

# BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

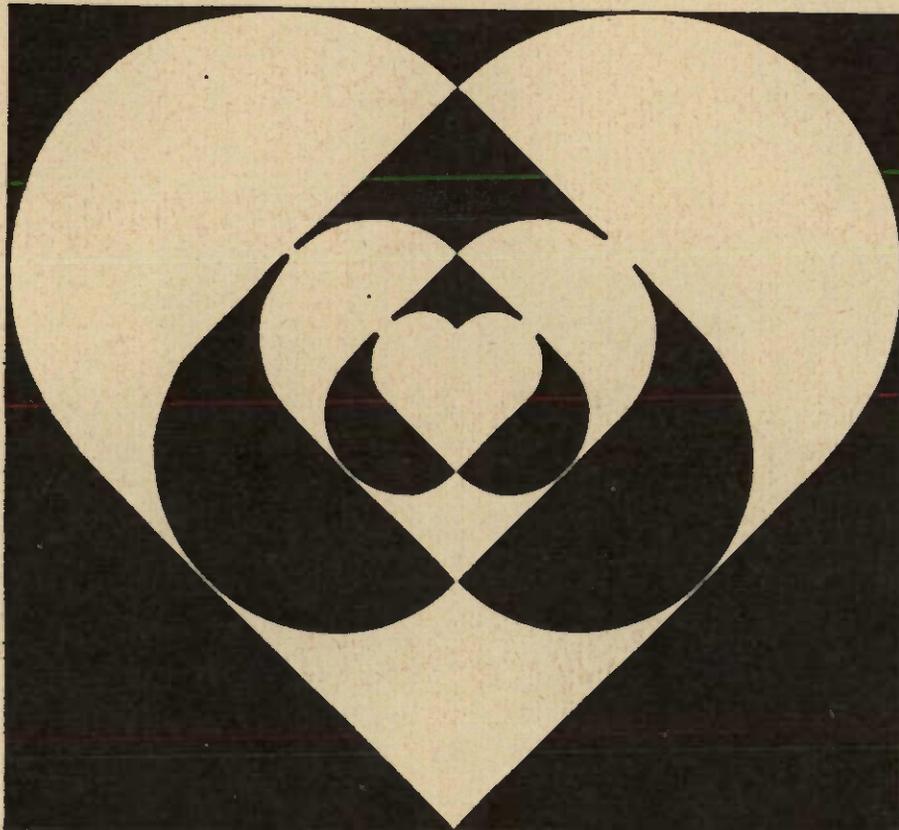
MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN  
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Nummer 10

München, Oktober 1963

18. Jahrgang

## Zweifache Wirkung am insuffizienten Herzen



## neu **Digadenyl**<sup>®</sup>

1 ml = 20 Tropfen enthält:

Reg.-Nr.: D 240

**Digoxin** 0,2 mg

**Steigerung der Herzkraft  
bis zur Kompensation**



Dr. Georg Henning  
Chem. pharm. Werk GmbH  
Berlin-Tempelhof

**Adenylsäure**  
Magnesium-Adenosin-  
monophosphat 5,0 mg

**Adenosin** 1,0 mg

**Quantitative und  
qualitative Verbesserung  
der Koronardurchblutung**

Tropfflasche zu 20 ml DM 3.60 o. U.

# modernes lokales anti- rheumatikum

antientzündlich,  
antiexsudativ  
analgetisch  
gewebeentgiftend;  
fördert:

Muskel- und Nervenstoff-  
wechsel, Durchblutung u.  
Resorption von Ergüssen.

# Fibraflex<sup>®</sup> Salbe

## INDIKATIONEN:

Arthritiden,  
Arthrosen,  
vertebrale  
Erkrankungen,  
Zervikalsyndrom,  
Lumbalsyndrom,  
Schulter-Arm-Syndrom,  
Osteochondrosen,  
Spondylosen,  
Myogelosen,  
Bursitis,  
Tendovaginitis,  
Radikulitis,  
Periostosen,  
Distorsionen,  
Kontusionen,  
Hämatome



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-Carbonsäure- benzylester	0,125 %
Menthol	1 %
Ö/W-Emulsionssalbe ad	100 %

O.P. Tube zu ca. 25 g = DM 3.60

# **EU CARD**<sup>®</sup> - Tabletten

Herztherapie durch vogotonen Schangong  
20, 100 Tabl.

# **EU FLUX**<sup>®</sup> - Salbe

Segmenttherapie des Herzens  
5, 20 g

# **EUPOND**<sup>®</sup> - Dragées

Antiadiposium, kreislaufschonende  
Diurese und Entschlackung  
50, 250 Drag.

# **EU VITERIN**<sup>®</sup> - Tropfen

vegetativ-dystone Hypotonie  
orthostatischer Symptomenkomplex  
20, 50, 6x50 ml

# **EU VITAN**<sup>®</sup> - Liquidum

vegetative Dyshormanie  
körperliche und psychische Erschöpfung  
1x3x10, 150, 500, 1000 ml

# **EU CEBRAL**<sup>®</sup> - Dragées

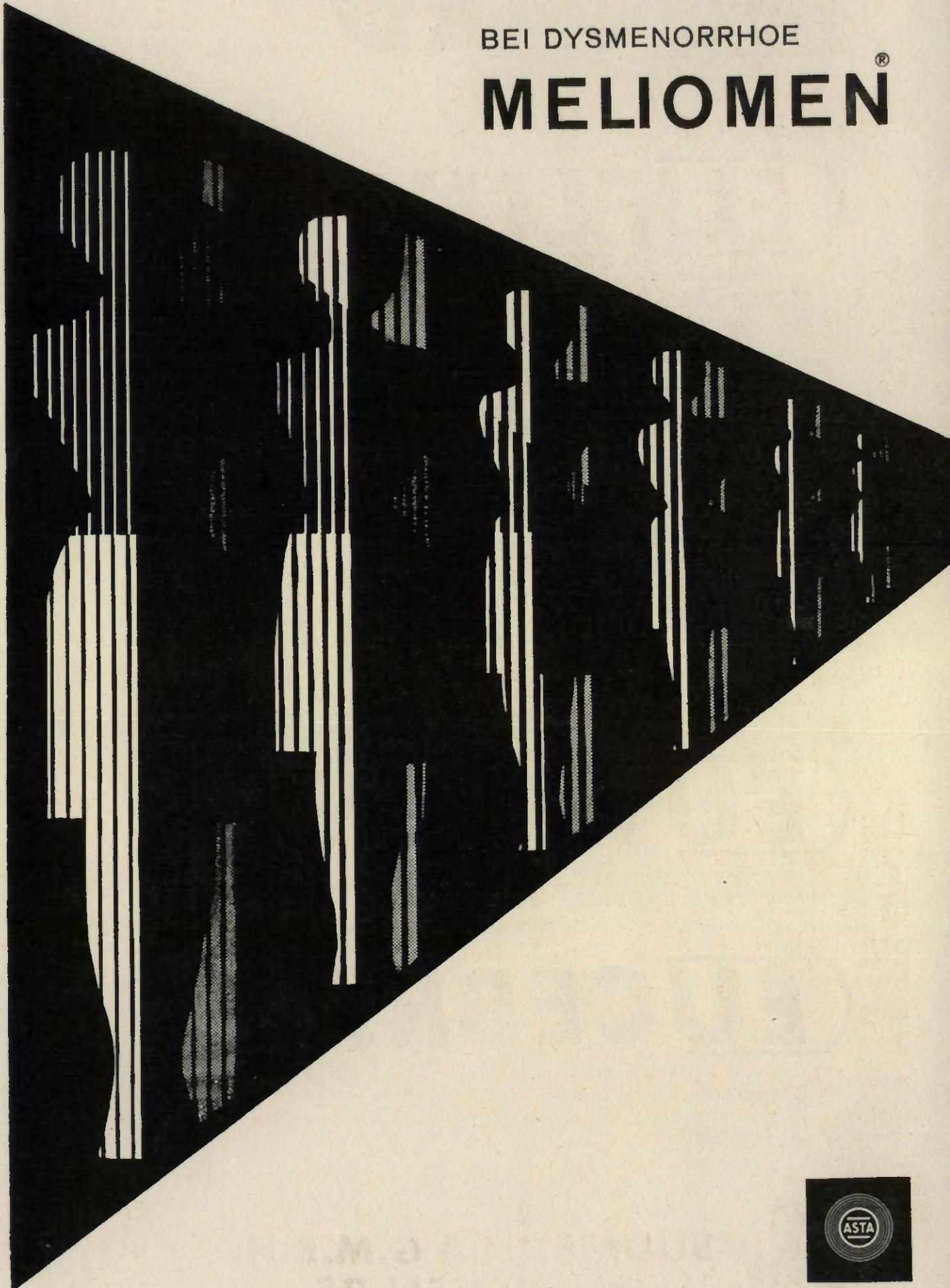
cerebrale Durchblutungsstörungen  
Commatio et contusio cerebri  
30, 100, 500 Drag.

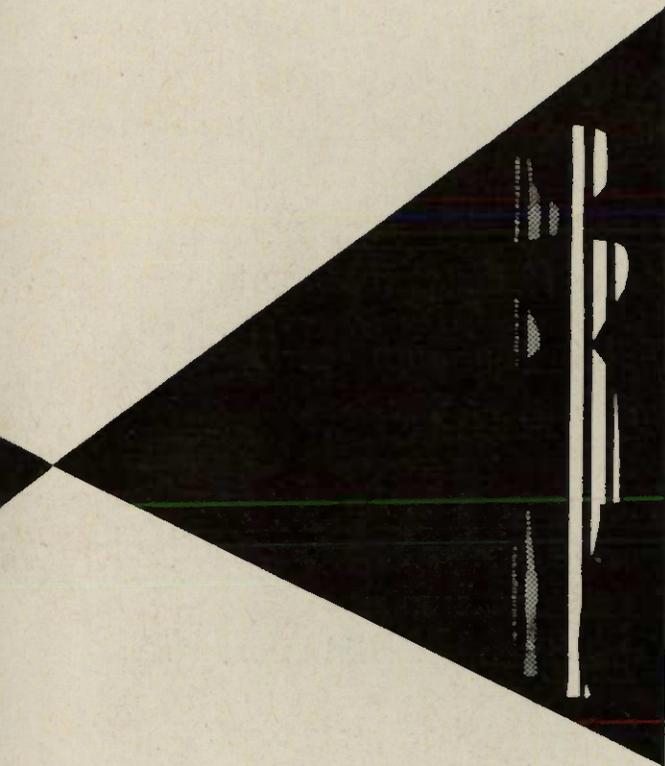


**SÜDMEDICA G.M.B.H.**  
**MÜNCHEN 25**

BEI DYSMENORRHOE

**MELIOMEN<sup>®</sup>**





BEI DYSMENORRHOE

# MELIOMEN<sup>®</sup>

Dimethylaminophenazon 100 mg, AVACAN<sup>®</sup> 50 mg, Koffein 25 mg

Rasche Beseitigung der  
Schmerzen

Beseitigung von  
Ermüdungserscheinungen  
Steigerung des Wohlbefindens

20 Dragees DM 2,20 o.U. · Ärztemusterauf Anforderung

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

## Inhaltsverzeichnis

Schadewaldt: Der Mensch in der technischen Welt . . . . .	749
Stammberger: Geistesarbeit ist keine Ware . . . . .	756
Stockhausen: Schlechter Stil in der Diskussion um die Preugo-Erhöhung . . . . .	759
Graser: Frühschäden an Herz und Kreislauf . . . . .	761
Perl: Wann gewährt die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte Kinderheilverfahren? . . . . .	764
Empfehlungen für Entbindungsabteilungen . . . . .	767
Gutachten für Lebensversicherungen künftig besser honoriert . . . . .	769
<b>AUS DEM STANDESLEBEN . . . . .</b>	<b>771</b>
Sitzung des Vorstandes der Bayer. Landesärztekammer — Ausbildung und Prüfung von Röntgenhelferinnen durch die Bayer. Landesärztekammer — Dr. Fromm und Dr. Sondermann im Wehrmedizinischen Beirat — Dr. Brentano-Hommeyer im Vorstand der Bayer. Landesärztekammer — Frau Dr. Fischer neue Delegierte zur BLÄK — Erstattung der Portokosten an Ärzte für die Übersendung von Krankenunterlagen — Vertretervermittlung — Assistentenvermittlung — Chefarzte und leitende Ärzte der städt. Krankenhäuser Münchens	
<b>AUS DER ARBEIT DER BUNDESÄRZTEKAMMER . . . . .</b>	<b>776</b>
Stellungnahme zum Entwurf einer Strahlenschutzverordnung — Auszug aus dem Verordnungsentwurf — „An ihren Früchten sollt ihr sie erkennen“	
<b>WÜRDIGUNGEN . . . . .</b>	<b>780</b>
Dr. F. Thieding 70 Jahre — Prof. Dr. H. Bronner 70 Jahre	
<b>FAKULTÄT — PERSONALIA . . . . .</b>	<b>780</b>
Götz — Loebell — Marchionini — Wagner	
<b>IN MEMORIAM . . . . .</b>	<b>783</b>
Schmitt — Weltz — Struppler	
<b>AUS DER GESCHICHTE DER MEDIZIN . . . . .</b>	<b>783</b>
Medizin-historische Tagung in Schaffhausen	
<b>AUS DER BUNDESPOLITIK . . . . .</b>	<b>786</b>
SPD fordert Neuregelung des Krankenpflegegesetzes — Bundesmittel für die Gründung freiberuflicher Existenzen — Bürgschaften für freie Berufe — Gespräch mit Prof. Erhard	
<b>AUS DER LANDESPOLITIK . . . . .</b>	<b>796</b>
Gefährdung des Wasserhaushaltes durch sog. Detergentien — Kinder und alte Menschen sind im Straßenverkehr besonders gefährdet — Der Erfolg der Polio-Schutzimpfung	
<b>FEUILLETON . . . . .</b>	<b>799</b>
Haisch: Sardinien, die Nurageninsel	
<b>AMTLICHES . . . . .</b>	<b>805</b>
Serumbereitschaftskästen usw. — Bestallungsangelegenheiten	
<b>GESETZES- UND RECHTSFRAGEN . . . . .</b>	<b>807</b>
Poellinger: Wahrung der Standesehre in öffentlichen Anzeigen	
<b>STEUERFRAGEN . . . . .</b>	<b>809</b>
Unterhaltsleistungen als Renten oder dauernde Lasten — Aufwendungen für eine Bildungsreise — Freiwillige Beiträge zu Berufsständen und Berufsverbänden — Abgrenzung zwischen Versorgungsrente und Kaufpreisrente	
<b>MITTEILUNGEN . . . . .</b>	<b>810</b>
Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im August 1963 . . . . .	814
<b>AUS DER MEDIZINISCHEN STANDESPRESSE</b>	
Januar—Juni 1963 . . . . .	821
<b>RUNDSCHAU . . . . .</b>	<b>825</b>
<b>KONGRESSE UND FORTBILDUNG . . . . .</b>	<b>832</b>
<b>KONGRESSKALENDER . . . . .</b>	<b>837</b>

# RABRO<sup>®</sup> - Magentabletten

Das seit über 10 Jahren bewährte Magenpräparat ohne unerwünschte Nebenerscheinungen.

Sichere Wirkung auch bei ambulanter Behandlung von: *Ulcus ventriculi et duodeni*, *Gastritis*, *Hyperacidität*, nervösen Magenbeschwerden.

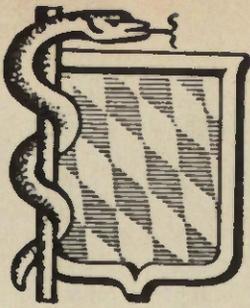
- Hoher Heilungsprozentsatz
- Voll-wirksam auch bei Hyper-, Sub- und Anacidität.
- Auffallend schnelle Spasmenlösung, schnelle Schmerzbefreiung (auch ohne *Belladonna*-Zusatz)
- Keine besondere Diät erforderlich.

Dasierung: Täglich 3 mal 1 bis zu 2 Tabletten nach dem Essen. Auffallend schnelle subjektive Schmerzbefreiung schon nach kurzer Zeit.



H. TROMMSDORFF  
AACHEN · GEGR. 1797

Zusammensetzung: *Succus Liquiritiae praep.* (DBP-Nr. 948908); *Bismut. subnitric.*, *Magnes. carbanic.* *Natr. bicarbanic.*; *Cart. Rhamni Frangulae*; *Rhiz. Calmi.*



# BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN  
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Nummer 10

München, Oktober 1963

19. Jahrgang

## Der Mensch in der technischen Welt<sup>\*)</sup>

Von Wolfgang Schadewaldt

1.

„Der Mensch in der technischen Welt“\* — dieses heute unter uns in den verschiedensten Ländern viel bedachte und besprochene Thema enthält in seiner schlichten Formulierung ersichtlich zwei einander gegenüberstehende Komponenten. Die Frage nach dem Verhältnis dieser beiden Komponenten zueinander ist die in diesem Thema liegende, uns alle bewegende, ja vielleicht sogar bedrängende Frage. Die beiden Komponenten sind: auf der einen Seite der Mensch mit seinem Menschsein, seinen Bedürfnissen, Bestrebungen, seinen physischen und geistigen Fähigkeiten und Möglichkeiten, vielleicht auch mit seiner Hinfälligkeit und Gebrechlichkeit, das heißt alles in allem: der Mensch in seiner Menschlichkeit, Humanität, und auf der anderen Seite die industrielle Technik, die — auf Grund von Voraussetzungen, die weit in die Geschichte der Menschen zurückgehen und zuerst bei den Griechen in der Antike begrifflich und geistig gefaßt und formuliert worden sind — sich seit den letzten zweihundert Jahren zu einem umfassenden Bedingungsbereich für das Leben des Menschen, eben in seiner Welt, entwickelt hat. In beiden Begriffen, dem Begriff des Menschen wie dem der technischen Welt, eröffnet sich ein weiter, kaum zu erschöpfender Fragenbereich.

Zunächst der Mensch. Wie vieles ist nicht über ihn gedacht und geschrieben worden, und doch ist gar nicht so leicht von ihm zu sagen, was er ist und wer er ist. Der Mensch ist, wie Nietzsche es formuliert hat, das noch nicht festgestellte Lebewesen, und die Frage nach ihm ist keine jener einfachen Sachfragen, für die es eine simple Auskunft gäbe. Bereits die Frage nach dem Menschen ist in Zielsetzungen des Menschen hinein verstrickt, sie setzt innere Entscheidungen des Menschen voraus, und es sieht nicht so aus, als ob dies trotz aller auf den Menschen neuerdings angewandter Regelungssysteme in nächster Zeit anders werden würde. Da ferner der Mensch die verschiedensten Schichten der Wirklichkeit durchmißt: Natur, Gesellschaft, Seele, Geist, durchreicht auch die Frage nach dem Menschen und nach der Menschlichkeit die verschiedensten Wissensbereiche, wie Biologie, Anthropologie, Soziologie, Psychologie, bis ins Geschichtliche, Künstlerische, Ethische und Religiöse. Vor allem aber können wir uns, glaube ich, den Menschen heute nicht mehr anders denken denn als das Wesen der Freiheit oder das Wesen jedenfalls, das sich als freies Wesen interpretiert

und versteht. Freiheit nicht als Willkür des Tun und Lassens verstanden, sondern Freiheit verstanden als die Fähigkeit, sich aus primitiven Abhängigen zu hohen und höchsten Gebundenheiten zu erheben und sich diesen anheimzugeben. Der Mensch, und das bestimmt die Idee seines Wesens, ist sich nicht nur wie das Tier gegeben, sondern in allererster Linie als Mensch aufgegeben, sich anvertraut und sich also selber für sein Menschtum, für seine Würde, für seine Freiheit, seine grundlegenden Menschenrechte, seine naturgegebene, aber immer wieder geistig zu erfüllende Ganzheit, sein Glück, verantwortlich. Glück, ich verstehe darunter: Eudaimonie — Eudaimonie nicht lediglich im Sinne eines privaten Glücksgefühls, sondern als höchste totale Selbstverwirklichung der menschlichen Natur, als totale Höchstform des Menschen, die er nicht einfach besitzt, sondern die er ständig neu entwerfen und in jeder neuen geschichtlichen Lage neu erwerben muß.

Auf der anderen Seite eröffnet sich auch mit der technischen Welt ein umfassender Universalbereich. Das Grundwesen der Technik und seit ältester Zeit ihre Grundbestimmung ist die Kunst geplanter, bedachter, geregelter, auf einem Verfügen über ein Grundwissen beruhender Herstellung mit der Fülle der verschiedensten Verfahrensweisen. Die Technik ruht auf der Natur und handelt, als Technik, weiterhin in Analogie zur Natur. Nun aber kommt zu diesem Grundwesen der Technik in neuerer Zeit ihre rapide Vorwärtsentwicklung, ihre Verflechtung mit Wirtschaft, Industrie, Politik, mit unserer modernen Massengesellschaft, ihre Verbindung mit menschlicher Wissenschaft, aber auch menschlichem Machtwillen, ihre weltumspannende Expansion mit den dadurch heraufgerufenen Problemen ihrer psychologischen und gesellschaftlichen Auswirkung bei den sogenannten Entwicklungsvölkern. Die Unentrinnbarkeit, mit der das geistige Phänomen der Technik — denn um ein geistiges Phänomen, nicht um einen abstrakten gesellschaftlichen Prozeß handelt es sich — auf uns zukommt, hat für uns alle, ob wir wollen oder nicht, weltformende Bedeutung. Denn wenn die Technik auch vom Menschen selbst geschaffen und von ihm heraufgerufen wurde, sie verlangt jetzt eine neue Anpassung des Menschen oder wohl gar seine Unterordnung unter die von ihm selbst geschaffenen Mittel. Sogar von einer Veränderung des Bewußtseins des Menschen hat man gesprochen, so wie eine solche in früheren Zeiten vielleicht durch Naturphänomene, wie z. B. die Eiszeiten, oder große Kulturumbrüche, wie etwa das Seßhaftwerden der ursprünglichen Sammler

<sup>\*)</sup> Festvortrag anlässlich des 30. Fortbildungskurses für Ärzte in Regensburg am 23. Mai 1963.

und Jäger, heraufgeführt worden sein mag. Ein mit der Technik eingehend befaßter Philosoph, wie Arnold Gehlen, hat auf all dies verschiedentlich hingewiesen.

Die Frage nach dem Menschen in dieser technischen Welt, die sich damit heute vor uns erhebt, ist im Grunde die alte Frage nach der Situation des Menschen in der Welt, vor die der Mensch schon oft gestellt war, die aber heute mit der unentrinnbar über uns heraufkommenden technischen Zivilisation zu einer der wichtigsten Lebensfragen für uns wird. Verlangt die neue Situation des Menschen in dieser technischen Welt von uns, daß wir, um überhaupt fortzuhalten zu können, uns der von uns selbst geschaffenen Welt so anpassen, daß wir selbst zu technisierten Lebewesen werden? Wir würden dann vielleicht höchst komfortabel in einer in jedem Sinn vollendeten Zivilisation weiterleben, aber in dieser Zivilisation mit all ihrem Komfort aufgehört haben, Mensch im vollen Sinn des Wortes zu sein. Oder trägt die technische Welt, wenn sie richtig verstanden und gemeistert wird, doch neue humane Möglichkeiten in sich, die nicht notwendig zur Erstarrung und Entartung in das führen müssen, was ich eine „Zivilisationsbarbarei“ nennen möchte, sondern die vielmehr eine neue Phase des Menschseins in dem neuen Bedingungsbereich der technischen Welt eröffnen könnten?

## 2.

Erlauben Sie mir, daß ich zur weiteren Exposition dieser unserer Frage, ebenso weit entfernt von einer Faszination durch die Technik wie auch wieder von einer irrationalen Kulturromantik, zunächst einfach an die zweifellosen Errungenschaften unserer neuzeitlichen Technik und damit zugleich an ihre ebenso zweifellosen Gefahren erinnere. Ich glaube, es kann bei nur einigem Sinn für Gerechtigkeit und Dankbarkeit unseren Vätern und Großvätern gegenüber, die für all dies verantwortlich sind, nicht bestritten werden, daß mit der Entwicklung der Technik seit zweihundert Jahren ein wunderbares Instrument der Weltbewältigung in unsere Hände gelegt ist, das uralte Träume und Utopien der Menschen — ich denke nur an das Fliegen, an das Hören und Sehen in weite Ferne — in unserer Zeit möglich gemacht hat. Damit möchte ich allerdings nicht sagen, daß durch unsere neuzeitliche Technik unser Leben in den letzten hundertfünfzig Jahren besser und glücklicher geworden wäre. Es scheint vielmehr, daß im allgemeinen die Bilanz vom Glück, wie der Historiker Jakob Burckhardt einmal gesagt hat, sich in den Jahrhunderten ziemlich gleichbleibt. Aber eins ist gewiß: durch die Technik ist unser Leben leichter, freier, entlasteter und in vieler Hinsicht gepflegter geworden. Diese Entlastungsfunktion der Technik ist etwas ganz Entscheidendes. Die Technik liefert uns „Organersatz“ und „Organerweiterung“ in unerhörtem Maße (Arnold Gehlen), sie befreit, oder genauer, entlastet den Menschen von untergeordneten Verpflichtungen. Man denke nur an die rein körperliche Arbeit, in der der Mensch, als Sklave, tatsächlich mit seinem ganzen Menschsein Werkzeug war. Ich brauche auf andere einzelne Hauptfaktoren hier nicht hinzuweisen: die Schnelligkeit und Bequemlichkeit des Verkehrs, das vorzüglich ausgestattete Wohnen in Haus und Stadt, die durch die Technik ermöglichte, von uns allen geschätzte Eleganz in Kleidung, Wohnen, in der ganzen Weise, wie eine Stadt heute lebt und sich dem Besucher darstellt. (Professor Harald Patzer in Frankfurt

hat jüngst auf diese Dinge hingewiesen.) Weiter, als etwas ganz Wesentliches, die Tatsache: wie gerade die medizinische Wissenschaft mit Hilfe der wissenschaftlichen Technik es fertiggebracht hat, mit unerhörtem Erfolg die schweren Epidemien zu bekämpfen, die früher die Geißel der Menschheit auch in Europa waren, wie die Lebenserwartung in den letzten fünfzig Jahren ganz erheblich hinaufgestelgert wurde, wie die Möglichkeit eines gesunden und gepflegten Daseins in technisch entwickelten Ländern heute für alle gegeben ist, und wie schließlic überhaupt eine Art von Entrümpelung und Entstaubung unseres Lebens vor sich gegangen ist, ich denke nicht nur an die alten Salons mit ihren merkwürdig verschnörkelten Möbeln, sondern daran, wie jene Entstaubung und Entrümpelung uns auch in unserem sonstigen Leben so manche Befreiung gebracht hat. Ich denke schließlich — etwas gewiß nicht Unwesentliches — an die Sauberkeit und die Hygiene, die allein die Technik uns liefert. Wer etwa diese Dinge gering schätzt und gar meint, das sei doch eigentlich nichts den Menschen Angehendes, dem kann ich nur raten, sich auch heute noch in die orientalischen Länder zu begeben. Mir bleibt der Eindruck unvergänglich, wie ich in Ägypten ein vielleicht anderthalbjähriges Kind auf dem Arm seiner Mutter sah: das Gesichtchen dieses Kindes vollständig bedeckt von wimmelnden Fliegen, die über dies Gesichtchen krochen und sich vor allem an den Augen zusammenballten. Das Kind, vollkommen apathisch, machte keinen Versuch, diese Fliegen zu verscheuchen, ebensowenig die Mutter, während wir doch mit den dazu üblichen Pferdeschwänzen jede Fliege, die uns belästigte, von uns jagten. Ein solches Bild zeigt deutlich, was in einer ganz bestimmten Hinsicht die moderne Technik bedeutet. Ohne die moderne Insekten- und Ungezieferbekämpfung hat der Mensch selbstverständlich, wie alle anderen Lebewesen, Parasiten, und damit eben Ungeziefer mit allen Folgen, die vom Ungeziefer kommen. Auf diese kleinen Dinge wollte ich deswegen hinweisen, weil die kleinen Dinge, die sich einem einprägen, oft besser zur Orientierung verhelfen als manches Abstrakte, Weiträumige, Große. — Wir könnten weiterhin noch erwähnen, wie in unserem heutigen Leben die Information wie nie zuvor ermöglicht und erleichtert wurde, ich meine mit Information hier die Wissensverbreitung in verschiedenster Hinsicht. Bis in das letzte kleine Schwarzwalddorf hinein ist es heute für einen jungen begabten Menschen möglich, bestimmte Wissensinformationen zu bekommen, von denen er früher vielleicht nie gehört hätte. Ich könnte weiter von der starken Brücke sprechen, die die Technik notwendig zwischen Mensch und Mensch schlägt, indem sie Menschen in die Team-Arbeit, die die Technik notwendig verlangt, zusammenführt. Aber auch durch die verschiedenen Klassen und Schichten innerhalb des Volkes werden heute durch die Technik Brücken geschlagen, und — durch den Verkehr — von Volk zu Volk. Alles, was mit der Entwicklungshilfe, Bildungshilfe usw. zu tun hat, beruht ja eben auf diesen Möglichkeiten der Technik. Wer wollte leugnen, daß hier eine Annäherung der Menschen über weite Entfernungen, und das heißt ein Hervortreten eines wirklich Menschlichen im scheinbar Verschiedenen und Fremden durch die Technik, ermöglicht wird.

Mit allem will ich nicht sagen, wie es gelegentlich geschieht, die Technik sei so etwas wie eine „zweite Schöpfung“. Von einer zweiten Schöpfung kann nicht

die Rede sein. Aber dieses bedeutende Instrument von Weltbewältigung überhaupt, das die Technik ist, wird für uns heute allerdings ein Instrument zum Bau einer neuen Umwelt, einer praktischeren, bequemeren, entlasteten Daseinsweise. Das kann keiner leugnen, der die Dinge richtig sieht, und ich glaube, es ist keiner unter uns, der dies nicht irgendwie im Innersten seines Wesens wirklich will. Es mag zwar Romantiker geben, die das Lob der vortechnischen einfachen Welt im Munde führen, aber es braucht dann nur eine Sicherung durchzubrennen und schon läuft unser Romantiker eilends nach einer neuen und bezeugt so durch sein Handeln, daß er die technische Welt genauso wie jeder andere bejaht.

Und nun die Gefahren der Technik. Es ist klar, daß überall, wo Lichtseiten sind, auch Schattenseiten sein müssen, da der Schatten — nicht nur physikalisch — dem Licht zugeordnet ist. Die unerhörte Lebenserweiterung, die uns die Technik gebracht hat, führt auch eine Lebensbeeinträchtigung, ja Lebensgefährdung mit sich. Will man über diese Gefahren der Technik ins klare kommen, tut man, glaube ich, gut, von vornherein zwei Bereiche zu scheiden. Und so möchte ich die massiven Gefahren der neuzeitlichen Technik scheiden von den sanfteren, schleichenden.

Was die massiven Gefahren angeht, so brauche ich dies hier nur zu berühren. Das Massivste ist alles das, was mit Atom- und Nuclearkraft zusammenhängt, mit der Atombombe, über die neuerlich Karl Jaspers mehrere Schriften geschrieben hat, in denen er die Atombombe und den Menschheitstod, den sie uns bringen kann, zum Anlaß nimmt, um den Menschen im Sinne seiner Philosophie aufzurufen. In der Tat entsteht hier das unendlich schwierige Problem der Kontrolle, das Problem, ob es dem Menschen noch möglich ist, die unerhörten Kräfte, die er unter seinen Händen hat, wirklich zu beherrschen, oder ob nicht eines Tages der Fall eintreten könnte, daß die Verfügung über solche Kräfte dem Leichtsinne überantwortet wird oder gar dem Wahnsinn mit den Konsequenzen, die das dann hat. Neben dieser Hauptgefahr steht die Radioaktivität mit all ihrer Bedrohung. Auch würde ich dazu die Verseuchung von Luft und Gewässern durch die Entwicklung unserer chemischen Industrie rechnen, die ja jetzt die Öffentlichkeit und die Regierungen stark beschäftigt. Durch einen Vortrag von Professor Bauer in der Heidelberger Akademie wurde ich gerade belehrt, daß der Krebs durch die Verseuchung der Luft durch chemische Stoffe zum mindesten weitgehend gefördert wird. — Trotzdem glaube ich, daß diese massiven Gefahren, so furchtbar sie sind, das Gute haben, daß sie eben so massiv sind, daß man sie sieht und daß so vielleicht doch eine Handhabe angesetzt werden kann, sei es etwa durch Verwaltungsmaßnahmen oder durch Gesetzgebung. Man denke an die unerhörte Gefahr, die sich vor kurzem durch ungeprüfte oder ungenügend kontrollierte Drogen ergeben hat. In einem solchen Fall kann sofort eingegriffen werden.

Viel schwieriger ist es bei den schleichenden Gefahren, eben weil sie schleichend sind und nicht ohne weiteres in ihrer weittragenden Bedeutung erkannt werden. Unter diese schleichenden Gefahren rechne ich alles das, was wir unter „Technisierung“ verstehen, ich meine das Übergreifen von technischem Denken auf das Intimste unseres geistigen und seelischen Lebens. So

steht dem zweifellosen Vorurteil der Unterrichtung großer Mengen von Menschen bis in den letzten Winkel hinein, von dem ich vorhin sprach, die Überschwemmung durch Informationen gegenüber. Ist es nicht so (wie es auch gerade jetzt eine Artikelserie der „Rheinischen Post“ festzustellen sucht), daß durch die Überschwemmung mit Informationen eher Verwirrung statt Wissen geschaffen und nicht Wissensstreben geweckt, sondern zugedeckt wird durch die Fülle des immer schnell und leicht Dargebotenen? Bewirkt nicht die Berieselung mit mühelos jederzeit Erreichbarem in Radio, Film und Fernsehen, daß der Mensch rein passiv zu einem nur hinnehmenden Objekt des Programms wird, mag dieses darbieten, was es will, wobei vielfach das Programm nach einem Bild des Menschen gestaltet ist, wie die Programmgestaltung es sich macht. Wir sind da in einen merkwürdigen *circulus* hineingeraten. Aber abgesehen davon liegt rein in der Mühelosigkeit des Erwerbs, zum Beispiel edelster Musik, besten Theaters, das Bedenkliche. Denn gerade die Mühelosigkeit unterdrückt unter Umständen im Begabten die Eigenbetätigung, wenn etwa statt jahrelangen Erlernens eines Instruments ein Druck auf den Knopf genügt, um die beste Musik zu haben. Durchaus begreiflich die Entmutigung, die beim Anhören so guter Musik, die man selber nie so ausüben kann, eintreten mag. Und doch ist nicht nur das Teilnehmen und Hören, sondern eben die eigene Betätigung von allergrößter Bedeutung für die musische Erziehung, genauso wie beim Sport das Mitmachen wichtiger ist als das bloße Zuschauen. Werden durch das „sich von der Faszination der Dinge hinreißen lassen“ nicht Aktivitäten unterdrückt, die noch auch da, wo sie nicht zum Höchsten gelangen, von Wert sind? Die Zeit, wo die Masse nach „Brot und Zirkusspielen“ schrie, sei, so wurde neulich gesagt, schon immer dagewesen. Ich würde antworten, die römische Kaiserzeit, die dieses Wort prägte, war eine Zeit des Untergangs und die Sorge vor diesen Erscheinungen vermag uns gerade dies Beispiel nicht zu nehmen.

Ein weiteres. Wir sehen, wie die technische Welt, die ja gerade die Massen anspricht, notwendig einen die Massen auch wieder regelnden Apparat erfordert, den großen Apparat der Organisation und Verwaltung. Wir leben heute in einer „verwalteten Welt“, die den verwalteten Menschen notwendig in seinem eigentlichen Menschentum, seiner Fülle und Ganzheit einschränkt. Es sei nur darauf hingewiesen, wie sehr diese verwaltete Welt heute als eine Art notwendige Wohlfahrtsinstitution verstanden wird, in der der Mensch immer mehr auf seine Rechte pocht, wo er in schönerer Weise vielmehr als Mensch zu empfangen und zu danken hätte. Und so verschwindet aus unserer Zeit immer mehr die Anmut, von der Goethe im „Zweiten Faust“ die Grazien reden läßt: „Anmut bringen wir ins Leben, Leget Anmut in das Geben. Leget Anmut ins Empfangen, Lieblich ist's, den Wunsch erlangen, Und in stiller Tage Schranken, Höchst anmutig sei das Danken.“ Ich glaube, es ist ein großer Verlust an Menschentum, wenn Anmut des Gebens, Anmut des Empfangens und Anmut des Dankens verschwinden im grämlichen Fordern von Rechten, die uns lediglich zustehen.

Und noch ein Beispiel: Die heute so charakteristische Erschelung der Normung. Glauben Sie mir, ich bin als Besitzer eines Autos ausgesprochen glücklich darüber, daß in dieser Beziehung die Dinge genormt sind — daß, wenn eine Reparatur nötig ist, diese in jeder Werkstatt,

selbst in einer entlegenen Gegend Südtaliens, ausgeführt werden kann, eben durch die Normung. Obschon mich zum Beispiel bei den genormten Papiergrößen, wie ich gestehe, das einfach mathematisch ausgerechnete Format zu ärgern beginnt, denn es gibt Papiergrößen, die schöner sein könnten als Normgrößen. Entscheidender ist, wie die mit der technischen Welt notwendig sich ergebende und durchzuführende Normung auch hier wieder auf intime Bereiche unseres Menschlichen übergreift. Denn wir haben nicht nur Genormtes in der Produktion des Technischen: wie ist es, wenn nun auch die Entspannung, das Amüsement — ich sage nicht: die Freude — genormt wird? Wenn Freizeit, Urlaubsgestaltung, Naturgenuß, Reisen nach Hellas und überhaupt der sogenannte Tourismus genormt werden? Aber es geht noch weiter: Wir haben bereits so etwas wie ein genormtes Glück, und es sieht fast so aus, als gäbe es unter den jungen Leuten heute eine genormte Liebe, wobei die Vorbilder des Films auf diese Normung hinüberwirken. Mir scheint das Hinüberwirken der Normung auf seelische und auch künstlerische Bereiche sehr bedenklich zu sein. Und so freue ich mich auch nicht, wenn man mir sagt, daß ich jetzt bei einem Fotoapparat nur noch einen einzigen Knopf zu drücken brauche, während ich früher drei drücken mußte. Ich glaube, es ist gut, wenn man mehrere Knöpfe drücken muß, um ein Bild zu erzielen. Früher zeichnete man. —

Die Technik ist von einer unentrinnbaren Konsequenz; als Technik muß sie es sein, und wir bewundern sie darin. Aber wir sind vor die Frage gestellt, ob dieses alles, in letzter Konsequenz weitergeführt, uns nicht schließlich in eine Weltsituation führt, in der zwar bestimmte Seiten des Menschen zur Geltung gebracht werden, aber nur partikuläre und partielle Seiten, während der Mensch in anderen, wesentlichen Bereichen, und vor allem in seiner Totalität verkümmert. Ist es dann nicht nur der Leistungsmechanismus Mensch, der übrig bleibt? Der Mensch in der technischen Welt könnte sich eines Tages in seiner Welt in einem höchst komfortablen — ich sage nicht Sanatorium, sondern Gefängnis befinden. So etwa, wie es der englische Dichter Aldous Huxley in den dreißiger Jahren in seinem jetzt wieder neu erschienenen Buch „Brave new world“, „Schöne neue Welt“, mit dem nachdenklichen Humor des Engländers vorgezeichnet hat. Er sagt in dem Vorwort seiner neuen Auflage, daß er damals von Nuclearkraft und Atombombe — wir fügen hinzu: auch von der Kybernetik — nichts gewußt hat. Und doch scheint uns dies vor dreißig Jahren hingestellte Phantasiebild gerade heute wieder sehr bedeutsam: wie in die Welt künstlich erzeugter Menschen und damit einer in alien Schichten herrschenden vollkommenen Sklaverei, die das Vollkommenste des Vollkommenen der Sklaverei darin sieht, daß bei den Sklaven auch das Bewußtsein der Sklaverei ausgelöscht ist, ein in einem Reservat natürlich geborener und aufgewachsener Mensch hineinkommt, der diese ganze Welt nicht aushält und sich erhängt nach dem Verzweiflungsschrei: „Ich will keine Bequemlichkeit, ich will Gott, ich will Poesie, ich will wirkliche Gefahren und Freiheit und Tugend. Ich fordere mein Recht auf Unglück.“ Wenn wir auch in dem Roman ein utopisches Kunstgebilde vor uns haben und sich die Dinge in Wirklichkeit bei uns nicht gerade so entwickeln müssen, so ist uns hier doch die Frage gestellt, welche Chancen in einer von uns geschaffenen, sich immer mehr verwirklichenden technischen Welt der

Mensch als Mensch noch hat? Wobei ich unter Mensch — nach einer allerdings vielleicht für überlebt gehaltenen Definition — jenes Wesen verstehe, das sich selber notwendig zunächst als freies Wesen interpretiert, sich als ganzes Wesen fühlt, das nicht partiell, nicht allein nach einer speziellen Richtung gehen, das noch ein totaler, runder, ganzer, ein lebendiger Mensch sein will. Ein Wesen, das aus seinem einfachen Dasein als Naturwesen auf seinem Glück besteht. Übrigens erhebt sich dabei im Hintergrund wohl gar die Frage, ob nicht auch für das bloße längere Weiterleben in jener technisch vollkommenen Welt die Bewahrung dieses vielseitig offenen freien Menschen die Voraussetzung bleibt. Ob nicht bei immer stärkerer Spezialisierung, Partikularisierung, Unterordnung des Menschen unter seine technischen Ziele schließlich eines Tages alles im Leerlauf steckenbleibt.

### 3.

Wahrscheinlich kann auf der einen Seite in all diesen Dingen nur die persönliche Entscheidung helfen. Auf der anderen Seite habe ich die Erfahrung gemacht, daß es gut ist, sich in diesen Dingen geschichtlich zu orientieren und damit komme ich in einen Bereich meiner speziellen Kompetenz. Bei meinen Studien an der Geschichte des neueren Europa seit der Antike und den Griechen habe ich gesehen, daß die Probleme, von denen wir hier sprechen, nicht ganz so neu sind, wie man sie immer wieder hinstellt. Auch scheint es nicht richtig zu sein, wenn man in diesen Erörterungen immer wieder die Technik und den Menschen in reinen Gegensatz stellt. Vielmehr zeigt sich bei näherem Hinsehen, daß Mensch und technische Welt, bewußter Mensch, homo humanus, und technische Welt sich gegenseitig bedingen, ja sich sogar hervorrufen, daß sie also Korrelate, Komplemente zueinander sind. Das bezieht sich vor allem auf die bewußte Idee des Menschen, auf die Idee der Humanität. Andererseits weiß ich zwar, daß man heute immer wieder behauptet, unsere heutige industrielle Technik sei etwas noch nie Dagewesenes, schlechthin Einmaliges, grundsätzlich Neues. Ich persönlich bin lieber vorsichtig mit solchen ausschließenden Bezeichnungen. Die Größenordnung der heutigen Verhältnisse in der technischen Welt ist allerdings etwas Neues. Die Geschichte schafft stets etwas Neues, das sich nie wiederholt. Die Mannigfaltigkeiten des Lebens kehren nie wieder, sie wechseln, was aber wiederkehrt, sind die Grundsituationen oder Grundkonstellationen.

Eine technisierte Welt wie heute hat es noch nie gegeben. Aber prinzipiell hat es schon mehrfach die Erscheinung einer solchen technisch strukturierten Epoche gegeben. Immer wieder setzt im Laufe der Geschichte eine Epoche der Übergeformtheit eines strukturierten, kompliziert werdenden Lebenssystems ein, und zwar ebenso gesellschaftlich wie wirtschaftlich, politisch wie geistig. Es scheint sogar, daß wir hier an ein Lebensgesetz rühren, das über den Menschen hinausgeht und den weiten biologischen Bereich mitbetrifft. Im biologischen Bereich scheint das Leben als Leben darauf angewiesen zu sein, Gerüste, Strukturen, festgefügte materielle wie geistige Ordnungssysteme aus sich heraus zu entwickeln, um sich zu stützen, zu schützen, um fort-dauern und den Kampf des Daseins möglichst erfolgreich bestehen zu können. Aber dann tritt fast gesetzlich eine Überentwicklung dieser Formen und Ordnungssysteme ein, sie werden engmaschig, verweben, versteifen sich und bilden ein Art Kulturkokon, in dem

das Leben dann Gefahr läuft, in den von ihm selbst geschaffenen Formen zu ersticken. Das spezialisierte, überstrukturierte Tier ist in diesem Fall schlimm daran, es ist mit seiner Umwelt fest verhaftet, vermag so die eigene Überstrukturiertheit nicht mehr zu durchbrechen, und geht, zumal bei einer Veränderung seiner Umweltverhältnisse, zugrunde. Der unspezialisierte und weitoffene Mensch hat dem Tier gegenüber die Möglichkeit, sich aus überstrukturierten Verhältnissen wieder zurückzurufen und innerhalb veränderter Umweltbedingungen sich wieder neu zu festigen. In seiner besonderen Kulturentwicklung pflegen gerade jene Zeiten und Epochen einer Überformung und Erstarrung seine besondere menschliche Vitalität aufzurufen, zu alarmieren. Und hier ist es, wo der Mensch mit der Parole: „Zurück zur Natur“ oder „Zurück zum Menschen“ den Kokon wieder aufbricht und sich wie mit einem neuen Atemholen wieder freiere kulturelle Daseinsformen schafft. Worauf dann die geschiedene Entwicklung der Strukturierung und der Ausbildung schützender Ordnungssysteme von neuem einsetzt.

