft werden.

Bewerbung mit handgeschriebenem Lebenslauf, Zeugnisabschriften und Lichtbild erbeten an das

Landratsamt Pfarrkirchen

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



**BAYERISCHE  
LANDESPAUSPARKASSE**  
DIE BAUSPARKASSE DER SPARKASSEN  
München 2 · Karolinenplatz 1 · Telefon 228501

Praxis

## Geeignete Praxisräume für Arztpraxis Nördlingen - Stadtmitte

sofort zu vermieten.

Näheres über Steuerbevollmächtigter Seifarth, 883 Donauwörth, Reichstraße 31

## Arzthaus in München

für Facharzt besonders geeignet (Röntgen, Chirurg., Ophthalm., Laryngol.), Städtinnenrand, beste Lage, verkehrsgünst., groß. Einzugsgebiet, Landhausstil, abgeschlossen, vollst. renov., sofort beziehb., 9 helle Räume, Südlage, Tel., Ölzentralheizg., W.W., 3 gefl. WC, s. Nebenräume 225 qm Nutzfläche, Garage, Schuppen, Gartensitz, gewerblich zu verm., Besichtigung nach Vereinbarung.

Zuschriften erbeten an

H. Baumann, Stockdorf bei München, Kreuzweg 12

## Spezial-Ärztendarlehen

f. Praxis - Kauf - Einr. - Erw. u. sonst. Ansch. bis DM 10.000,-, Lauf. 7 Jahre - 1 Jahr tilgungsfrei, Zinssatz 6% - keine dingl. Absicherungen - Barauszahlung. Rasche, absolut diskrete Abwicklung durch

Finanzierungsinstitut *Brigitte Werner* Abt. Ärztendarlehen

89 Augsburg, Werderstraße 8, Telefon 15 46

Sehr gute

## Allgemeinpraxis

(1/2 privat) 20 km von Augsburg entfernt mit Einrichtung und Wohnung wegen Todesfall baldmöglichst abzugeben.

Zuschriften erbeten über 331/697 an Anzeigenverwaltung, BAYERISCH. ÄRZTEBLATT, München 15, Sonnenstr. 29

Beachten Sie bitte  
unseren Anzeigenschluß

jeweils  
am 25. des Monats

Beachten Sie die Beilagen

**Jodex** 1.25  
bei Sportverletzungen

## Stellengesuche

### Ausgebild. EEG-Assistentin

u. klin. Psychologin, selbst. arbeitend, eigene Forschungsergebnisse, sucht Anstellg. in

### Klinik oder Forschungslabor

Angebote erbeten über 331/694 an Verlag und Anzeigenverwaltung BAYER. ÄRZTEBLATT, 8 München 15, Sonnenstraße 29

## Arzthelferin

19 J., Dirr-Schule, zum 1. Okt. frei f. Allg.-Praxis in Kleinstadt od. Land. Angebote m. Gehaltsang. unt. Nr. 331/692 an Anzeigenverwaltung BAYER. ÄRZTEBLATT, 8 München 15, Sonnenstraße 29

### ARZTHELFERIN

22 Jahre, sucht Stellung zum 1. Okt. 1963 in München oder Umgebung. Vorzugsweise bei Internisten oder prakt. Arzt. Examen 1960, Beherrschung von kl. Labor und Bedienung von med. Apparaten. Hilfe bei Wohnungssuche erwünscht. Angebote erbeten an

Barbara Emmerich  
46 Dortmund, Plauener Str. 15

## Verschiedenes

### Gut möbliertes Zimmer

mit Etagenheizung und Garage an Kr.-Arzt ab 15. Oktober in München zu vermieten.

Ruf: 44 17 46 (ab 15. Sept. tägl. ab 17 Uhr anrufen).

## 200 Klaviere

alle Größen - alle Preislagen  
Lieferung frei Haus.

## Pianohaus Lang

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

## Gegen Enuresis nocturna

hat sich HICOTON als Spezifikum seit Jahrzehnten bestens bewährt in allen Apotheken erhältlich. Prospekt und Muster kostenlos durch den Allein-Hersteller: „MEDIKA“ Pharm. Präparate, 8 München 42

## Arzthelferin mit Diplom

Halbjährige Berufsfachlehrgänge für kaufm.-praktische ARZTHELFERINNEN Kursbeginn jeweils Oktober und April Med. Wohnheim - Ausbildungs-Behilfen Fordern Sie Freiprosp. 9 M

Privates Lehrinstitut  
Univ.-Stadt Freiburg, Schwarzwald, Starckenstraße 36

## Chirurgiemechan. Werkstätte führt Schleifarbeiten an

### Mikrotom-Messern

Skalpellen, Rasiermessern, Scheren, Kanülen etc. fachmännisch und schnellstens aus. Reparieren und Verchromen aller chirurg. Instrumente der Arzt- und Krankenhauspraxis.

JAKOB LANG  
chirurg.-med. Betrieb  
9 München 9, Werlherstr. 48  
Telefon 49 56 66

## Heirat

Suche für meine Tochter (21 J., einz. Kd.), sympathischen Mediziner

nicht über 30 J., zwecks Heirat und späterer Übernahme gutgehender Allgemeinpraxis im Raum Nürnberg. Groß, dunkel, kath., Bayer oder Franke erwünscht, guter Skifahrer Bedingung. Bildzuschriften unter M. L. 84 921 über Anzeigenverwaltung BAYER. ÄRZTEBLATT, 8 München 15, Sonnenstraße 29

**SPARKASSE**   
gibt Sicherheit in allen Geldgeschäften

... auch bei der Kreditaufnahme

# A N A C I D I T Ä T

die Wurzel für viele andere Erkrankungen

- ▶ Roemheld Syndrom
- ▶ Neuritis · Flatulenz
- ▶ Hypovitaminose
- ▶ Anämie
- ▶ Meteorismus
- ▶ Gastrogene Diarrhoe

Zur Feststellung:

## Desmoidpillen „Pohl“

G. POHL-BOSKAMP · 2214 HOHENLOCKSTEDT/HOLST.

# Fibraflex<sup>®</sup> Salbe

modernes  
lokales

anti-  
rheuma-  
tikum

Die Summation der spezifischen percutanen Wirkstoffe ergibt nicht nur ein modernes, lokales Antirheumatikum, sondern indiziert Fibraflex-Salbe generell für schmerzhafte, entzündliche, exsudative, verspannte und rheumatische Erkrankungen des Muskel-Gelenk-Systems

#### Zusammensetzung:

Heparin-Na	5000 i. E. %
Aneurin-HCL	1 %
Monosalicylsäureglykolester	5 %
Pyridin-3-Carbonsäurebenzylester	0,125 %
Menthol	1 %
O/W-Emulsionssalbe ad	100 %

O.P. Tube zu ca. 25 g = DM 3.60



DORSCH & CO., KG. 8 MÜNCHEN 55