Die Idee vom Menschen, mit ihren verschiedenen geschichtlich wechselnden Ausprägungen, ist, soweit ich sehe, je einer solchen Epoche zivilisatorischer Übergeformtheit zugeordnet. Der Mensch, rein an sich selbst, hat wenig oder keinen Anlaß, in seinem einfachen Tun und Lassen sich selbst, den Menschen, zu bedenken. Solange der Mensch noch in naturhaft patriarchalischen Verhältnissen lebt, bestimmt sich für den Menschen das, was er zu tun hat, aus dem, was ihm in Brauch und Sitte, in Kult und Religion gegeben ist. Er folgt dem Vorbild seiner Altvorderen, den Standesvorschriften und Stammeslehren, er befolgt die Gebote Gottes. In all diesem ist, unterirdisch impliziert, ein für die praktische Lebensführung vollkommen ausreichendes Bild des Menschen vorgegeben. Das Bestreben des Menschen aber, sich selbst, den Menschen, zu bedenken und vor sich selbst als Zielbild hinzustellen und zu fordern, wird nun immer in jenen Epochen relevant, wo die Kraft der Sitte wie auch der Religion geschwächt ist. Und hier, auf der Suche nach einer neuen Orientierung für das Leben, ist es dann wohl, daß der Mensch ein solches Zielbild des Menschen aus sich herausstellt und in einer Idee des Menschen eine neue Art universalistischer Religion entwickelt. Diese Epochen sind dann meistens Epochen solcher zivilisatorischer Übergeformtheit, wo die einfache, naturhaft freie Menschlichkeit bedroht ist, wo eine übermäßig stark strukturierte Kunst- und Sachwelt den Menschen einengt und so im Menschen den Menschen alarmiert.

In diesem Sinne, glaube ich, zeigt die Geschichte, daß Mensch und Technik, Mensch und technische Welt einander zugeordnet sind, daß sie in Wechselwirkung miteinander stehen. Das Verhältnis der beiden zueinander ist ein dialektisches und jene Abfolge von Überstrukturierung und jeweiligem Wiedereinfachwerden des Menschen hat in der Geschichte den Charakter einer dialektischen Bewegung.

Da ist die Technik zunächst an sich selbst ein Humanum, so alt wie der Mensch selbst, und mit dem ersten Aufkommen des Menschen mit heraufgekommen. Der Mensch, der nicht, wie das Tier, in seine Umwelt fest eingepaßt ist, sieht sich in der Besonderheit seines Menschentums, um überhaupt bestehen zu können, darauf angewiesen, sich gegen die ihn umgebende elementare Natur abzuschirmen und ihr seine spezifisch mensch-

liche Umwelt abzurufen. Das Mittel dieser Weltbewältigung und spezifisch menschlichen Weltgestaltung ist die Technik zunächst in der Form der alten Künste und Handwerke. Der urhumane Auftrag der Technik, der bis heute der Grundauftrag auch unserer entwickelten Technik geblieben ist, ist die Ausstattung des Menschen, für seine menschliche Art zu leben. Ausstattung nicht für ein lediglich gelebtes, sondern für ein wirklich geführtes Leben, geführt in dem Sinne eines nicht gefristeten, sondern gepflegten Daseins. Die Pflege, lateinisch *cultura*, ist ja das Grundwort für das, was wir Kultur nennen.

Die Technik in diesem ihrem Ursinn befreit also den Menschen von dem dumpfen Überantwortetsein an die elementare Natur und erhebt ihn aus dem bloßen Vegetieren zu einem seiner selbst würdigen Dasein. Während, nach einem bekannten Wort Goethes, das Tier nur durch seine Organe belehrt wird, vermag der Mensch seine naturgegebenen Organe zu belehren, sie eben durch Technik zu erweitern, zu bereichern, zu steigern, zu ergänzen, ja sich neue Organe zu schaffen, was bereits ein antiker Denker so ausgedrückt hat: „Wir bewältigen durch die Technik das, worin wir von der Natur benachteiligt sind“, oder wie es Aristoteles, von der Natur her gesehen, ausdrückt: „die Natur wird durch die Technik erst vollendet und ergänzt“: Integrierung der Natur durch die Technik. Als ein ursprünglich von den Menschen selbst geschaffenes Instrument der Ausstattung des Menschen zum Menschen geht der Urauftrag der Technik auf die Befreiung des Menschen zu sich selbst.

Der Gedanke jener weltbewältigenden Kraft der Technik, jener Hilfe für den Menschen im Daseinskampf und für seine Erhebung zu einem menschenwürdigen Dasein hat den Männern, die in der Zeit der Aufklärung vor nun zweihundert Jahren in Europa die technische Entwicklung auf den Weg gebracht haben, die begeisternden Impulse gegeben. Auch heute hat der Gedanke des humanen Grundauftrags der Technik noch und wieder seine volle Kraft, vor allem, wenn wir an die gegenwärtigen Aufgaben denken, die die Technik in den noch immer von Hunger, Krankheit und so vielen sonstigen Beeinträchtigungen niedergehaltenen sogenannten Entwicklungsvölkern hat, wo gerade ihre humane Kraft von entscheidender Bedeutung ist. Bei alledem denke ich jetzt nicht nur an die äußeren Errungenschaften der Technik, sondern vor allem an das, was man den Geist der Technik nennen könnte: ein Geist des ruhigen Beherrschens klar gegebener Zusammenhänge, ein Geist der Übersicht, Sorgfalt, der Genauigkeit, ein Geist der unbedingten Präzision, der Schlichtheit, des Einfach-Sachlichen, ein Geist des Anerkennens des Gegebenen, der Anschaulichkeit, ein Geist auch des unbedingten Vertrauens auf den anderen. Denn, um bei diesem Letzten zu bleiben: wie sehr bedarf es im ganzen technischen Bereich des Vertrauens auf den anderen. Welch unerhörtes Vertrauen braucht es zum Beispiel, wenn man im Auto mit 120, 140 km über die Autobahn fährt. Oder auch jener Geist der Rücksichtnahme: wie mochte einst ein Kutscher auf seine Pferde, seine Ochsen einschlagen. Auf einen Motor, eine Maschine darf man nicht einschlagen. Mit zartester Rücksicht wollen sie behandelt werden, mit verständnisvollstem Eingehen auf sie, mit Fingerspitzengefühl. Es scheint, daß dieser „Geist“ der Technik eine Art „Ethik“ der Technik mit sich führt. Es sei hier nur das bedeutende Wort

Hölderlins zitiert, der einmal von der „Keuschheit der Maschine“ gesprochen hat.

Gegen all dies Positive tritt aber nun die dialektische Gegenbewegung ein. Denn wir sehen auf der anderen Seite, wie die Technik in ihrer Verflechtung mit Massengesellschaft, Wirtschaft, Industrie und Politik, und oft nur als Machtinstrument eingesetzt, sich immer mehr zu einem überstrukturierten Wesen auswächst, das an sich selbst als System, ohne Rücksicht auf den Menschen, in der Gefahr ist, autonom zu werden. Ein Kennzeichen dafür: Statt bestehende, mit dem Leben des Menschen gegebene Bedürfnisse natürlicher Art zu befriedigen, ist das System der Technik darauf angewiesen, um seines Bestandes willen eine besondere Untertechnik zu entwickeln, um dem Menschen Bedürfnisse zu suggerieren. Schließlich kommt es dazu, daß das Ausstatten des Auszustattenden zum Sklaven der ausstattenden Tätigkeit macht. Der Mensch kann sich auf der einen Seite ein Auto, ein Fernsehgerät, eine Waschmaschine kaufen, er wird aber dafür, auf der anderen Seite, im Büro, in der Fabrik, an der Maschine, in der Konstruktion oder auch im Direktorzimmer zu einem winzigen Rad und nur Bestandteil des ungeheuren Getriebes eines Apparats. Er übt eine Funktion aus, er figuriert, und so kommt in unserer Zeit der interessante Typus nicht nur des Funktionärs, sondern des Figuranten auf. Sein bißchen Menschsein und Subjektsein muß dieser erkaufen mit einem Dasein als Objekt für andere. Statt sich in einem lebendigen Gegenüber mit seinem Mitmenschen zu wissen, statt mit lebendigen Sachen umzugehen und auch die Sache als Gegenüber und nicht als bloßes Objekt zu empfinden, lebt der moderne Geschäftsmensch — umgeben von vielfältigen Objekten und Anonymitäten — in einem merkwürdig abstrakten Bereich. Anonymitäten schränken ihn auf das schärfste ein und bedingen ihn. Die Folge ist das oft genannte Gefühl der Heimatlosigkeit des modernen Menschen, seine Wurzellosigkeit, seine Ortlosigkeit, seine Fremdheit in der eigenen Umwelt. Bei den Griechen in der Antike existiert das Wort Objekt überhaupt nicht, man kennt nur das Gegenüber, und so versteht man hier die Dinge der Natur nur als Gegenüber, niemals als Objekte einer, der Natur wohl gar noch lediglich dem Machtwillen unterwerfenden Tätigkeit.

Die Befreiung des Menschen von der elementaren Natur, die in jenem Grundauftrag der Technik zunächst gegeben war, ist in der überstrukturierten Epoche dialektisch umgeschlagen in eine Entfremdung von der Natur. Was von seinem Ursprung her bestimmt schien, den Menschen zu humanisieren, nämlich jene menschliche Welt der Natur abzugewinnen, scheint nun zu einer Entmenschung des Menschen auszuschlagen. — Das ist aber nun der Punkt, wo nach den bisherigen Erfahrungen der Mensch gerade nicht in Lethargie versinkt, sondern wo der Mensch im Menschen alarmiert wird. Die bis zu ihrer letzten Konsequenz vorgetriebene These ruft im dialektischen Prozeß die Antithese hervor, und eben die hybride überstrukturierte Ordnungswelt erfordert oder besser „fordert“ — im Sinne des englischen Wortes „challenge“ — den Menschen.

Die Forderung, die nun wieder neu an den Menschen gestellt wird, geht auf das Ganze. Sie geht darauf, daß der Mensch unter den neu herausgekommenen Bedingungen der neuzeitlichen technischen Arbeitswelt sich als Mensch, der er ist, und als Mensch, der er sein will, neu begründet und neu will. Es ist nämlich offenbar

dem Menschen als einem Wesen der Freiheit nicht gegeben, lediglich zu sein und fortzudauern. Der Mensch ist vielmehr wie jener Ruderer, von dem der römische Dichter Virgil berichtet: er kann sich gegen den Strom nur durch unablässige kräftige Ruderstöße halten, läßt er die Arme sinken, wird er abgetrieben. Mit anderen Worten: Permanenz des Menschen beruht auf der Folge seiner ständig neuen Entscheidungen zum Menschen. Die Situation, die für den Menschen charakteristisch ist, ist die Situation der Krise. Und Krise, „krisis“, heißt Scheide, Situation der Entscheidung. Wenn in ihr stets alles auf dem Spiele steht, so liegt in der Gefahr auch wieder die neue Chance. Die so verstandene Krise scheint das Lebensgesetz des geistigen Erdteils zu sein, in dem wir leben, der westlichen europäischen Welt. Dieses Europa ist allerdings zu verschiedenen Malen dicht daran gewesen, an einer überstrukturierten übergeformten Ordnung zu ersticken oder zu entarten, hat sich bisher aber immer im Widerspruch dazu wieder neu erhoben und neu verjüngt. Mit jeder dieser neuen Verjüngung des Lebens in unserem Erdteil war auch eine Neubegründung des Menschen gegeben, ein neues Selbstverständnis des Menschen, wie dies zumal in der Religion, Philosophie und Dichtung sich manifestiert. Man könnte im einzelnen zeigen, wie dies zu verschiedenen Malen in der Geschichte Europas geschehen ist, bei den Griechen im fünften und vierten Jahrhundert v. Chr., bei den Römern zu Ciceros Zeit, in der Wandlung vom Spätmittelalter zur Frührenaissance, in der Zeit des Neuhumanismus und unserer Klassik, dann wieder heute. Alle Male zeigt sich uns in diesen genannten Zeiten eine überstrukturierte Welt, die dann durch die neualarmierte Forderung des Menschen überwunden wird, womit auch eine Neudeutung des Menschen heraufkommt.

#### 4.

Kommen wir nun auf unserem Wege durch die Geschichte zu unserer eigenen Situation zurück, so meine ich nach dem bisher Gesagten, daß wir durchaus die Möglichkeit haben sollten, auch dieses heutige Krisenstadium zu meistern. Auch meine ich, daß die technische Welt, die auf uns zukommt, die wir selber bilden, in sich selbst ein Raum ist, der nicht notwendig zu jener „brave new world“ von Aldous Huxley werden muß. Doch liegt mir daran, hier noch ein Wort über die speziell auf uns zukommenden Gefahren einer geistigen Technisierung zu sagen. Das Seiende, das uns umgibt und trägt, und das den Griechen als ein großes lebendiges und gott-erfülltes Gegenüber gegeben war, reduziert sich für unsere großartig vorstoßende Naturwissenschaft immer mehr auf das Objekt des menschlichen Machtwillens, das Manipulierbare, das Hantierbare. Ich sagte schon: die Griechen kannten den Begriff des Objekts nicht, sie sahen in dem „Seienden“ das stumme Walten der hervortreibenden, von Form zu Form schaffenden Natur. Uns ist bereits fast alles zum Objekt geworden. Und während sich auf der einen Seite unsere Empirie immer großartiger ausdehnt und vervielfältigt, scheint sich für uns auf der anderen Seite das Seiende rein auf das Meßbare, Berechenbare, Machbare, Manipulierbare, zu reduzieren, wohl in der unausgesprochenen Überzeugung, daß jenes Hantierbare die Realität sei. So kann gewiß kein Zweifel sein, daß die Kybernetik und die datenverarbeitenden Maschinen, die Computers, uns künftig unerhörte Erkenntnis Hilfen zur Beantwortung vieler Fragen an die Wirklichkeit, zur Bewältigung einer

Fülle von sonst komplizierten Aufgaben, von Materialien in allen Wissenschaften, nicht nur in der Verwaltung und den Naturwissenschaften, auch in den Geisteswissenschaften liefern werden. Wie aber, wenn es dahin kommen sollte, daß unsere Wissenschaften sich künftig nicht nur für die Bearbeitung ihrer Fragen jener Maschinen bedienen, sondern daß sie mit ihren Fragen lediglich die Maschinen bedienen, indem man (wofür es jetzt schon Anzeichen gibt) von vornherein sich seine Fragen von der Möglichkeit der Beantwortung durch diese Maschinen vorschreiben läßt. Eine nicht zu ermessende Verarmung des innersten Lebens der Wissenschaft wäre die Folge, da vor allem die Fragen die lebendigen Impulse aller Wissenschaft und Forschung sind. Unsere Wissenschaft und Forschung würde ohne jedes geistige Abenteuer und geistige Wagnis sein, zu denen wir doch mit jenen Fragen aufbrechen und die uns über alles Planbare hinaus zu ungeahntem Neuland führen. Eine maschinell genormte Wissenschaft würde in einen Engpaß kommen, in dem sie zwar noch eine Weile weitermachen würde, dann aber trotz gesteigerter partieller Erfolge eines Tages verdorren müßte.

Wie steht es aber, wenn nun gar von der Kybernetik und der Theorie der informationsverarbeitenden Maschinen aus Forderungen an den Menschen und an das Menschliche erhoben werden, wenn man da hört, daß man Maschinen wird herstellen können, die nicht nur rechnen, sondern auch denken, erfinden, sich selbst wieder herstellen können, Maschinen, die auswählen, ihre Fehler verbessern, kurz, die eines Tages alles das können, was der Mensch auch kann. Der einzige Unterschied zum Menschen sei die Tatsache, daß sich im Menschen das ganze Schaltsystem in einem Raum vollzieht, der allenfalls in der Gehirnschale einen Liter umfaßt, während der Raum, der dem Schaltsystem eines programmierten Menschen entsprechen würde, so riesengroß sein würde, daß allein das Papier, auf das man mit winziger Schrift die Programmierung machen würde, über mehrere Quadratkilometer reichen müßte. Oder es sei durchaus möglich, zum Beispiel eine Maschine zu erzeugen, die einen Witz richtig versteht, der Witz kommt in sie hinein: sie probiert, hat die Stelle erfaßt, und dann lacht sie. — Lacht sie wirklich, als Ausdruck empfundener Freude? — Ich selber habe in meiner Wissenschaft mit dem Problem der Übersetzungsmaschinen zu tun und kann sagen, daß sie eine nicht geringe praktische Bedeutung haben, daß es aber vorläufig nicht so bald dazu kommen wird, daß eine Maschine etwa den „Faust“, den man deutsch hineintippt, dann sofort englisch auf der anderen Seite herausgibt. Auch hier wird aber nun gesagt, die Übersetzungsmaschinen seien nur deshalb nicht so weit entwickelt, weil die Sprache des Menschen leider so unsystematisch sei. Es müßten erst einmal die Sprachen systematisiert werden, damit auch diese Maschinen arbeiten könnten. Welch eine merkwürdige Verkehrung. Statt daß die Maschinen Mittel des Sprachlichen werden sollten, soll das Wesen „Sprache“ sich nun gar den Maschinen unterordnen. — Da finden wir ferner den bedeutungsvollen Satz: „Wir betrachten den Menschen nicht aus der emotionell verfälschten Perspektive des Individuums, sondern als Teil des physikalischen Geschehens. Diese Betrachtung zeigt uns zuverlässiger als die subjektive Beurteilung, was zum Überleben und zur Weiterentwicklung unserer Art notwendig ist.“ (K. Steinbuch). Es scheint, auch hier wird der Mensch alles dessen entklei-

det, was uns am Menschen teuer ist. Daß wir Realitäten sind, zu denen wesensmäßig Freiheit, Ganzheit, Personalität gehört, das wird erst einmal abgestrichen; der Mensch wird rein als Teil des physikalischen Geschehens genommen, und dann ist er natürlich ein geeignetes Objekt für diese Maschinen. Wenn aber gesagt wird, daß erst so uns klar gemacht werden könnte, was zum Überleben und zur vollen Entfaltung und Weiterentwicklung unserer Art vonnöten ist, so kann ich nur sagen, daß ich persönlich auf ein solches garantiertes Überleben des dann noch übrigbleibenden Restmenschen wenig Wert legen würde.

## 5.

Zum Schluß meines gar zu lang gewordenen Vortrages erhebt sich wohl die Frage, was hier geschehen kann. Ich will versuchen, es so auszudrücken: Die technische Welt ist mit einem sehr komplizierten Apparat zu vergleichen. Und bekanntlich wird, wenn ein so komplizierter Apparat ins Haus geliefert wird, eine *Gebrauchsanweisung* mitgegeben. Wir brauchen eine *Gebrauchsanweisung* für die Technik im allgemeinen, wir brauchen eine generelle *Gebrauchsanweisung*. Sie betrifft unsere ganze sittliche Erziehung, unsere philosophische Erziehung, sie betrifft unsere Erziehung und Bildung im weitesten und umfassendsten Sinne. Es geht in unserer heutigen Erziehung darum, den jungen Menschen auszustatten mit einem Grundwissen um den rechten Gebrauch des ganzen großen technischen Gebildes, in dem er lebt und das ihn umgibt. So war es mir bedeutungsvoll, gerade in diesen Tagen davon zu lesen, daß das Kultusministerium in Stuttgart über das 9. Volksschuljahr einen Bildungsplan ausgearbeitet hat, in dem darauf hingewiesen wird, daß es in einer Welt der zunehmenden Technisierung und der bedrohlich fortschreitenden Vermassung usw. darauf ankäme, im 9. Schuljahr der Volksschule die literarische, ästhetische, religiöse und sittliche Bildung zu betonen — im Sinne jener von uns bezeichneten „*Gebrauchsanweisung*“. Solche *Gebrauchsanweisung* muß sich natürlich auf einfache Grundbegriffe beziehen. Wenn man von der Maschine sagt, daß sie eigentlich alles könne, und daß es nur eine Frage der Rentabilität sei, ob man Maschinenmenschen erbauen könne, so suche ich immer wieder nach einem Begriff, der nun wirklich sagt, was die Maschine nicht kann, und ich glaube endlich einen solchen Begriff, der womöglich durchschlägt, gefunden zu haben. Was alles auch je die Maschine können wird, sie kann eines nie und unter gar keinen Umständen: sie kann nicht sterben. Daß die Maschine aber nicht sterben kann und nie wird sterben können, beweist, daß die Maschine nie die Betroffene und auch nie die Berufene sein kann. Das etwa würde als Einzelheit auch zu der *Gebrauchsanweisung* gehören, wie man mit der Technik zu verfahren habe. Und so käme vieles hinzu.

Ich glaube also, daß eine solche einschränkende Aufklärung über die Technik notwendig ist, in der auch alles, was vorhin über die geistige und ethische Bedeutung der Technik gesagt wurde, mit bewahrt bliebe. Viel wird darauf ankommen, die Technik zu einem rechten Verständnis ihrer selbst in dem übergeordneten Struktursystem der Kultur, und zwar der menschlichen Kultur, zu führen. Es sollte vollkommen klar sein, daß die Technik als etwas vom Menschen Geschaffenes immer nur etwas dem Menschen Untergeordnetes sein kann, daß sie sich als Technik, wenn sie sich auch heute noch so autonom und selbständig gebärdet, doch als

untergeordnet der Superstruktur des Humanen fühlen muß. Das Humane ist die höhere Ordnung, von der die Technik herkommt und der sie angehört. Daß die technische Welt ihren Weg nehmen, immer mehr um sich greifen, sich immer mehr verfeinern, den Menschen immer mehr über seine bisherigen Grenzen hinausführen wird, ist sicher, und daran wird sich nichts ändern. Und leugnen wir doch nicht, daß es unser Stolz ist und unser Stolz sein wird, was an neuem Abenteuerlichen und Großartigen in der Technik geleistet wird. Aber die humane Forderung in uns wird ebensowenig aufhören neben aller jener unerhörten Lebenserweiterung und Lebenssteigerung der Technik auf echte Lebenserhöhung zu dringen. Erst dort, wo Lebenssteigerung und Lebenserweiterung sich in echter Lebenserhöhung inte-

griert, ist für den Menschen etwas Wirkliches gewonnen. Und so mögen wir am Schluß dieses Vortrages vielleicht ein Wort Goethes hören, das bei Goethe ins Kosmische hinausgreifend, doch auch die Stellung des Menschen in der weltweit ausgreifenden technischen Welt bestimmt. „Denn wozu dient all der Aufwand von Sonnen und Planeten und Monden, von Sternen und Milchstraßen, von Kometen und Nebelflecken, wenn sich nicht zuletzt ein glücklicher Mensch unbewußt seines Daseins erfreut!“ — Auf den glücklichen Menschen, der sich unbewußt seines Daseins erfreut, kommt es schließlich auch in der ganzen ungeheuren technischen Welt, die auf uns zukommt, als Erstes und als Letztes an.

*Anschrift d. Verf.: Professor Dr. Wolfgang Schade-waldt, Tübingen, Nägelestraße 19*

## Geistesarbeit ist keine Ware

Von Rechtsanwalt Dr. Wolfgang Stammerger, MdB, Bundesminister a. D.

Namhafte Persönlichkeiten der Wirtschaft haben sich in jüngster Zeit gegen eine Begünstigung der Landwirtschaft und der freien Berufe bei der gesetzlichen Regelung der Mehrwertsteuer gewandt und erklärt, die Wettbewerbsneutralität werde gefährdet, wenn beide Gruppen nicht mit dem vollen Steuersatz herangezogen würden.

Dazu ist festzustellen, daß die freien Berufe aus Standesgründen weder untereinander noch mit Dritten in einem wirtschaftlichen Wettbewerb stehen. Die Erhaltung des außerwirtschaftlichen Charakters freiberuflicher Leistungen ist aber deshalb von besonderer Bedeutung, weil sonst der Grundsatz der Unabhängigkeit dieser freiberuflichen Leistungen verletzt würde. Die Geltendmachung von Gebühren und Vergütungen soll und muß für die freien Berufe sekundär bleiben. Da bei der Umsatzbesteuerung ein ausgesprochen wirtschaftlicher Vorgang (Lieferungs- und Leistungsverkehr) erfaßt wird, verlangte der primäre außerwirtschaftliche Charakter der freiberuflichen Leistungen schon immer deren Freistellung von der Umsatzsteuer (Allphasensteuer), und — erfordert diese heute erst recht von der neuen Mehrwertsteuer.

Auch können die freien Berufe nicht zur Verbreiterung der Besteuerungsgrundlage des neuen Umsatzsteuersystems herangezogen werden.

Wenn von den freien Berufen, so z. B. den Ärzten und Rechtsanwälten verlangt wird, für Kassenscheine, Armenanwaltsgebühren oder Pflichtverteidigungsgebühren tätig zu werden, und sie diese Tätigkeit als eine soziale Verpflichtung — wie sie sonst in keinem Wirtschaftsberuf zu finden ist — ansehen, kann staatlicherseits hierfür keine Umsatzsteuer gefordert werden. Vielmehr sollte der Gesetzgeber diese Leistungen von der Umsatzsteuer freistellen. Im übrigen war das Umsatzsteueraufkommen aus freiberuflicher Tätigkeit bisher sehr niedrig, weil diese Grundsätze vom Gesetzgeber zu einem nennenswerten Teil schon berücksichtigt worden waren (Freistellung der kassenärztlichen Leistungen, der künstlerischen und journalistischen Leistungen).

Schon allein aufgrund dieser Tatsache sind Differenzierungen bei Anwendung des Gleichheitsgrundsatzes (gleichmäßige Erfassung aller Leistungen und Lieferungen im Mehrwertumsatzsteuersystem) für die freien Berufe durchaus berechtigt. Sie gründen sich noch auf fol-

gende Verhältnisse. Die Leistungen der Heilberufe spielen sich nur persönlich zwischen den Angehörigen dieses Berufsstandes und deren Patienten ab. Künstler können nur dann unabhängig schaffen, wenn sie es nicht auf wirtschaftliche Erfolge abstellen. Das gleiche trifft für Architekten, Ingenieure und verwandte Berufe zu. Die rechts-, wirtschafts- und steuerberatenden Berufe können Individuen oder Gruppen von Individuen nur dann sachlich richtig beraten, wenn sie ihre Beratungen im Rahmen des Gesetzes und um des dem jeweiligen Gesetz inne wohnenden Grundsatzes willen vornehmen, und dabei nicht die Höhe der später zu entrichtenden Gebühren im Auge haben, werden doch auch wegen der Einhaltung dieser Grundsätze die Gebühren und Vergütungen freier Berufe nicht kalkuliert, sondern von den gesetzgebenden Instanzen festgesetzt. Weil die beruflichen Leistungen der freien Berufe gegenüber den damit in Zusammenhang stehenden wirtschaftlichen Belangen im Vordergrund stehen müssen, haben sich die freien Berufe schon immer gegen ihre Einbeziehung in die Umsatzsteuer gewandt. Die politischen Parteien, insbesondere die FDP, haben sich aus diesen Gründen seit Jahren für den Wegfall der Umsatzbesteuerung der freien Berufe eingesetzt. Auch waren schon in der früheren Gesetzgebung von 1918/19 gemäß § 4 Ziff. 11 UStG (Kassenärzte) und nach § 4 Ziff. 17 UStG (Künstler und Schriftsteller) — über die Hälfte der freien Berufe — aus der Umsatzbesteuerung herausgenommen. Der Gesetzgeber ist ferner in den letzten Jahren durch schrittweise Erleichterungen den Bestrebungen der freien Berufe entgegengekommen und hatte mit Wirkung vom 1. 1. 1961 durch die Neufassung des § 7 a UStG mit dem Freibetrag von 20 000 DM (bei Umsätzen bis zu 120 000 DM) alle Angehörigen der freien Berufe von der Umsatzsteuer freigestellt.

Der der Öffentlichkeit bekanntgewordene Referentenentwurf des Bundesfinanzministeriums vom 22. 4. 1963 hat den früheren § 4 Ziff. 11 und Ziff. 17 UStG gestrichen, ferner den in § 7 a UStG enthaltenen Freibetrag in eine Freigrenze abgewandelt, die den freien Berufen völlig fremde Besteuerung nach vereinbarten Entgelten eingeführt und dadurch die freien Berufe voll in das neue Umsatzsteuersystem einbezogen. Dies ist umso paradoxer, als im Ursprungsland der Mehrwertsteuer, nämlich Frankreich, die freien Berufe von der Umsatzbesteuerung ausgenommen sind.

# Die neue Ära:



Kausale Schleimhaut-Therapie des Magens

## Azupanthenol<sup>®</sup>

liquidum

Erstmalige Verbindung der spezifischen Schleimhautfaktoren:

Azulen und Pantothensäure

- ausgeprägt antiphlogistisch
- regenerierend und Säure-normalisierend
- epithelisierend
- prompte Schmerzfreiheit
- intensiver Ausheilungseffekt

**Gastritis, Sub- und Hyperacidität,  
Sodbrennen, Ulcus ventriculi et duodeni**

ADENYL-  
CHEMIE

ADENYL CHEMIE  
7 Stuttgart - Bad Cannstatt

Packungen mit 20 und 50 ccm  
2-3x tägl. 20 Tropfen und als

**Rollkur**



C I B A

# Spasmo- Cibalgin<sup>®</sup> compositum

bei starken Schmerzen



## Zäpfchen

Zäpfchen mit 0,65 g, 0,434 g Dimethylaminophenazon,  
0,126 g Dimethylaminophenazon-Diallylbarbitursäure, 0,050 g  
Chlorhydrat des Hexahydro-diphenylazetyl-diäthylamino-  
äthanoesters, 0,040 g Kodeinphosphat

## Dragées

Dragées mit 0,32 g, 0,217 g Dimethylaminophenazon,  
0,063 g Dimethylaminophenazon-Diallylbarbitursäure, 0,025 g  
Chlorhydrat des Diphenyl-azetyl-diäthylamino-  
äthanoesters, 0,015 g Kodeinphosphat

Wenn der Herr Bundesminister der Finanzen in der Zusammenfassung seines Berichtes am 15. 2. 1963 vor dem Deutschen Bundestag darauf hingewiesen hat, daß Sonderregelungen allenfalls für gewisse Dienstleistungen zugelassen werden können, die mit dem Produktionsprozeß nicht in unmittelbarem Zusammenhang stehen, dann sollten die Leistungen der freien Berufe von der neuen Mehrwertsteuer ganz ausgenommen werden, abgesehen davon, daß die freiberuflichen Leistungen nicht einmal solche Dienstleistungen, sondern Leistungen *sui generis* sind.

Mit einem Vorsteuerabzug ist den freien Berufen wenig geholfen, da sie in der Regel nur in einer Phase

tätig sind, so daß ihre Berufsaufgaben fast keinen Vorsteuerabzug ermöglichen (Praxismieten, Löhne). Auch ist die Umsatzsteuer für viele freie Berufe nicht abwälzbar und wirkt sich deshalb als zuzügliche Einkommenssteuer aus.

Wie wesensfremd das neue Mehrwertsteuersystem für die freien Berufe ist, geht eindeutig daraus hervor, daß sich dessen gepriesene Vorteile: Wettbewerbsneutralität, Vermeidung von Konzentrationen, Erleichterung der Harmonisierung im grenzüberschreitenden Verkehr, bei den freien Berufen überhaupt nicht auswirken.

*Anschrift d. Verf.: Bonn, Bundeshaus.*

## Schlechter Stil in der Diskussion um die Preugo-Erhöhung

Von Dr. J. Stockhausen, Köln

Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer

Wenn der Maßstab, nach dem die Leistungen einer Berufsgruppe zu bewerten sind, durch staatliche Rechtsverordnung als Amtliche Gebührenordnung festgelegt und damit der freien Preisbildung entzogen ist, dann steht diese Berufsgruppe in wirtschaftlicher Hinsicht unter einem schweren Handicap: Ihre Gebührenordnung kann nur durch staatlichen Akt der allgemeinen wirtschaftlichen Entwicklung und damit dem jeweiligen Lohn- und Preisniveau angepaßt werden. Das bedeutet aber in der Regel, daß eine solche Anpassung nur in größeren Zeitabständen erfolgt und darüber hinaus in ihrem Ausmaß mehr von der jeweiligen preispolitischen Konzeption der Regierung als von den wirtschaftlichen Gegebenheiten abhängig ist, eine nicht neue Erfahrung, die sich auch in der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (Preugo) einmal mehr bestätigt. Im Jahre 1894 in Kraft getreten und 1924 erstmals angepaßt, blieb die Preugo danach 28 Jahre lang bis 1952 trotz tiefgreifendster wirtschaftlicher Umwälzungen unverändert. Erst in diesem Jahre wurden die Mindestsätze in ihrem Wertvolumen um durchschnittlich etwa 31 v. H. heraufgesetzt. Eine zweite Preisrechtsverordnung im Jahre 1957 erhöhte — nach mehr als eineinhalbjährigen schwierigen Verhandlungen! — die Gebührensätze im Durchschnitt um weitere 27 v. H. Damit liegt der Wertbemessungsmaßstab für ärztliche Leistungen heute nur etwa um zwei Drittel über dem Stand, den er vor 39 Jahren hatte.

An diese Fakten muß leider wieder erinnert werden, da interessierte Kreise auch heute wieder versuchen, den Antrag der Bundesärztekammer, die Preugo-Mindestsätze durch eine längst überfällige Erhöhung um 35 v. H. der wirtschaftlichen Entwicklung anzupassen, als ungerechtfertigt abzutun. Da sich eine Änderung der Gebührenordnung auch auf die von den Krankenkassen vertraglich mit den Kassenärztlichen Vereinigungen vereinbarten Arzthonorare auswirkt — allerdings keineswegs automatisch, sondern erst auf Grund neuer Verträge —, könnte man Verständnis dafür aufbringen, daß gerade von seiten der Sozialversicherungsträger die Wünsche der Ärzteschaft kritisch geprüft werden. Das tut zum Beispiel im Juni-Heft der Zeitschrift „Die Krankenversicherung“ Diplom-Betriebswirt Rolf Liebold, Referent in der Geschäftsführung des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen. In seiner unter dem Titel „Ärztliche Gebührenordnungen — ein heißes Thema“ stehenden

Veröffentlichung kommt er zu dem Schluß, daß eine Anhebung der Preugo-Mindestsätze aus einer Reihe wichtiger Gründe nicht gerechtfertigt sei. Das würde nicht weiter verwundern, ist es doch eine häufig angewandte, wenn auch etwas abgenutzte „Arbeitgeber“-Taktik, einer Forderung auf Erhöhung von Gebührensätzen zunächst einmal ein grundsätzliches Nein entgegenzusetzen. Wenig Verständnis können jedoch die dabei verwandten Argumente finden, da sie leider nicht ausreichend auf dem Boden sachlicher Gegebenheiten bleiben, sondern sich recht zweifelhafter „Beweismethoden“ bedienen.

So wird die Frage gestellt, ob es gerechtfertigt sei und verantwortet werden könne, durch eine ministerielle Verordnung die Ausgaben für ärztliche Behandlung in absehbarer Zeit um jährlich 1,2 Milliarden DM heraufschnellen zu lassen. Dieser Betrag wird aus dem Gesamtumsatz der Ärzte in freier Praxis im Jahre 1961 errechnet, der mit rund 3 Milliarden DM beziffert wird. Man müßte aber recht gut wissen, daß in der Privatpraxis nicht die Preugo, sondern in aller Regel die Privat-Adgo die Honorargrundlage bildet und daß im großen Bereich der Ersatzkassenpraxis die Preugo ebenfalls nicht angewandt wird. Zieht man diese beiden Umsatzbereiche, die zusammen etwa 1,35 Milliarden DM Wertvolumen ausmachen, vom Gesamtumsatz aller Ärzte ab, dann verbleibt ein Betrag von rund 1,6 Milliarden DM, auf den die Preugo mittelbar Auswirkungen haben kann. Damit sinkt aber auch die Größenordnung, um die es hier auf die Dauer gesehen insgesamt geht, von den 1,2 Milliarden DM auf rund 650 Millionen DM Jahresumsatz ab.

Auch ist allgemein und damit sicher auch einem Krankenversicherungsfachmann bekannt, daß die Mindestsätze der Preugo keineswegs mit der Gesamtvergütung der Krankenkassen identisch sind, denn zwischen Gebührenordnung und ärztlichem Honorar steht die Vertragsverhandlung zwischen Krankenkasse und Kassenärztlicher Vereinigung. Wer diese Vertragsverhandlungen aus den vergangenen 14 Jahren kennt, weiß, daß die Ärzteschaft stets auf die wirtschaftlichen Verhältnisse der Krankenkassen Rücksicht nehmen mußte und auch genommen hat. Der warnende Hinweis, eine Erhöhung der Preugo-Mindestsätze sei letztlich von den Versicherten über erhöhte Beiträge zur Krankenversicherung zu zahlen, entbehrt auf Grund eben dieser Erfahrungen der Grundlage. Bis heute jedenfalls hat niemand den Nach-

weis erbringen können, daß Honorarerhöhungen nur über erhöhte Beiträge finanziert werden konnten. Unter diesem Gesichtspunkt ist erneut auch darauf hinzuweisen, daß sich die Ausgaben für ärztliche Behandlung in der sozialen Krankenversicherung im Rahmen der Entwicklung der Summe aller Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für die verschiedensten Leistungsbereiche halten.

Immer wieder taucht die Behauptung auf, eine Berücksichtigung der wirtschaftlichen Entwicklung einmal durch Erhöhung der Mindestsätze der Preugo und zum anderen durch Anpassung der kassenärztlichen Honorare an die Grundlohnsumme stelle einen Pleonasmus dar. Eine in sich falsche Behauptung wie diese gewinnt aber allein dadurch, daß sie ständig wiederholt wird, nicht an Richtigkeit. Hier werden nämlich Dinge in einer Sachzusammenhang gebracht, der in der behaupteten Form keineswegs besteht. Es ist bereits gesagt worden, daß die Mindestsätze der Gebührenordnung nicht bereits das Arzthonorar darstellen, sondern nur als Maßstab zur Bewertung der ärztlichen Leistungen dienen. Die Koppelung der Gesamtvergütung an die Grundlohnsumme dagegen ist ein Hilfsmittel zur Berücksichtigung der wirtschaftlichen Lage der Sozialversicherten und deren Entwicklung bei der Festsetzung des Arzthonorars. Aber auch das gilt nur bedingt, da sich die Löhne höherverdienender Arbeiter und Angestellter und die Einkommen der freiwillig weiterversicherten Mitglieder infolge der Beitragsbemessungsgrenze nur zu einem — immer kleiner werdenden — Teil in der Grundlohnsumme niederschlagen. Das weiß sicher auch Herr Liebold. Sein zur Darstellung des behaupteten „Pleonasmus“ gebrachtes Beispiel einer abstrakten Indexrechnung von Gebührenordnung und Gesamtvergütung ist daher schon im gedanklichen Ansatz verfehlt und kann nur zur Täuschung eines nicht sachverständigen Lesers führen.

Der Antrag der Bundesärztekammer zielt darauf hin, das in den letzten Jahren ständig größer gewordene Mißverhältnis zwischen der allgemeinen Lohn- und Preisentwicklung und dem Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen zu verringern. Das ist nicht ohne weiteres Einkommenspolitik. Jeder Versuch, hierbei Einkommensberechnungen und -vergleiche ins Spiel zu bringen, geht an dem eigentlichen Thema vorbei und belastet nur die Diskussion um die Sache. Im übrigen kann das Einkommen einer Berufsgruppe, das stets ein Produkt aus der Zahl der erbrachten Leistungen und deren Einzelwert ist, für sich allein keinen Maßstab dafür bilden, ob die Gebühr für eine Leistung angemessen ist oder nicht. Wenn man aber schon Einkommensberechnungen und -vergleiche vornimmt und dabei mit Durchschnittswerten arbeitet, dann muß es sich um methodisch saubere Berechnungen handeln. Es geht nicht an, die ganze — nicht kleine — Gruppe ärztlicher Praxen mit Umsätzen unter 8.500 DM und ab 1961 mit Umsätzen unter 20.000 DM mit der Begründung, sie würden das Bild verwässern, unberücksichtigt zu lassen, dagegen die Werte der extrem hohen Größenklassen mit einzu beziehen. Jeder Durchschnitt ist nun einmal der Mittelwert aus allen, auch den extremen Gruppen nach unten wie nach oben! Ober bleiben etwa bei der Berechnung der durchschnittlichen Grundlohnsumme der Versicherten die niedrigen Vergütungen außer Betracht? In ähnlich unkorrekter Weise werden auch die Praxisunkosten eingesetzt. Der Anteil der Praxisunkosten an den

## 67. Deutscher Ärztetag 1964

vom 23. bis 27. 5. 1964 in Augsburg

## 17. Bayerischer Ärztetag

vom 9. bis 11. Oktober 1964 in Oberstdorf

Bruttoeinnahmen der Ärzte wurden durch die Kostenstrukturerhebung 1959 in einer besonders kostengünstigen Umsatzgrößenklasse mit 33,1 v. H. ermittelt. Kann man diesen Satz aber auf alle Praxen anwenden? In Wahrheit bewegten sich die Praxisunkosten im Jahre 1959 bei den einzelnen Umsatzgrößenklassen zwischen 33,1 v. H. und 61 v. H. der Bruttoeinnahmen!

Was soll hier schließlich der Vergleich mit Beamtengehältern? Arbeitsumfang, Vergütungssystem und soziale Stellung eines Beamten lassen sich mit einem freien Beruf überhaupt nicht vergleichen. Wer es dennoch tut, muß sich den Vorwurf gefallen lassen, er wolle lediglich einen Neidkomplex bei unbefangenen Lesern ansprechen. Dagegen muß auch hier klargestellt werden: Das Statistische Bundesamt hat in Heft 12/1963 der Zeitschrift „Wirtschaft und Statistik“ darauf hingewiesen, daß unter den von der Umsatzsteuerstatistik erfaßten Gruppen der freien Berufe der Umsatzanstieg in den letzten Jahren bei den Ärzten der geringste gewesen ist!

Die Ärzteschaft unseres Landes behauptet keineswegs, daß es sich bei dem Antrag der Bundesärztekammer auf Erhöhung der Mindestsätze der Amtlichen Gebührenordnung um einen Kampf um ihre nackte wirtschaftliche Existenz handele. Darum geht es hier nicht. Die Bundesärztekammer will zur Bewertung ärztlicher Leistungen einen gerechten, der Entwicklung des allgemeinen Lohn-Preisniveaus wenigstens in seinem Wertvolumen entsprechenden Maßstab haben, nicht mehr und nicht weniger. Behauptungen und Unterstellungen, wie sie der eingangs erwähnte Aufsatz bringt, können nur zu einer unnötigen Belastung des Verhältnisses zwischen Ärzten und Krankenkassen führen. Beide Seiten haben sich in den vergangenen Jahren trotz eines natürlichen Gegensatzes in der Honorarfrage immer wieder zu ihrer gemeinsamen Aufgabe, für das Wohl der Krankenversicherten zu sorgen, zusammengefunden. Wenn aber die Auseinandersetzung um die beantragte Preugo-Erhöhung mit Äußerungen geführt wird, wie: „Es ist offensichtlich, daß die Ärzte dieses doppelte Geschäft machen wollen“ oder „Der Privatpatient ist dem Arzt medizinisch und finanziell ausgeliefert“ oder „Dies kann mit der ständigen Jagd von Rennhunden nach dem mechanischen Hasen auf der Hunderennbahn verglichen werden“, dann ist das nicht nur schlechter Stil, sondern eine schon — um im Jargon zu bleiben — recht üble „Masche“. Man kann solche Diskussionsformen nur bedauern und mit Entschiedenheit zurückweisen. Dazu passen dann schließlich Behauptungen wie, die Morbiditätssteigerungen seien weitgehend unberechtigt; sie klingen seltsam gerade aus dem Munde des Vertreters einer Institution, die in der gleichen Veröffentlichung sich als Anwalt der Interessen ihrer Versicherten bezeichnet. Aber dazu werden sich die Betroffenen am besten selbst äußern.

# Frühschäden an Herz und Kreislauf\*)

Von Fritz Graser

Bekanntlich kommt den Herz- und Kreislaufkrankheiten und ihrer Behandlung heute eine große Aufmerksamkeit zu. Dabei liegt es sehr nahe, die Bemühungen um die Verhütung und Bekämpfung dieser Krankheiten so früh als nur möglich anzusetzen. Die Frage nach den Frühschäden an Herz und Kreislauf gewinnt so gesehen nicht zuletzt auch für den praktischen Arzt und den Pädiater ein besonderes Interesse.

An dieser Stelle muß man aber sogleich feststellen, daß die Kenntnisse über die späteren Auswirkungen der mannigfaltigen Störungen und Beeinträchtigungen des kardiovaskulären Systems bislang noch recht unzureichend sind, so daß es zweckmäßig erscheint, die Frage der Frühschäden im Hinblick auf die wichtigsten Herz- und Gefäßkrankheiten zu stellen und zu beantworten.

Der Rahmen dieser Betrachtung soll nicht soweit gespannt werden, daß hier auch die angeborenen Herzfehler und ihre Ursachen Berücksichtigung finden, obgleich das Wissen um die Gameto- und Embryopathien — man denke nur an die Rötelymbryopathie — auch in praktischer Hinsicht Beachtung verdient. Statt dessen seien die erworbenen Herzkrankheiten als Ausgangspunkt gewählt, weil die rheumatische Karditis in beispielhafter Weise die Bedeutung des Frühschadens erkennen läßt. Es braucht an dieser Stelle wohl nicht besonders betont werden, daß die rheumatischen Herzkrankheiten — wenn man von der kardialen Beteiligung bei der rheumatischen Arthritis absieht — auf einer „allergischen“ Karditis beruhen, die durch eine Infektion mit  $\beta$ -hämolyisierenden Streptokokken der Gruppe A (Lancefield) bei entsprechend disponierten Personen ausgelöst wird. Wichtig erscheint in diesem Zusammenhang, daß die Erstmanifestation des rheumatischen Fiebers und damit auch der rheumatischen Karditis vorwiegend in das Schulalter fällt. Dabei spielen neben den Streptokokkeninfektionen hereditäre und konditionelle Momente eine wichtige Rolle, doch kennen wir diese noch zu wenig, um sie in ihrer pathogenetischen Bedeutung richtig zu plazieren und um darüber hinaus von ihnen eine brauchbare Dispositionsprophylaxe ableiten zu können. Alle Maßnahmen, die zur Erhöhung der Infektoresistenz führen können, verdienen in diesem Zusammenhang ebenso viel Aufmerksamkeit wie die Versuche zur Dämpfung der Entzündungsbereitschaft. Allein die vorliegenden Ergebnisse auf diesem Gebiet sind bei kritischer Betrachtung so dürftig, daß zur Zeit nichts anderes übrig bleibt, als die Früherkennung und Behandlung des rheumatischen Fiebers und die Reconvaleszenzprophylaxe in den Mittelpunkt der Therapie der rheumatischen Frühschäden am Herzen zu rücken.

Bevor nun die Behandlung des rheumatischen Fiebers besprochen wird, ist es wichtig, kurz auf die Frühdiagnose einzugehen. Es bedarf an dieser Stelle wohl nicht der Betonung, daß die Aussichten auf eine erfolgreiche Therapie des rheumatischen Frühschadens um so besser sind, je früher die rheumatische Erkrankung erkannt und behandelt wird. Die Forderung nach der Frühdiagnose des rheumatischen Fiebers ist zwar sehr

leicht zu stellen, aber bei dem heute meist blanden und uncharakteristischen Verlauf der Krankheit sehr viel schwerer zu erfüllen. Die typischen Erscheinungen des rheumatischen Fiebers in Form einer manifesten Karditis, Arthritis sowie von Noduli, Exanthenen usw. fehlen bei den zur Zeit vorkommenden blanden Krankheitsverläufen fast regelmäßig. Da diese symptomarmen rheumatischen Prozesse einschließlich der Chorea minor nach den seitherigen Erfahrungen (Bland und Jones) aber sehr wohl mit einer schleichenden Endokarditis, die zu einem Herzklappenfehler zu führen vermag, einhergehen können, ist ihre Erkennung und Behandlung eine wichtige Aufgabe. Nur wenn man bei jedem unklaren fieberhaften Krankheitsbild im Kin-

Abb. 1

## Frühsymptome des rheumatischen Fiebers

Allgemeine	Karditische
Fieber	Dumpfe Herztöne
Gelenkschmerzen (z. T. sehr flüchtig)	Pendel- oder Ticktackrhythmus
Bauchschmerzen	Überhöhte Tachykardie mit starrer Frequenz
Blässe	Überleitungsstörung u. a. Ekg-Veränderungen
CrP-Reaktion pos.	
BSG-Anstieg	

desalter mit stark beschleunigter BSG und überhöhter Tachykardie differentialdiagnostisch an die Möglichkeit eines rheumatischen Fiebers denkt und gegebenenfalls CrP, AST, EKG usw. kontrolliert (s. Abb. 1), kann man auch bei erheblichen Zweifeln zu einer Klärung kommen. Nachdem die diagnostischen Untersuchungen eingeleitet sind, sollte man in allen Verdachtsfällen mit der Therapie beginnen, da nach neueren Untersuchungen durch eine energische Frühbehandlung des rheumatischen Fiebers auch eine günstige Beeinflussung der Karditis möglich erscheint.

Im Mittelpunkt des therapeutischen Interesses bei der Frühbehandlung des akuten Rheumatismus stehen heute — besonders im Hinblick auf das Herz — die Corticoide. Auch wenn man in den Glukocorticoiden nach der englisch-amerikanischen Gemeinschaftsuntersuchung aus dem Jahre 1956 kein Wundermittel zur Behandlung des rheumatischen Fiebers mehr erblicken kann, so finden doch die zahlreichen positiven Urteile über die Therapie mit Corticoiden durch die kritische vergleichendtherapeutische Studie von Dorfman eine Bestätigung. Offensichtlich läßt sich durch eine frühzeitige und energische Steroidtherapie der Ausbildung von Herzklappenfehlern mit gutem Erfolg entgegenwirken. Abgesehen von dem frühen Beginn kommt es dabei offensichtlich auch auf eine ausreichend lange und hohe Corticoidmedikation — z. B. Prednison in einer Dosierung von 1,0 — 2,0 mg pro 24 Stunden über 4 bis 6 Wochen — ganz wesentlich an. An dieser Stelle ist noch darauf hinzuweisen, daß man nicht nur wegen der regressiven Transformation der Nebennierenrinde, sondern auch zur Vermeidung von rheuma-

\*) Vortrag beim 21. Fortbildungslehrgang „Kneipp-Therapie bei funktionellen Störungen und chronischen Erkrankungen“ in Bad Wörishofen.

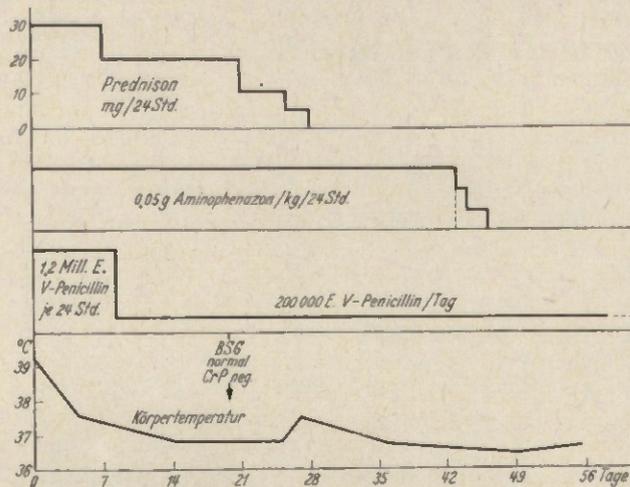


Abb. 2: Therapie des rheumatischen Fiebers.

tischen Rebounds die Corticoide nur langsam abbauen, d. h. sich mit dem Medikament „ausschleichen“ sollte. Die durch Penicillin und gegebenenfalls durch Aminophenazon oder Salicylsäurepräparate ergänzte Steroidtherapie (s. Abb. 2) darf nur nach dem Abklingen der entzündlichen Aktivität, d. h. nach Normalisierung der Körpertemperatur und der BSG beendet werden. Bei einem unzureichenden therapeutischen Erfolg ist in begründeten Fällen eine Fokalsanierung, insbesondere die Tonsillektomie angezeigt, die man aber nur unter intensivem Penicillinschutz durchführen sollte. Eine obligate Durchführung der Tonsillektomie beim rheumatischen Fieber bringt auch hinsichtlich der Karditis keine echten Vorteile mit sich.

Von ganz besonderer Bedeutung zur Stabilisierung des therapeutischen Erfolgs ist die Nachbehandlung. Diese schließt die Recidivprophylaxe mit Penicillin als wirksamstes Element ein. Gerade im Zusammenhang mit den rheumatischen Frühschäden am Herzen kommt der Penicillinprophylaxe große Beachtung zu, denn ebenso wichtig wie die frühzeitige Therapie der Karditis ist die Verhütung von Recidiven, da diese in den meisten Fällen zu einem irreparablen Herzschaden führen. In Übereinstimmung mit den klinischen Erfahrungen hat Faßbender in einer morphologischen Studie gezeigt, daß das rheumatische Recidiv vor allem zu Destruktionen an dem schon präparierten Endokard führt. Nach Rammelkamp sowie nach vielen späteren Untersuchern kann man durch eine konsequente Gabe von Penicillin zur Verhütung von Streptokokkeninfekten eine erhebliche Reduktion der Recidive des rheumatischen Fiebers (75—80%) erzielen. Damit ist die Prognose vor allem für die an einer rheumatischen Karditis erkrankten Kinder wesentlich verbessert worden. Mit der Recidivprophylaxe, die man mit täglich 200 000 E V-Penicillin per os oder dreiwöchentlichen Gaben von Langzeitdepot-Penicillin intramuskulär wirksam betreiben kann, sind auch alle weiteren Maßnahmen zur Nachbehandlung auf eine sichere Basis gestellt worden. Eine längere körperliche Schonung wird man nur noch bei einem schweren Herzschaden empfehlen. In allen anderen Fällen kann man unter dem Penicillinschutz zu einer maßvoll dosierten physikalischen Therapie mit körperlichem Training und hydrotherapeutischen Maßnahmen übergehen. Besondere Wichtigkeit kommt der Penicillinprophylaxe im Hinblick auf die Nachbehandlung von Patienten mit rheu-

matischer Karditis in Sanatorien zu, da sie die Gefahr durch erhöhte Streptokokkenkontakte bei solchen Kuraufenthalten weitgehend beseitigt. Ebenso wichtig wie die Frühbehandlung ist auch bei leichtem Verlauf des rheumatischen Fiebers die Durchführung der Penicillinprophylaxe über ein, besser sogar mehrere Jahre, da sie die Ausbildung eines weiteren Schadens an dem durch die Ersterkrankung schon gezeichneten Herzen weitgehend zu verhindern vermag, wie dies erst kürzlich wieder Köttgen und Callensee in ihrer Monographie über das rheumatische Fieber mit Nachdruck betonten. Dabei ist die Befürchtung hinsichtlich eines Verlustes der Wirksamkeit des Penicillins bislang unbegründet und die Angst vor der Penicillinallergie wenig sinnvoll, denn das Risiko des Recidivs und irreparablen Herzschadens ist sehr viel größer als das einer Penicillinallergie.

Die Frühschäden des Herzens, die durch Virusinfektionen gesetzt werden können, lassen sich in ihren späteren Auswirkungen heute noch nicht genügend abschätzen. Auch wenn man bei einer Reihe von akuten Viruskrankheiten vor allem EKG-Veränderungen beobachten kann und dabei in Einzelfällen darüber hinaus eine Myokarditis voll zur Ausbildung kommen sieht, so bedarf es noch eingehender katamnestischer Untersuchungen zur Klärung ihrer möglichen Folgen. In den meisten Fällen richtet sich die Nachbehandlung weniger nach der Herzbeteiligung als nach der Schwere der Grundkrankheit. Doch sei in diesem Zusammenhang der Hinweis gestattet, daß eine verzögerte Rekonvaleszenz nach manchen Viruserkrankungen, auch wenn sie nicht auf die vorausgegangene Herzaffektion zurückzuführen ist, auch die Erholung des Myokards beeinträchtigen kann. Aus diesem Grunde sind alle robrierenden Maßnahmen, die sich bei einer gestörten Rekonvaleszenz günstig auswirken können, auch in bezug auf das Herz zu empfehlen. Das gleiche gilt für die Nachbehandlung von infektiöstoxischen Myokardschäden. Im Rahmen solcher Bemühungen kommt der Hydro- bzw. Thermo- u. E. besonderer Wert zu. Darüber hinaus kann man mit einer feindosierten Hydrotherapie, insbesondere mit Kälteanwendungen vegetative Störungen bei Patienten mit organischen Herzkrankheiten, soweit keine Insuffizienz oder Entzündung vorliegt, mit gutem Erfolg behandeln.

Die physikalische Therapie bei den Kreislaufunktionsstörungen soll an dieser Stelle nicht generell dargelegt werden. Diese Zurückhaltung ist deshalb angebracht, weil sonst der Eindruck erweckt werden dürfte, daß die im Schulalter häufig in Erscheinung tretenden cardiovasculären Dysfunktionen ohne weiteres als Frühschaden aufzufassen seien; entgegen der früher oft vertretenen Meinung trifft dies bei den hypotonen Kreislaufstörungen — von Ausnahmen abgesehen — schwerlich zu, wie auch Delius u. a. betonen. Eine eingehende Erörterung dieser Frage, besonders auch im Hinblick auf die orthostatischen EKG-Veränderungen und die dabei erwogene Myokardschädigung möchte ich hier nicht einschalten, da sie allzuleicht den Rahmen dieses Referates sprengen könnte. Die seltenen Ausnahmen, die es von der Regel geben mag, verlangen stets eine sehr eingehende Prüfung, ob der Herzschaden nicht doch auf eine andere Ursache als die Kreislaufunktionsstörung zurückzuführen ist. Die Indikation zur Therapie der orthostatisch bzw. vegetativ bedingten Kreislaufunktionsstörungen soll mit dieser Stel-

lungnahme auf keinen Fall eingeschränkt werden, denn die Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit und damit der gesamten Lebensentfaltung der betroffenen Kinder und Jugendlichen ist Grund genug, mit allen sinnvollen Behandlungsmöglichkeiten diesen zirkulatorischen Dysfunktionen zu wehren.

Ein Sektor der Kreislaufunktionsstörungen besitzt aber eine echte Bedeutung als Frühschaden des Kreislaufs bzw. der arteriellen Gefäße; es handelt sich um die hypertonen Regulationsstörungen (s. Abb. 3.) bzw. den labilen Hochdruck. Diesen Dysregulationen, die

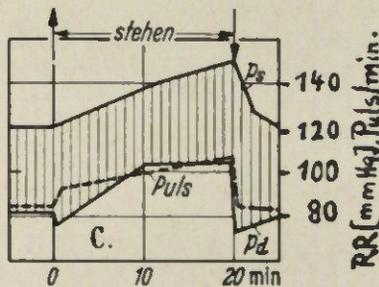


Abb. 3:  
Hypertone Kreislaufreaktion unter der orthostatischen Belastung.

vorwiegend im Reifungsalter auftreten, kommt ganz besonderes Interesse im Hinblick auf die essentielle Hypertonie zu (Möller). Damit soll nun nicht gesagt werden, daß jeder Schüler oder Jugendliche, der im Steh- oder Arbeitsversuch mit einem Blutdruckanstieg reagiert oder der bei der einmaligen Blutdruckmessung in Ruhe einen hohen Wert bietet, als späterer Hypertoniker angesehen werden soll. Bekanntlich muß man bei der erstmaligen Messung des arteriellen Drucks immer damit rechnen, daß die ungewohnte Untersuchungssituation zu einer nervösen Alteration mit hypertoner Reaktion führt. Erst nach wiederholter Kontrolle sollte man die Tendenz zu Blutdruckerhöhungen in der Pubertät bzw. Adoleszenz als Ausdruck einer Labilität oder Störung der Pressoregulation bewerten. Auch damit ist noch keineswegs der Nachweis erbracht, daß sich bei dem betreffenden Jugendlichen eine essentielle Hypertonie anbahnt; doch die Möglichkeit einer solchen Entwicklung ist in erhöhtem Maße gegeben. Nach einer Reihe von Untersuchungen muß man damit rechnen, daß bei einem Drittel der Patienten mit anhaltenderen hypertonen Regulationsstörungen sich später ein fixierter Hochdruck entwickelt. Dieser Übergang zur essentiellen Hypertonie vollzieht sich vor allem bei Jugendlichen mit einer ausgesprochenen Neigung zu Tachykardien sowie bei Adipösen. Angesichts der Auswirkungen einer frühen Manifestation der essentiellen Hypertonie auf das Herz und die Arterien, die in einer erheblichen Einschränkung der Lebenserwartungen ihren Ausdruck finden, können wir vom ärztlichen Standpunkt aus die Entwicklung vom labilen zum fixierten Hochdruck keineswegs als eine Spielart der normalen Ausprägung der Kreislaufregulation in der Ado-

leszenz ansehen, sondern müssen in ihr einen krankhaften Vorgang mit schwerwiegenden Spätfolgen erblicken. Dies zu betonen, erscheint deshalb angezeigt, weil in den letzten Jahren eine theoretisch zwar interessante, aber ärztlich sehr problematische Arbeitshypothese Verbreitung gefunden hat, die die essentielle Hypertonie als Ausdruck der individuellen Streuung des Arteriendruckes im Bereich der biologischen Norm erklärt. Die nüchterne Bewertung des Hochdrucks durch die Lebensversicherungen auf diesem Gebiet macht m. E. am besten den Unterschied zwischen Theorie und Praxis deutlich.

Wenn man die hypertone Kreislaufregulationsstörung bzw. den labilen Hochdruck im Reifungs- und Jugendalter als einen die essentielle Hypertonie präformierenden Frühschaden versteht, dann liegt es nahe, alles daranzusetzen, um diesen Schaden zu beheben, bevor er sich auswächst. Gilt es doch hier wie auch sonst in der Heilkunde nach Möglichkeit den Anfängen zu wehren. Es fragt sich nur, wie man dabei vorgeht. Dies ist keineswegs nur eine Frage der jeweiligen Schulmeinung oder des therapeutischen Geschmacks, sondern eine Entscheidung, die von Patient zu Patient unter Berücksichtigung der jeweils vorliegenden Situation getroffen werden muß. So möchten die nachfolgenden therapeutischen Empfehlungen nicht als ein Schema zur Behandlung der labilen Hypertonie in der zweiten und gegebenenfalls auch dritten Lebensdekade verstanden werden, sondern als Vorschläge, die man oft variieren oder modifizieren muß, um zu einer erfolgreichen Behandlung zu gelangen. An erster Stelle ist darauf zu achten, daß die betroffenen Jugendlichen nicht den Eindruck gewinnen, daß mit ihrem Hochdruck etwas nicht in Ordnung ist oder daß sie an einem Hochdruck leiden. Vielmehr sollte man von einer übermäßigen Anspannung des Kreislaufs infolge einer nervösen Überlastung oder eines übermäßigen Trainings sprechen. Dementsprechend ist es angebracht, zunächst in einer Beratung eine sinnvolle Regelung der Lebensführung bzw. des Tageslaufes vorzuschlagen. Dabei ist es wichtig, Leistungswillen und Leistungsvermögen aufeinander abzustimmen (Wyss) und anstelle von Ermahnungen und Verboten Ehrgeiz und Geltungsbestreben auf erreichbare positive Ziele zu lenken. In Verbindung damit erscheint eine richtig durchgeführte Hydro- und Thermo-therapie geeignet, die Normalisierung der Kreislaufregulation zu fördern. Nur wenn dies nicht in befriedigender Form möglich und eine Kurbehandlung nicht zu erreichen ist, sind zentral dämpfende Medikamente am Platze. Eine Therapie mit blutdrucksenkenden Mitteln ist in der Regel nicht indiziert. Die Behandlung der essentiellen Hypertonie oder der symptomatischen Formen des Hochdrucks gehört nicht hierher, wohl aber muß an dieser Stelle mit Nachdruck gefordert werden, daß auch beim labilen Hochdruck zum Ausschluß anderer hypertoner Krankheiten —

**RECORSAN®** die älteste **Herzsalbe**  
 aber allen neuzeitlichen Forderungen entsprechend  
 schnelle Penetration und Resorption, hierdurch sichere Wirkung  
 fettfrei — wasserlöslich — nicht schmutzend

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

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

man denke nur an das Phäochromocytom — eine genaue differentialdiagnostische Analyse vorgenommen wird; nicht zuletzt auch deshalb, weil neuere Untersuchungen zeigen, daß der Hochdruck weit häufiger renaler Genese ist, als früher angenommen wurde. Die Frage der Frühschäden ist mit diesen Ausführungen keineswegs in ihrer ganzen Breite und Vielschichtigkeit dargelegt. Man denke nur an die uns doch noch wenig bekannten Initialschäden, die zu den schweren Gefäßkrankheiten einschließlich der Coronarerkrankungen und des Myokardinfarktes führen können. Eine beachtliche Zahl pathogenetischer Faktoren wird im Zusammenhang mit den Angiopathien diskutiert, doch Störungen und Veränderungen im Sinne des Frühschadens sind dabei bisher nicht klar herausgearbeitet, obschon dies von besonderem praktisch-ärztlichem Interesse wäre. Dies trifft auch im Hinblick auf die Arteriosklerose zu. Es kann kein Zweifel darüber bestehen, daß die Gefäßwand von der Kindheit an einem beachtlichen Wandlungsprozeß unterworfen ist. Diese Gefäßveränderungen im Rahmen der Biomorphose führen selbst nicht ohne weiteres zur Arteriosklerose, sondern sie begünstigen nach der z. Z. herrschenden Lehrmeinung nur die Ausbildung des sklerosierenden Krankheitsprozesses (Bredt). Die Frage, die sich in diesem Zusammenhang stellt, heißt, ob besonders starke regressive Wandveränderungen durch Ernährungsschäden, Genußgifte usw. nicht doch schon einen echten Frühschaden darstellen, der dann schon bei geringen krankhaften Reizen zur Arteriosklerose führt.

Es würde in diesem Rahmen sicher zu weit führen, die eben aufgeworfene Frage zu besprechen, zumal unser Wissen auf diesem Gebiet noch äußerst mangelhaft ist. Sicher wird man aber keinen Fehler begehen, wenn man schon heute einer Überernährung vom Kindesalter an ebenso entgegenwirkt wie einem einseitigen und übermäßigen Angebot an tierischen Fetten in der Nahrung (Schettler). Insofern kann man nur die neueren Bemühungen um die Verbesserung der künstlichen

Säuglingsnahrung durch Ölzusätze zu den adaptierten Kuhmilchpräparaten begrüßen. Es bleibt abzuwarten, ob man auf dem Wege über die Ernährung auf Dauer die Schäden und Krankheiten der Gefäßwand wirksam bekämpfen und der Ausbildung der Arteriosklerose entgegenwirken kann. Der Versuch in dieser Richtung erscheint auf alle Fälle angebracht.

Die Frühschäden an Herz und Kreislauf verdienen angesichts der starken Zunahme der kardiovaskulären Erkrankungen ein breites ärztliches Interesse. Am dringlichsten und wichtigsten erscheint im Augenblick aber die wissenschaftliche Forschung auf diesem Gebiet, damit wir bei der Erkennung und Behandlung der Frühschäden des Kreislaufs nicht von vagen Vorstellungen, sondern von gesicherten Erkenntnissen ausgehen können. Ein echter Fortschritt in der ärztlichen Praxis setzt auch hier eine intensive wissenschaftliche Vorarbeit voraus.

#### Literaturverzeichnis:

- Bland, E. F. and Jones, T. D.:  
Circulation 4, 636 (1951).  
Bredt, H.:  
Therapiewoche 7, 1 (1956/57).  
Kirchhoff, H. W.:  
Vegetative Kreislaufregulationsstörungen, in F. Linneweh.  
Köttgen, U. und Callensee, W.:  
Rheumat. Fieber im Kindesalter. F. Enke Verlag, Stuttgart, 1961.  
Lancefield, R. C.:  
J. Exper. Med. 57, 571 (1933).  
Moeller, J.:  
Essentielle Hypertonie, in F. Linneweh. Die Prognose chronischer Erkrankungen. Springer-Verlag Berlin-Göttingen-Heidelberg, 1960.  
Rammelkamp, Ch. H. und Mitarb.:  
Bull. N. Y. Acad. Med. 23, 321 (1952).  
Schettler, G. und Eggstein, M.:  
Dtsch. med. Wschr. 83, 702 (1958).  
Wyss, D.:  
Dtsch. med. Wschr. 80, 822 (1955).

Ansch. d. Verf.: 62 Wiesbaden-Sonnenberg, Sooderstraße 21.

## Wann gewährt die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte Kinderheilverfahren?

Von Alfred Perl

Bekanntlich beteiligen sich die Landesversicherungsanstalten an den Kosten der notwendigen Erholungsverschiebungen von Kindern. Bei der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte in Berlin (BfA) vermißt man aber eine solche Regelung für den bei ihr versicherten Personenkreis. Die BfA führt aber dafür sogenannte Kinderheilverfahren durch, so daß hier unter Umständen bei kranken Kindern ein gewisser Ausgleich besteht. Für wen und wann kann nun die BfA ein Kinderheilverfahren durchführen und was ist dabei zu beachten? Die BfA gewährt ein Kinderheilverfahren, wenn Krankheiten vorliegen, die vermuten lassen, daß später die Erwerbsfähigkeit dauernd beeinträchtigt würde. Diese Vermutung besteht bei Krankheiten der Atmungsorgane, Herz- und Kreislaufkrankheiten, allgemeinen nervösen Regulationsstörungen, Krankheiten des rheumatischen Formenkreises, Schäden des Stützapparates und Poliomyelitiden, Krankheiten der Drüsen mit innerer Sekretion, allergischen Krankheiten und schließlich bei Leber- und Nierenschäden. Das Kind

muß aber frei sein von ansteckenden Krankheiten und darf nicht aus einer Umgebung mit ansteckenden Krankheiten kommen.

Ein Heilverfahren wird aber nicht gewährt bei akuten Krankheiten (z. B. Blinddarmentzündung); Krankheiten tuberkulöser Art; Krankheitszuständen, bei denen mit einer Heilung oder wesentlichen Besserung des Gesundheitszustandes nicht gerechnet werden kann; Krankheiten, soweit sie mit chronischen Eiterungen verbunden sind und schließlich noch bei ungeklärten Krankheitsbildern.

Das Heilverfahren wird, wenn die medizinischen Voraussetzungen vorliegen, gewährt für nichtversicherte Kinder von Versicherten und Rentenempfängern, sowie nichtversicherte Empfänger von Waisenrente. Als Versicherte in diesem Sinne gelten jene Angestellten, die in den letzten 24 Monaten vor der Antragsteilung eine anrechnungsfähige Versicherungszeit von mindestens 12 Monaten zurückgelegt haben. Als Kinder in diesem Sinne gelten die eheichen Kinder, die in den Haushalt



**BERUHIGT  
VERLÄSST  
DER ARZT  
DEN  
PATIENTEN  
ES BLEIBT  
DIE  
SICHERHEIT  
DURCH  
Baycillin**

# NEU! Baycillin<sup>®</sup>

*Baycillin – mehr als ein orales Penicillin*

1. 3mal höhere Serumspiegel als nach anderen oralen Penicillinen
2. bereits 15 Minuten nach der Einnahme hohe antibakterielle Serumkonzentrationen
3. ausgezeichnete Gewebegängigkeit, selbst am Ort der Infektion können baktericide Spiegel erreicht werden
4. vollwirksam auch bei leicht- und mittelresistenten Staphylokokken, da weitgehend Penicillinase-unabhängig
5. hoher therapeutischer Effekt bei Streptokokkeninfektionen
6. orales Penicillin in Drageeform, kein Penicillin-Geschmack, keine Störung der physiologischen Mundflora.

# Für Menschen mit spastischen Schmerzen



## Spasmo- Dolviran®

Rasche Spasmolyse und Analgesie durch die Kombination des neuen Spasmolyticums Phencarbamid mit der vollen Dolviran-Dosis

Spasmen der glatten Muskulatur im Bereich der Nieren und abführenden Harnwege, Blasentenesmen, Dyskinesien der Gallenwege, Spasmen des Magen-Darm-Traktes, Geburtsschmerzen, Dysmenorrhoe, Migräne

Zusammensetzung:  
Phencarbamid . . . . . 0,01 g (Supp.)  
Phencarbamid-naphthal.-1,5-  
disulfonat . . . . . 0,01 g (Tabl.)  
Aspirin® . . . . . 0,2 g  
Phenacetin . . . . . 0,2 g  
Codein. phosphoric. . . . . 0,01 g  
Coffein. anhydr. . . . . 0,05 g  
Luminal® . . . . . 0,025 g

Originalpackungen:  
5 Suppositorien  
10 Suppositorien  
20 Tabletten

des Versicherten aufgenommenen Stiefkinder, die für ehelich erklärten Kinder, die an Kindes Statt angenommenen Kinder, die unehelichen Kinder eines männlichen Versicherten, soweit die Vaterschaft anerkannt ist, die unehelichen Kinder einer Versicherten und schließlich noch die Pflegekinder.

Bei diesen Kinderheilverfahren handelt es sich um eine zusätzliche Leistung aus der Versicherung. Anträge auf Einleitung eines Heilverfahrens sind von den Eltern, bzw. bei Waisen vom Vormund, zu stellen. Entsprechende

Antragsvordrucke sind bei den Krankenkassen und Versicherungsämtern erhältlich. Das Heilverfahren dauert in der Regel sechs Wochen, kann aber verlängert werden. Im Rahmen dieser Kinderheilverfahren übernimmt die BfA Unterkunft und Verpflegung in Sanatorien, ärztliche Betreuung, Pflege und Versorgung mit Kurmitteln und Medikamenten. An- und Rückreisekosten, bei Kindern unter 16 Jahren auch für eine Begleitperson, werden ebenfalls übernommen.

Anschr. d. Verf.: Amberg/Opf., Regerstraße 19.

## Empfehlungen für Entbindungs-Abteilungen

Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie, die Vereinigung der Deutschen Hebammenlehrer und die Konferenz der geburtshilflich-gynäkologischen Ordinarien Westdeutschlands haben in gemeinsamen Besprechungen die nachstehenden

### Empfehlungen für die räumliche, technische und personelle Einrichtung von Entbindungsabteilungen

ausgearbeitet. Diese Empfehlungen stützen sich auf die Tatsache, daß die Mütter- und Säuglingssterblichkeit im Bundesgebiet durchschnittlich über dem der vergleichbaren westlichen Kulturländer liegt.

Die genannten Gremien sind der Ansicht, daß eine Verbesserung der geburtshilflichen Ergebnisse z. T. mit der ungenügenden räumlichen, technischen und personellen Einrichtung der Entbindungsanstalten zusammenhängt.

### Räumliche, technische und personelle Einrichtung von Entbindungsabteilungen

Die Empfehlungen betreffen Entbindungsabteilungen an mittleren und kleinen Krankenhäusern, Privatkliniken und Entbindungsheimen.

#### Zweckbestimmung von Entbindungsabteilungen:

- Normale und pathologische Entbindungen unter ärztlicher Aufsicht und Leitung
- Pflege und Behandlung von gesunden und kranken Wöchnerinnen
- Pflege von gesunden Neugeborenen
- Pflege und Behandlung von Schwangeren mit Komplikationen
- Ambulante Beratung von Schwangeren

Es werden auf der Entbindungsabteilung auch Frühgeburten aufgenommen; jedoch sollten Aborte und gynäkologische Erkrankungen und Eingriffe tunlichst nicht aufgenommen werden.

Ebenfalls sollen kranke Neugeborene und kranke Säuglinge nicht aufgenommen werden; diese müssen unverzüglich auf die pädiatrische Abteilung verlegt werden. Dies gilt auch für nicht-ansteckende Neugeborenen-Erkrankungen, z. B. Ikterus gravis zur Austauschtransfusion.

Ansteckende und fieberhafte Erkrankungen von Schwangeren und Wöchnerinnen (infektiöse Hepatitis, Mastitis, puerperale Infektion) müssen von der Wöchnerinnen-Abteilung fort und auf die Septische oder Innere Abteilung des Krankenhauses verlegt werden.

Eine deutliche räumliche Trennung der Entbindungsabteilung von der gynäkologischen Abteilung (infektiöse

gynäkologische Erkrankungen) und den anderen Abteilungen des Krankenhauses muß eingehalten werden. Auch in Privatfrauenkliniken und Entbindungsheimen sollte die deutliche räumliche Trennung von Gynäkologie und Geburtshilfe erstrebt werden.

### I. RÄUME

#### A) ENTBINDUNGSABTEILUNG:

- Aufnahme
- Wehenraum
- Entbindungsräume
- Operationsraum
- Arbeitsraum für Reinigung und Sterilisation
- Toilette
- je ein Dienstzimmer für Ärzte und Hebammen

#### B) WOCHENSTATION

#### C) NEUGEBORENENSTATION

#### D) SCHWANGERENBERATUNG

- Warteraum (evtl. Raum für Kinder und Begleitpersonen)
- Untersuchungsraum
- Arztzimmer
- Toilette

#### A) ENTBINDUNGSABTEILUNG

Im Aufnahmerraum sollen eine Badewanne und/oder Dusche sowie Klosett-Sitz vorhanden sein, außerdem eine Waage, Einrichtung zur Harnuntersuchung, Blutdruckapparat.

Der Wehenraum enthält ein Waschbecken mit fließendem warmem und kaltem Wasser, ein bis zwei Betten, einen kleinen Schreibtisch, Schrank für Instrumente und Medikamente, Ständer mit Trommeln für sterile Handschuhe und sterile Wäsche zur vaginalen Untersuchung. Außer der Raumbeleuchtung Scheinwerfer für SpekulumEinstellung. Klingelknöpfe für Rufanlage.

Der Entbindungsraum (Entbindungsräume) soll neben dem Wehenraum liegen und durch eine weite Tür verbunden sein, so daß das Bett leicht von einem in den anderen Raum geschoben werden kann. Der Entbindungsraum soll mindestens 6×7 m groß sein, so daß zwei Entbindungsbetten darin Platz haben und außerdem ein weiteres Bett danebengeschoben werden kann.

Auf 20 Wöchnerinnenbetten werden zwei bis drei Entbindungsbetten benötigt; bei größeren Abteilungen ist auf je zehn Wöchnerinnenbetten ein Entbindungsbett zu rechnen.

Die metallenen Entbindungsbetten sollen teilbar sein. Im Entbindungsraum ein Waschbecken für sterile Händewaschung. Die Wände des Entbindungsraumes müssen abwaschbar sein. Ein Tisch für das Wickeln des Neugeborenen und zur Wiederbelebung, ein Beatmungsapparat für Neugeborene. Ein Schrank für Medikamente, für Instrumente; Ständer für Trommeln mit steriler Wäsche, Handschuhe. Ein Neugeborenenbett mit Wärmeverrichtung. Eine Wanduhr mit Sekundenzeiger.

Zur Durchführung von Zangenentbindungen, Extraktionen, Wendungen und anderen entbindenden Operationen soll neben dem Entbindungsraum ein besonderer Einzelraum (geburtshilflicher Operationsraum) vorhanden sein.

Wenn die Einrichtungen für Schnittentbindungen und Laparotomien dort nicht möglich sind, könnten die Schnittentbindungen auch im aseptischen Operationsaal der Chirurgischen Abteilung stattfinden, wenn dieser schnell erreichbar ist. In diesem Falle genügt für den geburtshilflichen Operationsraum ein gynäkologischer Operationsstuhl für vaginale Operationen.

Im Operationssaal müssen vorhanden sein außer dem gynäkologischen Operationsstuhl ein Narkoseapparat, ein Sauerstoffapparat, ein Schrank für Medikamente, Kästen mit sterilen, gebrauchsfähigen Instrumenten.

Die geburtshilfliche Abteilung sollte über einen eigenen Sterilisierapparat verfügen, der im Arbeitsraum stehen kann, um auch nachts jederzeit schnell dringend benötigte Instrumente nachsterilisieren zu können.

## B) WOCHENSTATION

Diese soll getrennt von den übrigen Stationen des Krankenhauses sein; jedes Zimmer möglichst nicht mehr als drei bis vier Betten enthalten. Je Bett sollen 20 qm in Einzelzimmern und 12 bis 13 qm in Mehrbettzimmern zur Verfügung stehen. Auf der Wochenstation müssen reichlicher als auf den übrigen Krankenstationen Klosetträume und Klosettsitze vorhanden sein; am besten für drei bis vier Wochenbetten ein Klosettsitz. Außerdem müssen eine Sitzbadewanne sowie Spülbecken vorhanden sein.

Ein bis zwei Räume sollten von den Wöchnerinnenräumen getrennt eingerichtet sein für wartende Schwangere. Die Zahl der Schwangerenbetten sollte so bemessen sein, daß sie etwa 20 bis 25 Prozent der Wöchnerinnenbetten beträgt. Dort werden Schwangere aufgenommen mit Komplikationen: Herzleiden, Toxikose, Diabetes, leichte Blutungen sowie auch zur psychologischen Vorbereitung der Geburt.

Es muß ein Isolierzimmer für fiebernde Wöchnerinnen eingerichtet werden. Wöchnerinnen mit ansteckenden Infektionen dürfen nicht auf der Station gepflegt werden.

Die Wochenstation benötigt ein eigenes Untersuchungszimmer.

Zur Vermeidung der Hospitalinfektion sollte auf Wochenstationen die Ausnutzung der Betten 70 bis 75 Prozent im Jahresdurchschnitt nicht übersteigen. Die Betten von entlassenen Wöchnerinnen sollen einige Tage leerstehen.

## C) NEUGEBORENENSTATION

In einem Raum sollen nicht mehr als zwölf Neugeborene gemeinsam untergebracht sein; die Betten

sollen frei zugänglich sein, nicht an der Wand stehen; der Abstand zwischen den einzelnen Bettchen soll mindestens 60 cm betragen.

Zur vorläufigen und sofortigen Versorgung der Frühgeborenen nach der Entbindung muß mindestens ein Inkubator vorhanden sein. Jedoch sollen Frühgeborene möglichst bald an die nächste pädiatrische Abteilung überstellt werden; hierfür muß ein Transportgerät vorhanden sein.

Ebenfalls muß eine Isoliermöglichkeit (Box) für verdächtige leichte Infekte (Schnupfen, Pemphigus) vorhanden sein.

Kranke Neugeborene müssen auf die kinderärztliche Station verlegt werden.

Im Neugeborenenzimmer soll ein Waschbecken sein, Schränke mit Medikamenten und Geräten, eine Säuglingsbadewanne, eine verlässliche, leicht reagierende Waage, ein großer Abfalleimer für schmutzige Wäsche, der durch Fußhebel geöffnet und geschlossen werden kann; ein Schreibtisch für die Führung der Kurven. Jedes Kind braucht ein eigenes Thermometer. Eine Sauerstoff-Flasche muß vorhanden sein.

Im Zusammenhang mit der Neugeborenenabteilung muß ein Raum als Milchküche eingerichtet sein.

In jeder Entbindungsabteilung muß die getrennte Unterbringung der Neugeborenen mit der beschriebenen Einrichtung gewährleistet sein; jedoch kann für einen Teil der Wöchnerinnen auf Wunsch das Rooming-in-System vorgesehen werden.

## D) SCHWANGERENBERATUNG

In den Räumen für die Schwangerenberatung sollten außer dem Wartezimmer ausreichende Untersuchungsräume für Schwangere sein; außerdem eine Toilette. Jeder Untersuchungsraum muß eine einfache Pritsche für die Untersuchungen enthalten; es muß die Möglichkeit zur Spekulumuntersuchung gegeben sein. Erstrebenswert ist die Einrichtung eines Raumes für Schwangeren-Gymnastik.

Entbindungsstationen sollten nur da eingerichtet werden, wo jährlich eine ausreichende Zahl von Geburten stattfindet, um die Aufwendungen für die Einrichtung usw. zu rechtfertigen.

## II. PERSONELLE BESETZUNG

### ÄRZTE

Die Leitung einer klinischen Entbindungsabteilung, auch im Landkrankenhaus, Privatklinik oder Entbindungsheim, sollte von einem Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe ausgeübt werden, nicht von einem Allgemeinarzt, nicht von einem Chirurgen.

Um der ihm obliegenden Verantwortung zu entsprechen, muß der leitende Arzt neben der rein medizinischen Tätigkeit genügende Vollmachten haben, die hygienischen Einrichtungen der Abteilung zu überwachen, sowie die Tätigkeit des Personals zu beeinflussen und zu überwachen.

Die sofortige fachgerechte ärztliche Versorgung aller Gebärenden muß tags und nachts jederzeit gewährleistet sein. Außer dem leitenden Arzt muß ein nachgeordneter Arzt oder Assistenzarzt der geburtshilflichen Abteilung vorhanden sein.

Für größere geburtshilfliche Operationen muß eine narkose-erfahrene Hilfskraft verfügbar sein.

## HEBAMMEN UND SCHWESTERN

Für die Entbindungsabteilung (Aufnahme, Wehenraum, Entbindungsraum) muß ständig eine Hebamme und eine Kreißsaalhilfe zur Verfügung stehen. Zur Gewährleistung von Freizeit, Urlaub und für Krankheitsfälle wird empfohlen, drei Hebammen fest anzustellen; vertretungsweise kann auch aus der Nachbarschaft eine praktizierende Hebamme herangezogen werden.<sup>1)</sup>

Eine der Hebammen ist als leitende Hebamme („Oberhebamme“) mit der Diensterteilung usw. zu betrauen.

Die Kreißsaal-Hebammen sind ausschließlich für Entbindungstätigkeit einzuteilen und dürfen nicht zur Versorgung von Wöchnerinnen und Neugeborenen herangezogen werden.

Die Schwestern und Hebammen dürfen ebenfalls nicht zu Reinigungsarbeiten herangezogen werden.

Auf der Wochenstation ist für je fünf Betten eine Schwester anzustellen. Die Stationschwester und die Nachtwache sind in diesem Bettenschlüssel nicht enthalten.

Für das Neugeborenenzimmer sollte eine Säuglingschwester eingestellt werden sowie die Beratung durch einen Kinderfacharzt gewährleistet sein.

Bei dem gesamten Personal sind Einstellungsuntersuchungen und Kontrollen erforderlich.

Die Hebammen sind über die Schwangerenberatung und auch über die Überwachung der Geburten genau zu unterrichten.

## BLUTTRANSFUSION

Es muß in jeder Entbindungsabteilung die Möglichkeit rascher Durchführung von Bluttransfusionen tags und nachts gewährleistet sein.

Im Medikamentenschrank müssen ausreichende Mengen von Plasmaexpandern vorhanden sein.

Es muß ständig Verbindung — tags und nachts — mit einer nahegelegenen Transfusionszentrale, die ebenfalls tags und nachts besetzt sein soll, gewährleistet sein. Die Transfusionszentrale soll nicht weiter als 30 bis maximal 50 km entfernt sein.

<sup>1)</sup> Die Anstellung kann, besonders in kleinen Orten, zunächst den dort niedergelassenen Hebammen angeboten werden.

Die Entbindungsabteilung muß Zugang zum Laboratorium des Krankenhauses haben, so daß sofort durch einen serologisch erfahrenen Arzt oder eine serologisch erfahrene medizinisch-technische Assistentin Blutgruppenbestimmung und Verträglichkeitsproben gemacht werden können, ebenfalls der Coombstest und Gerinnungsbestimmung.

Jede Entbindungsabteilung sollte technisch und personell möglichst so ausgestattet sein, daß sie für alle geburtshilflich notwendigen Eingriffe, einschließlich sofortigen Kaiserschnitts und Uterusextirpation (bei Ruptur) eingerichtet ist.

Die Verlegung von komplizierten Entbindungen aus einer kleineren Entbindungsabteilung in die nächste größere Klinik ergibt schlechte Resultate und sollte vermieden werden.

## AUFZEICHNUNGEN

Für jede Schwangere der Schwangerenberatung, über jede Entbindung und jeden Wochenbettverlauf müssen genügend ausführliche Aufzeichnungen (Befunde und Vorgänge) erfolgen.

Bei mütterlichen und kindlichen Todesfällen müssen die Aufzeichnungen besonders ausführlich gehalten sein; sie sollten vom ärztlichen Leiter der Abteilung unterschrieben sein und eine Epikrise enthalten.

Am Ende jedes Jahres sollte eine Statistik der stattgefundenen Entbindungen sowie der behandelten Schwangeren und Wöchnerinnen nach einem einfachen Schema erstellt werden, aus der besonders die Mortalität und Morbidität erkennbar ist.

Würzburg, den 31. Juli 1963

Die Direktoren der Landesfrauenkliniken  
in der Bundesrepublik  
(Hebammen-Lehranstalten)  
i. A.: Prof. Dr. H. Rupp

Die Direktoren der Universitäts-Frauenkliniken  
in der Bundesrepublik  
i. A. Prof. Dr. H. Schwalm

Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie  
Der Präsident  
Prof. Dr. W. Bickenbach

# Gutachten für Lebensversicherungen künftig besser honoriert

Neue vertragliche Vereinbarung zwischen dem Verband der Lebensversicherungsunternehmen und dem Hartmannbund im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer

Die Lebensversicherungsunternehmen honorieren ärztliche Berichte und Gutachten auf Grund einer vertraglichen Vereinbarung, die zuletzt im April 1958 zwischen dem Verband der Lebensversicherungsunternehmen und auf ärztlicher Seite dem Hartmannbund als für diesen Bereich vereinbarungsgemäß federführendem Verband geschlossen wurde. Durch die Entwicklung des allgemeinen Preisniveaus wurde insbesondere dieser Gebührentarif unzureichend, ein Zustand, der zu intensiven Bemühungen des Hartmannbundes um Anpassung an die Entwicklung führte. Da diese Bemühungen lange Zeit erfolglos blieben, andererseits der Änderungsbedürftig gewordene Gebührentarif auf Grund preisrechtlicher Bestimmungen gegenüber allen Ärzten angewandt wurde, sah sich die Bundesärzte-

kammer gezwungen, in wiederholten offiziellen Verlautbarungen darauf hinzuweisen, daß die Bezahlung von Berichten und Gutachten für Lebensversicherungsgesellschaften unwürdig und nicht mehr länger tragbar sei. Die intensiven gemeinsamen Bemühungen von Bundesärztekammer und Hartmannbund führten jetzt zu einer neuen vertraglichen Vereinbarung, die mit Wirkung vom 1. Oktober dieses Jahres in Kraft tritt. Ein von einer Verhandlungskommission aus Lebensversichererverband und Hartmannbund unter Beteiligung der Bundesärztekammer erarbeiteter Vorschlag für einen neuen Gebührentarif innerhalb eines insgesamt neu gestalteten Vertrages fand schließlich sowohl die Zustimmung der Vertragspartner als auch der Bundesärztekammer und ist inzwischen preisrechtlich

durch das Bundeswirtschaftsministerium genehmigt worden.

In dem am 1. Oktober 1963 in Kraft tretenden Gebührentarif dieser Vereinbarung wurden die berechtigten Forderungen der Ärzte zwar nicht voll berücksichtigt, doch stellt er gegenüber den Sätzen des alten Vertrages eine wesentliche Verbesserung dar. So ist z. B. das Honorar für das Kleine ärztliche Zeugnis von bisher 15 DM auf 32 DM heraufgesetzt worden, allerdings zugleich mit einer Ausweitung seines Anwendungsbereiches auf Versicherungssummen bis unter 50 000 DM. Bisher war die Anwendung dieses Kleinen ärztlichen Zeugnisses beschränkt auf Versicherungssummen bis unter 7500 DM. Bei Vertragsabschlüssen mit darüberliegenden Summen sollte, was in der Praxis jedoch häufig nicht geschah, ausschließlich das sogenannte „Große ärztliche Zeugnis“ nach einem bisher gestaffelten Tarif angewandt werden. Dieser sah vor, daß Gutachten bei Versicherungsverträgen

von 7 500 bis unter 10 000 DM mit 20 DM,  
 von 10 000 bis unter 15 000 DM mit 22 DM,  
 von 15 000 bis unter 20 000 DM mit 25 DM,  
 von 20 000 bis unter 40 000 DM mit 30 DM,  
 von 40 000 bis unter 50 000 DM mit 40 DM,  
 von 50 000 bis unter 100 000 DM mit 50 DM,  
 und ab 100 000 DM mit 60 DM

honoriert werden. Demnach tritt also künftig als wesentlichste Vertragsänderung die Anwendbarkeit des kleinen Zeugnisses, das mit 32 DM statt bisher 15 DM zu honorieren ist, in Kraft bei Vertragsabschlüssen bis unter 50 000 DM.

Das „Große ärztliche Zeugnis“, dessen Anwendung künftig ohne Summenbegrenzung nach oben hin möglich sein soll, wird mit Wirkung vom 1. Oktober dieses Jahres unter Fortfall der oben bereits erwähnten bisherigen Honorarstaffelung mit einem Einheitssatz von 45 DM honoriert.

Wichtige Änderungen treten auch in der Honorierung des „Ärztlichen Berichtes“ (früher: „Hausarztbericht“) ein. Hier wird unterschieden je nach dem Umfang der ärztlichen Aussage. Wird lediglich die Vorderseite eines neu vereinbarten Formulars „Ärztlicher Bericht“ ausgefüllt, so beträgt das Honorar hierfür 10 DM. Wird dagegen die Rückseite des Formulars, die detailliertere Fragen enthält, aus den Unterlagen des Arztes beantwortet, dann sind für den „Ärztlichen Bericht“ 15 DM zu zahlen. Die Fragen auf der Vorderseite dieses kurzen „Ärztlichen Berichtes“ enthalten lediglich Angaben des Zeitpunktes und des Grundes (Befund), weshalb der Arzt vom Patienten aufgesucht wurde. Dabei ist, um Mißbräuche abzustellen, vertraglich ausdrücklich vereinbart, daß dieser Hausarztbericht nur zur Ergänzung eines gesondert davon angeforderten oder bereits vorliegenden ärztlichen Gutachtens (Großes oder Kleines ärztliches Zeugnis) oder nur bei Versicherungen, die ohne ärztliche Untersuchung abgeschlossen werden, angewendet werden soll.

Der damit in seinen Grundzügen geschilderte neue Gebührentarif ist Bestandteil eines allgemeinen Vertrages zwischen Lebensversicherern einerseits und dem Hartmannbund mit Zustimmung der Bundesärztekammer andererseits über die Leistungen von Ärzten bei Abschluß und Durchführung von Lebensversicherungsverträgen. Neben dem Gebührentarif enthält dieser allgemeine Vertrag wichtige Vereinbarungen, mit denen

### Beachten Sie die Fortbildungsveranstaltungen der Bayer. Landesärztekammer

am 1./2. 11. 1963 in Haar

am 13.-15. 12. 1963 in Nürnberg

die Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht auch im Hinblick auf die jüngste Rechtsprechung der Gerichte unter gleichzeitiger Beachtung der Bedürfnisse und Würdigung der berechtigten Belange der Lebensversicherer und der Versicherten geregelt wird. Daneben enthält der Vertrag Bestimmungen über allgemeine Verfahrensfragen in den Beziehungen zwischen Lebensversicherungsunternehmen und Ärzten, ebenso wie das Formularwesen neu geregelt ist. Auch von diesen Vereinbarungen ist zu hoffen, daß sie sich in der Praxis bewähren werden. Für das Verfahren einer Überprüfung oder Änderung der Vereinbarungen wurde festgelegt, daß die Bundesärztekammer künftig in bestimmter Weise von vornherein an den Verhandlungen durch einen offiziellen Beobachter zu beteiligen ist. Als Laufzeit des gesamten Vertragswerkes wurden 5 Jahre, als Laufzeit des Gebührentarifs für sich 2 Jahre vereinbart.

Bei den Formularen, die gegenüber der früheren Fassung modernisiert und gestrafft wurden, hat man sich für das sogenannte „Kästchensystem“ entschieden, das dem Arzt die Ausfüllung von der schreibtechnischen Seite her wesentlich erleichtert. Leider haben sich jedoch noch nicht alle Versicherungsgesellschaften entschlossen, dieses Kästchensystem zu übernehmen, so daß zum Teil weiterhin Formulare verwendet werden, bei denen die Antworten als geschriebener Text gegeben werden müssen. Auf eine Wiedergabe auch dieser Formulare in den „Ärztlichen Mitteilungen“ wurde verzichtet, weil sie inhaltlich mit den „Kästchen“-Formularen identisch sind.

Abschließend sei das Gutachterverfahren im Hinblick auf die Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht, das in der Vergangenheit zu erheblichen Schwierigkeiten geführt hatte, kurz geschildert. Das Große und Kleine ärztliche Zeugnis enthalten eine aufgedruckte, vom Patienten unterschriebene Erklärung, durch die der Arzt von seiner Schweigepflicht entbunden wird. Beim „Ärztlichen Bericht“ ist eine derartige Möglichkeit allerdings nicht gegeben. Hier schreibt der Vertrag nunmehr vor (§ 4 Abs. 2), daß dem Arzt der Nachweis über die Entbindung von seiner Schweigepflicht zu erbringen ist. Die Gesellschaften werden da zu ihrer Anfrage nach einem Hausarztbericht ein entsprechendes Formular beifügen. In ihm wird dem Arzt empfohlen, bei Zweifeln über den Umfang oder die Rechtsgültigkeit der Entbindungserklärung des Patienten Rückfrage bei der Versicherungsgesellschaft zu halten. Vertrag und Gebührentarif sind ebenso wie die neuen Formulare für ärztliche Berichte und Gutachten in den „Ärztlichen Mitteilungen“, Heft Nr. 39 vom 28. 9. 1963, abgedruckt.

## AUS DEM STANDESLEBEN

### Sitzung des Vorstandes der Bayerischen Landesärztekammer

Am 5. Oktober 1963 trat der Vorstand der Bayer. Landesärztekammer zur Beratung der folgenden Tagesordnung zusammen:

1. Bericht des Präsidenten
  - a) Besetzung der Gesundheitsabteilung des Bayer. Staatsministeriums des Innern
  - b) Durchführung der Entschließung des 66. Deutschen Ärztetages 1963 in Mannheim, betreffend die Bestimmung der Blutgruppe und des Rhesusfaktors als prophylaktische Maßnahme in der Schwangerenbetreuung
  - c) Entwurf einer Verordnung über den Schutz vor Schäden durch Röntgenstrahlen bei Anwendung auf Mensch und Tier
  - d) Durchführung des Unfallversicherungsneuregelungsgesetzes
  - e) Stand der Beratungen über das Krankenversicherungsneuregelungsgesetz
  - f) Stand der Beratungen über den Antrag der Bundesärztekammer auf Erhöhung der Amtlichen Gebührenordnung (Preugo)
2. Aufnahme der Bezeichnung „Praktischer Arzt“ in die Berufsordnung für die Ärzte Bayerns vom 1. 4. 1958
3. Fortbildungskurs der Bayer. Landesärztekammer in Nürnberg
4. Durchführung der Meldeordnung
5. Anregung des Herrn Dr. Brückl, Würzburg, auf Einberufung einer Arbeitstagung der Kreisverbandsvorsitzenden
6. Facharztangelegenheiten
  - a) Liste der zur Facharztweiterbildung geeigneten leitenden Krankenhaus- und in der Praxis tätigen Fachärzte
  - b) Ablehnung von Berufungen gegen die Zurückweisung von Einsprüchen gegen abgelehnte Facharztanträge
7. Widerspruch des Dr. Schnabel, Nürnberg, gegen die Ablehnung einer unzulässigen Zusatzbezeichnung
8. Durchführung des Beschlusses des 16. Bayer. Ärztetages 1963 in Ansbach über die Weiterbildung für ungeprüfte Röntgen- und Laborhelferinnen
9. Festsetzung des Termins für den 17. Bayer. Ärztetag 1964
10. Antrag des Landesvorsitzenden der Arbeitsgemeinschaft der beamteten Ärzte auf volle bzw. teilweise

Anrechnung des Beitrags zu den Berufsverbänden der beamteten Ärzte auf den Kammerbeitrag

11. Benennung eines Vertreters der Bayer. Landesärztekammer für die Ständige Konferenz „Arbeitsmedizin“ der Bundesärztekammer
12. Verschiedenes.

Zu Beginn der Sitzung gedachten die Teilnehmer des am 19. September 1963 verstorbenen Kollegen Dr. Ludwig Schmitt, des Vorsitzenden des Ärztlichen Kreisverbandes München, der viele Jahre hindurch dem Vorstand und der Delegiertenversammlung der Bayer. Landesärztekammer angehört hat.

Der Vorstand nahm sodann den Bericht des Kammerpräsidenten zu verschiedenen **gesundheitspolitischen Fragen** entgegen. Nach eingehender Debatte beschloß der Vorstand, seine Auffassung, daß ein Arzt der Leiter der Gesundheitsabteilung im Innenministerium sein müsse, in einem vom Präsidenten der Bayer. Landesärztekammer an den Bayer. Staatsminister des Innern zu richtenden Brief noch einmal zu betonen. Die mit der Bestimmung des Rhesusfaktors zusammenhängenden Fragen sollen in einer der nächsten Vorstandssitzungen nach einem kurzen wissenschaftlichen Referat noch einmal erörtert werden.

Die Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Entwurf einer Röntgen-Strahlenschutzverordnung nahm der Vorstand mit Zustimmung zur Kenntnis.

In Ergänzung dieses Tagesordnungspunktes gab der Präsident dem Vorstand noch bekannt, daß der Marburger Bund ein für die berufsständischen Altersversorgungseinrichtungen sehr bedeutsames Grundsatzurteil des Bundessozialgerichtes erwirkt hat.

Das Bundessozialgericht hat nämlich der Argumentation des Herrn Dr. jur. Braun als Vertreter des Marburger Bundes folgend und entgegen der Auffassung der Bundesanstalt für Angestelltenversicherung festgestellt, daß eine einmal auf Grund der einschlägigen Bestimmungen des Angestelltenversicherungsneuregelungsgesetzes erfolgte Befreiung von der Angestelltenversicherung zugunsten der Bayerischen Ärzteversorgung auch dann fortwirkt, wenn der Arzt in ein Bundesland verzieht, in dem eine berufsständische Altersversicherung nicht besteht.

Das Urteil wird in der nächsten Nummer des Bayerischen Ärzteblattes veröffentlicht werden.

Die Beratungen über die Aufnahme der Bezeichnung „Praktischer Arzt“ in die Berufsordnung werden vorläufig zurückgestellt. Die Länderregierungen haben beschlossen, die Rechtslage eingehend zu prüfen. Nach Vorlage des Ergebnisses sollen die Beratungen weitergeführt werden.

# Cefasabal<sup>®</sup>

TROPFEN · TABL · AMP.



CEFAK · KEMPTEN

Pyelitis Cystitis  
Prostatitis  
Prostatahypertrophie

**Die wissenschaftlichen Ärztetagen in Nürnberg,** die bisher unter der wissenschaftlichen Leitung von Herrn Professor Meythaler durchgeführt worden waren, werden nach dessen Ausscheiden durch seinen Nachfolger im Amt, Herrn Professor Schubert, als wissenschaftlicher Leiter durchgeführt werden.

Die nächste Fortbildungstagung findet ausnahmsweise erst im Dezember statt (13.—15. 12. 1963), da Herr Professor Schubert im November den Herrn Bundespräsidenten auf einer Auslandsreise begleiten muß.

Die Durchführung der **Meldeordnung** soll künftig so gehandhabt werden, daß bei Ummeldung innerhalb Bayerns die einmal erfolgte Vorlage aller vorgeschriebenen Unterlagen ausreichend ist. Den Kreisverbänden wird eine entsprechende Mitteilung noch zugehen, ebenso werden die Chefärzte auf Wunsch des Vorstandes gebeten werden, ihre Medizinalassistenten und Assistenzärzte auf die Einhaltung der Meldeordnung hinzuweisen.

**Eine Arbeitstagung der Kreisverbandsvorsitzenden** ist auch nach Auffassung des Vorstandes zweckmäßig. Sie soll unter Hinzuziehung der Ausschußvorsitzenden durchgeführt werden.

**Der 17. Bayerische Ärztetag 1964** in Oberstdorf ist auf Beschluß des Vorstandes auf die Zeit vom 9. bis 11. Oktober 1964 festgesetzt worden.

Als Vertreter der Bayerischen Landesärztekammer für die **Ständige Konferenz „Arbeitsmedizin“** der Bundesärztekammer wurde Herr Kollege Dr. Rudolf Rothlauf, Vorsitzender des Ärztlichen Kreisverbandes Erlangen, benannt.

Zur Durchführung des Beschlusses des 16. Bayerischen Ärztetages 1963 über die Ausbildung und Prüfung von Röntgenhelferinnen hat der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer am 5. Oktober 1963 folgendes beschlossen:

### **Ausbildung und Prüfung von Röntgenhelferinnen durch die Bayerische Landesärztekammer**

#### § 1

(Teilnehmer)

An den von der Bayer. Landesärztekammer veranstalteten Kursen können nur Personen teilnehmen, die eine praktische Tätigkeit als Röntgenhelferin (Röntgenhelfer) von mindestens drei Jahren nachweisen. Sie sollen bei einem in Bayern tätigen Arzt beschäftigt sein.

#### § 2

(Dauer und Kursgebühr)

Die Kurse dauern mindestens 14 Tage. Die Kursgebühr wird von der Bayer. Landesärztekammer festgesetzt.

#### § 3

(Lehr- und Prüfungsfächer)

Der Unterricht erfolgt in folgenden Fächern:

1. Anatomie
2. Physiologie
3. Physikalische und biologische Grundlagen des Strahlenschutzes
4. Medizinischer Strahlenschutz

5. Diagnostische Untersuchungsmethoden
6. Therapeutische Verfahren
7. Lagerungs- und Aufnahmetechnik
8. Strahlenkunde
9. Elektrotechnik
10. Gerätekunde
11. Bildentstehung
12. Röntgenaufnahmematerial
13. Filmverarbeitungsfehler
14. Organisationsaufgaben in Schaltraum, Dunkelkammer und Archiv
15. Gesetzes- und Rechtsfragen

2. Die Prüfung, die unter dem Vorsitz des Präsidenten der Bayer. Landesärztekammer oder eines von diesem beauftragten Arztes stattfindet, erfolgt schriftlich in allen Fächern; sie kann durch eine mündliche Prüfung ergänzt werden. Die Prüfungsordnung und die Prüfungsgebühr werden von der Bayer. Landesärztekammer festgelegt.

#### § 4

(Zeugnis)

Über die bestandene Prüfung wird der Röntgenhelferin (dem Röntgenhelfer) von der Bayer. Landesärztekammer ein Zeugnis ausgestellt.

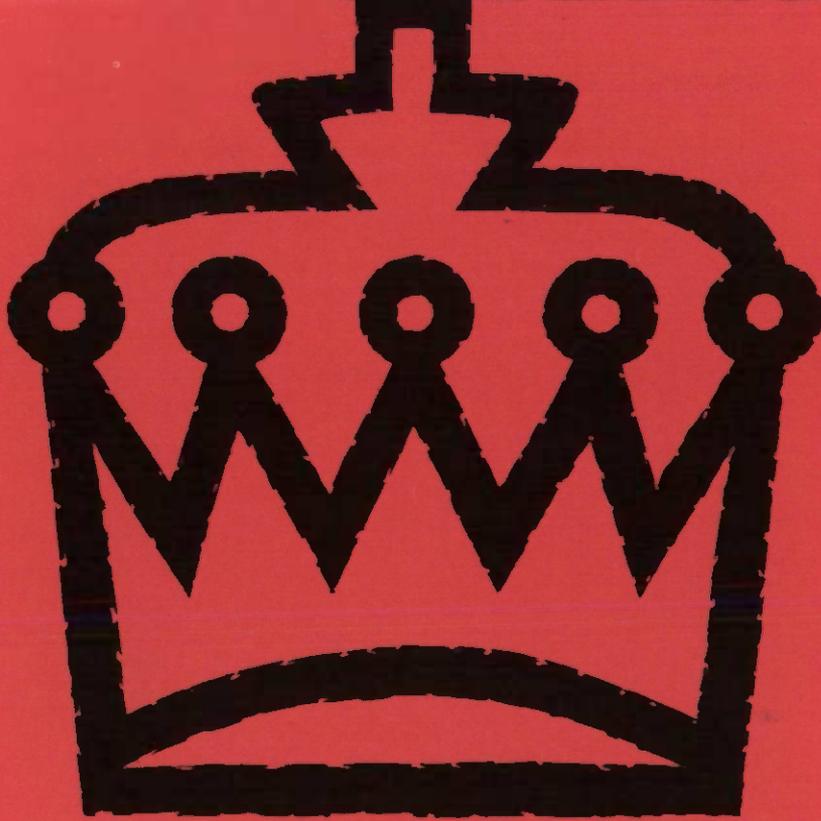
Mit dieser Regelung zur Durchführung eines Beschlusses des 16. Bayerischen Ärztetages sind die formalen Voraussetzungen für die Weiterführung der Ausbildungskurse geschaffen worden, die bisher zweimal von der Bayerischen Röntgen-Vereinigung durchgeführt worden waren.

Wir weisen die Kolleginnen und Kollegen vorsorglich noch einmal darauf hin, daß die Röntgenhelferinnen nach Ableistung eines solchen Kurses selbstverständlich nicht den Personen gleichgestellt sind, die die Anerkennung als MTA erhalten haben. Der Sinn dieser Kurse ist es vielmehr, den Kolleginnen und Kollegen die Verantwortung zu erleichtern, die sie nach dem Gesetz bei der Beschäftigung ungeprüfter Personals in besonderem Maße tragen. Die Teilnehmerinnen an den bisherigen Kursen waren im übrigen ohne Ausnahme sehr froh, daß ihnen durch diese Kurse auch theoretische Kenntnisse vermittelt wurden, die sie in ihrer praktischen Tätigkeit bisher doch oft vermißt hatten.

Den Kollegen und Lehrassistentinnen an der Erlanger Klinik sowie der Firma Siemens-Reiniger und deren Damen und Herren, die sich für diese Kurse wieder zur Verfügung gestellt haben, danken wir für ihre Bereitschaft sehr herzlich.

Der nächste Kurs wird wahrscheinlich im März in Erlangen stattfinden. Es werden 20 Teilnehmerinnen zugelassen werden. Interessenten werden gebeten, sich bei der Bayer. Landesärztekammer bis zum 20. Januar 1964 zu melden.

Der Vorstand der Bayer. Landesärztekammer hat durch einen Beschluß in seiner Sitzung am 5. 10. 1963 die Kursgebühr auf DM 100,— und die Prüfungsgebühr auf DM 20,— festgesetzt.



# Oratren<sup>®</sup>

## Souveräne Penicillin-Therapie oral

Oratren 200-Tabletten und Oratren-Saft geben dem Arzt die Sicherheit einer hochwirksamen Therapie und bedeuten für den Patienten eine angenehme Behandlung.

### Oratren 200:

rascher und hoher Serumspiegel durch Penicillin V-Kalium.  
Langanhaltender Penicillin-Spiegel durch Penicillin V-Säure.  
Maximale antibiotische Wirkung durch die Kombination beider Komponenten.

### Oratren-Saft:

gewährleistet eine optimale Penicillin-Therapie besonders bei Säuglingen und Kindern.  
1 ml enthält 60000 i. E. Penicillin V, deshalb nur sehr kleine Mengen Saft erforderlich.  
Gute Resorption und Verträglichkeit auch bei bestehender Dyspepsie.  
Von Kindern besonders geschätzter, angenehmer Geschmack.

Originalpackungen:

Oratren 200, Röhrrchen mit 12 Tabletten zu 200000 i. E. Penicillin V

Oratren-Saft, Flasche mit ca. 25 ml

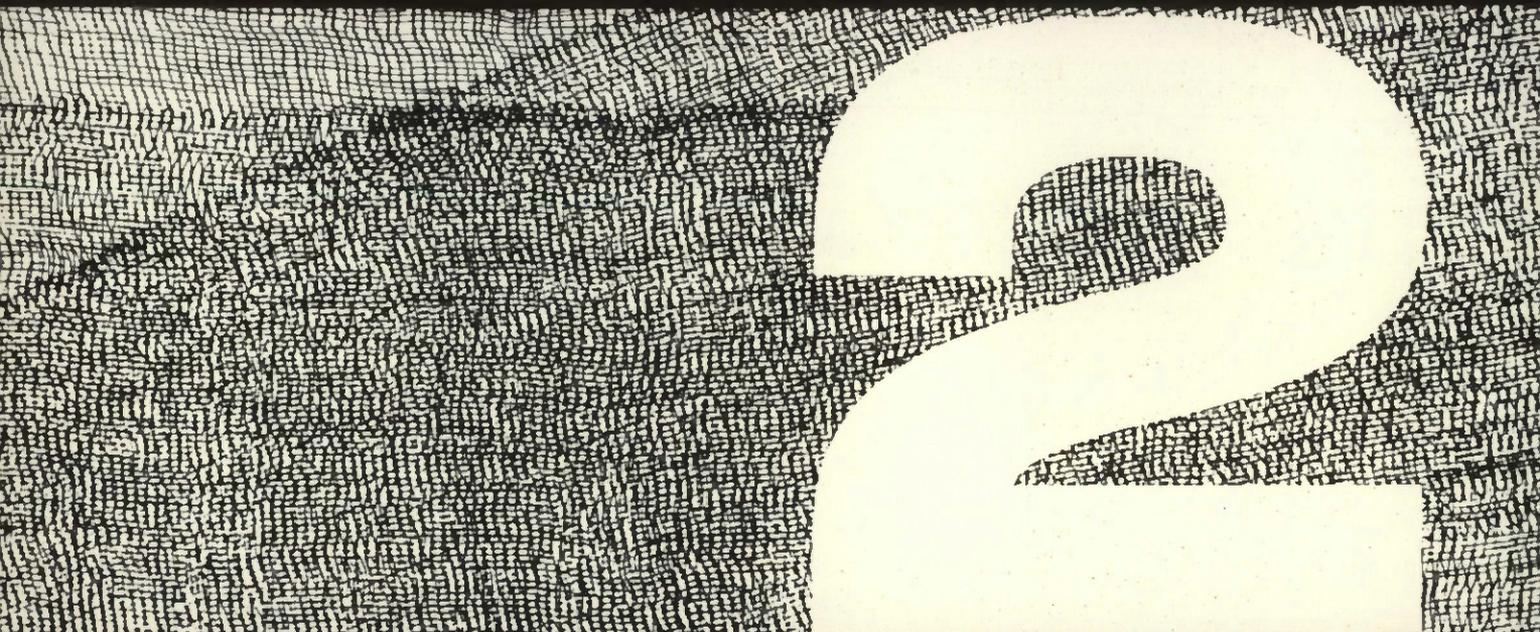
Jede Packung enthält einen

Meßlöffel, der eine exakte



# Lasonil<sup>®</sup>

Heparinoid-Luronase<sup>®</sup>-Salbe



## Wirkungsprinzipien

### Indikationen:

Thrombophlebitis, Ulcus cruris  
oberflächliche Thrombosen  
variköser Symptomenkomplex

Verstauchungen, Prellungen, Hämatome

Resorptionsbeschleunigung von  
Infiltraten und Ödemen

Auflockerung von Narbengewebe

### Handelsformen:

Tuben mit 14, 40 und 150 g



### Dr. Fromm und Dr. Sonderrmann im Wehrmedizinischen Beirat

Der Bundesverteidigungsminister hat den Präsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Dr. med. Ernst Fromm, und den Vizepräsidenten der Bayerischen Landesärztekammer und Vorsitzenden der ständigen Konferenz „Sanitätswesen in der Bundeswehr und ziviler Bevölkerungsschutz“ der Bundesärztekammer, Dr. med. Gustav Sonderrmann, in den Beirat für das Sanitäts- und Gesundheitswesen (Wehrmedizinischer Beirat) beim Bundesverteidigungsministerium berufen. Der im August 1962 begründete Beirat wird voraussichtlich im Oktober 1963 seine konstituierende Sitzung in der Sanitätstruppende in München abhalten.

#### Wehrmedizinischer Beirat

Der Wehrmedizinische Beirat, der sich aus Persönlichkeiten der medizinischen Wissenschaft, der ärztlichen Praxis sowie der Medizin verwandten Arbeitsgebieten zusammensetzt, hat die Aufgabe, den Verteidigungsminister in Fragen des Gesundheitswesens der Bundeswehr zu beraten. Er besteht aus höchstens 45 Mitgliedern, die auf die Dauer von vier Jahren berufen werden. Sie sind in ihrer Gutachtertätigkeit unabhängig und nicht an Weisungen gebunden.

#### Dr. Brentano-Hommeyer im Kammervorstand

Nach seiner Wahl zum Vorsitzenden des Ärztlichen Kreisverbandes München, die am 10. 10. 1963 erfolgt war, gehört Herr Kollege Brentano-Hommeyer auch zum Vorstand der Bayer. Landesärztekammer.

#### Delegierte zur Bayerischen Landesärztekammer

Nach dem Ableben von Herrn Dr. Ludwig Schmitt ist dessen Mandat als Delegierter zur Bayer. Landesärztekammer auf Frau Dr. med. Fischer, praktische Ärztin in Grünwald bei München, übergegangen.

#### Erstattung der Portokosten an Ärzte für die Übersendung von Krankenunterlagen

Die bisher teilweise fehlende Erstattung von Portokosten für die Übersendung von Krankenunterlagen an Sozialgerichte hat zu einer Vorstellung der Bayer. Landesärztekammer beim Bayer. Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge geführt. Dieses hat das Bayer. Landessozialgericht und die Sozialgerichte nochmals darauf hingewiesen, daß den Ärzten die Kosten für die Übersendung von Röntgenbildern und Krankenunterlagen stets zu erstatten sind.

Bei dieser Gelegenheit wird nochmals darauf hingewiesen, daß der Arzt nicht verpflichtet ist, dem Sozialgericht auf dessen Ersuchen Krankenunterlagen zu übersenden.

Eine solche Verpflichtung läßt sich aus § 106 des Sozialgerichtsgesetzes nicht ableiten. Diese Bestimmung

### Vertretervermittlung

Die Bayer. Landesärztekammer weist darauf hin, daß auch während des Winterhalbjahres Vertreter für praktische Ärzte und Fachärzte, insbesondere bei Erkrankung des Praxisinhabers, dringend benötigt werden.

Es werden deshalb alle Kolleginnen und Kollegen, die zur Übernahme einer Vertretung bereit sind, gebeten, dies der Bayer. Landesärztekammer rechtzeitig bekanntzugeben.

Allen niedergelassenen praktischen Ärzten und Fachärzten empfiehlt die Kammer, sich im Bedarfsfalle an die bei ihrer Geschäftsstelle in **München 23, Königinstraße 85, Telefon 36 11 21**, bestehende Vertretervermittlung zu wenden, die ihr Möglichstes tun wird, um insbesondere bei Notfällen wirksame Abhilfe zu schaffen.

### Assistentenvermittlung

Die Bayer. Landesärztekammer weist darauf hin, daß bei ihr laufend eine Reihe von Angeboten gut bezahlter Assistenten- und Medizinalassistentenstellen der verschiedensten Fachrichtungen aus sämtlichen Regierungsbezirken Bayerns vorliegen.

Allen Ärzten, die erstmals eine solche Stellung anstreben oder einen Stellenwechsel beabsichtigen, wird empfohlen, sich bei der Geschäftsstelle der Kammer, Abt. Assistentenvermittlung, **München 23, Königinstraße 85, Telefon 36 11 21**, über die zur Zeit freien Stellen zu informieren. Die Kammer wird bemüht sein, im Interesse beider Seiten zu einer umgehenden Besetzung der freien Stellen beizutragen.

Die leitenden Kolleginnen und Kollegen an Krankenanstalten werden andererseits gebeten, zeitgerecht freiwerdende Stellen der Abt. Assistentenvermittlung der Kammer bekanntzugeben und diese Abteilung auch zu benachrichtigen, wenn Assistentenstellen durch ihre Vermittlung besetzt wurden.

gibt dem Vorsitzenden des Gerichts lediglich eine Berechtigung, die ihm erforderlich erscheinenden Krankenpapiere beizuziehen. Sie schafft aber keine Pflicht für den von der richterlichen Anordnung betroffenen Arzt, seine Unterlagen herauszugeben. (Vgl. Bayer. Landessozialgericht im Bayer. Ärzteblatt 1962, S. 365 ff.)

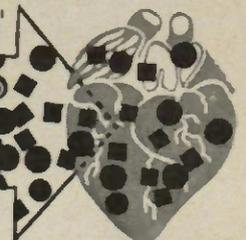
Es genügt daher, wenn sich der behandelnde Arzt darauf beschränkt, die Anfrage von Sozialgerichten in Form eines Berichts, der die Antwort auf die konkreten Fragen enthält, zu erteilen.

● Magnesiumparaginat    ◆ Kaliumparaginat

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

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

H. TROMMSDORFF · AACHEN



## Die Chefarzte und Leitenden Ärzte der städtischen Krankenhäuser Münchens

(Stand 1. 9. 1963)

Nach der in den letzten Monaten erfolgten  
Abteilungsneugliederung

### Krankenhaus Thalkirchner Straße

Chirurgische Abteilung	Chefarzt Prof. Dr. Zenker
Urologische Abteilung	Chefarzt Prof. Dr. May
Dermatologische Abteilung	Chefarzt Prof. Dr. Marchionini

### Krankenhaus Schwabing

I. medizinische Abteilung	Dir. Prof. Dr. J. Bauer Chefarzt Prof. Dr. Begemann
II. medizinische Abteilung	Chefarzt Prof. Dr. J. Bauer
III. medizinische Abteilung	Chefarzt Prof. Dr. Dr. Steigerwaldt
IV. medizinische Abteilung	Leitender Arzt Dr. Holzer
I. chirurgische Abteilung	Chefarzt Dr. Schmid
II. chirurgische Abteilung	Chefarzt Dr. Hofmeister
Kinderchirurgische Abtlg.	Chefarzt Dr. Simon
I. Kinderabteilung	Chefarzt Prof. Dr. Hilber
II. Kinderabteilung*)	Chefarzt Dr. Schweier
Dermatologische- venerologische Abteilung	Chefarzt Dr. Böhm
Hals-Nasen-Ohren-Abtlg.	Chefarzt Dr. Michels
Abteilung für physikalische Medizin	Leitender Arzt Dr. M. Bauer
Strahleninstitut	Chefarzt Dr. Schmitz
Abteilung für Strahlenthe- rapie, Nuklearmedizin und Onkologie	Leitender Arzt Dr. Henftling
Pathologisches Institut	Chefarzt Prof. Dr. Langer
Zentrallabor	Leitender Arzt Dr. Holzer
Apotheke	Dir. Dr. Richthammer

\*) einschließlich Kinderkrankenhaus Achatswies

### Krankenhaus rechts der Isar

I. medizinische Abteilung	Dir. Prof. Dr. Maurer Chefarzt Doz. Dr. Blömer
II. medizinische Abteilung	Chefarzt Prof. Dr. Ley
Toxologische Station	Leitender Arzt Dr. v. Clarmann
Chirurgische Abteilung	Chefarzt Prof. Dr. Maurer
Onkologische Station	Leitender Arzt Dr. Käsbauer
Thoraxchirurgische Abtlg.	Leitender Arzt Obermedizinalrat Doz. Dr. Kugel
Urologische Abteilung	Chefarzt Dr. Mauermayer
Neurochirurgische Abtlg.	Chefarzt Prof. Dr. Kessel
Hals-Nasen-Ohren-Abtlg.	Chefarzt Prof. Dr. Kreßner
Augenabteilung	Chefarzt Prof. Dr. Merté
Gynäkologisch-geburtshilf- liche Abteilung	Chefarzt Prof. Dr. O. Bauer
Neurologische Abteilung	Chefarzt Prof. Dr. Bannwarth
Strahlen-physikalisch- therapeutische Abteilung	Chefarzt Prof. Dr. Anacker
Pathologisches Institut	Chefarzt Prof. Dr. Burkhardt

Bakteriologisch- hygienisches Institut	Chefarzt Doz. Dr. Liebermeister
Klinisch-chemisches Institut	Leitender Arzt Dr. Oberdorfer
Apotheke	Direktor Dr. Dettler

### Krankenhaus Harlaching

Medizinische Abteilung	Chefarzt Prof. Dr. Schrader
------------------------	--------------------------------

### Krankenhaus Am Biederstein

I. medizinische Abteilung	Chefarzt Dr. Picard
II. medizinische Abteilung	Chefarzt Dr. Wolfrum
Röntgenabteilung	Chefarzt Dr. Hiepe

### Krankenhaus Pappenheimstraße

Medizinische Abteilung	Chefarzt Dr. Bosl
------------------------	-------------------

### Krankenhaus Oberföhring

Medizinische Abteilung	Chefarzt Prof. Dr. Bergstermann
Chirurgische Abteilung	Chefarzt Dr. Scherer

### Krankenhaus Kempfenhausen

Tbc-Abteilung	Chefarzt Dr. Wagner
---------------	---------------------

## Aus der Arbeit der Bundesärztekammer

Ablehnung des Entwurfs einer Röntgen-Strahlenschutz-  
verordnung

Am 26./27. September 1963 trat der Geschäftsfüh-  
rende Vorstand der Bundesärztekammer zu einer Sit-  
zung in Hamburg zusammen.

Einer der wichtigsten Beratungsgegenstände war der  
Entwurf einer „Verordnung über den Schutz vor  
Schäden durch Röntgenstrahlen bei der Anwendung  
auf Mensch und Tier“, den das Bundesgesundheitsmi-  
nisterium vorgelegt hatte. Die Ständige Konferenz für  
Atomfragen bei der Bundesärztekammer hatte den  
Entwurf bereits am 7. 9. 1963 eingehend beraten und  
der Bundesärztekammer ihre Stellungnahme dazu  
übermittelt. Der Vorstand der Bundesärztekammer be-  
schäftigte sich in erster Linie mit den allgemeinen  
berufspolitischen und berufsrechtlichen Fragen dieses  
Entwurfes und nahm nach eingehender Debatte die  
nachstehend abgedruckte, von Herrn Dr. Sewering be-  
antragte Stellungnahme einstimmig an:

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat sich in  
seiner Sitzung am 27. September 1963 in Hamburg mit  
dem

„Entwurf einer Verordnung über den Schutz vor Schä-  
den durch Röntgenstrahlen bei der Anwendung auf  
Mensch und Tier“ beschäftigt.

Er gibt dazu folgende Erklärung ab:

„Die Ärzteschaft wird stets jede vernünftige Maß-  
nahme begrüßen und unterstützen, die geeignet ist, die  
mit notwendigen diagnostischen und therapeutischen  
Maßnahmen verbundenen Gefährdungen der Patienten  
zu vermindern. Das gilt in besonderem Maße auch für  
die Anwendung von radioaktiven Stoffen und Rönt-  
genstrahlen.“

Die Bundesärztekammer stellt jedoch mit Nachdruck  
fest, daß die Anwendung von Röntgenstrahlen in der  
ärztlichen Praxis seit dem Gebrauch dieser Strahlen in  
der Medizin zur Ausübung der Heilkunde gehört, für  
die der Arzt seine Bestallung erhält.

Die im Entwurf der Rechtsverordnung vorgesehene Genehmigung dieser ärztlichen Tätigkeit stellt einen Rückschritt bis in die Mitte des vorigen Jahrhunderts dar, als mit der Einführung einheitlicher Prüfungen ein dem Wohle der Allgemeinheit dienender Arztstand geschaffen und mit der Bestallung jedem Arzt das Recht erteilt wurde, die Heilkunde in allen ihren Spezialzweigen ohne weitere Genehmigungen auszuüben.

Daß ausgerechnet im Bundesgesundheitsministerium der Entwurf einer Rechtsverordnung entstehen konnte, der diese ein Jahrhundert alte Einheit des Arztbestandes in der Ausübung der Heilkunde abschaffen würde, wird von der Ärzteschaft mit großer Aufmerksamkeit und starkem Befremden festgestellt.

Die für die ärztliche Tätigkeit erforderlichen Kenntnisse — „Fachkunde“ — sind in der Bestallungsordnung festgelegt. Danach (§ 49) hat der Staatsexamenskandidat auch seine Vertrautheit mit der medizinischen Strahlenkunde nachzuweisen.

Wenn einzelne Gebiete der Heilkunde während des Studiums und im Staatsexamen unzureichend berücksichtigt erscheinen, so wäre es Sache des Gesundheitsministeriums, für eine entsprechende Änderung der Bestallungsordnung Sorge zu tragen. Vorschläge der Bundesärztekammer dafür liegen seit Jahren vor.

Es geht aber nicht an, Unterlassungen auf diesem Gebiet durch Rechtsverordnungen aus weit hergeholtten Ermächtigungen ersetzen zu wollen. Die Bundesärztekammer bestreitet im übrigen, daß sich der vorliegende Entwurf noch im Rahmen der in den §§ 11 und 12 des Atomgesetzes erteilten Ermächtigungen hält.

Es ist auch nicht der Wille des Bundesgesetzgebers gewesen, durch die im Atomgesetz gegebenen Ermächtigungen zum Erlaß von Rechtsverordnungen für den Strahlenschutz die Berufsausübung des approbierten Arztes bundesrechtlich neu regeln zu lassen.

Dem Arzt und der Öffentlichkeit gegenüber bestätigt der Staat jedenfalls durch die Erteilung der Bestallung, daß sein Inhaber die zur Ausübung des ärztlichen Berufes erforderliche „Fachkunde“ besitzt. Bei der im Entwurf der Rechtsverordnung erkennbaren Auffassung über den Wert und die Bedeutung der ärztlichen Bestallung ließen sich leicht Gründe finden, die Tätigkeit auf weiteren Teilgebieten der Medizin einer zusätzlichen Genehmigung zu unterwerfen.

Die Bundesärztekammer möchte keinen Zweifel daran lassen, daß sie sich einer derartigen Entwicklung mit Entschiedenheit widersetzen wird, mit welcher der Staat die Ärzte von Fall zu Fall den Heilpraktikern und damit Personen ohne wissenschaftliche Ausbildung gleichsetzen würde.

Sie sieht in der erst vor kurzer Zeit vom Bundestag beschlossenen Bundesärzteordnung einen vorläufigen Abschluß in der bundesrechtlichen Neugestaltung des

ärztlichen Berufsrechts und die klare Feststellung, daß der Arzt mit der Bestallung das Recht zur unbefristeten und grundsätzlich unwiderruflichen Ausübung der Heilkunde auf dem gesamten Gebiet der Humanmedizin erhalten hat.

Die Feststellung einer besonderen Fachkunde auf einem speziellen Gebiet der Medizin und die Anerkennung als Facharzt war und ist nicht Aufgabe des Bundes, sondern nach geltendem Recht vielmehr ausschließlich Aufgabe der Landesärztekammern. Dabei ist festzustellen, daß die Tätigkeit als Facharzt eine freiwillige Beschränkung auf ein Spezialgebiet der Medizin darstellt, durch die die Rechtswirkung der Bestallung nicht berührt wird.

Die Forderung eines Nachweises der persönlichen Zuverlässigkeit eines Arztes für ein Teilgebiet der ärztlichen Tätigkeit ist ein unangemessenes Verlangen. Die darin liegende Diskriminierung des Arztstandes wird mit Nachdruck zurückgewiesen. Man hätte bei der Übernahme dieser Bestimmung aus der 1. Strahlenschutzverordnung beachten müssen, daß diese für den Umgang mit radioaktiven Stoffen schlechthin und damit auch für Personen gilt, die mit einem Arzt und den von diesem verlangten persönlichen Voraussetzungen nicht verglichen werden können (z. B. Transportunternehmen).

Die persönliche Zuverlässigkeit ist eine Voraussetzung zur Bestallung und sie muß während der gesamten Berufstätigkeit vorhanden sein.

Die im Entwurf schließlich vorgesehenen Bestimmungen, unter denen eine „Fachkunde“ erworben werden müßte, würden deren Durchführung im übrigen von Anfang an scheitern lassen. Die Forderung, daß diese „Fachkunde“ nur unter Aufsicht eines Röntgenologen erworben werden kann, ist eine beachtliche Verkennung der Verhältnisse, es sei denn, man will die Zahl der zur Anwendung von Röntgenstrahlen berechtigten Ärzte unverantwortlich niedrig halten.

Die Zahl der Fachärzte für Röntgenologie in der Bundesrepublik (ohne West-Berlin) beträgt insgesamt 1217. Von diesen sind 578 in Krankenhäusern tätig, die damit wohl in erster Linie für die Vermittlung der im Entwurf genannten Kenntnisse im Strahlenschutz für alle anderen Ärzte in Frage kämen.

Völlig unverständlich ist im übrigen, daß der eine Arzt sechs Monate, der andere aber zwei Jahre benötigen soll, um Kenntnisse im Strahlenschutz zu erwerben.

- Die Bundesärztekammer lehnt daher den vorliegenden Entwurf ab, soweit er das durch die Bestallung erteilte Recht zur Ausübung des ärztlichen Berufes einschränkt.
- Die Bundesärztekammer ist der Auffassung, daß es dem Sinn und Zweck einer Röntgen-Strahlenschutz-

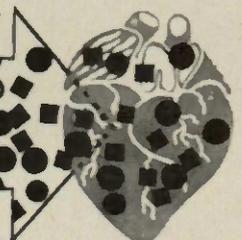
● Magnesiumasparaginat

◆ Kaliumasparaginat

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

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

H. TROMMSDORFF · AACHEN



- verordnung vollkommen entspricht, wenn die Genehmigungsverfahren durch Bestimmungen ersetzt werden, die den Arzt verpflichten, den zuständigen Landesbehörden anzuzeigen, daß er eine Röntgenanlage benutzt und die damit verbundenen Auflagen hinsichtlich der bei ihm im Röntgenbetrieb tätigen Personen, der Bauart der Röntgenanlage, des Schutzes der Umwelt und der gesetzlichen Schadensersatzverpflichtungen erfüllt hat.
- Die Bundesärztekammer beantragt daher, den Entwurf unter Berücksichtigung der vorgetragenen Einwände und entsprechend ihrem Vorschlag abzuändern.“

Zur Information und zum besseren Verständnis dieser Stellungnahme werden nachstehend die wichtigsten allgemeinen Bestimmungen des Entwurfs abgedruckt.

#### Entwurf einer

#### Verordnung über den Schutz vor Schäden durch Röntgenstrahlen bei der Anwendung auf Mensch und Tier

#### Zweiter Abschnitt Genehmigung zum Betrieb einer Röntgenanlage

#### § 3

#### Genehmigung

- (1) Wer eine Röntgenanlage betreibt, bedarf einer Genehmigung.
- (2) Für den Betrieb eines Kryptoskops oder einer anderen freien Leuchtschirmanordnung darf eine Genehmigung nicht erteilt werden.

#### § 4

#### Voraussetzung der Genehmigung

- (1) Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn
  1. der Antragsteller die Bestallung als Arzt, Zahnarzt oder Tierarzt besitzt oder wenn ihm die Erlaubnis zur Ausübung des ärztlichen, zahnärztlichen oder tierärztlichen Berufs erteilt worden ist,
  2. der Antragsteller die erforderliche Fachkunde besitzt,
  3. keine Tatsachen vorliegen, aus denen sich gegen die Zuverlässigkeit des Antragstellers Bedenken ergeben,
  4. die für die Einhaltung von Strahlenschutzmaßnahmen verantwortlichen, schriftlich bestellten Personen (§ 11 Abs. 1 Nr. 3) zuverlässig sind, eine abgeschlossene naturwissenschaftliche Ausbildung und die erforderlichen Kenntnisse auf dem Gebiet des Strahlenschutzes haben,
  5. gewährleistet ist, daß die bei dem beabsichtigten Betrieb der Röntgenanlage sonst tätigen Personen die notwendigen Kenntnisse über die möglichen Strahlengefährdungen und die anzuwendenden Schutzmaßnahmen besitzen,
  6. die Bauart der für die Röntgenanlage verwendeten Röntgenstrahlenquelle und der für den Strahlenschutz erforderlichen Vorrichtungen nach § 6 zugelassen ist und diese der zugelassenen Bauart entsprechen,
  7. die erforderliche Vorsorge für die Erfüllung gesetzlicher Schadensersatzverpflichtungen in dem nach den Umständen gebotenen Ausmaß getroffen wird, und
  8. gewährleistet ist, daß die Einrichtungen vorhanden und die Maßnahmen getroffen sind, die bei dem beabsichtigten Betrieb der Röntgenanlage für einen

ausreichenden Schutz Einzelner und der Allgemeinheit vor Strahlenschäden an Leben, Gesundheit und Sachgütern erforderlich sind.

(2) Die Genehmigung ist ferner zu erteilen, wenn

1. der Antragsteller eine für den Betrieb der Röntgenanlage verantwortliche Person schriftlich bestellt hat, die die Voraussetzungen nach Absatz 1 Nr. 1 bis 3 erfüllt,
2. keine Tatsachen vorliegen, aus denen sich Bedenken gegen die Zuverlässigkeit des Antragstellers, seines gesetzlichen Vertreters oder bei juristischen Personen und nichtrechtsfähigen Personenvereinigungen der nach Gesetz, Satzung oder Gesellschaftsvertrag zur Vertretung berechtigten Personen ergeben, und
3. die Voraussetzungen nach Absatz 1 Nr. 4 bis 8 erfüllt sind.

(3) Von der Voraussetzung nach Absatz 1 Nr. 5 kann im Benehmen mit der zuständigen Bundesoberbehörde abgewichen werden, wenn der Strahlenschutz auf andere Weise sichergestellt ist.

#### § 5

#### Fachkunde

(1) Die erforderliche Fachkunde für die Röntgenuntersuchung und die Röntgenheilbehandlung besitzt:

1. der Facharzt für Röntgenologie und Strahlheilkunde,
2. der Facharzt für Hautkrankheiten, der nach Erteilung der Bestallung durch eine zusammenhängende und ganztägige Ausbildung in der Strahlheilkunde von 8 Monaten ausreichende Kenntnisse im Strahlenschutz bei der Röntgenheilbehandlung mit Röntgenstrahlenquellen bis zu 50 KV Erzeugerspannung hat, für sein Fachgebiet. Die Ausbildung muß unter der verantwortlichen Leitung eines Facharztes für Röntgenologie und Strahlheilkunde erfolgt sein.
3. der Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, der nach Erteilung der Bestallung durch eine zusammenhängende und ganztägige Ausbildung in der Strahlheilkunde von 1 Jahr ausreichende Kenntnisse im Strahlenschutz bei der Röntgenheilbehandlung hat, für sein Fachgebiet. Nummer 2 Satz 2 ist anzuwenden.
4. der Tierarzt, der ausreichende Kenntnisse im Strahlenschutz bei der Röntgenuntersuchung und -heilbehandlung von Tieren hat.

(2) Die erforderliche Fachkunde für die Röntgenuntersuchung besitzt:

1. der Arzt oder Zahnarzt, der nach Erteilung der Bestallung durch eine zusammenhängende und ganztägige Ausbildung in der Röntgenuntersuchung von 2 Jahren ausreichende Kenntnisse im Strahlenschutz bei der Röntgenuntersuchung hat. Absatz 1 Nr. 2 Satz 2 ist anzuwenden.
2. der Facharzt für Lungenkrankheiten, der durch eine zusammenhängende und ganztägige Ausbildung in der Röntgenuntersuchung von 1 Jahr ausreichende Kenntnisse im Strahlenschutz bei der Röntgenuntersuchung hat, für sein Fachgebiet. Absatz 1 Nr. 2 Satz 2 ist anzuwenden.

(3) Die erforderliche Fachkunde für die Röntgeneinzelaufnahme besitzt:

1. der Arzt, der nach Erteilung der Bestallung durch eine zusammenhängende und ganztägige Ausbildung in der Röntgenuntersuchung von 6 Monaten ausreichende Kenntnisse im Strahlenschutz bei der Röntgeneinzelaufnahme besitzt. Absatz 1 Nr. 2 Satz 2 ist anzuwenden.
2. der Zahnarzt, der hierfür ausreichende Kenntnisse im Strahlenschutz hat, für die Röntgeneinzelaufnahme von Zähnen.

## „An ihren Früchten sollt ihr sie erkennen“

(Matthäus 7, 16)

Die Errichtung des Bundesministeriums für Gesundheitswesen haben wir wegen der damit verbundenen Begleitumstände mit Besorgnis betrachtet (s. BayAbl. 12/61).

Bei aller Bereitschaft zur Unterstützung der Arbeit dieses Ministeriums hatte die Ärzteschaft Anlaß, dessen Wirken vorerst mit kritischer Aufmerksamkeit zu beobachten.

Als eines der bisher wohl wesentlichsten Ergebnisse gesundheitsministerieller Arbeit liegt nun der „Entwurf einer Verordnung über den Schutz vor Schäden durch Röntgenstrahlen bei der Anwendung auf Mensch und Tier“ vor.

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat sich in seiner letzten Sitzung damit befaßt und nach Entgegennahme von Änderungsvorschlägen seines Fachausschusses — der Ständigen Konferenz für Atomfragen — eine Stellungnahme zu diesem Entwurf beschlossen, die dem Gesundheitsministerium eine in der Form zwar nicht unverbindliche, im Inhalt aber sehr deutliche Antwort gibt.

Der Entwurf ist in rechtlicher Beziehung mehr als fragwürdig und in seinen grundsätzlichen Bestimmungen sachlich unbegründet oder falsch.

Zwar ist das Recht des Bundes unbestritten, auf Grund der Bestimmungen des Atomgesetzes Rechtsverordnungen zur Regelung des Umganges mit radioaktiven Stoffen zu erlassen. Ihrem Inhalt ist aber eine Grenze gesetzt durch die Zweckbestimmung des Gesetzes: Förderung der Wissenschaft, Strahlenschutz, Wahrung der inneren und äußeren Sicherheit der Bundesrepublik, Erfüllung internationaler Verträge.

Es ist einfach unverständlich, wie das Gesundheitsministerium zur Auffassung kommen kann, mit Hilfe des Atomgesetzes und seiner Bestimmungen für den Strahlenschutz die ärztliche Bestallung in ihrer Rechtswirksamkeit teilweise aufheben und die Ausübung des ärztlichen Berufs, deren Regelung nach dem Grundgesetz Sache der Länder ist, nun auch bundesrechtlich regeln zu können! Es ist anzunehmen, daß die Länder das Gesundheitsministerium auf die gegebenen Zuständigkeiten deutlich hinweisen werden.

Der Versuch des Ministeriums, über die Forderung ausreichender Kenntnisse in Strahlenschutz ganz neue Begriffe für die ärztliche Fachkunde zu erfinden, ist recht erstaunlich. Da soll es also künftig eine besondere Fachkunde geben für Röntgenuntersuchung und Röntgenheilbehandlung, für die Röntgenuntersuchung allein und sogar für Röntgeneinzelaufnahmen! Der Lungenfacharzt kann nach den Vorstellungen des Ministeriums die für ihn nötige Fachkunde natürlich nicht etwa in

seinem Fach erwerben, sondern nur bei einem Röntgenologen, auch wenn dieser womöglich in erster Linie Knochen- oder Magen-aufnahmen macht, und der Gynäkologe kann die geforderten Kenntnisse natürlich auch nicht in seinem Fach, das für die Anwendung der Röntgenstrahlen in der Medizin bahnbrechend war, erwerben, sondern nur bei einem Röntgenologen, selbst wenn sich dieser vielleicht auf Kiefer- und Zahnaufnahmen spezialisiert hat, und das, obwohl doch im Muttermund gar keine Zähne sind . . .

Die Bestimmung, daß die als erforderlich angesehene Fachkunde nur durch eine zusammenhängende und ganztägige Tätigkeit bei einem Facharzt für Röntgenologie erworben werden darf, würde die Möglichkeiten zur erlaubten Anwendung von Röntgenstrahlen unverantwortlich einengen.

In der Bundesrepublik gibt es — wie der Vorstand der Bundesärztekammer feststellt — nur etwa 580 Röntgenologen mit stationärer Tätigkeit; wenn nur diese allen anderen Ärzten die zum Röntgen notwendige Fachkunde vermitteln dürfen, dann wären sie also dem biblischen Nadelöhr vergleichbar, durch das die Kamele gehen . . .

Die Ärzteschaft kann nicht erwarten, daß das Gesundheitsministerium in seiner Arbeit wie ein Ministerium für die Ärzte wirkt. Mit derselben Selbstverständlichkeit muß man allerdings auch feststellen, daß es die ihm zugewiesenen Aufgaben sicher nicht als ein Ministerium gegen die Ärzte erfüllen kann.

Es ist zu hoffen, daß bei den kommenden Beratungen die Vorschläge der Bundesärztekammer, die den wünschenswerten Maßnahmen für den Strahlenschutz durchaus Rechnung tragen, auch vom Ministerium aufgegriffen werden.

Videant Doctores! — „An ihren Früchten also sollt ihr sie erkennen.“

(Matthäus 7, 20)

### Beachten Sie

die Klinische Fortbildung in Bayern (s. S. 832)  
die Fortbildungsveranstaltung der Bayerischen Landesärztekammer:

im Nervenkrankenhaus Haar bei München  
am 1./2. November 1963,  
in Nürnberg vom 13. bis 15. Dezember 1963.

Die Fortbildungsveranstaltungen der Bundesärztekammer:

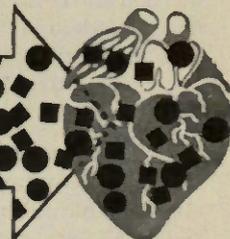
Davos	vom 9. 3. bis 21. 3. 1964
Gastein	
Montecatini	vom 31. 5. bis 12. 6. 1964
Grado	vom 1. 6. bis 13. 6. 1964
Meran	vom 24. 8. bis 5. 9. 1964

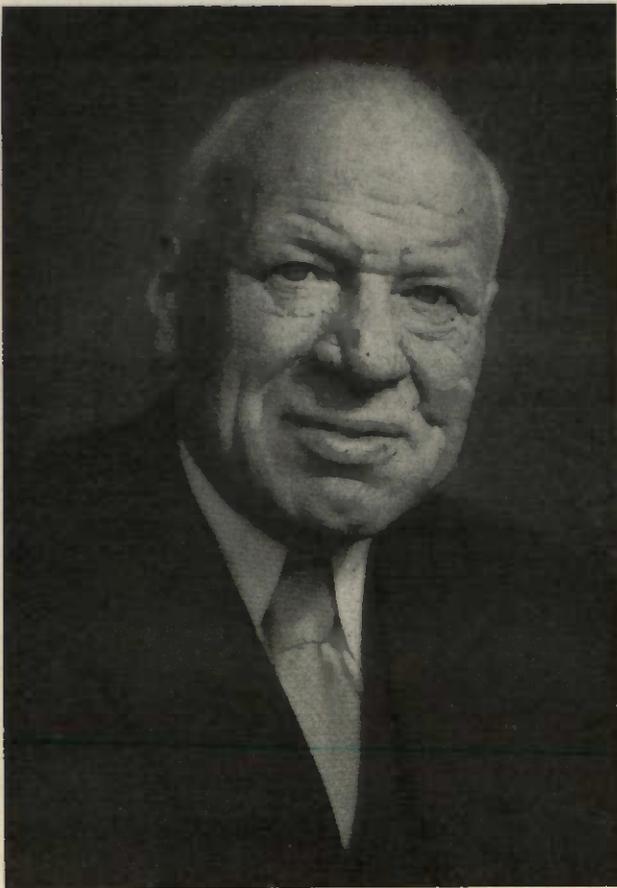
Kationen-„Schlepper“  
zur Behandlung der Ischämie.  
Prophylaxe, Soforttherapie, Nachbehandlung  
des Myocardinfarctes.

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

H. TROMMSDORFF · AACHEN

● Magnesiumasparaginat ◆ Kallumasparaginat





### Dr. Friedrich Thieding 70 Jahre alt

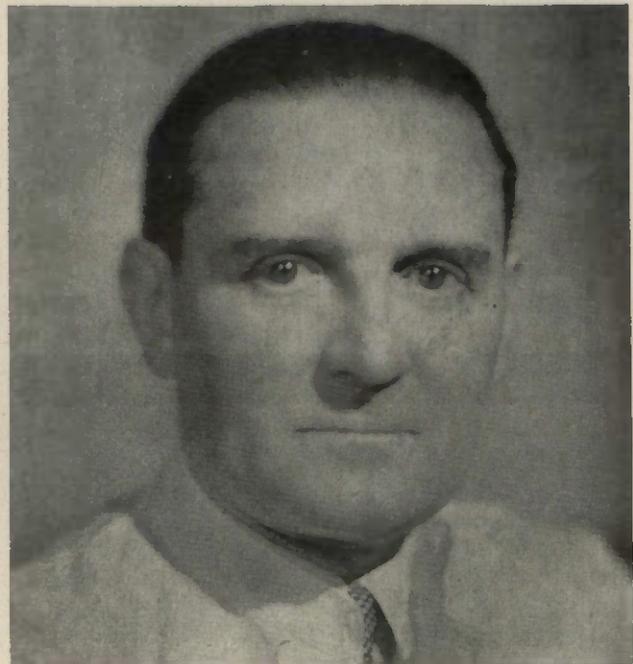
Friedrich Thieding, der am 7. Oktober 1963 in Hamburg geboren wurde, war über vierzig Jahre lang als praktischer Arzt tätig. Bereits frühzeitig wirkte er in der kassenärztlichen Selbstverwaltung mit, die ihn insbesondere nach dem Krieg in Hamburg vor große Aufgaben stellte. Er war dort längere Zeit als Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung tätig. Bis zum Jahre 1960 war er der Vorsitzende des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund), dessen Ehrenvorsitzender er heute ist.

Neben der Tätigkeit in der eigenen Praxis und dem standespolitischen Wirken hat sich Dr. Thieding insbesondere auch mit sozialpolitischen Fragen und ihrer Beziehung zum Arzt beschäftigt. Unter zahlreichen Publikationen ist sein im Jahre 1958 erschienenes Buch „Das soziale Mosaik“ hervorzuheben.

Bei der Universität Hamburg, die ihm im Jahre 1958 die Hermann-Kümmel-Ehrengedenkmünze verliehen hat, erfüllt er auch noch einen Lehrauftrag im Rahmen der großen Klinikvorlesungen.

Seine Verdienste um die ärztliche Standespolitik wurden durch die Verleihung der Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft gewürdigt. Als äußeres Zeichen der Anerkennung seiner großen Verdienste seit 1945 ist ihm das Große Bundesverdienstkreuz verliehen worden.

Der Verband der Ärzte Deutschlands gibt aus diesem Anlaß gemeinsam mit der Ärztekammer Hamburg und der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg einen Empfang zu Ehren des Jubilars.



### Professor Hans Bronner 70 Jahre

Am 25. September 1963 feierte Herr Professor Dr. med. Hans Bronner, em. Professor der Chirurgie an der Universität München, seinen 70. Geburtstag.

Nach längerer Tätigkeit an der Chirurgischen Universitätsklinik in Bonn bei Geheimrat Garré wurde er 1928 in Köln Privatdozent für Chirurgie. Seine wissenschaftliche Tätigkeit setzte er dann an der Medizinischen Akademie in Düsseldorf unter Professor Frey fort. 1936 wurde er zum Professor für Chirurgie ernannt. Er beschäftigte sich insbesondere mit der Chirurgie der Gallenblase, der Gallenwege und der urologischen Chirurgie. In der „Chirurgischen Operationslehre“ von Fischer, Gohrbrand und Sauerbruch ist er der Verfasser des Abschnittes über die Operationen an Niere, Nierenbecken und Harnleiter. Von 1938 bis 1945 leitete er die chirurgische Abteilung des Krankenhauses Schwabing in München. Von 1948 bis 1960 war er der Direktor der Universitätspoliklinik in München.

### FAKULTÄT

(Medizinische Fakultät München)

Herr Prof. Dr. med. Hans Götz wurde durch das Kultusmin. Nordrhein-Westfalen ab 1. Oktober 1963 auf den ordentlichen Lehrstuhl für Dermatologie und Venerologie an der Universität Münster berufen.

Herr Priv.-Doz. Dr. med. Georg Loebell — Oberarzt a. d. Hals-Nasen-Ohren-Klinik München — wurde am 26. 7. 1963 zum außerplanmäßigen Professor ernannt.

Herrn Prof. Dr. Alfred Marchionini — Direktor d. Dermatologischen Univ.-Klinik München — wurde von der Universität Straßburg der Grad eines Ehrendoktors verliehen.

Herr Prof. Dr. Richard Wagner — Direktor des Physiologischen Instituts d. Univ. München — feiert am 23. Oktober 1963 seinen 70. Geburtstag. (Würdigung folgt.)

# AKTIVANAD

schafft  
Kraft  
macht  
frisch  
und  
froh





**THROMBOPHOB**  
**SALBE**

**Varizen**

**Thrombophlebitiden**

**Hämatome**

**Frostleiden**

**Ulcus cruris**

**Wadenkrämpfe**

**Furunkel**

**beseitigt venöse Stase**  
**fördert Kapillardurchblutung**



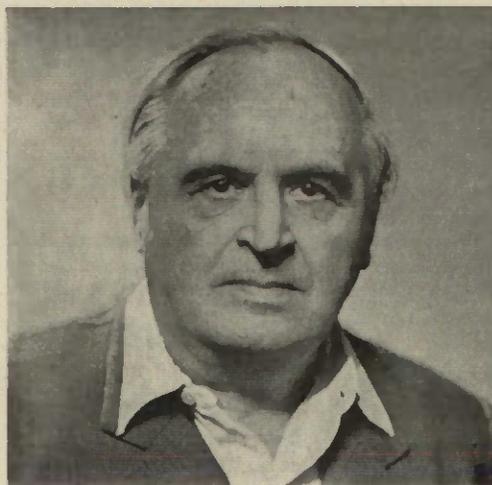
**NORDMARK-WERKE GMBH HAMBURG**

## IN MEMORIAM

Dr. Ludwig Schmitt †

Am Abend des 19. September 1963 ist Herr Dr. Ludwig Schmitt im Alter von 67 Jahren in München verstorben.

Herr Kollege Schmitt, der am 24. 6. 1896 in Stuttgart geboren worden war, wollte ursprünglich einen geistlichen Beruf ergreifen. Er entschloß sich dann aber zum Studium der Medizin, das er im Jahre 1923 in München mit der Approbation und Promotion abschloß. Vom Oktober 1923 bis zum Jahr 1934 übte er eine eigene Praxis als praktischer Arzt in München aus. In den Jahren 1934/35 befand sich Herr Kollege Schmitt mehr als 1 Jahr in politischer Haft in Stadelheim. Danach mußte er den politischen Verhältnissen in München weichen und nach Berlin übersiedeln, wo er als praktischer Arzt tätig war. Im Jahre 1941 wurde Herr Kollege Schmitt als politischer Häftling in das KZ Sachsenhausen eingeliefert, in dem er mehrere Jahre festgehalten wurde. Während der KZ-Haft schrieb er ein umfangreiches Werk über die „Therapie des Atmens“, das dann nach dem Krieg unter dem Titel „Atemhellkunst“ verlegt wurde. Seit 1946 war Herr Kollege Schmitt in München wieder als praktischer Arzt und später auch in seiner Klinik tätig, die er bereits 1930 eingerichtet und nach dem Krieg wieder zurückerworben hat. Herr Dr. Schmitt war viele Jahre lang als Delegierter der Bayer. Landesärztekammer und als Vorsitzender des Ärztlichen Kreisverbandes München auch Mitglied des Vorstandes der Bayer. Landesärztekammer.



Die ihm eigene Art, seine Auffassungen zu vertreten, hat ihm im berufspolitischen Bereich Anhänger und Gegner geschaffen. Sie erwiesen ihm, zusammen mit vielen seiner Patienten, durch ihre Teilnahme am Requiem und seiner Beisetzung die letzte Ehre. —

Herr Prof. Dr. Georg August Weltz (Röntgen-Physiologie) verstarb am 22. August 1963 im Alter von 74 Jahren.

Herr Prof. Dr. Viktor Struppler — Oberarzt der Chirurgischen Poliklinik d. Univ. München — ist am 16. 9. 1963 im Alter von 58 Jahren verstorben.

### Aus der Geschichte der Medizin

## Medizin-historische Tagung in Schaffhausen

Die „Deutsche Gesellschaft für Geschichte der Medizin, Naturwissenschaft und Technik“ und der „Verein Deutscher Ingenieure, Hauptgruppe Technikgeschichte“ hielten vom 28. September bis 2. Oktober 1963 ihre Jahresversammlung in Schaffhausen (Schweiz) ab. Die beiden Gesellschaften tagen seit Jahren gemeinsam in der Überzeugung, daß die von den Vertretern der verschiedenen Wissenschaftsgebiete gegebenen Anregungen für alle, nicht nur für die engeren Fachkollegen, großen Wert haben. An der wissenschaftsgeschichtlichen Tagung nahmen über 250 Historiker ihres Fachgebietes, darunter Vertreter aus 15 Ländern Europas und von Übersee, teil.

Bei dem öffentlichen Vortrag in dem schönen Stadttheater von Schaffhausen sprach der Präsident der „Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Medizin“, Prof. Dr. Gernot Rath (Göttingen), über „Aktuelle medizinische Probleme in der Dichtung des 19. Jahrhunderts“. Die Geschichte des Lebens und der Werke von drei Dichtern, deren Arztberuf an vielen Stellen ihrer Schöpfungen deutlich erkennbar ist, wurde in feiner Analyse gekennzeichnet: Justinus Kerner, Georg Büchner und Arthur Schnitzler.

Von den 40 Vorträgen seien einige besonders angeführt:

Ernst Streller (Remscheid-Lennep) sprach über „Die Schweiz und Wilhelm Conrad Röntgen“.

Mehrfach sind die Beziehungen zwischen Wilhelm Conrad Röntgen (1845—1923), dem Entdecker (8. 11. 1895) der nach ihm benannten Strahlen, und der Schweiz. Die Eidgenössische Polytechnische Schule, die Vorgängerin der Eidgenössischen Technischen Hochschule, gab Röntgen Gelegenheit, ohne Reifeprüfung zu studieren (1865—1868), und die Begegnung mit A. Kundt (1839 bis 1894) führte den 24jährigen, mit der „wissenschaftlichen und technischen Befähigung zum Antritt des Berufes eines Maschineningenieurs“ ausgestatteten Röntgen zur Physik. Die zweite Beziehung ist ganz persönlicher Art. Während der Studienzeit in Zürich lernte er B. Ludwig (1839—1919), seine spätere Frau, kennen. Vor der Würzburger Physikalisch-medizinischen Gesellschaft prägte der gebürtige Schweizer A. v. Kölliker am 23. 1. 1896 die Bezeichnung „Röntgensche Strahlen“.

Prof. Dr. Hans Fischer (Zollikon-Zürich) hielt einen interessanten Vortrag über die Schaffhauser Ärzteschule des 17. Jahrhunderts.

Im Mittelpunkt der Schaffhauser Ärzteschule des 17. Jahrhunderts steht Johann Jakob Wepfer (1620 bis 1695), ihm zur Seite die um eine Generation jüngeren Johann Conrad Peyer (1653—1712), Johann Conrad

Brunner (1653—1727), nachmaliger Brunn von Hammerstein, aus Dießenhofen (Thurgau), Heinrich Screta von Zavorziz (1637—1689).\*) Von Schule darf insofern gesprochen werden, als unter dem führenden Einfluß Wepfers der experimentelle Gesichtspunkt in der Medizin dieser praktischen Ärzte konsequent verwirklicht wurde. Wepfer ist auch die Einführung der wissenschaftlichen Leicheneröffnung (vor Zürich und Basel) zu verdanken. Im Mittelpunkt der gemeinsamen wissenschaftlichen Interessen stehen Anatomie, Physiologie und Pathologie des Magen-Darm-Kanals der Tiere (als Modelle menschlicher Physiologie und Physiopathologie) mit Einschluß der Darmdrüsen. Drei Werke haben die Namen der genannten Ärzte in der ganzen medizinischen Welt bekannt gemacht: die Abhandlung Johann Conrad Peyers über die von ihm aufgefundenen und nach ihm benannten Darmfollikel (Agnina Peyeri [1677]), das umfassende Werk Wepfers über den Wasserschieferling (1679), eine erste experimentelle Toxikologie, und die Schrift Johann Conrad Brunners über die von ihm entdeckten und nach ihm benannten Drüsen des Zwölffingerdarmes. Im weiteren sind hier zu nennen Brunners Experimente über die Bauchspeicheldrüse (1687), Peyers Merykologie (Über das Wiederkauen der Tiere [1685]) und Wepfers anatomisch-pathologische Arbeiten über die Ursachen des Hirnschlages (1675). Nicht zu vergessen ist das bedeutende epidemiologische Werk von Screta von Zavorziz über die „Lagersucht“ (Flecktyphus [1675]). In diesem Rahmen, unterstützt von zahlreichen, zum Teil bedeutenden Schülern, spielte sich das medizinisch-wissenschaftliche Leben in Schaffhausen des 17. Jahrhunderts ab.

Prof. Dr. Heinrich Buess (Basel) behandelte „Die oberrheinischen Ärzteschulen“.

Der schweizerische Beitrag zur Renaissance der Ophthalmologie (ca. 1550—1630) fand in Huldrych M. Koelbing (Basel) einen wissensreichen Interpreten.

Dank dem Wirken einiger hervorragender Persönlichkeiten — geborener Schweizer und Zugewanderter — erscheint der Beitrag der Schweiz zur Renaissance der Medizin im allgemeinen, der Ophthalmologie im besonderen, recht groß.

Der universale Conrad Gesner läßt neben der aristotelischen Auffassung, daß das Auge rein rezeptiv die Eindrücke der Außenwelt empfangt, gelegentlich auch noch die galenische Lehre von der Aussendung des „Sehgeistes“ durch das Auge in die Umwelt gelten. Johannes Runge aus Greifswald lehnt in seiner Basler Doktordisputation letzteres konsequent ab. Felix Platter erklärt schließlich auf Grund anatomischer Untersuchung die Netzhaut anstelle der Linse zum sehenden Teil des Auges.

\*) Heinrich Screta war ein Sohn des Johann Screta — Schotnovius von Zavorziz —, eines gebürtigen Pragers, der Anfangs des 17. Jahrhunderts in Schaffhausen wirkte.

Auf dem Felde der praktischen Augenheilkunde kämpft der große Staroperateur Pierre Franeo, der als Glaubensflüchtling aus Südfrankreich in die Westschweiz kam, für die Anerkennung der operativen Chirurgie als eines integrierenden Teiles der Gesamtmedizin. Wilhelm Fabry von Hilden, Stadtarzt und Bürger von Bern, schreibt im gleichen Sinne seine „Observationes“ nieder. Von seiner Frau, Marie Colinet aus Genf, kommt ihm die Idee zur Magnet-Extraktion eines Fremdkörpers aus dem Auge. Professor Felix-Platter verwirklicht das Anliegen der Chirurgen, indem er die gesamte Ophthalmologie in seine „Praxis medica“ einbezieht.

Der praktisch-nüchterne Sinn der Schweizer, die Erfahrungen der Kriegsdienste, die politische Stellung des handwerklichen Wundarztes als eines angesehenen Bürgers im kleinen, republikanischen Staatswesen, das alles verschaffte der Chirurgie in der Schweiz von vornherein eine größere Achtung als an manchen anderen Orten. So waren hier die Bedingungen besonders günstig für die Überwindung des Zwiespaltes zwischen Medizin und Chirurgie, welche ein Charakteristikum der medizinischen Renaissance darstellt und die Entwicklung der europäischen Ophthalmologie möglich machte.

Prof. Dr. Erwin H. Ackerknecht (Zürich) behandelte in der Karl-Sudhoff-Gedächtnissitzung die Persönlichkeit von Laennec.

Dysmellen im 16. und 17. Jahrhundert konnte Erich Püschel (Bochum) nachweisen.

Nach dem Symptomenbild der Mißbildungs-„Epidemie“, die in den Jahren 1959 bis 1962 in Europa und in Übersee beobachtet wurde, wurde die Frage aufgeworfen: Hat es im 16. und 17. Jahrhundert gleiche Krankheitsbilder gegeben?

Diese Frage wurde bejaht. Beschreibungen solcher Fälle wurden gefunden bei Ulysses Aldrovandus, Thomas Bartholinus, Hieronymus Cardanus, Caspar Bauhin, Johannes Fineelius, Fortunatus Licetus, Johann Peter Lotichius, Conrad Lykosthenes, Ambroise Paré, Nicolaus Rocheus, Jacob Rueff, Scaliger, Johannes Schenck von Grafenberg und in der Wickiana. Bemerkenswert sind die Theorien über die Entstehung der Mißbildungen, die neben mittelalterlichem Aberglauben ganz modern anmutende Gedankengänge aufweisen.

Luigi Belloni (Mailand) sprach über „Die Entdeckung der nach Peyer und Brunner benannten Darmdrüsen in ihren begrifflichen und technischen Voraussetzungen“.

Prof. Dr. Karl E. Rothschuh (Münster) erörterte das Thema: „Paul Marquart Schiegel und Jean Rolan jun. im Streit um die Blutbewegungslehre (1650/1652)“.

# Ulcruisan®

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



**Diderots Elemente der Physiologie** behandelte Prof. Dr. Gerhard Rudolph (Homburg-Saar).

Diderot (1713—1784), dessen Geburtstag sich zum 250. Male jährt, wird in der Liste der Mitglieder der Berliner Akademie (1752) als „Arzt“ aufgeführt. Seine reiche Natur bot offensichtlich zu vielseltige Aspekte, als daß E. du Bois-Reymond in seiner auch heute volle Beachtung verdienenden Gedächtnisrede (3. Juli 1884) diesen kennzeichnenden Zug hervorgehoben hätte. Doch läßt sich nicht mehr übersehen, daß das Mühen um medizinische, insbesondere physiologische Probleme und Kenntnisse den Philosophen in Denken und Methode weitgehend bestimmt hat. Physiologische und medizinische Bemerkungen finden sich verstreut in Diderots Gesamtwerk. Sie nehmen einen zentralen Platz ein in den philosophischen Schriften, denn an den Ergebnissen der positiven Wissenschaften überprüft er die Richtigkeit seiner Aussagen. Er sucht physiologische Antworten auf philosophische Fragen der Weltkenntnis und Moral.

Prof. Dr. Hans Schadewaldt (Düsseldorf) gab interessante Aufschlüsse zur Einführung der Pockenimpfung in Südamerika.

Nach der Einführung der Pockenschutzimpfung im Jahre 1798 hat die Vakzination sehr schnell Eingang in Nordamerika durch die erfolgreichen Impfversuche von Benjamin Waterhouse (1754—1846) (1800) und James Smith (1801) gefunden. Aber auch der südamerikanische Kontinent wurde bald mit dem neuen Impfverfahren bekannt gemacht. Einzelne, besonders interessierte Ärzte ließen sich entsprechend konservierte Lymphe aus England und Spanien kommen. Die verschiedenen Verfahren, Aufsaugen des Impfstoffes auf Stofffäden (Pearson), Aufbringung auf zwei Objektträger (Odier), Verwendung von Elfenbeinanzetten oder Dornenspitzen, die in Phiolen verschickt wurden (de Carro), befriedigten nicht, obwohl gerade die Bestrebungen de Carros (1770—1857), des bekannten Wiener Arztes Genfer Abstammung,\* zur Einführung der Pockenimpfung mit Hilfe derartig präparierter Lymphe im Nahen und Fernen Osten große Erfolge brachten. Die generelle Einführung der Vakzination verdankt Südamerika ebenso wie Mexiko der philanthropischen Impff Expedition Francisco Xavier de Balmis (1753—1820). Bisher unbekanntes, von der einen von uns in spanischen Archiven aufgefundenes Material erlaubt es, die 1806 im heutigen Bolivien einsetzende Impffaktivität des sudetendeutschen, in Südamerika als kongenialer Vorläufer Humboldts wirkenden Thaddaeus Haenke (1761

\*) Jean de Carro, am 8. August 1770 zu Genf geboren, in Edinburg ausgebildet, wirkte in Wien als Arzt. Von 1825 an war er in Prag, später in Karlsbad tätig. Er propagierte die Vaccination durch verschiedene Schriften und durch die Impfung seiner eigenen Kinder (1799). Er beschäftigte sich auch mit der Wirkung der Karlsbader Thermen.

bis 1817) mit der von José Salvani geleiteten Teilexpedition des Balmis'schen Unternehmens und mit den Impfversuchen eines in Lima wirkenden Arztes Belomo in Zusammenhang zu bringen. Demnach ist Haenke nicht, wie man bisher meinte, derjenige, der in Südamerika zuerst die Vakzination einführte, er ist aber wie Balmis und dessen Mitarbeiter in Mexiko und Guatemala mit Sicherheit der Promotor der Pockenimpfung in Bolivien gewesen. An Hand zahlreicher zeitgenössischer Schilderungen werden schließlich noch die Schwierigkeiten, Pockenlymphe im virulenten Zustand nach Amerika zu verschicken, und die Vorstellungen, die schließlich zur Empfehlung, Waisenkinder bei der Balmis-Expedition mitzuführen, durch die der Impfstoff im Arm-zu-Arm-Verfahren konserviert werden konnte, besprochen.

Der wissenschaftliche Nachlaß des Mathematikers, Naturforschers und Philosophen Johann Heinrich Lambert (1728—1777) wurde von Prof. Dr. Max Steck (München) kenntnisreich behandelt.

Dr. Walter Koerting (München) gab an Hand von Dokumenten und Lichtbildern Aufschluß über die Medizinische Fakultät der Deutschen Universität in Prag und ihre Beziehungen zu anderen Universitäten im letzten Jahrhundert ihres Bestandes.

Mit dem Dekret vom 18. Oktober 1945 wurde die Deutsche Universität in Prag (rückwirkend zum 17. November 1939) aufgelöst. Damit hat auch ihre Medizinische Fakultät ihre die Wissenschaft so befruchtende Tätigkeit einstellen müssen. Im Laufe ihrer Geschichte wirkten hier zahlreiche namhafte Gelehrte, von denen viele ihre Laufbahn auch an anderen Universitäten fortsetzten. Viele waren in Prag in jungen Jahren, zur Zeit ihrer größten Leistungsfähigkeit, tätig. Sowohl im alten Österreich wie nach der Schaffung der 1. Tschechoslowakischen Republik bestanden durch Berufungen enge wissenschaftliche Bindungen mit zahlreichen auswärtigen Universitäten, so denen in Österreich (Czernowitz, Graz, Innsbruck, Wien), in Deutschland (Berlin, Bonn, Breslau, Düsseldorf, Erlangen, Frankfurt/M., Freiburg i. Br., Gießen, Halle, Hamburg, Heidelberg, Jena, Kiel, Köln, Leipzig, Mainz, Marburg, München, Münster, Rostock, Straßburg, Tübingen, Würzburg), in der Schweiz (Basel, Bern, Zürich), in Belgien (Lüttich), in den Niederlanden (Utrecht), in Norwegen (Oslo), in der Türkei (Ankara), in den USA (Bloomington, Chicago, New York), in Australien (Sydney), in China (Schanghai). Nobelpreisträger waren Schüler der Prager Deutschen Universität. Die Studierenden der Medizin erhielten ihren Unterricht in Physik u. a. bei Ernst Mach und Albert Einstein. Aus der Geschichte der Medizin kann der Name der Deutschen Universität Prag nicht getilgt werden, denn die Medizinische Fakultät der

# Salistoperm

Das percutane Heilanaestheticum

# Inasthmon

Das percutane Expectorans

Deutschen Universität in Prag war eine der besten deutschen Fakultäten.

**Über die Anfänge des Gießener Pharmakologischen Institutes** sprach Frau Prof. Edith Heischkel-Artelt (Mainz).

Frau Dr. Inga Flemming Rasmussen (Kopenhagen) gab einen aufschlußreichen Bericht über das **Medizinisch-historische Museum der Kopenhagener Universität**.

Das Museum wurde im Jahre 1907 auf Grund einer Einsammlung von medizinisch-historischen Gegenständen im ganzen Land in Verbindung mit der 50-Jahr-Feier des Almindelig dans Laegeforening (des allgemeinen dänischen Ärztesbundes) gegründet. Die Universität stellte ein Gebäude zur Verfügung, das sowohl die Röntgensammlung als auch das ursprüngliche Museum aufnehmen konnte. Das Gebäude wurde jedoch nach und nach zu klein, und im Jahre 1945 wurde dem Museum die alte königliche chirurgische Akademie überlassen, errichtet im Jahre 1767, wo die Barbier-Chirurgen gehaust hatten.

Das Museum besteht heute aus vier Abteilungen: einer radiologischen, einer odontologischen, einer pharmazeutischen und einer medizin-chirurgischen. Die radiologische Abteilung bildet die größte und beste Sammlung der Welt von alten Röntgenröhren und -apparaten. Die odontologische Abteilung umfaßt alte Zahnarztstühle, Instrumente und zwei voll ausgestattete Zahnkliniken aus den Jahren 1895 und 1915. Die pharmazeutische Abteilung enthält eine große Sammlung von älteren Arzneitöpfen und mehrere Apothekeninnenräume. Die medizin-chirurgische Abteilung umfaßt chirurgische Instrumente jeder Art, Operationsstische, Narkoseapparate, eine Abteilung für Psychiatrie und Krankenpflege. Das Museum besitzt ferner ein großes Bilderarchiv, eine medizinische Medallensammlung und eine Bibliothek.

**Spondebis artem salutarem solerter exerciturum.** „Die ärztlichen Eide und Gelöbnisse an der Medizinischen Fakultät der Universität Wien“ war der Gegenstand des Vortrages von Dr. Gottfried Roth (Wien).

Die Medizin, integrierender Bestandteil der abendländischen Universitäten, hat die Verpflichtung zur

Sorge um den kranken Menschen. Nirgend anderswo erscheinen die Aufgaben des Arztes geraffter und in feierlicherer Weise kodifiziert als in den Eiden und Gelöbnissen, die seit altersher an der medizinischen Fakultät abgelegt wurden.

Die Texte sind den Acta facultatis medicae universitatis Vindobonensis (1399—1724), dem Libellus continens juramenta (1600), dem Liber juramentorum (1756) und späteren Akten entnommen. Sie spiegeln universitäts-, medizin- und geistesgeschichtliche Gegebenheiten wider: den Wandel der Universität von einem päpstlichen zu einem staatlichen und schließlich zu einem autonomen Institut, den Antimonstreit, die Entwicklung der einzelnen medizinischen Disziplinen, die Säkularisierung der Eidesformel und der Promotionsfeier. Der Vergleich mit dem hippokratischen Eid zeigt, daß verhältnismäßig spät und nur bruchstückhaft spezifisch „Asklepiadisches“ übernommen und tradiert wurde. Im Gegensatz zu manchen europäischen Universitäten erfuhr die mit einem Eid oder Gelöbniß verbundene Promotion keine Unterbrechung, auch zählt Wien zu den wenigen europäischen Universitäten, an welcher die Latinität der Gelöbnißformel erhalten geblieben ist.

**Über die „Hygiene bei Leon Battista Alberti“** sprach Prof. Dr. Ernst Rodenwaldt (Ruhpolding), der angesehene 85jährige Gelehrte, in einem überaus gehaltvollen Vortrag.

Die Vorträge von Prof. Konopka (Warschau): „Was die polnische Medizin der Schweiz verdankt“ und von Prof. Skulinowski (Krakau): „Untersuchungen über die kulturellen deutsch-polnischen Beziehungen im Bereiche der Medizin“ mußten entfallen, da diese beiden Gelehrten, ebenso wie Prof. Dr. Matousek (Prag), im letzten Augenblick — wohl weisungsgemäß — Ihre Teilnahme an der wissenschaftlichen Veranstaltung (in der Schweiz!) absagten. Auch den Historikern aus Mitteleuropa blieb, was gleichfalls sehr bedauert wurde, die Teilnahme an der Tagung versagt.

Als nächsten Tagungsort im September 1964 bestimmte die Mitgliederversammlung Würzburg.

K-g

## AUS DER BUNDESPOLITIK

### SPD fordert Neuregelung des Krankenpflegegesetzes

Die SPD-Fraktion hat im Deutschen Bundestag folgenden Antrag eingebracht:

Die Bundesregierung wird ersucht, dem Bundestag einen Gesetzentwurf zur Neuregelung des Krankenpflegegesetzes nach folgenden Richtlinien vorzulegen:

1. Die Ausbildung zur Krankenschwester muß den Fortschritten der medizinischen Wissenschaft angepaßt und mit dem internationalen Standard in Übereinstimmung gebracht werden. An die Ausbildungseinrichtungen sind dementsprechend erhöhte Anforderungen zu stellen. Die Ausbildung umfaßt bis zur Ablegung des staatlichen Examens drei Jahre.

2. Voraussetzung für die Ausbildung zur Kranken-

schwester (diplom. Krankenpfleger) ist eine zehnjährige Schulbildung oder ein der mittleren Reife entsprechender Abschluß. Diese Voraussetzung soll auch durch den Besuch von Schwesternerschulen und Berufsfachschulen nach Abschluß der Volksschule erfüllt werden können. Auf diese Weise soll künftig einer größeren Zahl von Volksschülerinnen (Volksschülern) eine qualifizierte Krankenpflegeausbildung ermöglicht und zugleich erreicht werden, daß die vor Vollendung des 18. Lebensjahres liegende Zeit von den Anwärtern für die Krankenpflegeausbildung sinnvoll zur Berufsvorbereitung genutzt wird. Die bisher für die Zulassung erforderliche einjährige hauswirtschaftliche Tätigkeit ist auf ein halbes Jahr zu verkürzen; auf diese Zeit ist praktische soziale Arbeit, z. B. in Kindergärten, Säuglings- und Müttergenesungsheimen, anzurechnen.

# ENZYNORM

Standardisiertes  
biologisches  
**Magenenzym** - Präparat

mit allen Wirkstoffen des Magensaftes  
normalisiert die Säurewerte  
gewährleistet volle Fermentaktivität  
verdaut wie menschlicher Magensaft

**ENZYNORM** - Bohnen  
**ENZYNORM** - Liquidum

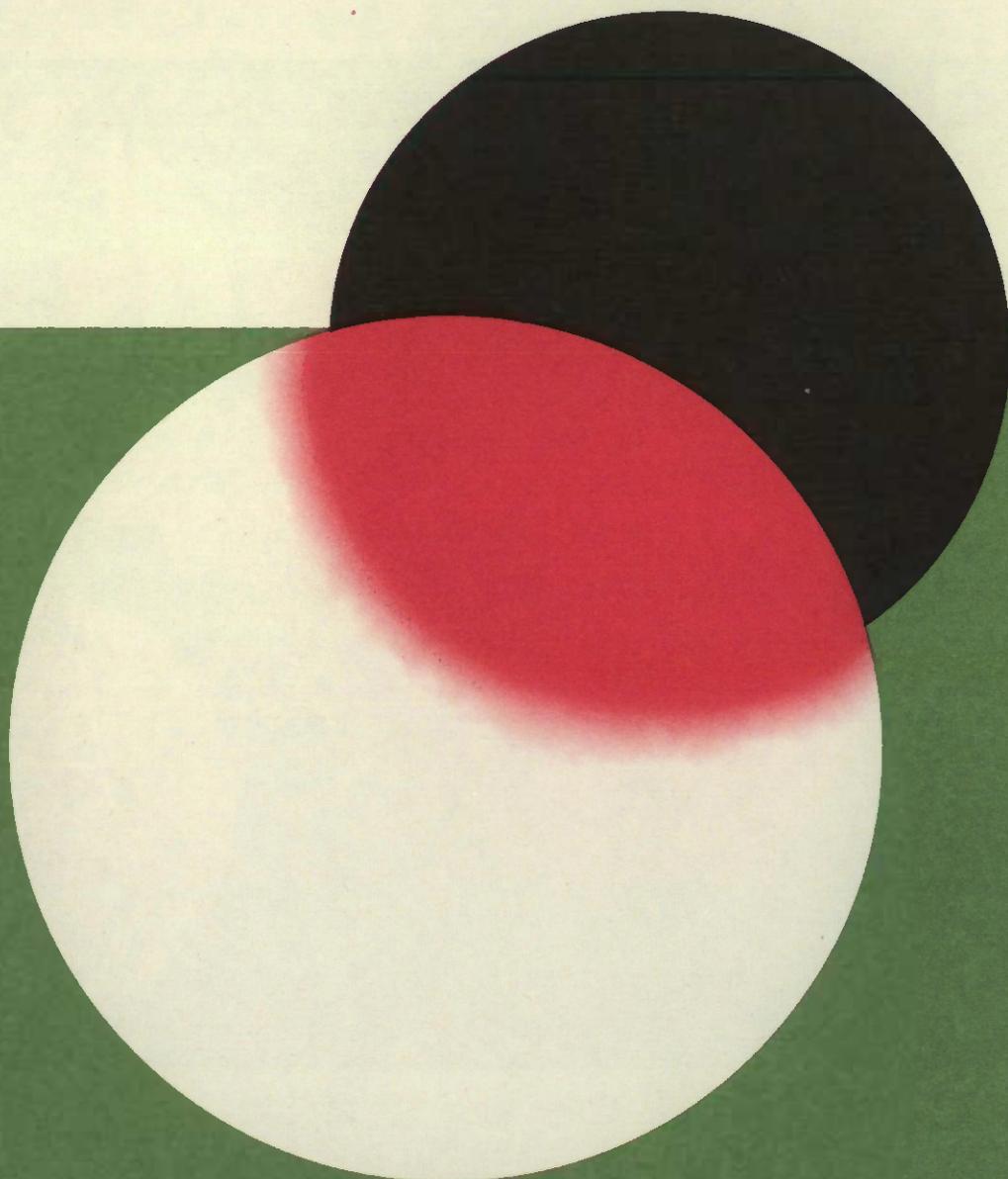


# RUBRIMENT

**Tiefen**hyperämikum

Rheumatische Erkrankungen  
Durchblutungsstörungen  
Essenz zur Intensivierung  
medizinischer Teilbäder

**RUBRIMENT-SALBE**  
**RUBRIMENT-ÖL**  
**RUBRIMENT-ESSENZ**



3. Die Berufsbildung ist gesetzlich zu gewährleisten.

4. Für den beruflichen Aufstieg zur leitenden Schwester und Schulschwester ist eine zusätzliche Ausbildung erforderlich.

5. Um den heutigen Erfordernissen der Krankenpflege gerecht zu werden, sind für pflegerische Aufgaben, die eine Ausbildung nach Nr. 1 und 2 nicht erfordern, Krankenschwestern (Krankenpfleger) auszubilden.

6. Die Ausbildung zur Krankenschwester dauert zwölf Monate. Sie wird an geeigneten Krankenpflegeschoolen durchgeführt und schließt ebenfalls mit einem staatlich anerkannten Examen ab. Für die Zulassung zur Ausbildung genügt Volksschulbildung. Bei beruflicher Bewährung und zusätzlicher theoretischer Ausbildung in Sonderlehrgängen soll auch die Krankenschwester die Möglichkeit haben, Krankenschwester zu werden.

7. Das Krankenpflegegesetz soll nicht nur die Berufsbezeichnung, sondern auch die Berufsausübung schützen.

Die Bundesregierung wird ferner ersucht, in Zusammenarbeit mit den Ländern sicherzustellen, daß die gesamten Kosten der Ausbildung, eingeschlossen die berufsvorbereitende Schulbildung, gedeckt werden und daß während dieser Ausbildung ein Ausbildungsgeld aus öffentlichen Mitteln gewährt wird. Das Ausbildungsgeld soll im zweiten und dritten Jahr der Krankenpflegeausbildung erhöht werden. Einkommensprüfungen und Anrechnung von Sachbezügen und sonstigen Einkommen sollen nicht stattfinden.

Hierzu erklärt die SPD-Bundestagsabgeordnete Frau Dr. Elinor Hubert:

„Der Mangel an Krankenschwestern gefährdet in zunehmendem Maße die Versorgung unserer Kranken. Das im Juli 1957 verabschiedete Gesetz über die Krankenpflege hat dem nicht abgeholfen. Der Zustand hat sich noch verschlimmert. Auch der von den Regierungspartnern vorgelegte Gesetzentwurf zur Förderung eines freiwilligen sozialen Jahres kann das Problem für die Krankenhäuser keineswegs lösen, da nach einjähriger Tätigkeit stets wieder ungelernete Kräfte nachrücken. Es gilt, mehr Menschen für die Krankenpflege als Beruf zu gewinnen.

Um den Fortschritten der Medizin Rechnung zu tragen und das Niveau unserer Krankenschwestern auch im Hinblick auf die EWG dem internationalen Standard anzugleichen, muß die Ausbildung angehoben und intensiviert werden. Um mehr Volksschülerinnen als bisher für den Beruf der Krankenschwester zu gewinnen, muß durch Schwesternvorschulen oder Berufsfachschulen im Anschluß an die Volksschule dafür gesorgt werden, daß diese die Zeit bis zum 18. Lebensjahr, mit dem sie erst die eigentliche Krankenpflegeausbildung beginnen können, sinnvoll überbrücken. Dadurch wird verhindert, daß sie in andere Berufe abwandern und dafür gesorgt, daß sie den Anforderungen der Ausbildung zur Krankenschwester voll gewachsen sind.

Für pflegerische Aufgaben, die eine langjährige Ausbildung nicht erfordern, müssen, wie es im Ausland schon lange üblich ist, Krankenpflegerinnen (in England die practical nurse) ausgebildet werden. Sie sollen nach einem Jahr ein Examen ablegen. Der Übergang von der Krankenschwester zur ausgebildeten Krankenschwester soll ihnen bei beruflicher Bewährung und entsprechender zusätzlicher Ausbildung möglich sein.

Dadurch wird zweierlei erreicht:

1. Der Beruf der Krankenschwester bietet für alle, die sich den Anforderungen einer hochqualifizierten Ausbildung unterziehen wollen, stärkeren Anreiz. Sie werden auch schon in jüngeren Jahren in Stellen mit größerer Verantwortung einrücken können.

2. Für den Beruf der Krankenschwester werden junge Menschen gewonnen werden können, die nach Charakter und Neigung gerade für die Aufgaben der persönlichen Pflege von Kranken besonders geeignet sind, den vorgeschriebenen Anforderungen an die Krankenschwester aber nicht oder noch nicht gewachsen sind.

3. Hinzu kommt für den Beruf der Krankenschwester noch ein Kreis von Menschen, die aus anderen Berufen oder anderen Lebensumständen (z. B. Mütter, deren Kinder inzwischen erwachsen sind) heraus in den Pflegeberuf überwechseln möchten, ohne noch einmal eine langjährige Ausbildung durchzumachen.

Die Berufe der Krankenpflege sind Mangelberufe und zugleich von höchster Wichtigkeit für die Aufrechterhaltung der Versorgung unserer Kranken. Das öffentliche Interesse an diesen Berufen ist daher so groß, daß sichergestellt werden muß, daß die Ausbildung nicht nur kostenlos ist, sondern während der Ausbildung auch Ausbildungsgeld aus öffentlichen Mitteln gewährt wird, damit geeigneter Nachwuchs nicht aus finanziellen Gründen davon abgehalten wird, den Beruf zu ergreifen.

### **Richtlinien des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung für Zuschüsse aus Bundesmitteln zur Zinsverbilligung von Darlehen für die Gründung oder Festigung freiberuflicher Existenzen**

Vom 20. Dezember 1962

Bundesanz. Nr. 3 vom 5. Januar 1963

Nach den folgenden Bestimmungen gewährt der Bund Zinszuschüsse, um die Gründung oder Festigung selbständiger freiberuflicher Existenzen zu fördern:

#### **1. Personenkreis**

Gefördert werden Angehörige oder künftige Angehörige der freien Berufe, insbesondere Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker, Rechtsanwälte, Notare, Patentanwälte, Vermessungsingenieure, Ingenieure, Architekten, Handelschemiker, Wirtschaftsprüfer, Steuerberater, beratende Volks- und Betriebswirte, vereidigte Buchprüfer, Steuerbevollmächtigte, Heilpraktiker, Krankengymnasten, Journalisten, Bildberichterstatler, Dolmetscher, Übersetzer, Lotsen und Angehörige ähnlicher Berufe; außerdem sonstige selbständig tätige Angehörige wissenschaftlicher, künstlerischer, schriftstellerischer, unterrichtender oder erzieherischer Berufe.

#### **2. Zweck der Förderung**

Die Zinszuschüsse sollen den Zinsaufwand für Darlehen vermindern, die zur Gründung oder Festigung einer selbständigen freiberuflichen Existenz auf dem freien Kapitalmarkt aufgenommen werden müssen.

#### **3. Voraussetzung für die Förderung**

Die Zinszuschüsse werden nur für solche Darlehen von Kreditinstituten gewährt, die die Lastenausgleichsbank (Bank für Vertriebene und Geschädigte), Bad Godesberg, Lessingstraße 4, nach ihren „Richtlinien für

die Übernahme von Bürgschaften für Kredite von Kreditinstituten an Angehörige freier Berufe“) vom 1. Oktober 1959 verbürgt hat oder bis Ende 1963 noch verbürgen wird. Dabei dürfen alle mit der Gewährung oder Aufnahme eines solchen Darlehens zusammenhängenden jährlichen Kreditkosten, umgerechnet auf die vorgesehene Laufzeit des Darlehens, im Zeitpunkt der Bürgschaftsübernahme nicht höher sein als 3% über dem Lombardsatz der Deutschen Bundesbank.

Zinszuschüsse werden nicht gewährt, wenn das Darlehen bereits durch Einsatz öffentlicher Mittel verbilligt worden ist; diese Einschränkung gilt jedoch nicht für die von der Lastenausgleichsbank refinanzierten Kredite an Vertriebene, Flüchtlinge, Kriegssachgeschädigte und Zuwanderer.

Außerdem scheidet die Zinsverbilligung auch dann aus, wenn der Kreditbedarf für eine bereits bestehende freiberufliche Existenz durch Umstände, die der Kreditnehmer selbst zu vertreten hat, insbesondere durch überhöhte Privatentnahmen, entstanden war. Darüber hinaus entfällt ein Zuschuß auch dann, wenn der Kredit

- a) wegen einer Praxisverlegung erforderlich war, es sei denn, daß für den Praxisinhaber eine Zwangslage gegeben war,
- b) einer Praxiserweiterung oder -modernisierung gedient hat, es sei denn, daß der Kreditnehmer für sich und seine Familie beim bisherigen Umfang oder bei der bisherigen Ausstattung der Praxis noch keine ausreichende Existenzgrundlage gefunden hatte.

Dabei ist unter Praxis jede freiberufliche Wirkungsstätte zu verstehen.

#### 4. Art und Ausmaß der Förderung

Der Zinszuschuß beträgt jährlich höchstens 3%, in den Fällen der Ziffer 3, Absatz 2, letzter Halbsatz (durch die Lastenausgleichsbank refinanzierte Kredite) höchstens 1½% des jeweiligen Darlehensbetrages.

Der Zinszuschuß wird jederzeit widerruflich für die gesamte Laufzeit des verbürgten Kredits, jedoch nicht länger als 5 Jahre gewährt. Er wird jeweils nach Ablauf des Kalenderjahres errechnet und gezahlt. Für die Zeit vor dem 1. Januar 1962 werden keine Zinszuschüsse geleistet. Außerdem entfällt der Zuschuß, wenn er für das betreffende Jahr weniger als 50 DM betragen würde.

Die Zinszuschüsse können nur im Rahmen der hierfür vorhandenen Bundesmittel gewährt werden. Reichen diese nicht aus, so ist der Vomhundertsatz des Zinszuschusses entsprechend zu kürzen. — Ein Rechtsanspruch auf die Zinszuschüsse besteht nicht.

#### 5. Gang des Verfahrens

Der Zinszuschuß ist einzeln für jeden Darlehensnehmer und für jedes Jahr von dem Kreditinstitut, das das Darlehen ausgereicht hat (Hausbank), in zweifacher Ausfertigung bei der Lastenausgleichsbank anzufordern. Dabei hat die Hausbank folgendes anzugeben:

- a) Namen, Beruf und Anschrift des Darlehensnehmers,
- b) Datum und Aktenzeichen der Bürgschaftsurkunde der Lastenausgleichsbank,
- c) Höhe des Darlehens zu Beginn und am Ende des Jahres, für das der Zinszuschuß angefordert wird,

- d) Zinssatz und Höhe der vom Darlehensnehmer für das betreffende Jahr insgesamt geschuldeten Zinsen,
- e) Zinssatz und Höhe des nach diesen Richtlinien errechneten Zinszuschusses für das betreffende Jahr.

Gleichzeitig hat die Hausbank zu bestätigen, daß die Voraussetzungen für den Zinszuschuß nach diesen Richtlinien gegeben sind.

Die Lastenausgleichsbank prüft die Anforderungen an Hand der Unterlagen und überweist die Zuschüsse den Hausbanken.

#### 6. Anforderungsfrist

Die Anforderung ist unmittelbar nach Ablauf des Jahres zu stellen, für das der Zinszuschuß begehrt wird. Anforderungen, die nach dem auf dieses Jahr folgenden 20. Februar bei der Lastenausgleichsbank eingehen, können nicht mehr berücksichtigt werden.

#### 7. Prüfungsrecht

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung und der Bundesrechnungshof haben das Recht, die Einhaltung der Richtlinien überprüfen zu lassen. Diese Befugnis erstreckt sich auch darauf, festzustellen, ob der Kredit zu dem in der Bürgschaftsurkunde der Lastenausgleichsbank angegebenen Zweck verwendet worden ist.

Dieses Prüfungsrecht hat die Lastenausgleichsbank gegenüber der Hausbank, die Hausbank gegenüber dem Darlehensnehmer auszubedingen.

#### 8. Zurückzahlung der Zuschüsse

Stellt sich nach der Gewährung des Zuschusses heraus, daß die Voraussetzungen hierfür nicht erfüllt waren, so ist dieser unverzüglich an die Lastenausgleichsbank zurückzuzahlen. Außerdem sind die zurückzuzahlenden Zuschußmittel vom Tage der Ausgabe zu Lasten des Bundeshaushalts bis zu ihrer Rückzahlung mit 2% über dem Diskontsatz der Deutschen Bundesbank zu verzinsen; etwaige Mehrerträge sind ebenfalls abzuführen.

### Richtlinien für die Übernahme von Bürgschaften für Kredite von Kreditinstituten an Angehörige freier Berufe

(Richtlinien der Lastenausgleichsbank vom 1. Oktober 1959 — erlassen im Einvernehmen mit dem Bundesminister für wirtschaftlichen Besitz des Bundes und dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung. — Vgl. Zimm. 3, Abs. 1, der Richtlinien des BMA vom 20. Dezember 1962.)

Um Angehörigen freier Berufe die Gründung und Festigung einer selbständigen Existenz zu erleichtern, übernimmt die Lastenausgleichsbank (Bank für Vertriebene und Geschädigte\*) auf Grund eines ihr von der Bundesrepublik Deutschland, vertreten durch den Bundesminister für wirtschaftlichen Besitz des Bundes, zur Verfügung gestellten Haftungsfonds 80%ige modifizierte Ausfallbürgschaften für Kredite an Angehörige freier Berufe nach Maßgabe der nachstehenden Bedingungen:

#### 1. Kreditnehmerkreis

Angehörige freier Berufe, insbesondere Ärzte, Apotheker, Architekten, Ingenieure, Rechtsanwälte, Steuerberater, Wirtschafts- und Buchprüfer.

\*) Anschrift: Lastenausgleichsbank (Bank für Vertriebene und Geschädigte), 5320 Bad Godesberg, Lessingstraße 4.



**zielsichere  
Therapie**

bei  
rheumatischen  
Erkrankungen,  
Zervikalsyndrom,  
Lumbalsyndrom  
mit dem  
myotonolytischen  
Antirheumatikum

**Sanomacortin**  
Dragees

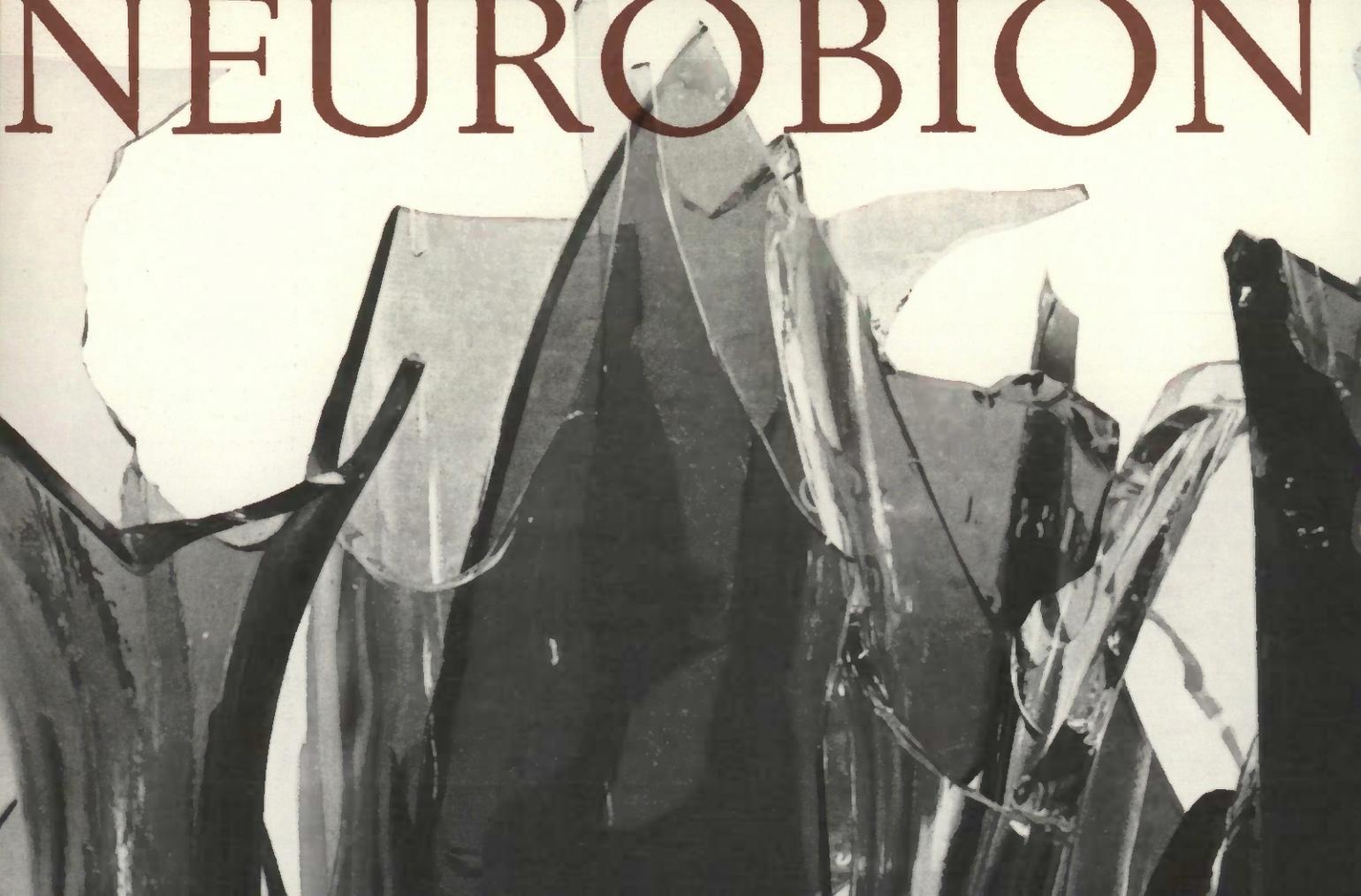
Bei Neuritiden,  
Neuralgien, Migräne,  
Schulter-Arm-Syndrom,  
Fazialisparese,  
Herpes zoster u. a.

*E. Merck*  
DARMSTADT

die Kombination der  
neurotropen Vitamine B<sub>1</sub> + B<sub>6</sub> + B<sub>12</sub>

Ampullen  
Dragees

# NEUROBION NEUROBION





# REACTIVAN

DRAGEES

SAFT

NEUER ANTRIEB NEUER ANTRIEB NEUER ANTRIEB NEUER ANTRIEB

*E. Merck*

DARMSTADT

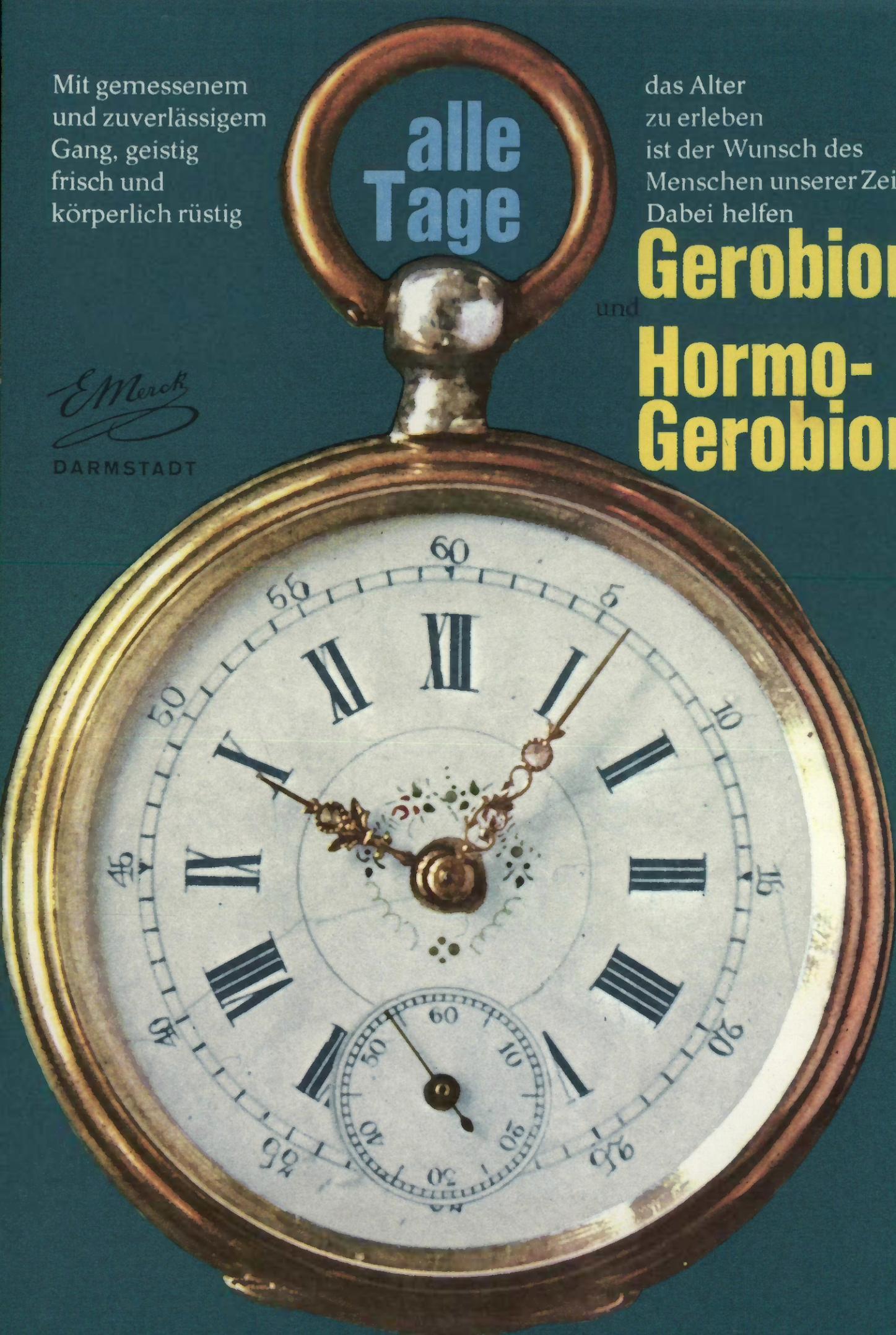
Mit gemessenem  
und zuverlässigem  
Gang, geistig  
frisch und  
körperlich rüstig

alle  
Tage

das Alter  
zu erleben  
ist der Wunsch des  
Menschen unserer Zeit.  
Dabei helfen

**Gerobion**  
und  
**Hormo-  
Gerobion**

*E. Merck*  
DARMSTADT



## 2. Kreditzweck

Die zu verbürgenden Kredite sollen der Begründung und Festigung selbständiger Erwerbstätigkeit dienen und hauptsächlich zur Finanzierung von Investitionen, wie Anschaffung von Geräten und Apparaten und Einrichtung von Praxisräumen, verwendet werden. Sofern erforderlich, kann ein angemessener Teil des Kredites für Betriebsmittelzwecke Verwendung finden.

## 3. Voraussetzung für die Übernahme von Bürgschaften

a) Es können nur solche von Kreditinstituten zu gewährenden Kredite verbürgt werden, bei denen keine für einen langfristigen Kredit ausreichenden oder geeigneten banküblichen Sicherheiten vorhanden sind.

Vorhandene Sicherheiten, insbesondere die mit dem Kredit zu finanzierenden Gegenstände, sind zur Sicherung des Kredites heranzuziehen.

b) Es können nur solche Kredite verbürgt werden, die auf Grund eines schriftlichen Kreditvertrages mit festem Zinssatz und Tilgungsplan gewährt werden. Die Laufzeit der zu verbürgenden Kredite soll dem Verwendungszweck angemessen sein und kann bis zu 10 Jahren betragen, wovon bis zu 2 Jahre tilgungsfrei sein können.

c) Die Kredithöhe kann bis zu DM 25 000,—, in begründeten Ausnahmefällen bis zu DM 40 000,— betragen.

## 4. Höhe und Art der Bürgschaften

a) Die Bürgschaften werden als modifizierte Ausfallbürgschaften übernommen. Sie decken 80% eines etwaigen Ausfalles an Kapital, Zinsen und Kosten der Rechtsverfolgung. Das Kreditinstitut hat sich somit an dem Kreditrisiko mit 20% zu beteiligen. Eine Sonderabsicherung dieses Risikoanteils ist nicht gestattet.

Verzugszinsen fallen nicht unter die Bürgschaft.

b) Der Ausfall gilt als festgestellt, wenn und soweit die Zahlungsunfähigkeit des Kreditnehmers durch Zahlungseinstellung, Eröffnung des Konkurs- oder Vergleichsverfahrens, durch Leistung des Offenbarungseides oder auf sonstige Weise erwiesen ist und nennenswerte Eingänge aus der Verwertung von Sicherheiten, die von dem Kreditnehmer für den Kredit bestellt sind, oder aus der Verwertung des sonstigen Vermögens des Kreditnehmers nicht mehr zu erwarten sind.

Zu den Sicherheiten, die vor Feststellung des Ausfalles zu verwerten sind, gehören auch etwaige für den Kredit gegebene Bürgschaften Dritter.

Rückgriffsrechte und Ausgleichsansprüche gem. §§ 774 und 426 BGB derartiger Bürgen gegen die Lastenausgleichsbank können nicht geltend gemacht werden und sind daher auszuschließen.

c) Der Ausfall gilt, auch wenn die Voraussetzungen des Absatzes b) nicht vorliegen, in Höhe der noch nicht bezahlten oder beigetriebenen gesamten Kreditforderung als festgestellt, wenn ein fälliger Kapital- oder Zinsbetrag trotz schriftlicher Zahlungsaufforderung nicht innerhalb von 12 Monaten nach Fälligkeit bezahlt worden ist.

Das Kreditinstitut ist aber verpflichtet, sich nach Fälligkeit der verbürgten Haupt- oder Nebenforderungen in banküblicher Weise zu bemühen, die Forderungen einzuziehen oder beizutreiben und ggf. die Sicherheiten zu verwerten.

## 5. Verfahrensgang

Der Antrag auf Übernahme einer Bürgschaft ist von dem Kreditnehmer bei dem den Kredit gewährenden Kreditinstitut einzureichen. Das Kreditinstitut hat bei der Weiterleitung des Antrages der Lastenausgleichsbank zu bestätigen, daß die in diesen Richtlinien vereinbarten Voraussetzungen und Bestimmungen vom Kreditnehmer erfüllt sind, und gibt der Lastenausgleichsbank bekannt:

- a) Name und Wohnort des Kreditnehmers
- b) Bedingungen des Kredites, ggf. unter Vorlage eines Entwurfs des abzuschließenden Kreditvertrages
- c) Verwendungszweck
- d) vorgesehene Sicherheiten mit Wertangabe sowie Beurteilung des Kreditnehmers.

Bei Bürgschaftsübernahme wird dem Kreditinstitut bzw. dessen Zentralinstitut die Bürgschaftsurkunde durch die Lastenausgleichsbank übersandt.

## 6. Bürgschaftsprovision

Für die Bürgschaftsübernahme berechnet die Lastenausgleichsbank dem Kreditinstitut eine von diesem zu tragende Bürgschaftsprovision von 1/4% p. a. des jeweiligen Kreditbetrages. Die Bürgschaftsprovision ist je zur Hälfte am 1. 1. und 1. 7. jeden Jahres im voraus zu entrichten.

## 7. Prüfungsrecht

Das Kreditinstitut hat mit dem Kreditnehmer zu vereinbaren, daß der Lastenausgleichsbank sowie dem Bundesminister für wirtschaftlichen Besitz des Bundes oder einem von diesen Beauftragten das Recht zusteht, jederzeit Einblick in die Vermögenslage und Ertragsrechnung des Kreditnehmers zu nehmen, insbesondere eine Prüfung vorzunehmen, um festzustellen, ob eine Inanspruchnahme des Bürgen in Frage kommen kann oder die Voraussetzungen für eine solche vorliegen oder vorgelegen haben. Ein gleiches Prüfungsrecht ist dem Bundesrechnungshof vorzubehalten.

Das Prüfungsrecht besteht auch gegenüber dem Kreditinstitut, jedoch nur hinsichtlich der den verbürgten Kredit betreffenden Unterlagen. Der Kreditnehmer ist zu verpflichten, das Kreditinstitut insoweit von seiner Schweigepflicht zu entbinden und etwaige Kosten einer Prüfung zu tragen.

Das Kreditinstitut hat ferner den Kreditnehmer zu verpflichten, jederzeit der Lastenausgleichsbank die von ihr gewünschten Auskünfte zu erteilen.

Das Kreditinstitut hat der Lastenausgleichsbank alle für die Bürgschaft erforderlichen Auskünfte zu erteilen sowie Einsicht in die den Kredit betreffenden Unterlagen zu gestatten.

## Gespräch mit Professor Erhard

Bundeswirtschaftsminister Prof. Erhard empfing am 13. September 1963 den Präsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Dr. med. Ernst Fromm, und den 1. Vorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. med. Friedrich V o g e s, zu einem etwa einstündigen Gespräch. Hauptthema der Unterredung war das Sozialpaket, insbesondere die Reform der gesetzlichen Krankenversicherung. API

## AUS DER LANDESPOLITIK

### Gefährdung des Wasserhaushalts durch sog. Detergentien

Zu der schriftlichen Anfrage des Herrn Abgeordneten Heinrich (FDP), betreffend Gefährdung des Wasserhaushalts durch Detergentien, wird wie folgt Stellung genommen:

Für Wasch- und Reinigungsmittel werden heute zu 90% synthetische Detergentien verwendet, in erster Linie Tetrapropylenbenzolsulfonat. Dieses Produkt ist sehr schwer abbaubar; es wird in Abwasserreinigungsanlagen nur zu 20—30% abgebaut. Es mindert den Wirkungsgrad von Abwasserreinigungsanlagen, stört das biologische Gleichgewicht in den Gewässern und ist die Ursache für das Entstehen der Schäume, die zu Schwierigkeiten in den Abwasserkläranlagen und zu großen Gefahren für die Schifffahrt führen. Versuche, die Detergentien durch Anti-Schaummittel zu beseitigen oder durch Einblasen von Luft auszuschäumen, führten zu keiner technisch oder wirtschaftlich befriedigenden Lösung.

Als die Gefährdung des Wasserhaushalts durch Detergentien erkannt und Abhilfe dringend erforderlich wurde, hat die Bundesregierung das Gesetz über Detergentien in Wasch- und Reinigungsmitteln vom 5. September 1961 (Bundesgesetzblatt, I S. 1653) erlassen. Zweck dieses Gesetzes ist es, eine möglichst hohe Abbaubarkeit von grenzflächen- und waschaktiven Stoffen (Detergentien) in Wasch- und Reinigungsmitteln zu erreichen. Das Gesetz sieht vor, daß nur solche Wasch- und Reinigungsmittel in den Verkehr gebracht werden dürfen, deren Detergentien der Abbaubarkeit entsprechen, wie sie in einer — inzwischen erlassenen — Rechtsverordnung festgelegt ist. Diese am 1. 12. 1962 erlassene Rechtsverordnung hat die Anforderungen an die Abbaubarkeit von Detergentien in Wasch- und Reinigungsmitteln sowie das dafür erforderliche Meßverfahren festgesetzt. Die Anforderungen müssen dem Stand von Wissenschaft und Technik sowie der Leistungsfähigkeit von Kläranlagen entsprechen.

Ein sofortiges Verbot der Verwendung „harter“, d. h. schwer abbaubarer Detergentien in Wasch- und Reinigungsmitteln war nicht möglich, da die weitverbreiteten modernen Waschmaschinen auf die Verwendung von Detergentien angewiesen sind und ausreichende „weiche“ Detergentien nicht zur Verfügung standen. Die chemische Industrie hat jedoch intensiv an der Entwicklung derartiger „weicher“ Detergentien gearbeitet.

Für die Durchführbarkeit einer Detergentien-Verordnung ist neben dem Vorhandensein weicher Detergentien Voraussetzung, daß geeignete Meßverfahren zur Verfügung stehen, die es den Behörden erlauben, die Einhaltung dieser Verordnung nachzuprüfen. Der Hauptausschuß „Detergentien und Wasser“, der 1959 auf Veranlassung der Bundesanstalt für Gewässerkunde in Koblenz und des Bundesministeriums für Atomkernenergie und Wasserwirtschaft gegründet wurde, hat diese Fragen untersucht und kam zu dem Ergebnis, daß z. Z. nur anionen-aktive Detergentien im Wasser und Abwasser einigermaßen genau bestimmt werden können. Die Verordnung über die Ab-

baubarkeit von Detergentien in Wasch- und Reinigungsmitteln v. 1. 12. 1962 (Bundesgesetzblatt I S. 698), in die weitgehend die Vorschläge und Empfehlungen dieses Ausschusses übernommen wurden, befaßt sich daher lediglich mit anionen-aktiven Detergentien, zu denen 90% der heute verwendeten Detergentien gehören. Kationen-aktive Detergentien (z. B. Zephirol) spielen für Wasch- und Reinigungsmittel keine Rolle, da sie zu teuer und wegen ihrer Eigenschaften (z. B. hygroskopisch) meist in der Verarbeitung ungeeignet sind. Diese Verordnung tritt am 1. 10. 1964 in Kraft. Ein früheres Inkrafttreten konnte nicht vorgesehen werden, weil die Hersteller von Detergentien diese Zeit benötigten, um ihre Produktion auf solche Detergentien umzustellen, die den Anforderungen des § 1 dieser Verordnung, nämlich einer mindestens 80%igen Abbaubarkeit, entsprechen.

Aufgrund dieser Verordnung über die Abbaubarkeit von Detergentien in Wasch- und Reinigungsmitteln vom 1. 12. 1962 ist zu erwarten, daß ab 1. 10. 1964 die durch „harte“ Detergentien aufgetretenen Schwierigkeiten erheblich verringert werden. Die Vorschrift dieser Verordnung, daß die anionen-aktiven Detergentien mindestens zu 80% abbaubar sein müssen, stellt einen Kompromiß dar, der den heutigen Verhältnissen entspricht. Sollten später anionen-aktive Detergentien für moderne Wasch- und Reinigungsmittel mit höherer Abbaubarkeit zu tragbaren Preisen auf den Markt kommen, dann wird in einer neuen Verordnung eine höhere Mindestabbaubarkeit als 80% verlangt werden.

### Kinder und alte Menschen sind im Straßenverkehr besonders gefährdet

Im Mai dieses Jahres kamen in Bayern bei Verkehrsunfällen 244 Menschen ums Leben. 57 von ihnen waren an den Unfällen als Fußgänger beteiligt. Davon waren 9 Kinder im Alter unter 6 Jahren, 5 im Alter von 6—15 Jahren. 18 waren älter als 65 Jahre. Weit mehr als die Hälfte der getöteten Fußgänger waren also Kinder und alte Leute.

Diesen schrecklichen Folgen des modernen Verkehrs muß auch durch eine verstärkte Erziehung zum richtigen Verhalten im Verkehr entgegengetreten werden.

Im Auftrage des Bayerischen Staatsministeriums des Innern wird daher den alten Mitbürgern in den Altersheimen Verkehrsunterricht erteilt.

Den Schulkindern und ihren Eltern wird die Landesverkehrswacht zum Schulanfang wichtige Ratschläge mit auf den Weg geben.

Der Bayerische Staatsminister des Innern, Dipl.-Ing. Heinrich Junker, hat 11 700 Bildermappen gekauft und sie an 15 bayerische Schulämter zum Verteilen an die frischgebackenen Erstklässler gegeben.

Die Schüler finden in der Mappe „Augen auf“ viele Verkehrssituationen, denen sie auf dem Schulweg begegnen werden, in Bildern dargestellt. Die Bilder geben auch Raum für eigene künstlerische und „verkehrsorganisatorische“ Betätigung. Sie können bunt bemalt und mit Zeichnungen von Fußgängern, Radlern, Autofahrern usw. ergänzt werden.

# AKTIV

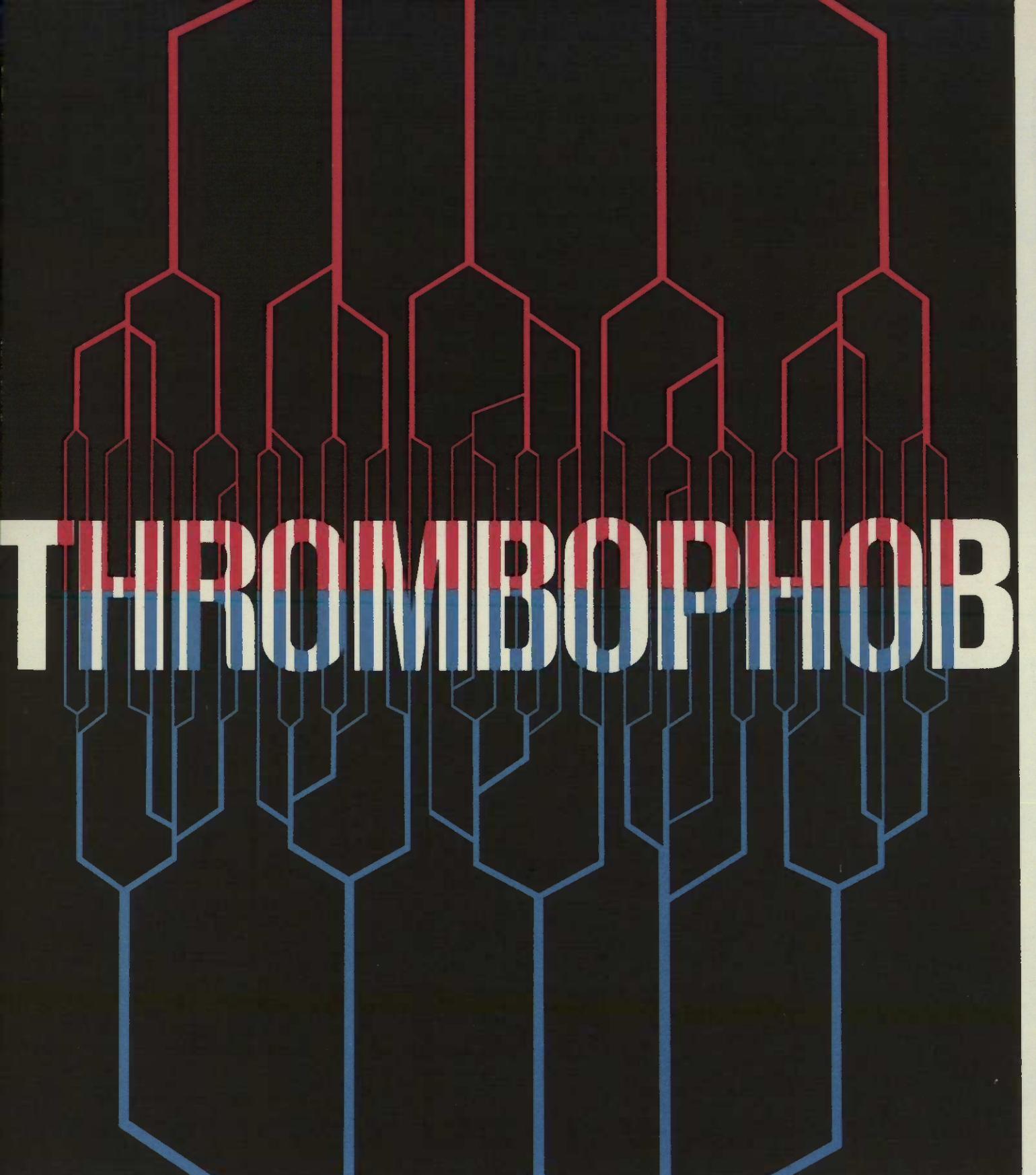
# AKTIVANAD

# ANAD

bei  
hoher  
physischer  
und  
psychischer  
Beanspruchung



NORDMARK-WERKE GMBH HAMBURG · WERK UETERSEN/HOLSTEIN



# THROMBOPHOB

## Thrombophob-Salbe

Heparin+Rubriment

mit histologisch und  
histochemisch  
nachgewiesener  
Hautpenetration

bei Thrombophlebitis  
Ulcus cruris, Infiltraten  
Hämatomen



### Der Erfolg der Polio-Schutzimpfung

Zu Beginn des Monats September haben in früheren Jahren regelmäßig Meldungen über Kinderlähmungs-epidemien die Bürger und vor allem die Eltern von kleinen Kindern in Unruhe und Sorge versetzt. Alljährlich hat diese Krankheit großes Leid in viele Familien gebracht.

In diesem Jahr sind bisher 8 Fälle von Kinderlähmung gemeldet worden. Diese Fälle werden eingehend virologisch untersucht. Erst diese Untersuchungen werden ein genaues Bild von der Art der Erkrankungen geben. Das Bayer. Staatsministerium des Innern wird die Ergebnisse mitteilen.

Den 8 Fällen stehen gegenüber 306 Erkrankungen jährlich im Durchschnitt der Jahre 1957 bis 1961, den Jahren vor der Schluckimpfung. Im Jahre 1962 nach

der Schluckimpfung gegen den Typ I des Erregers der Krankheit im Februar waren es noch 47 Fälle.

Schon jetzt läßt sich feststellen, daß der Erfolg der Schluckimpfung die Erwartungen übertroffen hat.

Im gesamten Bundesgebiet sind vom 1. Januar bis zum 6. Juli 1963 24 Personen an Poliomyelitis erkrankt, vier von ihnen starben. Das ist gegenüber dem gleichen Zeitraum des Vorjahres wieder ein erheblicher Rückgang. 1962 erkrankten 195 Personen, 24 davon starben.

Die Kinderlähmung kann aber nur ausgerottet werden, wenn besonders die nachgeborenen Jahrgänge geimpft werden. Die Schutzimpfung muß auch die Immunisierung durch eine Infektion ersetzen.

Deshalb werden in Bayern im November dieses Jahres und im Frühjahr nächsten Jahres in sog. Nachterminen die Gesundheitsämter zunächst gegen die besonders gefährlichen Erregertypen III und I impfen.

### Feuilleton

## Sardinien, die Nurageninsel

Von Erich O. Haisch

Zeichnungen: Erika Haisch-Liska

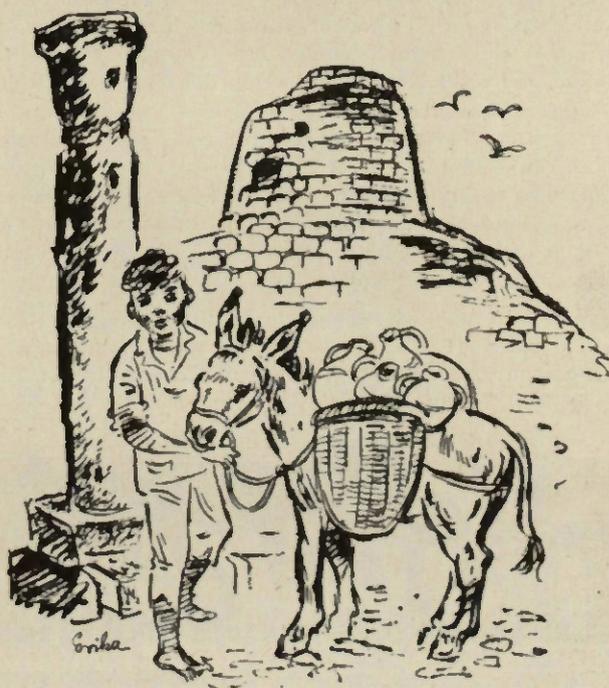
Fragte man mich, welcher Insel im Mittelmeer meine besondere Liebe gehört, so antwortete ich ohne Zögern: Sardinien. Das famose Heimweh nach Sardinien, il mal di Sardegna, hat auch mich erfaßt.

Sardinien ist ein kleiner Kontinent. Von wunderbaren Straßen zwar dicht durchzogen, von Natur aus aber wild und unwegsam, offenbart sich in jeder Region das Gesicht einer neuen Landschaft und einer anderen Bevölkerung. Nicht wie viele andere Inseln in diesem Meer war Sardinien ein Schmelztiegel für die verschiedenen Völkerschaften und Blutströme, die sie berührt oder besessen haben, Sarden, Phönizier, Ägäer, Punier, Römer, Wandalen, Sarazenen, Katalanen, Lombarden, Genuesen, Pisaner, um einige davon zu nennen, sondern alle diese hielten sich trotz der engen Nachbarschaft in eigenen Gruppen bis auf den heutigen Tag. Daher der Reichtum an Trachten, Dialekten, Liedern und Bräuchen; Sardinien ist ein letztes Eldorado der Folklore. Italienisch wurde die Insel erst in junger Vergangenheit und mehr durch Zufall. Eine Ironie des Schicksals will es aber, daß sie ein Nationalheiligtum Italiens birgt, das Grab seines Einigers Garibaldi. Er ruht einsam neben dem von ihm eigenhändig errichteten „Weißen Haus“, in dem er zuletzt lebte und starb, auf der nordöstlichen Vorinsel Caprera.

Auf die in vorgeschichtlicher Zeit lebenden Ursarden gehen die Nuragen zurück, jene geheimnisvollen, aus grobem Gestein aufgeschichteten Wohntürme, von denen das Innere der Insel in einigen Gebieten übersät ist; man zählte ihrer mehr als siebentausend. In ihrem Schutt fand man Bronzestatuetten von fremdartiger Schönheit, Krieger, Jäger, Priester und Hirten. Was die direkte Überlieferung von jenen Menschen verschweigt, das offenbaren diese metallenen Zeugen über ihren Stolz, ihre Schwermut und Leidenschaftlichkeit. Unserem Gemüt am nächsten steht ein Doppelbildnis, das jetzt im Völkerkundemuseum von Cagliari zu sehen ist: Eine Mutter beugt sich über den toten Sohn, eine heidnische Pieta. Die Hirten vom Gen Argentu, dem Gebirgsmassiv im Herzen der Insel, sind dieser Urbewölkerung direkte Nachkommen. Sie sind gastfreund-

lich und räuberisch zugleich, duldeten bis vor kurzem nicht einmal ihren Bischof unter sich, ihre Hunde stürzen sich auf jeden Fremdling, düster wacht das Gesetz der Blutrache über ihre Ehre.

Der geradeste Weg von Deutschland nach Sardinien führt über Genua. Von dort aus besorgen die blitzsauberen Schiffe der Tirrenia die Überfahrt über Nacht. Die Reise führt der Küste von Korsika entlang, über der am frühen Morgen die Sonne aufgeht. Gegen 8 Uhr betritt man in Porto Torres den sardischen Boden und stolpert gleich über die Trümmer römischer Villen und Thermen. Mitten hindurch führt ehrfurchtslos ein Bahngelise, seine Schwellen sind in die Scherben römischer Ziegel gebettet. Ein stämmiges Bürschlein, zehn Jahre sei er alt, spielt den Cicerone und behauptet,



dieses sei il palazzo di re barbaro, die Burg des Barbarenkönigs. Ungläubig schaut er mich an, als ich ihm erkläre, was für feine Leute diese römischen Barbaren einmal gewesen sind. Hinterher verlangt er Soldi „für die Führung“, und noch in einem Krämerladen gibt es einen Disput, weil ich für ihn Caramelle kaufen will, er möchte Sigaretten haben.

Ist die Mitnahme des eigenen Autos auf die meisten übrigen Inseln ein in Mode gekommener Snobismus, für Sardinien ist sie zu raten. Die Insel will von ihren Besuchern erforscht sein, anders als jene Orte am Mittelmeer, wo man nur hinfährt, um sich an den Strand zu legen. Für eine Rundreise benötigt man eine bis zwei Wochen. Wer ohne eigenes Fahrzeug kommt, kann sich einer Rundreisegesellschaft anschließen. Wer aber nicht nur mit dem Land, sondern auch mit den Leuten Kontakt sucht, benützt den Linienverkehr der Autobusse oder die auf allen Strecken komfortablen Motortriebwagen. Das billigste Verkehrsmittel innerhalb der Insel ist übrigens das Flugzeug, für nur 2000 Lire fliegt man von Alghero nach Cagliari.

Was mich betrifft, so habe ich es nach meiner Gewohnheit mit den Einwohnern, das heißt, ich nehme den Autobus. Es gibt nach meiner Erfahrung überhaupt nur ein einziges Hindernis, das dieser Methode entgegenstehen könnte, und dieses entscheidet sich bereits vor der Abreise zu Hause, bei der Auswahl des Gepäcks: Es ist geradezu unglaublich, was alles man bei einer Reise nicht braucht. Richtig vorbereitet kann kaum etwas danebengehen, Busse gibt es auf der Insel überall und in alle Richtungen.

Zehn Kilometer landeinwärts von Porto Torres liegt Sassari, die Haupt- und Universitätsstadt des nördlichen Sardinien. Sie verdankt ihre Existenz den Plünderfahrten der Sarazenen, die die Bevölkerung von der Küste weggetrieben haben. Die ganze Küste Sardinien ist noch heute bestückt mit Wachtürmen aus der Spanierzeit, düsteren Erinnerungen an jene grausamen Überfälle der Seepiraten, die im Mittelalter das Mittelmeer unsicher gemacht haben.

Die Aragonier von Alghero jedoch vermochten sich zu halten, denn die Stadt liegt hinter einem Gürtel von Klippen und ist durch starke Befestigungen geschützt. Mich lockt ein Kletterseil, das von der Zinne eines der plumpen Ecktürme herunterbaumelt — endlich einmal ein richtiger Turm, wie aus einem Schachspiel! Ich turne hoch, da ertönt ein Pfiff und ein Ruf, eine johlende Meute von Gassenjungen stürmt herbei, sie schreien durcheinander, zeigen mit den Fingern, feuern mich an, zeigen mir die Mauervorsprünge und versteckten Löcher und wollen Soldi.

Von hinreißender Schönheit ist der Blick von den umliegenden Höhen auf die weiße Stadt und den Golf, an dessen Ende das Kap Caccia ins Meer vorstößt. Es birgt die Neptungrotte, die imposanteste von den vie-

len Höhlen Sardinien, der gegenüber die Blaue Grotte von Capri bescheiden ist. Dieselben sind jedoch die sangesfreudigen Fischer, die hier wie da den Pries für die Überfahrt mit viel Worten aushandeln.

Die Straße windet sich südwärts über ein Kalkgebirge mit seitsam getopften Tafelbergen, mehr oder weniger alle historische Verteidigungsbastionen von Krieger- und Räuberbanden. Nach einigen Fahrtstunden wird Bosa erreicht, ein malerisch am Temofluß gelegenes Städtchen zu Füßen des Vulkans Monte Ferru, des wilden Berges. An seinen Hängen wächst Malvasierwein. Zur Zeit seiner karthagischen Gründer war Bosa am Meer gelegen, heute muß man zu dem hübschen Seebad ein Stück weit über angeschwemmtes Land hinausfahren.

Weiter nach Süden über eine Hochebene. Die Häuser in den Dörfern sind alle mit Aufschriften versehen, DDT 1956/1958/1960; das besagt, daß hier die von der Weltgesundheitsorganisation geführte Kampagne gegen die Anophelesmücke tätig gewesen ist. Noch vor wenigen Jahren ein Seuchenherd, der jeden Touristenverkehr unmöglich gemacht hat, ist Sardinien heute von der Malaria praktisch befreit.

Es ist Mittagszeit, der Bus hat sich geleert, wir sind nur noch zwei Passagiere im Wagen. Der Fahrer packt seine Vesper aus und bietet uns davon an. Keine Air-stewardess hat ihren Fahrgästen soviel zu bieten wie dieser braunhäutige Bursche da, der sein Vehikel frohgemut Tag für Tag 300 km weit bergauf, talab über die Insel und mit Millimeterarbeit durch die volksbelebten Gassen der Ortschaften kurvt.

Eine halbe Wegstunde südlich von der Stelle, wo die Provinzstraße bei dem Örtchen Sta. Caterina nach Westen abbiegend das Meer berührt, überragt ein steiler, 400 Fuß hoher Hügel das Ufer. In dem halbhohen Gestrüpp an seinen Flanken weiden Schafe. Im Altertum stand hier eine blühende, punisch-römische Stadt, Cornus. Wer hinaufsteigt, findet Mauerreste, Säulentrümmer und watet durch Scherben. Die ganze Stadt ist buchstäblich in Scherben gegangen. Wer danach sucht, findet hier und dort ein Vasenstück mit Ornamenten oder gar mit figürlichem Schmuck. Blindlings taste ich im Ginstergebüsch herum und berühre eine große runde Schale mit regelmäßigem Relief — aber wie ich es vorsichtig hervorziehe, ist es eine Schildkröte.

Nicht weit davon, so steht im Reiseführer, soll die dazugehörige punische Nekropole zu finden sein, eine in Felsen gehauene Gräberstadt, an denen die Insel reich ist. Ich finde Höhlen, Löcher, die sich in den Berg hinein ausweiten, seltsam und ohne den angekündigten Wandschmuck. Ich überklettere ein paar Kaktushecken und erreiche ein Gehöft, vor dem ein Bauer sich zu schaffen macht. Nur eine Auskunft wollte ich von ihm haben, aber ich erhalte mehr von einem, der ein Mensch ist. Der Mann läßt mich gar nicht erst zu Wort kommen,



# Standardin.

Der experimentell  
im pharm. Reihenversuch  
wirkungsbestimmte  
Hustensaft

KREWEL-WERKE, Eitorf b. Köln

• KREWEL • KREWEL • KREWEL • KREWEL •

antitussicum

• KREWEL •

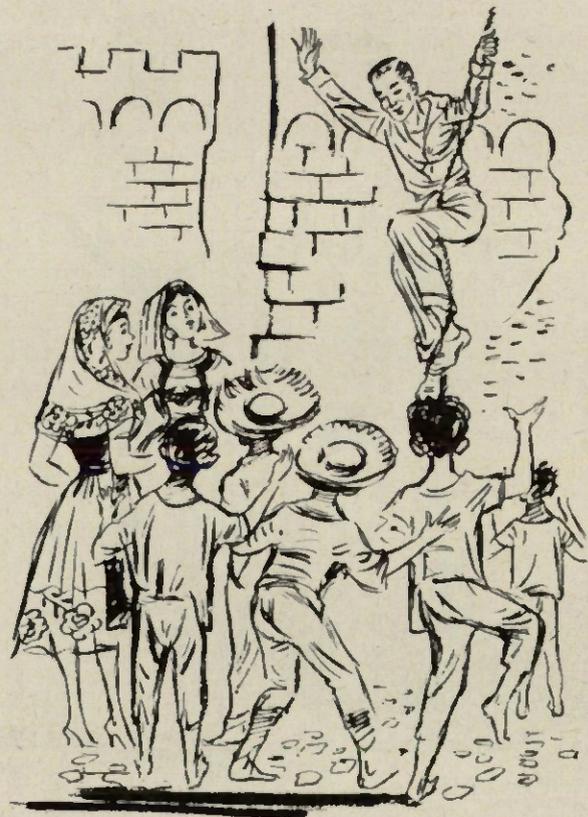
er freut sich, daß ein Fremder seinen Grund betritt. Und führt mich um das Haus herum, wo im Schatten von Bäumen zwei Ochsen stehen, zwei starke Ochsen, durch ein Joch miteinander verbunden, wie vor zweitausend Jahren. Ich bewundere sie. Freundlich lächelt der Mann. Ich biete ihm eine Zigarette an, er bedankt sich und übersieht die Armseligkeit dieser Geste aus den europäischen Schützengräben. Und die Höhlen dort oben haben die Tedeschi gemacht, die Deutschen im letzten Krieg, hier wollten sie kämpfen, aber sie sind vorher abgezogen und kein Schuß ist gefallen.

Cornus ist bereits im Altertum den arabischen Seeräubern zum Opfer gefallen. Weiter im Süden haben diese auch die Einwohner von Tharros genötigt, ihre Stadt zu verlassen und sich im Landesinnern anzusiedeln. So entstand Oristano. Von Fiebersümpfen umgeben, hatte dieses einst den Ruf, „ein Grab der Fremden“ zu sein. In der Stadt zeigt man das angebliche Wohnhaus der Richterin Eleonora von Arborea, der sardischen Nationalheldin aus dem vierzehnten Jahrhundert. Niemanden stört es, daß das Haus erst hundertfünfzig Jahre später gebaut worden ist, es zeigt eine augenfällige Renaissancefassade, gerade recht für eine Nationalheldin, daher basta!

Den Namen des alten Arborea trägt heute eine Neusiedlung im meliorierten Sumpfgelände. Immer wieder stößt man auf solche neugegründeten Orte aus der Zeit des faschistischen Imperiums; die Siedler entstammten jenem Teil Istriens, der an Jugoslawien gefallen war. Unversehens glaubt man sich in solchen Orten in die venetische Provinz versetzt, üppig grünt und blüht es um die sauberen Häuser.

Südlich von Arborea beginnt eine über hundert Kilometer lange, fruchtbare Ebene, der Campidano, der einmal ein Kornacker Roms gewesen ist. In seiner Mitte liegt der Flecken Sanluri; hier hat im fünfzehnten Jahrhundert „la bella di Sanluri“ ihr Volk an seinem Unterdrücker König Martin II. von Aragon gerächt, indem sie ihn zu Tode liebte; daß man heute noch immer davon spricht, mag daran liegen, daß diese Art von Widerstand gegen die Besatzungsmacht nur selten zum Erfolg geführt hat!

In den Südwesten der Insel gelangt man über ein Gebirge, das Iglesias. In halsbrecherischen Schleifen windet sich die Straße durch eine einsame Landschaft grüner Berge, die an Korsika erinnern. Nur wenig Fremde kommen hier herüber, denn jenseits liegen die Kupfer-, Zinn-, Blei- und Kohlengruben Sardinien. Kanäle, Hochspannungsleitungen, Förderbahnen durchziehen das Land, schweflige Dünste verpesten die Luft, die Pflanzen verkümmern. In Iglesias, Stadt der Kirchen, wie der Name sagt, gerate ich in eine Art Räuberhöhle; unter Preisgabe von Silberlingen glückt der Freikauf und die Herausgabe des Gepäcks. Ich finde ein Jollyhotel, wo der Empfangschef mich verständnisvoll aufnimmt, er ist erst gestern von Rom hierher versetzt worden. Eine Taverne entschädigt mich, wo ein



geschwätziges Mädchen appetitliche Gerichte aufischt und wo eine Riesenkarte von Sardinien an der Wand hängt. Während der Mahlzeiten suche ich mein nächstes Reiseziel, die kleine Insel S. Pietro.

Ein qualmender Vaporetto nimmt ein paar Omnibusladungen Fahrgäste, meist Arbeiter aus den Minen, mit hinüber. Das Meer ist sanft, es geht gegen Abend. Die Sonne steht schon tief am Himmel, während da und dort die ersten Leuchtfeuer aufblitzen. Das Hafentädtchen Carloforte, das wir anlaufen, erscheint selbst als ein Teil dieser romantischen Stimmung. Südliche Gassen, ein Scherenschleifer, er hat sein Fahrrad auf den Kopf gestellt und treibt den Schleifstein mit den Pedalen. Aus den Gärten kommen die Frauen und Mädchen nach Hause. Sie tragen die Ernte auf dem Kopf, es sieht aus, als wüchsen ihnen statt der Haare Gemüse und Blumen auf dem Scheitel. Auf der Terrasse des Hotels versammelt sich eine Gesellschaft um ein Spanferkel, von einem fleißigen Mandolinensänger begleitet. Während seine Lieder immer trauriger werden, nimmt der Beifall stetig zu, an welchem läßt sich das Maß des konsumierten Vino unmittelbar ablesen.

Wieder ein Dämpferchen und man ist auf der Nachbarinsel Sant'Antioco. Ihre gleichnamige Hauptstadt, das antike Sulcis, ist durch einen Damm aus der Karthagerzeit und durch eine römische Brücke mit dem Fest-



**Chinin-  
Veralgit**

- Grippe u. Erkält.-Infekte (virotrop)
- kupierend, falls im Beginn genomm.
- verhütend, „vorher“ „ „
- analgetisch-antipyretisch (u. subjektiv erleichternd)

-Dragées



land verbunden. Sie beherbergt eine punische Nekropole, die gegenwärtig ausgegraben wird. Einer der Arbeiter sagt etwas von Grabungen in einem nahe gelegenen phönizischen Heiligtum und weist mit der Hand in die Richtung. Im Reiseführer steht davon nichts, aber wirklich türmen sich dort mächtige Quader. Das Feld ist durch einen Stacheldrahtzaun abgesperrt und von Hunden bewacht, aber ein Aufseher öffnet, und was man nach Eintragung in eine Besucherliste dann zu sehen bekommt, übertrifft jede Vorstellung. Die Spaten haben einen Tempel der Göttin Tanit freigelegt, jenem entsetzlichen Moloch, Archetypus der verschlingenden Mutter, von der schon die Geschichtsschreiber in der Antike nur mit Schrecken gesprochen haben und deren barbarischer Kult den Römern nicht zuletzt als Vorwand gedient hat, ihre Kriege gegen Karthago moralisch zu rechtfertigen.

Hier also stand, oder steht noch ein Tempel der kinderfressenden Tanit. Zahlreiche Stellen zeigen ihre Gestalt und ihr unbarmherziges Antlitz, eine einzige Tafel nur hat man bisher gefunden, auf der ein Kind dargestellt ist. Es steht allein für die unzähligen, die im Laufe der Jahrhunderte hier geschachtet worden sind. Der Führer, ein junger Archäologe, ist leider nicht ganz bei der Sache: „Hier war der Wasserzufuß zum Bad. Das Badebecken ist dort. Die Kinder mußten purifiziert werden, bevor sie der Göttin geopfert wurden. (Wenn ich nur wüßte, wo mein Freund bleibt, schon seit einer Stunde sollte er zurück sein, ich erwarte ihn mit Ungeduld, denn ich bin in Eile.) Die Kinder wurden getötet, so wie die Juden das Vieh töten, ein Priester hat ihnen den Hals aufgeschlitzt, damit sie verbluteten. (Mamma mia, meine Lambretta ist weg, Sie müssen mich schon entschuldigen! Vielleicht werde ich sie niemals wieder sehen.) Jede Familie, zumindest die vornehmen, hatten ihr Erstgeborenes zu opfern. Hier an

dieser Stelle wurden sie anschließend verbrannt. Ärmere Leute brachten Säuglinge, aber die Nobili mußten für die Göttin schon mehr tun, sie zogen ihre Kinder zuerst auf. Manche waren über vier Jahre alt, wenn sie umgebracht wurden.“ Eine Kollegin aus Hamburg erlitt einen Herzanfall. Getreu dem hippokratischen Eid leistete ich ihr Beistand, zumal sie noch in der Ohnmacht einen ganz berufsunüblichen Charme entfaltete.

Betroffen steht der Besucher inmitten dieses unheimlichen Friedhofs, der den Frieden niemals gekannt hat. Im weiten Geviert iugen kleine Tontöpfe aus dem aufgekrazten Boden, neben- und übereinandergeschichtet, von denen jeder die Reste eines Menschenkindes enthält. Ein paar Dutzend erfaßt das Auge in jeder Richtung, zwei- oder dreitausend würden es im ganzen sein, sagt unser Führer, und legt die als Trinkgeld angebotenen Hundertliremünzen verächtlich beiseite, „per il custode“. Bei dieser Geste kommt mir ein Wort aus dem Matthäusevangelium in den Sinn, „es taugt nicht für den Opferkasten, denn es ist Blutgeld“, und das Gefühl beschleicht mich, als ob wirklich der Fluch der gestürzten Göttin auf dieser Stätte läge, wo eine als Wissenschaft getarnte Neugier jetzt den Frevel begeht, ihr ihre Opfer zu entreißen.

Die betriebsame Hauptstadt von Sardinien, Cagliari, liegt an der Südküste, eine moderne Großstadt. Eine der schönsten Straßen, deren Paris sich rühmt, ist die Rue de Rivoli; unter einem Arkadengang reihen sich elegante Läden, davor flutet der Verkehr, jenseits breiten sich die Tuileriengärten. Cagliari kann für sich in Anspruch nehmen, eine ebensolche Straße zu besitzen, die Via Roma, noch mit der Zugabe, daß sich jenseits des Parkes das Meer anfügt; im Hintergrund ragende Masten und Schornsteine beschließen das Panorama. Den Engeigoif entlang gelangt man an den Lido von Poetto, eine Anlage nach Art der großen Adriabäder mit herrlichem Sand und dem dazugehörigen Menschenrummel.

Was allerdings Sardinien als ein Badeparadies zunehmend berühmt macht, sind die zahlreichen klippen-, grotten- und fischreichen Überraschungen an seinen Steilküsten. Im Schutze dieser Feisenklüfte haben sich die letzten Seehunde des Mittelmeeres aus der Tertiärzeit herübergerettet. Ein giasdurchsichtiges Wasser lockt in die Tiefe. Tauchen ist kein Sport wie irgendein anderer, sondern eine Leidenschaft, im Hinblick auf ihre außerordentliche Affektbesetzung kaum anders erklärbar als eine Regression in foetale Lebensweisen. Ein tauchkranker Arztkollege, der noch einmal seine ganze Familie ersäufen wird, hatte mich damit infiziert. Jedoch heilte mich gleich bei den ersten Versuchen ein Seeigel, dessen Stacheln sich mir ins Knie bohrten, als ich einige Meter unter dem Wasser die rotleuchtenden Porphyrfelsen von Artabax besteigen wollte; heute, nach sechs Wochen, stecken sie noch immer darin. Als besonders peinlich habe ich es empfunden, daß man dort unten nicht einmal „Au!“ sagen kann. Reumütig kehrte ich an Gottes herrliche Atemluft zurück.

Die Gebirgsstraße von Tortoi nach Dogali im Osten der Insel ist die schönste Sardinien überhaupt. An Kühnheit kommt sie den Alpenpässen gleich und sie bietet Ausblicke von traumhafter Schönheit auf Berge und Küsten. Ein Dorf in grüner Schlucht tief unten, Trief, hat akkurat die Form eines Fragezeichens, von dem der Punkt besonders auffällt. Die junge Dame



**machtvoll**

**durchwärmt**

**Rubriment**

**Tiefenhyperämikum**

**RUBRIMENT-Öl**

zum Einreiben

**RUBRIMENT-Essenz**

zur Intensivierung mediz. Teilbäder

Rheumatische Erkrankungen, Neuralgien, Parästhesien, Durchblutungsstörungen



NORDMARK-WERKE GMBH HAMBURG - WERK UETERSEN/HOLSTEIN



... und jetzt

*Enzymorm*

verdaut wie Magensaft



neben mir im Bus ist über diese Feststellung amüsiert, kein Wunder, denn der Punkt ist das Schulhaus und sie ist die Lehrerin. Unter dem Punktgeächter aller Fahrgäste steigt sie aus. Es regnet im Gebirge. Die Hirten neben der Straße und die Eseitreiber verschwinden unter überdimensionalen grasgrünen Regenschirmen.

Die alte Stadt Nuoro ist das Herz der Insel. Kaum zugänglich inmitten des zentralen Massivs gelegen, blieben Mundart, Bräuche und Trachten der Sarden hier am reinsten erhalten. Seltsame Begegnung: Ich stehe an einem verkehrsreichen Platz mit Sperrketten und Zebrastreifen. Ein Knabe kommt, in der Hand hält er einen Stab, mit der anderen führt er einen Esel am Seil. Er trägt einen ärmellosen Umhang aus Fell, ein Hirtenbub, der in die Stadt kommt. Am Rande des Platzes verhält er und wartet, ich sehe, wie er dem Esel zuredet. Nun wagen sie drei Schritte, da fährt ein Auto dicht vorbei. Bub und Esel verharren, der Bub redet, dann hebt er von neuem den Stab, setzt ihn vor sich, willig folgt der Esel. Was wissen wir sachbegüterten Mitteleuropäer von der Freundschaft, die diese beiden Wesen miteinander verbindet? Das einzige, was für uns davon übrig bleibt, ist, sie mit den Augen zu erfassen.

Auf der Suche nach einem Souvenir betrete ich einen Laden. Man bietet mir buntbedruckte Tücher an, „fazzoline di seta vera, facciamo un buon prezzo, mille lire“. Ich handle herunter bis auf sechshundert und bin mit dem Geschäft zufrieden bis zur nächsten Ecke, wo dieselben Tücher für 500 Lire im Fenster hängen; Kunstseide, sagt der Verkäufer. Im Halbdunkel eines Gewöl-

bes sitzen Mädchen vor dem Webstuhl. Was sie mit flinken Händen herstellen, ist Volkskunst, Bildteppiche mit buntfarbigen, figürlich ornamentierten Mustern, halb gewebt, halb gestickt. Ich frage nach dem Preis und reagiere auf alle Fälle mit einem bestürzten „Santo Antonio di Padova!“ Verdutzte Gesichter, allgemeines Gelächter, gemeinsames Foto, der Webstuhl muß auch mit drauf, ein kleines Geschenk, und nun wollen wir über den Preis reden!

Ich möchte mich nicht auf die Meinung beschränken, daß es bei derlei Geschäften nur um den Preis oder gar um nacktes Geld gehe. Eher geht es um eine Sitte, um ein Gespräch um des Gespräches willen. Viele empfinden die südländische Manier des Handelns als lästig, andere als vorteilhaft, jeder nach seinem Temperament. Es ist weder das eine noch das andere, sondern es ist eine Lebensart, die Art, das persönliche Gespräch über das Geschäft zu stellen. Deswegen, und nicht weil er sich übervorteilen ließ, verurteilt der Südländer den fremden Käufer, der schon nach dem ersten Wort die Börse zieht und bezahlt. Die Direktheit des menschlichen Kontakts ist es doch auch, nicht nur der blaue Himmel, der uns von diesseits der Alpen immer wieder nach dem Süden zieht. In der Sehnsucht der Deutschen nach Italien liegt die Ahnung von einer mystischen Liebe zu einem glücklicher gelungenen Bruder-Ich, zur großen Heimat Antike, zum vergangenen Traum von einem Heiligen Römischen Reich Deutscher Nation.

Anschrift des Verf.: Dr. Erich Hainsch, 775 Konstanz III, Landeskrankenhaus.

## AMTLICHES

### Serumbereitschaftskästen, Sera gegen Schlangen-, Spinnen- und Skorpionbisse, Human-Fibrinogen-Behringpräparate

Das Bayer. Staatsministerium des Innern teilt mit:

Die Farbwerke Hoechst, Abteilung Behringpräparate, haben für dringende Notfälle sogenannte Serumbereitschaftskästen mit nachstebendem Inhalt zusammengestellt:

2×50 ml Botulismus-Serum	
2× 5 ml Diphtherie-Fermoserum XFF	30 000 A. E.
3×10 ml Diphtherie-Serum X TR	10 000 A. E.
2×50 ml Gasödem-Serum VC	
2×20 ml Rotlauf-Serum human I	
3×10 ml Schlangen-Serum	
5× 5 ml Tetanus-Fermoserum X MM	25 000 I. E.
5×10 ml Tetanus-Serum II MMR	10 000 I. E.

1. Serumbereitschaftskästen sind an den nachstehenden Stellen (Serumbereitschaftslager) aufgestellt und können von den Apotheken in Anspruch genommen werden:

Städt. Marien-Krankenhaus Amberg  
(Infektionsbau)  
Städt. Krankenhaus Ansbach  
Strauß-Apotheke Aschaffenburg  
Apotheke der Städt. Krankenanstalten Augsburg

Apotheke des Landkrankenhauses Coburg  
(wenn die Apotheke geschlossen ist, ist diensthabender Arzt der chirurgischen Abteilung zuständig)

Apotheke der Städt. Krankenhäuser Landshut  
Städt. Krankenhaus Passau  
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Regensburg  
Städt. Krankenhaus Traunstein, Prinz-Ludwig-Heim  
Chirurgische Universitäts-Poliklinik Würzburg, Luitpoldkrankenhaus, Bau 6.

Außerdem steht für den Abruf dringend benötigter Sera außerhalb der üblichen Geschäftszeit (Montag mit Freitag von 8 bis 17.30 Uhr) ein Bereitschaftsdienst der Farbwerke Hoechst — Abteilung Behringpräparate — zur Verfügung, und zwar:

für Südbayern in München unter der Rufnummer 42 28 37,  
für Nordbayern in Nürnberg unter der Rufnummer 6 59 91.

2. a) An Schlangensera enthalten die Bereitschaftskästen nur das zur Behandlung europäischer und mediterraner Schlangenbisse, bestimmte polyvalente Schlangenserum, jedoch keine Sera, die in der Lage sind, Gifte außereuropäischer Schlangen zu neutralisieren. Das polyva-

lente Schlangenserum ist gegen folgende Schlangengifte wirksam:

Vipera ammodytes  
Vipera aspis  
Vipera berus (Kreuzotter)  
Vipera lebetina  
Vipera montandoni  
Vipera russelli  
Cerastes-Arten  
Bitis arietans  
Echis carinatus.

Antitoxine zur Behandlung tropischer Schlangengisse können durch die Behringwerke Marburg a.d. Lahn, Tel. Marburg/Lahn, Sammel-Nr. 4831, nur ab Werk und je nach Vorratslage zur Verfügung gestellt werden. Für den Schutz von Personen, die sich im Bundesgebiet mit der Verladung von Bananen und sonstigen Südfrüchten beschäftigen, haben die Behringwerke auf Anregung einiger Regierungsstellen eine Doppelpackung Schlangen-Serum bereitgestellt, die sich wie folgt zusammensetzt:

- 1 Ampulle mit 10 ccm Schlangen-Serum vom Pferd, wirksam gegen die Gifte der wichtigsten Schlangenarten AFRIKAS.
- 1 Ampulle mit 10 ccm Schlangen-Serum vom Pferd, wirksam gegen die Gifte der wichtigsten Schlangenarten MITTEL- und SÜDAMERIKAS.

Diese Doppelpackung, die ausschließlich für den Inlandsbedarf bestimmt ist, kann nur ab Werk Marburg/Lahn bezogen werden. Beide Schlangen-Sera besitzen eine dreijährige Verwendbarkeitsdauer. Polyvalente Antitoxine wurden hergestellt, weil es meist Schwierigkeiten bereitet, sofort nach der Bißverletzung die Art der Schlange genau zu bestimmen. Dagegen ist es leichter, das Herkunftsland der importierten Früchte festzustellen, mit denen das Reptil eingeschleppt wurde. Die Doppelpackung Schlangen-Serum bietet dem Arzt ein Großmaß an Sicherheit, die Schlangenbißverletzung erfolgreich zu behandeln. Je nach dem Sitz des Bisses und dem Grad der Vergiftungserscheinungen könnte es allerdings notwendig werden, mehrere Ampullen zu 10 ccm langsam intravenös zu injizieren.

- b) Im Hinblick darauf, daß mit den Bananen-Importen aus Südamerika gelegentlich auch Giftspinnen eingeschleppt werden, halten die Behringwerke, Marburg a. d. Lahn, einige Ampullen Giftspinnen-Serum aus der Produktion des Brasilianischen Institutes „BUTANTAN“, Rio de Janeiro, vorrätig. Das Serum ist gegen das Gift der auch für den Menschen gefährlichen Phoneutria fera (Wanderspinne) gerichtet.
  - c) Eine Lieferung von Skorpion-Serum ist wegen der außerordentlich schwierigen Beschaffung der für die Produktion eines solchen Antitoxins benötigten Skorpionstacheln nicht möglich.
3. Depots für Human Fibrinogen „Behringwerke“ sind eingerichtet in München, In. Univ.-Frauenklinik, Maistraße, und in Nürnberg, Städt. Frauenklinik, Flurstraße. In jedem Depot befinden sich insgesamt 4 mg Human Fibrinogen.

Im Zusammenhang mit den jüngsten Vergiftungen nach dem Genuß von Knollenblätterpilzen wird außerdem mitgeteilt, daß die Firma Walter Krebs in Offenbach/Main, Frankfurter Straße 116, und einige größere Krankenhauspapotheken in Bayern das vom Pasteur-Institut Paris hergestellte Antiphalloidin-Serum vorrätig halten.

### Betr.: Entzug der Approbation und andere Bestallungsangelegenheiten der Ärzte

Betr.: Prof. Dr. med. Karl Heinrich Lühr, geb. am 23. 12. 1907 in Frankfurt/M., wohnhaft in Göttingen-Weende, An der Lutter 24

Durch die Landesärztekammer Hessen wurden wir von einer Mitteilung des Hessischen Ministers für Arbeit, Volkswohlfahrt und Gesundheitswesen vom 30. 8. 1963 zu obigem Betreff unterrichtet, die folgenden Wortlaut hat:

„Herr Prof. Dr. med. Karl Heinrich Lühr hat hier glaubhaft versichert, daß er die ihm im Juni 1932 vom Preußischen Minister für Volkswohlfahrt erteilte Urkunde der Approbation als Arzt in der sowjetisch besetzten Zone zurücklassen mußte — er ist im Zusammenhang mit den Ereignissen des 13. August 1961 nicht mehr dorthin zurückgekehrt. Die ärztliche Prüfung wurde am 5. Juni 1931 an der Universität Frankfurt/Main bestanden.

Diese Urkunde wird hiermit für ungültig erklärt. Sollte die Urkunde oder davon gefertigte Vervielfältigungen vorgelegt werden, so bitte ich, diese Urkunde einzuziehen und mir zuzuleiten.

Am 26. August 1963 habe ich Herrn Prof. Dr. Lühr unter der Nr. 396/63 A Best. Ers. eine Ersatzurkunde ausgestellt.

Ich bitte um Kenntnisnahme und Bekanntgabe in Ihrem Dienstbereich.“

Betr.: Dr. med. Gerald Bayer, geb. 29. 5. 1915 in Heimersdorf a. T.;

Bezug: Rundschreiben des Hessischen Ministers des Innern vom 16. 8. 1957 — Tgb. Nr. 4676/57 Buchst. B Ziff. 3

Durch die Landesärztekammer Hessen wurden wir von einer Mitteilung des Hessischen Ministers für Arbeit, Volkswohlfahrt und Gesundheitswesen vom 30. 8. 1963 zu obigem Betreff unterrichtet, die folgenden Wortlaut hat:

„Mit dem im Bezug genannten Rundschreiben war Ihnen davon Kenntnis gegeben worden, daß der oben genannte Arzt nicht zur Ausübung des Arztberufes berechtigt sei.

Jetzt teilt der Innenminister des Landes Nordrhein-Westfalen mit, daß Herr Dr. Bayer durch ein fachärztliches Gutachten nachgewiesen hat, daß die Entscheidung des Rates des Bezirkes Neubrandenburg (SBZ) vom 27. 7. 1957 nicht mehr begründet ist. Damit ist das Ruhen der Bestallung als aufgehoben zu betrachten und Dr. B. wieder zur Ausübung des Arztberufes berechtigt. Dr. B. ist im Besitz einer gültigen Bestallung.

Das Rundschreiben des Hessischen Ministers des Innern ist insoweit gegenstandslos geworden.

Ich bitte um Kenntnisnahme und Beachtung.“

Betr.: Frau Irene Zielinski, geb. am 31. 1. 1926 in Lanenfeld, Kreis Heiligenbeil (geb. v. Hooven, verbeiratet 1945 mit Josef Pokrzywniak, 1953 mit Marian Anton Zielinski)

Durch Mitteilung der Landesärztekammer Hessen wurden wir von der nachstehend abschriftlich wiedergegebenen Bekanntmachung des Hessischen Ministers für Arbeit, Volkswohlfahrt und Gesundheitswesen unterrichtet:

„Frau Irene Zielinski hat sich um die Erlaubnis zur Ausübung des ärztlichen Berufes in der Bundesrepublik beworben mit der Behauptung, daß sie 1951 in Breslau das Staatsexamen als Ärztin bestanden habe. Nachforschungen haben ergeben, daß Frau Z. wahrscheinlich überhaupt nicht Medizin in Breslau studiert hat, sondern höchstens eine mittlere Ausbildung durchlaufen hat. Frau Zielinski hat ein früheres Gesuch an den Senator für Gesundheitswesen in Berlin aufgrund von Vorhaltungen am 25. 6. 1959 zurückgezogen.

Da anzunehmen ist, daß Frau Z. in anderen Ländern einen Antrag stellen wird, bitte ich von Vorstehendem Kenntnis zu nehmen.“

Da Frau Zielinski auch heute noch verschiedentlich Praxisvertretungen übernimmt, machen wir, auf Anregung der Landesärztekammer Hessen, hiermit auf die o. a. Mitteilung des Hessischen Landesministeriums aufmerksam.

Betr.: Dr. med. Heinrich Sauerländer, geb. 3. 4. 1888 in Dortmund, wohnhaft Dortmund, Kaiserstraße 114

Wie uns die Ärztekammer Westfalen-Lippe unter dem 16. 9. 1963 mitteilte,

„hat der Regierungspräsident Arzberg durch rechtskräftige Verfügung vom 19. 6. 1963 die Bestallung des Herrn Dr. med. Sauerländer zum Ruhen gebracht, da festgestellt worden war, daß bei Herrn Dr. Sauerländer die Voraussetzungen des § 51 II des Strafgesetzbuches vorlagen und anzunehmen war, daß auch weiterhin bei dem Obengenannten eine Schwäche der geistigen Kräfte im Sinne des § 3 Abs. 1 Nr. 4 der Bundesärzteordnung bestehen wird.“

## GESETZES- UND RECHTSFRAGEN

### Wahrung der Standesehre in öffentlichen Anzeigen

In dem nachfolgend wiedergegebenen Urteil äußert sich das Berufsgericht München zu der immer wieder auftauchenden Frage, ob und in welchem Umfange für Inhaber und leitende Ärzte von Heilanstalten andere Grundsätze hinsichtlich einer standesgemäßen Werbung in der Öffentlichkeit gelten als für die übrigen Ärzte. Erneut stellt das Berufsgericht in diesem Urteil fest, daß die standeswidrige Reklame anderer Ärzte einen Berufsverstoß in öffentlichen Anzeigen nicht rechtfertigen kann. Schließlich enthält das Urteil noch bedeutungsvolle Ausführungen für die standesrechtliche Beurteilung des Falles, wo ein Reporter einen Bericht über eine Heilanstalt nach einem Interview mit dem leitenden Arzt in einer Tageszeitung bringt.

Die Auffassung des Berufsgerichtes München deckt sich sachlich völlig mit der Auffassung des Berufsgerichtes für Ärzte für den Regierungsbezirk Pfalz (vgl. „Bayer. Ärzteblatt“ 63/445).

Urteil des Berufsgerichtes für die Heilberufe beim Oberlandesgericht München vom 20. 7. 1963, AZ. BG — Ä 6/63. (rechtskräftig).

#### Sachverhalt:

Die beschuldigte Ärztin hat ihre Praxisräume in einem Hotel und ist Inhaberin einer dort gelegenen Kurabteilung. In Tageszeitungen veröffentlichte sie die

Tatsache ihrer neuen Niederlassung in diesem Hotel und führte ein Fülle der von ihr stationär und ambulant behandelten Erkrankungen und ihre Behandlungsmethoden auf. Zum gleichen Zeitpunkt besuchte der Reporter X. für die Tageszeitung „Y“ die Kurabteilung der beschuldigten Ärztin, die dem Reporter die Einrichtungen erklärte und auf Fragen Auskunft gab. Der in der Tageszeitung „Y“ erschienene Artikel hatte unter Verwertung der Angaben der beschuldigten Ärztin reklamehaften Charakter.

Wegen dieses Verhaltens wurde gegen die Ärztin vom Berufsgericht auf einen Verweis und eine Geldbuße von 500 DM erkannt; die Kosten des Verfahrens wurden ihr auferlegt.

#### Aus den Gründen:

1. Die Beschuldigte gibt zu, die Niederlassungsanzeige veröffentlicht zu haben. Zu ihrer Verteidigung bringt sie vor: Es habe sich nicht um die Bekanntgabe einer Niederlassung gehandelt, denn sie führe vorwiegend stationäre Behandlungen durch. Sie müsse das Publikum auf das Bestehen der Kurabteilung und die dort durchgeführten Behandlungen aufmerksam machen, so wie dies auch andere ärztlich geleitete Kuranstalten machen würden.

Dazu ist auszuführen: Nach dem eindeutigen Wortlaut der Anzeige hat die Beschuldigte ihre Niederlassung bekanntgegeben. Eine derartige Anzeige durfte nur den Namen, den Arzttitel, die Bezeichnung als

Wenn Haut  
zu heilen -

*Lyssia Salbe*

praktische Ärztin, die Angabe der Sprechstunden, die Privatwohnung und die Fernsprechnummer sowie einen Zusatz enthalten, der Auskunft über die Zulassung zu den Krankenkassen gibt. Dadurch, daß die Beschuldigte eine Vielzahl von Krankheiten und Behandlungsmethoden mitteilte, hat sie gegen § 22 Abs. 1 in Verbindung mit § 23 Abs. 2 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns verstoßen. Aber auch wenn man die Anzeige nicht als Niederlassungsanzeige werten würde, liegt in ihrem werbenden Charakter eine Berufspflichtverletzung. Nach § 18 Abs. 1 der Berufsordnung ist jegliche Werbung und Anpreisung dem Arzt untersagt. Es läßt sich nun nicht leugnen, daß zwischen den Verhältnissen des seine Praxis auf regelmäßige Art und Weise ausübenden und des eine Heilanstalt leitenden Arztes eine gewisse Verschiedenheit obwaltet. Der Anstaltsarzt hat in erhöhtem Maße eine Beziehung zur Öffentlichkeit. Er ist nicht nur in eigenem, sondern auch in fremdem Interesse auf das Publikum angewiesen. Allein diese Verschiedenheit kann eine grundsätzlich verschiedenartige Normierung der Standespflichten nicht herbeiführen. Sie rechtfertigt vielmehr lediglich eine gewisse Modifikation bei Erfüllung dieser allen Ärzten gemeinsamen Pflichten. Grundsätzlich muß man von der Einheit des Begriffs der ärztlichen Standesehre ausgehen. Von Fall zu Fall ist zu entscheiden, inwieweit innerhalb der Anforderungen dieser einheitlichen Standesehre denjenigen Ärzten, welche Leiter eines Heilinstituts sind, mit Bezug auf diese ihre Eigenschaft ein weiterer Raum für die Betätigung des Strebens nach Erwerb von Praxis zu gestatten ist als den übrigen Ärzten. Bestimmte formulierte Grundsätze lassen sich hier nicht aufzählen. Es bedarf keiner Ausführung, daß die Tatsache der Leitung einer Heilanstalt kein Sonderrecht für den Arzt in dem Sinne erzeugt, daß er befugt wäre, sich einer rein kaufmännischen und gewerblichen Reklame zu bedienen.

Auch wenn man die in dem Hotel eingerichtete Kurabteilung einer selbständigen Klinik oder Heilanstalt gleichsetzt, so überschreitet doch die von der Beschuldigten veröffentlichte Anzeige die sachlichen Grenzen. Die Beschuldigte hat sich nicht darauf beschränkt, auf die von ihr entwickelte Therapie und die Heilung weniger bestimmter Leiden zu verweisen. Sie zählt vielmehr in der Anzeige eine so große Anzahl von verschiedenen Leiden und verschiedenen Krankheiten auf, daß allein schon durch diese umfangreiche Aufzählung Aufsehen erregt wird. Als standeswidrig ist auch die Hervorhebung zu betrachten: „Literatur steht zur Verfügung“. Durch diese Bemerkung hebt sich die Beschuldigte aus dem Kreis anderer Ärzte heraus, die angeblich über diese Literatur nicht verfügen. Es kann hierbei unerörtert bleiben, ob die von der Beschuldigten zur Entschuldigung für ihre Handlungsweise vorgebrachten Inserate anderer Ärzte gegen das Werbeverbot verstoßen. Die von anderer Seite etwa getriebene standeswidrige Reklame kann die Beschuldigte nicht entlasten.

Bei dem eindeutig werbenden Charakter der Bekanntgabe muß sich die Beschuldigte bewußt gewesen sein, daß sie die Beschränkung in öffentlichen Anzeigen, welche die Wahrung der Standesehre erfordert, nicht beobachtet hat. Sie hat sich damit in objektiver

und subjektiver Hinsicht eines Verstoßes nach § 18 Abs. 1 der Berufsordnung schuldig gemacht.

2. Den Zeitungsbericht hat zwar die Beschuldigte nicht verfaßt. Sie hat auch das Interview nicht veranlaßt. Das Berufsgericht unterstellt auch die Einlassung der Beschuldigten als wahr, wonach sie zunächst nicht wußte, daß es sich bei X. um einen Reporter einer Tageszeitung handelte, der den Auftrag hatte, einen Bericht zu verfassen. Eine unzulässige Werbung ist aber nicht nur dann gegeben, wenn der Arzt den Anlaß zu dem Bericht gibt, sondern auch dann, wenn er es zuläßt, daß Berichte mit werbendem Charakter über seine berufliche Tätigkeit gebracht werden (§ 18 Abs. 3 der Berufsordnung). Die Veröffentlichung im „Y“ konnte nur erfolgen, weil die Beschuldigte bereitwillig das Material dazu lieferte. Dadurch, daß diese Veröffentlichung ganz auf die Tätigkeit der Beschuldigten auf medizinischem Gebiet abgestellt war und sie ausdrücklich mit Namen benannt wurde, kann sie nicht mehr als sachliche Abhandlung über ein neuartiges Gebiet ärztlicher Tätigkeit gewertet werden. Sie stellt vielmehr eine ganz eindeutige Reklame für die Beschuldigte persönlich dar. Wenn die Beschuldigte den Vorwurf marktschreierischer Reklame von sich hätte fern halten wollen, so hätte sie mindestens darauf bestehen und sich rechtzeitig in geeigneter Weise auch davon überzeugen müssen, daß ihr Name in dem Bericht nicht genannt wird. Kennzeichnend ist auch die Tatsache, daß die Beschuldigte gegen die reklamehafte Veröffentlichung über ihre ärztliche Tätigkeit nichts unternommen hat.

Das Berufsgericht hält auch in diesem Fall ein schuldhaftes Handeln für gegeben. Die Beschuldigte kann sich nicht damit verteidigen, sie habe auf Inhalt und Form des Artikels keinen Einfluß gehabt. Über die Form des Artikels hat der Reporter befunden. Den Inhalt übermittelte die Beschuldigte dem Reporter durch ihre Angaben. Es mag sein, daß sie nicht wußte, ob überhaupt ein Artikel erscheinen und welchen Inhalt er haben werde. Sie mußte aber damit rechnen, daß alle Tatsachen, die sie dem Reporter mitgeteilt hatte, veröffentlicht würden. Die Tragweite ihres Schrittes konnte die Beschuldigte spätestens dann überblicken, als sie wußte, daß ein Reporter sie aufgesucht hatte. Die Beschuldigte hat die Möglichkeit eines berufsunwürdigen Verhaltens gebilligt, also mit *dolus indirectus* gehandelt. Das Verhalten der Beschuldigten begründet somit eine schuldhaft Gefährdung der zu wahrenen Standeswürde und damit die Annahme einer ehrengerichtlich zu ahnenden Verfehlung.

Bei der Würdigung der von der Beschuldigten begangenen Berufspflichtverletzung berücksichtigt das Berufsgericht, daß die Beschuldigte nicht in gewinn-süchtiger Absicht gehandelt hat. Sie wollte vielmehr ihren Forschungsideen, von deren Richtigkeit sie überzeugt ist, eine weite Verbreitung verschaffen. Nach ihrer Darstellung geht ihre Tätigkeit im . . . Hotel dem Ende entgegen. Das Berufsgericht hält unter diesen Umständen einen Verweis und eine Geldbuße von 500 DM für angemessen.

## STEUERFRAGEN

### Unterhaltsleistungen als Renten oder dauernde Lasten

1. Wird Unterhalt an gesetzlich unterhaltsberechtigte Personen geleistet, so gehören die Leistungen in aller Regel selbst dann zu den nicht absetzbaren Kosten der Lebenshaltung, wenn der Steuerpflichtige sich in rechtsverbindlicher Form zur Unterhaltsgewährung verpflichtet hat (§ 12 Nr. 2 des Einkommensteuergesetzes, EStG).

2. Steht der Unterhaltsgewährung eine Gegenleistung gegenüber, so scheidet die Frage der gesetzlichen Unterhaltsberechtigung aus. Das Abzugsverbot des § 12 Nr. 2 EStG gilt insoweit nicht. Die Finanzämter und Steuergerichte brauchen grundsätzlich nicht zu prüfen, ob Leistung und Gegenleistung voll in einem angemessenen Verhältnis zueinander stehen (BFH-Urteil vom 8. 2. 1957, BStBl. III S. 207). Das gilt jedoch nicht ausnahmslos. Nur eine kleinliche Nachprüfung soll verhindert werden. Ist die Leistung des Rentenberechtigten bei vernünftiger Beurteilung offensichtlich nicht als Gegenleistung gedacht, so scheidet der Sonderausgabenabzug aus. Bei der Vereinbarung einer Unterhaltungsleistung von mindestens 250 DM monatlich gegenüber der 69 Jahre alten Mutter ist eine Angemessenheit der Gegenleistung „kaum zu bejahen“, selbst wenn die Mutter eine einmalige Abfindung von 12 000 DM zur Verfügung gestellt hat.

3. Wird in einem Unterhaltsvertrag vereinbart, daß der Unterhalt in Kost, Unterkunft und baren Auslagen bestehen soll, so handelt es sich in der Regel nicht um eine Leibrente, sondern um eine dauernde Last, die nach § 10 Abs. 1 Nr. 1 EStG als Sonderausgabe abgezogen werden kann, wenn die Angemessenheit von Leistung und Gegenleistung zu bejahen ist (BFH-Urteil vom 29. 3. 1962, BStBl. III S. 304).

4. Ist eine dauernde Last anzunehmen, so kommt ein Abzug nach § 10 Abs. 1 Nr. 1 EStG erst in Betracht, wenn die Summe der einzelnen Leistungen die Gegenleistung übersteigt. Erst von diesem Zeitpunkt an braucht der Empfänger seine Bezüge nach § 22 Nr. 1 EStG zu versteuern.

(Bundesfinanzhof, Urteil v. 28. 6. 1963 — VI 321/61 U.)  
HB

### Aufwendungen für eine Bildungsreise

Aufwendungen für Reisen, die nach ihrer äußeren Gestaltung der Erholung, der Wissensbereicherung oder dem Vergnügen zu dienen geeignet sind, können, wenn sie nicht im Rahmen einer lehrgangsmäßigen Organisation durchgeführt werden, als beruflich bedingt nur anerkannt werden, wenn die Möglichkeit einer privaten Bildungsreise nahezu ausgeschlossen ist.

In dem Urteil vom 19. 12. 1962 hat der BFH entschieden, daß der Gesetzgeber einen strengen Maßstab für die Anerkennung von Betriebsausgaben oder Werbungskosten angewendet wissen will, soweit es sich um Vorgänge handelt, die in den Bereich der Lebensführung fallen. Die Vorinstanz habe dies zutreffend hervorgehoben. Dies gelte im besonderen Maße für Reisen, die nach ihrer äußeren Gestaltung der Erholung, der Wissensbereicherung oder dem Vergnügen zu dienen geeignet sind. Aufwendungen für solche Reisen können — wenn sie nicht im Rahmen einer lehrgangs-

mäßigen Organisation durchgeführt werden — als beruflich bedingt nur anerkannt werden, wenn die Möglichkeit einer privaten Bildungsreise nahezu ausgeschlossen ist. Der BFH bat auf seine Rechtsprechung vom 9. 12. 1960 (BStBl. 1961 III S. 99) und vom 11. 10. 1962 (BStBl. 1963 III S. 36) verwiesen.

Unter diesen rechtlichen Gesichtspunkten sei es, so wird in den Urteilsgründen weiter ausgeführt, nicht zu beanstanden, daß die Vorinstanz die Kosten für die ohne lehrgangsmäßige Organisation durchgeführte Reise zu den Aufwendungen für die private Lebensführung rechnete. Nach den Gesamtumständen des Falles konnte sie jedenfalls ohne Rechtsirrtum zu dieser Würdigung kommen. Besonders spreche für die rechtliche Würdigung der Vorinstanz, daß die Erzielung der Einkünfte aus selbständiger Arbeit der ausschlaggebende Beweggrund für die Auslandsreise schon deshalb nicht gewesen sein konnte, weil die durch sie verursachten Kosten in einem augenfälligen Mißverhältnis zu den Betriebseinnahmen stehen. Die gegenteilige Annahme widerspreche jeder Lebenserfahrung. Da sich das augenfällige Mißverhältnis zwischen Reisekosten und Betriebseinnahmen auch in den Folgejahren fortsetzte, könne die Reise nicht mit Rücksicht auf die Betriebseinnahmen der folgenden Jahre gemacht worden sein.

HB

### Freiwillige Beiträge zu Berufsständen und Berufsverbänden

Die Lohnsteuerreferenten des Bundes und der Länder haben die Auffassung vertreten, daß zu den Beiträgen zu Berufsständen und sonstigen Berufsverbänden im Sinne des § 9 Nr. 3 des Einkommensteuergesetzes (§ 20 Abs. 2 Nr. 1 der Lohnsteuer-Durchführungsverordnung) auch solche Beiträge gehören können, die der Höhe nach über die Pflichtbeiträge hinausgehen (freiwillige Beiträge), sofern diese Beiträge zur Förderung der beruflichen Interessen verwendet werden.

§ 9 EStG — OFD Düsseldorf, Verfügung vom 21. 5. 1963 — S 2226 A — St 12.  
HB

### Abgrenzung zwischen Versorgungsrente und Kaufprelsrente

Das Finanzamt ist in der Regel auch dann nicht an die irrtümliche Auffassung einer Rente als Versorgungsrente gebunden, wenn es diese Auffassung trotz ausreichender Kenntnis der tatsächlichen Verhältnisse jahrelang in den Veranlagungen des Steuerpflichtigen vertreten hat. Zur Frage der Durchführung einer Bilanzberichtigung, wenn die Rentenzahlungen in der Vergangenheit als laufende Betriebsausgaben behandelt worden sind, obwohl die Rentenverpflichtung als Kaufprelsschuld hätte passiviert werden und die Passivierung in der DM-Eröffnungsbilanz hätte erfolgen müssen. Zu den obigen Fragen wird in dem Urteil des BFH vom 1. 6. 1962 aus Anlaß eines käuflichen Erwerbs einer Realrechtsapotheke Stellung genommen. Dabei werden die im Tenor festgehaltenen Rechtsfragen eingehend erörtert. Diese spielen zum Teil bei der steuerlichen Behandlung der freien Berufe eine Rolle.

§ 4, § 6 Abs. 1 Ziff. 3 EStG, § 75 DMBG — BFH-Urteil vom 1. 6. 1962 in HFR 1963, Nr. 160.  
HB

## MITTEILUNGEN

### Curt-Adam-Preis 1964

Der von der Kongreßgesellschaft für ärztliche Fortbildung gestiftete Curt-Adam-Preis ist für das Jahr 1964 für die beste Arbeit auf dem Gebiet der psychosomatischen Medizin ausgeschrieben worden. Die Arbeit soll eine besondere wissenschaftliche Leistung darstellen und gleichzeitig den Gesichtspunkt der ärztlichen Fortbildung berücksichtigen.

Der Preis besteht in der Verleihung einer Urkunde und einem Barpreis von DM 3000.—.

Arbeiten, die im Jahre 1963 fertiggestellt oder veröffentlicht werden, können bis zum 31. Dezember 1963 zur Bewerbung um den Preis (in 3facher Ausfertigung als Sonderdruck oder Manuskript) eingereicht werden an:

Kongreßgesellschaft für ärztliche Fortbildung e. V.,  
1 Berlin 41, Klingsorstraße 21.

### Strahlenhämatologisches Institut

Die Europäische Atomgemeinschaft (EURATOM) hat im Rahmen ihres zweiten Fünfjahresprogramms für Forschung und Ausbildung 1 250 000 Rechnungseinheiten (= 5 Mill. DM) für die Förderung wissenschaftlicher Untersuchungen auf dem Gebiet der Strahlenhämatologie bereitgestellt. Das Bundesministerium für wissenschaftliche Forschung verhandelt zur Zeit mit EURATOM über einen Assoziationsvertrag, der die Förderung eines neuen Strahlenhämatologischen Instituts in der Bundesrepublik Deutschland zum Inhalt hat, und der mit der Gesellschaft für Kernforschung, Karlsruhe, abgeschlossen werden soll. Das Institut wird mit seinen Abteilungen in Freiburg und München in enger Zusammenarbeit mit den Universitäten und der Max-Planck-Gesellschaft Forschungsarbeiten über Strahlenschäden des blutbildenden Systems sowie über Möglichkeiten einer frühzeitigen Erkennung und Behandlung solcher Schädigungen durchführen. Mit Abschluß des Vertrages wird Ende 1963 bzw. Anfang 1964 gerechnet.

### Institut für Karies-Forschung

Für die Errichtung eines Instituts für Karies-Forschung hat die Stiftung Volkswagenwerk 1,8 Mill. DM bewilligt. Das Institut soll in Berlin errichtet werden, wo bereits an verschiedenen Stellen an Teilproblemen der Kariesentstehung gearbeitet wird. Das Projekt findet die Mitarbeit der Max-Planck-Gesellschaft. Es ist eine enge Zusammenarbeit insbesondere mit Universitätsinstituten in Hamburg und Mainz geplant. Aufgabe des neuen Instituts soll es sein, Mechanismus und Wesen der Karies so zu erforschen, daß die Grundlagen für eine echte Vorsorge geschaffen werden.

### Gesamtumsatz 1962 der pharmazeutischen Industrie

Der Gesamtumsatz der pharmazeutischen Industrie in der Bundesrepublik erreichte im Jahre 1962 insgesamt 2,6 Milliarden DM. 1,8 Milliarden DM entfielen auf den Umsatz von pharmazeutischen Spezialitäten. Insgesamt bedeutet das gegenüber 1961 eine Umsatzsteigerung um 11 v. H., bei den Spezialitäten allein um 12 v. H. Für das Jahr 1963 schätzt der Bundesverband

der Pharmazeutischen Industrie anhand der Ergebnisse des ersten Vierteljahres eine weitere Umsatzsteigerung um 5 bis 6 v. H. Exportiert wurden 1962 von der westdeutschen pharmazeutischen Industrie Arzneimittel im Werte von 711 Millionen DM, davon für 399 Millionen DM zubereitete Arzneiwaren. Importiert wurden Arzneimittel für 220 Millionen DM. Gegenüber dem Vorjahr stieg die Arzneimittelausfuhr um 6 v. H., die Einfuhr um 15 v. H.

### Schach den Augenkrankheiten

Die Zahl der Menschen in der Welt, die blind sind oder ihre Sehkraft weitgehend eingebüßt haben, geben die Statistiken mit 10 Millionen an. Vielfach wird jedoch darauf verwiesen, daß die geschätzte Zahl von 15 Millionen der Wirklichkeit wesentlich mehr entsprechen dürfte. Die große Häufigkeit, so schreibt Howard A. Rusk in der „New York Times“, schwerster Augenschädigungen ist insofern besonders tragisch, als die Erkrankungen bei entsprechenden Maßnahmen zur Vorbeugung und Behandlung in zwei Dritteln aller Fälle verhindert oder geheilt werden könnten.

Welchen großen Aufgaben sich die Gesundheitsbehörde in aller Welt, insbesondere in den Entwicklungsländern, gegenüber sehen, zeigt eine Meldung der Weltgesundheitsorganisation, derzufolge ein Sechstel der Weltbevölkerung — das sind heute schon mehr als 500 Millionen — an Trachom leidet. Auf diese infektiöse Erkrankung der Bindehaut und Hornhaut, die oft zur Erblindung führt, entfällt der Hauptanteil der Sehbehinderungen. In vielen nordafrikanischen Ländern sind mehr als neun Zehntel der einheimischen Bevölkerung schon seit frühester Kindheit infiziert. Die große Mehrzahl könnte, sofern die Zerstörungen an Augapfel und Hornhaut noch nicht zu weit fortgeschritten sind, durch die Anwendung chemotherapeutischer oder antibiotischer Präparate geheilt werden. Die Behandlung, die ein halbes Jahr lang an drei bis fünf aufeinanderfolgenden Tagen im Monat systematisch durchgeführt werden muß, kostet pro Person nicht einmal eine Mark, wie Versuche der Weltgesundheitsorganisation in Marokko an Tausenden von Schulkindern zeigten. Der amerikanische Gesundheitsdienst impft seit rund einhalb Jahren versuchsweise indische Schulkinder gegen Trachom; die Impfaktion wurde möglich, nachdem 1955 erstmals der Erreger isoliert und gezüchtet werden konnte.

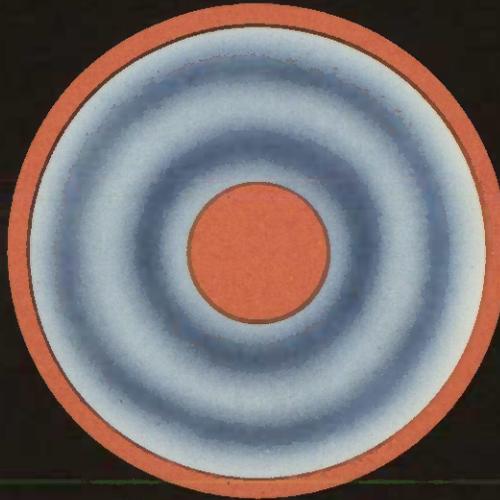
Pockenerkrankung, afrikanische Onchozerkose (Befall mit Fadenwürmern, die sich im subkutanen Bindegewebe in der Nähe der Lymphbahnen festsetzen und deren Larven, die sogenannten Mikrofilarien, beim Stich einer bestimmten Mückenart aufgenommen und auch weiter übertragen werden), Vitaminmangel und — was jedoch heute nur noch äußerst selten vorkommt — bei Frühgeburten eine Überdosierung von Sauerstoff im Brutkasten — sind weitere, durch geeignete Maßnahmen ausschaltbare Ursachen für den Verlust der Sehkraft.

Auf dem nordamerikanischen Kontinent und in Westeuropa kommen auf 1000 Einwohner im Durchschnitt zwei erblindete Personen, in der übrigen Welt mindestens vier. Dennoch stellen auch in den beiden ge-

suum  
Jeder kann gut

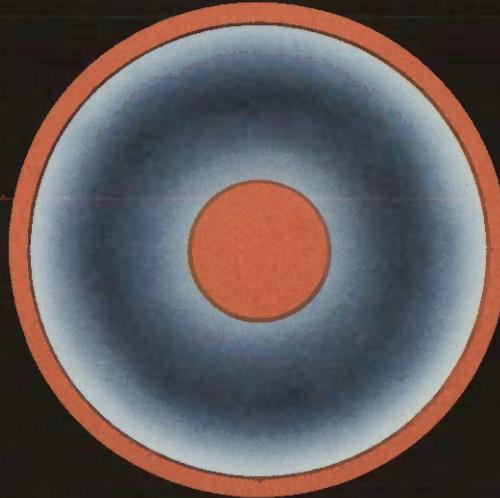
cuique  
schlafe

**Evipan**<sup>®</sup>  
Einschlafmittel



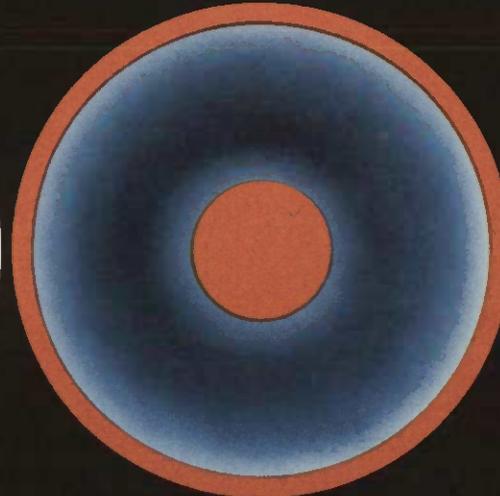
zum Schnelleinschlafen  
(bei nächtlicher Störung)  
zum Wiedereinschlafen

**Doroma**<sup>®</sup>  
barbitursäurefrei



zur Wiederherstellung  
physiologischen Schlafes  
besonders bei  
psychogenen Schlafstö-

**Dormopan**<sup>®</sup>  
Durchschlafmittel  
mit Sofortwirkung



zum Schnelleinschlafen  
und Tiefdurchschlafen



Evipan  
N-Methyl-cyclohexenylmethylbarbiturat  
Doroma  
Adalin<sup>®</sup> 0,4 g, Atosil<sup>®</sup> 0,01 g  
Dormopan  
Evipan 0,2 g, Phanodorm<sup>®</sup>-Calcium  
(Calc. cyclohexenyläthylbarbiturat)  
Adalin 0,125 g

Mehrs als ein bewährtes  
Antihistaminicum

Bayerisches Ärzteblatt, Heft 4/1962

# Atosil<sup>®</sup>

mit besonderen  
Indikationen

N-(2'-Dimethylamino-propyl)-phenothiazin

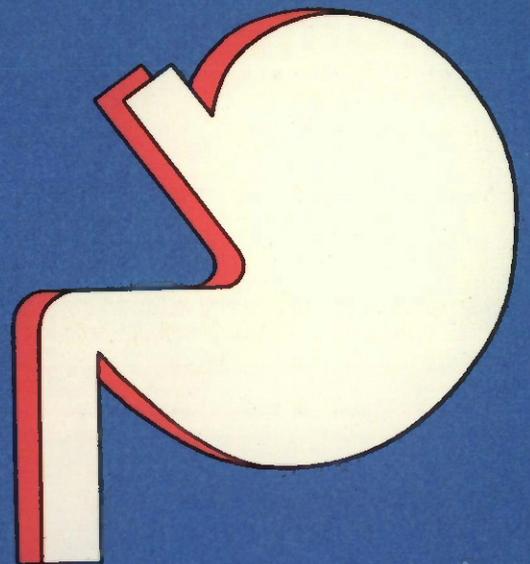
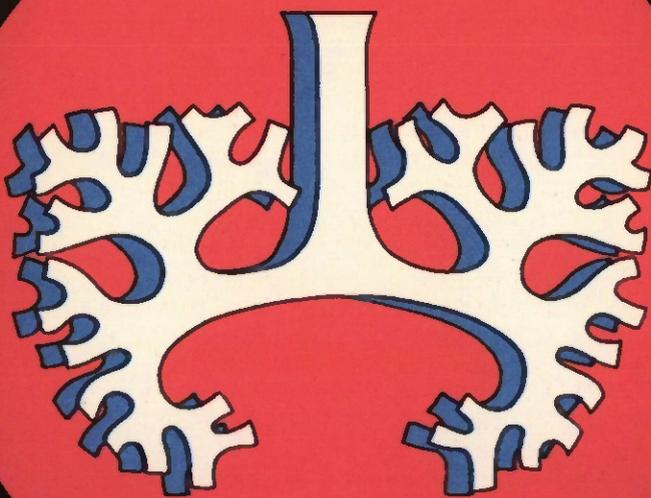


Emphysebronchitis  
Silikose

sekretmindernd  
broncholytisch

Gastritis  
Ulcus ventriculi

lokalanaesthetisch  
vagolytisch



zentral  
und vegetativ  
dämpfend

Jilg\* bezeichnet Atosil wegen der sedativ-hypnotischen Wirkung, der zentralen und peripheren Dämpfung des vegetativen Nervensystems und des broncholytischen Einflusses geradezu als prädestiniert für die Behandlung dieser Erkrankungen.

Nach Balg und Fröhlich\* bewährte sich Atosil sowohl bei der primären, vegetativ-funktionellen Hypermotilitätsdystonie des Magen-Dünndarms als auch bei sekundären Hypermotilitätsstörungen infolge Ulcus duodeni, Gastroduodenitis usw.

nannten Gebieten die zu schwerer Behinderung führenden Augenschäden ein beachtliches Problem dar; in den Vereinigten Staaten sind pro Jahr für Unterstützungen und andere Leistungen an Blinde sowie Einbußen an wirtschaftlicher Produktivität 350 Millionen Dollar anzusetzen.

Im Jahre 1940 zählte man in den USA 230 000 Erwerbsblinde, Personen, die infolge totaler Erblindung oder starker Beeinträchtigung der Sehkraft nicht in der Lage sind, einen Beruf auszuüben, der ausreichende Sehfähigkeit voraussetzt. 1950 waren es 297 000 Personen, und bis 1965 dürfte infolge der ständigen Zunahme des prozentualen Anteils alter Menschen an der Gesamtbevölkerung diese Zahl auf 356 000 steigen.

Dank der Fortschritte der modernen Medizin und Pharmazie können heute manche schweren Augenkrankheiten wirksam bekämpft werden, für die es früher keine Heilung gab. Erwähnt seien nur Keratitis (eine Virusinfektion der Hornhaut), die u. a. mit einem ursprünglich für die Krebstherapie entwickelten Chemotherapeutikum erfolgreich behandelt werden kann, und Glaukom (grüner Star). Da man die Ursachen der letztgenannten Krankheit, die durch starke Erhöhung des Augeninnendrucks und im späteren Stadium durch Schädigung der Netzhaut und des Sehnervs gekennzeichnet ist, noch nicht kennt, gibt es auch keine Präventivmaßnahmen. Wird jedoch die Diagnose früh genug gestellt und setzt die Behandlung rechtzeitig ein, so ist die Erblindung in der Mehrzahl der Fälle zu verhindern. Eine von einer Reihe amerikanischer Spezialkliniken und Universitäten in enger Zusammenarbeit mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst der USA durchgeführte Studie, die noch bis zum Jahre 1965 läuft, soll dazu beitragen, die Diagnoseverfahren so zu erleichtern und zu vereinfachen, daß Glaukom mit Sicherheit schon im Frühstadium erkannt werden kann. Die Operationstechniken samt der übrigen Therapie bei grauem Star, Hornhautübertragung und Netzhautablösung wurden in der letzten Zeit außerordentlich verbessert; das gleiche gilt für die verfügbaren augenoptischen Hilfsmittel.

Für die Erforschung der Ursachen, die praktische und vorbeugende Behandlung von Augenerkrankungen wenden amerikanische Institutionen jährlich mindestens 6,3 Millionen Dollar auf. Eine systematische Auswertung und Nutzbarmachung der wissenschaftlichen Fortschritte in Physiologie, Biochemie und Immunologie gibt heute zweifellos die Möglichkeit, einer der am meisten gefürchteten Behinderungen — dem Verlust des Augenlichtes — wirksam zu begegnen.

AD/DMI

### Herztodesfälle und Lungenkrebs nahmen zu

Das Statistische Bundesamt hat in seiner Zeitschrift „Wirtschaft und Statistik“, Heft 6/1963, einen Bericht mit vorläufigen Angaben über die Sterbeziffern in der Bundesrepublik Deutschland für das Jahr 1961 veröffentlicht. Danach sind 1961 in der Bundesrepublik, ohne Berlin (West), insgesamt 591 850 Personen gestorben. 1960 waren es 606 853 Personen. Die auf 1000 Einwohner berechnete allgemeine Sterbeziffer betrug nach vorläufigen Angaben 11 gegenüber 11,3 im Vorjahr. Der Rückgang gegenüber dem Vorjahr wird hauptsächlich als Normalisierung der Übersterblichkeit im Grippejahr 1960 erklärt. Unter den Gestorbenen des Jahres 1961 befanden sich 307 638 männlichen und 184 212

weiblichen Geschlechts; 1960 waren es 315 511 männlichen und 291 342 weiblichen Geschlechts. Die Sterbeziffer, auf 1000 Einwohner berechnet, ging für Männer von 12,5 auf 12,1 und für Frauen von 10,3 auf 10 zurück.

Nach Altersgruppen sind in der Statistik folgende Angaben für das Bundesgebiet enthalten: 1961 starben im ersten Lebensjahr insgesamt 31 350 Kinder gegenüber 31 974 im Jahre 1960. Dabei ist zu beachten, daß die Sterblichkeit im Jahre 1960 infolge einer Grippeepidemie überhöht war. Im Alter von einem bis unter 15 Jahren starben im Jahre 1961 insgesamt 4672 Kinder gegenüber 4422 im Vorjahr. Im Alter von fünf bis unter 15 Jahren sind 1961 zusammen 3592 Kinder gestorben. 1960 starben 3346 Kinder dieser Altersgruppe. Bei den 15- bis unter 25jährigen betrug im Jahre 1961 die Zahl der Sterbefälle 9164 gegenüber 9150 im Jahre 1960. 24 954 Personen sind 1961 im Alter von 25 bis unter 45 Jahren gestorben; 1960 starben aus dieser Altersgruppe 24 825. Im Alter von 45 bis unter 65 Jahren sind 1961 143 232 Personen gestorben. 1960 waren es dagegen 144 639. Von den 65- bis unter 75jährigen starben im Berichtsjahr 149 751, während es im Jahre vorher 154 076 waren. Im Alter von 75 Jahren und darüber sind 1961, wie aus der Statistik hervorgeht, 225 116 Personen und im Jahre 1960 234 414 Personen gestorben.

In der Altersgruppe 40 bis unter 70 Jahren haben während der letzten zehn Jahre Todesfälle an Lungenkrebs ständig zugenommen. Erwähnt wird, daß Sterbefälle an bösartigen Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und der Lunge in allen Industrieländern, insbesondere beim männlichen Geschlecht, fortlaufend zunehmen. Insgesamt sind in den letzten zehn Jahren im Bundesgebiet an bösartigen Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und der Lunge 81 895 Personen im Alter zwischen 40 und 70 Jahren gestorben, darunter 71 051 Männer und 10 884 Frauen.

In der Statistik wird darauf hingewiesen, daß im Jahre 1960 ein plötzliches Ansteigen der Sterbefälle bei Kindern im ersten Lebensjahr an angeborenen Mißbildungen festzustellen war.

Bestimmte Altersgruppen sind durch tödliche Verkehrsunfälle stark gefährdet. So fielen im Jahre 1961 aus der Altersgruppe der 15- bis unter 25jährigen 3310 tödlichen Kraftfahrzeugunfällen und sonstigen Verkehrsunfällen zum Opfer. Das waren allerdings etwas weniger als im Vorjahr mit 3410.

Sterbefälle an Herz-, Gefäß- und Kreislauferkrankungen nahmen weiter zu, und zwar von 239 914 im Jahre 1960 auf 243 041 im Jahre 1961. Bei den 25- bis unter 45jährigen stellte sich ihre Zahl im Jahre 1961 auf 3645 gegenüber 3527 im Vorjahr. Von den 45- bis unter 65jährigen starben 1960 48 527 an Herz-, Gefäß- und Kreislauferkrankungen, 1961 dagegen 49 715. Die Zahl der Todesfälle durch Herz-, Gefäß- und Kreislauferkrankungen lag bei den 65- bis unter 75jährigen bei 72 300 im Jahre 1961 und bei 72 249 im Jahre 1960. Von den 75jährigen und darüber waren es im Jahre 1961 insgesamt 116 721 gegenüber 114 965 im Jahre vorher.

Die Müttersterblichkeit liegt immer noch hoch; sie ist aber ständig zurückgegangen. Während die Müttersterblichkeit auf 100 000 Lebendgeborene 1952 noch 188,9 betrug, ist sie bis 1960 auf 105,7 und 1961 erneut auf 97,4 zurückgegangen.

DMI

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

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

Wie alljährlich im August, sank im Berichtsmonat die Häufigkeit von Scharlacherkrankungen merklich ab, war jedoch nicht ganz so niedrig wie im August 1962 und 1961. Diphtherie trat im Vergleich zum Vormonat unverändert selten auf. Fälle von übertragbarer Kinderlähmung wurden im August nicht bekannt.

An durch Salmonellabakterien erregter Enteritis infectiosa (übertragbare Dünndarmentzündung) er-

krankten im Berichtsmonat etwa gleich viel Personen wie im Juli, während die Zahl der Ruhrfälle erheblich zurückging. Die Erkrankungshäufigkeit an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) war gegenüber dem Vormonat geringfügig höher. Die übrigen meldepflichtigen Infektionskrankheiten der Verdauungsorgane, z. B. Typhus, traten nur vereinzelt auf.

### Die meldepflichtigen, übertragbaren Krankheiten in Bayern

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 4. bis 31. August 1963 (Vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		
	Diphtherie		Scharlach		Kinderlähmung der paral. Fälle		Meningo- kokken- Meningitis				Gehirn- entzündung		Atmungs- organe (aktive Form)		Haut		Übrige Organe		Typhus ob- dominalis		Paratyphus A und B		
	Übertragbare		Tuberkulose <sup>1)</sup> der																				
	E <sup>2)</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	
Oberbayern	2	—	61	—	—	—	—	8	—	25	1	2	—	141	24	1	—	22	3	5	—	5	—
Niederbayern	2	—	14	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	70	17	1	—	15	1	3	1	2	—
Oberpfalz	2	1	15	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	41	13	1	—	5	—	1	—	—	—
Oberfranken	5	—	53	—	—	—	—	8	2	3	—	—	—	65	13	1	—	13	1	2	—	—	—
Mittelfranken	—	—	69	—	—	—	—	5	1	—	—	2	—	66	9	1	—	8	—	2	—	2	—
Unterfranken	—	—	21	—	—	—	—	4	—	—	—	2	2	82	5	1	—	14	—	3	—	4	—
Schwaben	2	—	36	—	—	—	—	3	—	5	—	—	—	79	12	4	—	15	—	2	—	1	—
Bayern	13	1	269	—	—	—	—	30	3	36	1	6	2	544	93	10	—	92	5	18	1	14	—
München	1	—	33	—	—	—	—	1	—	12	—	—	—	74	8	—	—	15	1	1	—	2	—
Nürnberg	—	—	25	—	—	—	—	3	1	—	—	—	—	31	5	1	—	4	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	17	2	1	—	5	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	4	1	—	2	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	2	—	—	3	—	—	—	1	—

Gebiet	12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22	
	Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa				Botu- lismus		Hepatitis infectiosa		Oral- these (übrige Formen)		Ver- dachts- fälle von Tollwut <sup>4)</sup>		Bang'sche Krank- heit		Lepto- spirose (übrige Formen)		Toxoplas- mose		Trachom	
			Salmo- nellose		Übrige Formen																	
	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	15	—	18	—	1	—	2	—	39	1	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Niederbayern	—	—	3	—	1	—	—	—	26	1	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—
Oberpfalz	3	—	3	—	—	—	—	—	5	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Oberfranken	1	—	10	—	1	—	—	—	57	—	—	—	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mittelfranken	1	—	30	—	—	—	—	—	16	3	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Unterfranken	3	—	9	—	—	—	—	—	53	—	—	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Schwaben	—	—	5	—	—	—	—	—	13	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1
Bayern	23	—	78	—	3	—	2	—	209	5	4	—	19	—	3	—	1	—	1	—	—	1
München	9	—	11	—	—	—	—	—	20	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Nürnberg	1	—	8	—	—	—	—	—	7	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Augsburg	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	1	—	2	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

1) E = Erkrankungen (einschl. der erst beim Tode bekanntgewordenen Krankheitsfälle) mit Ausschluß der Verdachtsfälle 2) ST = Sterbefälle  
 3) Nur Neuzugänge, keine Zugänge aus anderen Tbc-Gruppen 4) Varietätungen durch ein tollwutkrankes oder tollwutverdächtiges Tier sowie Berührungen eines solchen Tieres oder Tierkörpers

### Ergebnisloser Kampf gegen Fadenwürmer (Filariasis)

Der Kampf gegen Filariasis ist bisher wenig, wenn überhaupt fortgeschritten. Die Krankheit, an der 200 Millionen Menschen in Asien und Amerika leiden, wird durch winzige Würmer, deren Larven von Mücken übertragen werden, verursacht. Filariasis kann wiederum Elephantiasis hervorrufen. Die Epidemiologie der Krankheit ist noch unklar. Diäthylcarbamin, das seit 1955 zur Behandlung verwendet wird, ist für eine Massen Anwendung zu toxisch. Es muß sogar leider festgestellt werden, daß sich die Situation besonders in den Städten verschlechtert hat. (K1) DMI

### Dauerheim für diabetische Kinder und Jugendliche

Nach jahrelangen Bemühungen ist es dem Deutschen Diabetiker-Sozialwerk e. V. gelungen, in Hinrichsseggen bei Bad Aibling (Oberbayern) ein Heim für zucker- kranke Kinder und Jugendliche zu eröffnen. Es ist das erste Heim dieser Art in der Bundesrepublik und soll als Vorbild für ähnliche, zukünftige Einrichtungen dienen.

Das Diabetiker-Jugendhaus Hinrichsseggen soll bei schlecht versorgten Kindern die Familie ersetzen und sie so erziehen, daß sie mit ihrem Stoffwechselliden fertig werden und sich später wie gesunde Menschen in die Allgemeinheit eingliedern.

Die Unterbringung der Knaben und Jugendlichen erfolgt in Dreibettzimmern. Der Raumbedarf zum Lernen und Lesen sowie für Beschäftigung und Freizeit wird in großzügigster Weise erfüllt. Neben dem Jugendhaus liegt ein Sportplatz, so daß die so wichtige körperliche Betätigung gewährleistet ist.

Erzieherisch werden die Heiminsassen durch einen erfahrenen Heimleiter betreut, während die ärztliche Versorgung in den Händen eines im Heim tätigen Facharztes für Kinderkrankheiten liegt. Ihm steht ein Labor sowie eine technische Assistentin zur Verfügung, so daß die notwendigen Untersuchungen und Stoffwechsel-Kontrollen vorgenommen werden können. Die Küche wird von einer Diätassistentin geleitet.

Vorerst können nur zucker- kranke Knaben und männliche Jugendliche im Alter von 10 bis 18 Jahren aufgenommen werden. Es ist geplant, die Aufnahmemöglichkeit nach und nach auf Mädchen und Knaben aller

Altersstufen auszudehnen. Keine Aufnahme können solche Kinder finden, deren Intelligenz weit unter dem Durchschnitt steht, oder die asoziale Charakterzüge aufweisen.

Das Heim ist konfessionell nicht gebunden.

Anmeldungen und Anfragen sind zu richten an das Deutsche Diabetiker-Sozialwerk e. V., 87 Würzburg, Simon-Breu-Straße 19. DMI

### Stipendien für Medizinstudenten der Bantubevölkerung

Seit dem Jahre 1937 erhalten Bantustudenten ihre medizinische Ausbildung an den Universitäten von Kapstadt und vom Witwatersrand (Johannesburg). Im Jahre 1952 erfolgte dann die Gründung einer medizinischen Fakultät, die besonders für die Ausbildung von nicht-weißen Ärzten gedacht ist, an der Universität von Natal (Durban).

Ausländische Besucher zeigen sich immer wieder von dieser Institution und ihren Einrichtungen beeindruckt. Die südafrikanische Regierung hat die gesamten Baukosten in Höhe von 810 000 Rand getragen und zahlt jährlich einen Betrag von 120 000 Rand zu den Unterhaltungskosten. Jedes Jahr können sich 40 Studenten neu immatrikulieren. Letztlich werden dort 250 bis 300 angehende Mediziner studieren, wobei ein weiterer Ausbau durchaus möglich ist.

Für die Medizinstudenten der Bantubevölkerung stehen viele Stipendien und Studienbeihilfen zur Verfügung. Die Regierung vergibt darüber hinaus jährlich 15 Studientdarlehen, die sich auf je 2600 Rand für ein siebenjähriges Studium belaufen. Um diese Regierungsdarlehen bemühen sich viele Bantustudenten.

Ausbildungskurse für Bantu in Krankenpflege und Geburtshilfe werden an den Krankenhäusern der Provinzialverwaltungen durchgeführt. Verschiedene Hochschulen bilden Bantu-Inspektoren für das Gesundheitswesen aus. Heute arbeiten bereits 7500 ausgebildete Krankenschwestern und Schwesternschülerinnen für ihre eigene Bantubevölkerung. Die für die Gesundheit verantwortlichen Regierungsstellen vertrauen deshalb darauf, daß der Tag kommen wird, da der gesamte Gesundheitsdienst für die Bantu in die Hände fachlich qualifizierter Angehöriger dieser Bevölkerungsgruppe übergeben werden kann. SAB/DMI

Bei allen  
Erkrankungen  
der  
Atmungsorgane

# Antibex<sup>®</sup>

SIMPLEX · FORTE · CUM EPHEDRINO

125 ccm enthalten  
50 mg Dihydrokodein

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

Die Kriminalinspektion beim Regierungspräsidenten in Wiesbaden hat uns um die nachstehende Veröffentlichung gebeten:

**Betr.: Mord in Limburg/Lahn oder Umgebung**

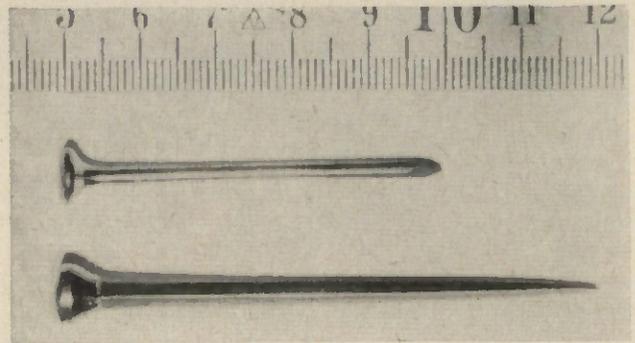
Die Kriminalpolizei meines Bezirks bemüht sich seit mehr als einem Vierteljahr erfolglos um die Aufklärung eines Mordes, der in seiner Ausführung eine selten festzustellende verbrecherische Intensität zeigt.

Der Schädel des Ermordeten wies umfangreiche Schädelzertrümmerungen an der rechten Schädelseite auf, die mit einem Schusterhammer oder einem ähnlichen Werkzeug verursacht sein können.

Das jetzt gefundene, vom Rumpf abgesägte rechte Bein des noch unbekanntem Ermordeten weist einen Kniegelenksbruch auf. Nach einem Gutachten der Orthopädischen Universitätsklinik Friedrichsheim in Frankfurt am Main lag hier offensichtlich ein Abbruch des äußeren Condylus vor, der entweder durch Sturz auf das mehr oder weniger gebeugte Kniegelenk oder einen Fall aus einer gewissen Höhe hervorgerufen wurde. Ähnliche Verletzungen entstehen nicht selten bei Verkehrsunfällen, vor allem bei Motorrad- und Rollerfahrern, wenn eine Gewalteinwirkung von unten her das gebeugte Kniegelenk trifft. Es wurde eine operative Behandlung vorgenommen. Die Anlegung des Bruchstückes an das Fragment ist gut gelungen. Die Fixation erfolgte durch 2 Nägel. Wie aus dem Röntgenbefund hervorgeht, ist der abgebrochene Condylus wieder voll angeheilt. Es ist der Schluß erlaubt, daß die Verletzung etwa 2 Jahre vor dem Tode, also etwa in den Jahren 1959 bis 1961 erfolgte.

Bei den verwendeten Knochennägeln handelt es sich um einen 7 cm langen Nagel mit viereckigem Schaft, der aus einer Fertigung der Firma Jetter & Scherer, Tuttlingen, der Jahre 1925 bis 1934 und um einen 5 cm langen im Schaft runden Knochennagel, der von der gleichen Firma bis zum Jahre 1961 gefertigt wurde. Bei letzterem Nagel ist anzunehmen, daß er vor seiner Verwendung um 1 bis 2 cm verkürzt wurde. Die beigefügten Röntgenaufnahmen und die Aufnahme der Nägel lassen die Operation und das verwendete Material erkennen.

Bei dem Ermordeten handelt es sich um einen etwa 40 Jahre alten Mann, der 1,70 m groß und von mittlerer Statur war und dunkelbraune Haare hatte. Er



hatte ein sehr schlechtes Gebiß und eine Oberkieferprothese mit erstem rechtem Schneide- und erstem rechtem Mahlzahn und wahrscheinlich ursprünglich auch dem 4., 5. und 6. Zahn oben links, da ein Teil der Prothese abgebrochen sein kann.

Für die Identifizierung und Aufklärung des unbekanntem Ermordeten wurde eine Belohnung von 1000 DM ausgesetzt.

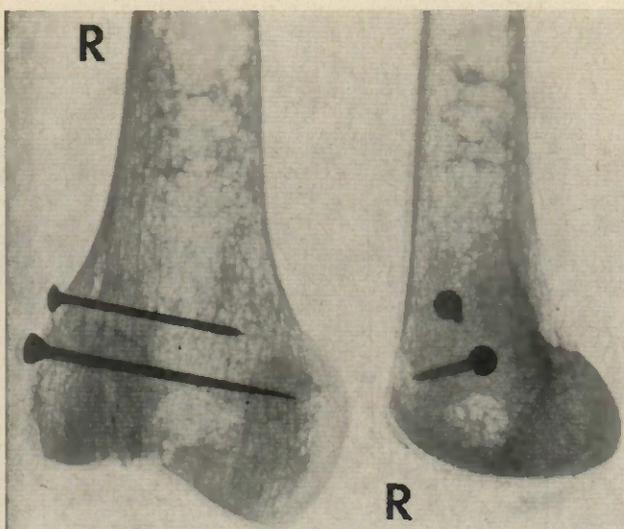
### Sowjetische Ärzte lernen Englisch

13 sowjetische Mediziner haben vor kurzem ein intensives zweimonatiges englisches Sprachstudium an der Ealing Technical School Language Laboratory in England abgeschlossen. Die Schule verwendet für den Sprachunterricht die neuesten Unterrichtsmethoden. Die Wissenschaftler werden im Rahmen der Weltgesundheitsorganisation an verschiedenen Orten der Welt ärztliche Aufgaben übernehmen. DMI

### Zweckmäßige Ernährung bei wechselnder Arbeitszeit

Die Zunahme der Nacht- und Schichtarbeit infolge der Rationalisierung und Automatisierung mit dem Ziel der pausenlosen Produktion stellt an die Leistungsfähigkeit des einzelnen hohe Anforderungen, die auch im Hinblick auf seine Ernährung berücksichtigt werden müssen. Nun ist der Ablauf unserer Lebensfunktionen am Tage, wenn eine zusätzliche Leistung gefordert wird, anders als in der Nacht, wenn die Energiespeicherung den Vorrang hat. Erst in neuerer Zeit, als man erkannte, daß ein langsamerer Ablauf der Organfunktion auch ohne Schlaf eintreten kann, ergaben sich für die Arbeitsmedizin neue Überlegungen. Bisher wurde der Schlaf allein dafür verantwortlich gemacht. Das Auf und Ab innerhalb des Stoffwechselgeschehens, auch in der Produktion von Verdauungssäften, führte zu der Überlegung, daß die Bekömmlichkeit und damit auch die Aufnahme und Verwertung der Nährstoffe zu den verschiedenen Tageszeiten unterschiedlich sein kann. Es handelt sich hierbei um die Auswirkungen der sog. Tag- und Nacht-Rhythmik des menschlichen Organismus. Die Frage, wann diese Schwankungen des rhythmischen Geschehens größer oder geringer sind, spielt deshalb auch für die Ernährung eine Rolle.

Die Bekömmlichkeit der Nahrung richtet sich nach der Produktion der Verdauungssäfte; sind die Verdauungssäfte in ungenügender Menge vorhanden, dann wird die Nahrung nur schlecht verdaut. Eingehende physiologische Untersuchungen haben ergeben, daß die Produktion der Verdauungssäfte zu verschiedenen Tages- bzw. Nachtzeiten unterschiedlich ist. So erreicht



die Gallensekretion mittags ihr Maximum und sinkt zu einem Minimum nach Mitternacht ab. Diese Beobachtungen konnten an menschlichen Gallen fisteln bestätigt werden. Auch die Magensaftsekretion und die Säureverhältnisse im Magen ändern sich im Laufe von 24 Stunden. Hierüber bestehen eingehende Untersuchungen.

Ein Absinken der Magensaftmenge und der Magensäure konnte während der Nachtstunden beobachtet werden. Bei Versuchspersonen sank der Säureanteil im Magen gegen 22 bis 23 Uhr ab, so daß es schließlich gegen Mitternacht zu einem völligen Versiegen der Salzsäureproduktion im Magen kam. In vielen Fällen war zu dieser Zeit überhaupt kein Mageninhalt mehr zu gewinnen.

Von Nacht- und Schichtarbeitern häufig geäußerte Beschwerden betreffen die Verdauungsorgane: Appetitstörungen, Magendruck, Übelkeit und Stuhlverstopfung. Viele klagen über Unverträglichkeit von Speisen, Schmerzen in der Magengegend, Aufstoßen, Sodbrennen, Brechreiz usw. Die häufig geklagten Magenbeschwerden lassen die Frage wichtig erscheinen, ob durch die Nacht- und Schichtarbeit organische Magendarm-Erkrankungen, insbesondere das Magengeschwür, gefördert werden. Nach den Untersuchungen verschiedener Autoren ergaben sich „unter Berufstätigen, die mit kurzer Essenspause oder oft durchgehend ohne Unterbrechung körperlich schwere Arbeiten ausführen, z. T. im Schichtwechsel stehen und Überstunden leisten, etwa achtmal mehr Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre als bei Angehörigen von Berufen mit regelmäßigen Arbeitszeiten und einer ausreichenden Mittagspause“. Da jedoch die Ursachen für Geschwückerkrankungen sehr zahlreich sind, kann nicht in allen Fällen die Entstehung der Erkrankung durch unregelmäßige Arbeitszeit, Schicht- oder Nachtarbeit bestätigt werden. Jedoch sind sich alle Untersucher darin einig, daß der Einfluß der Nacht- und Schichtarbeit einen ungünstigen Einfluß auf den Verlauf und die Entstehung eines Geschwürleidens an Magen und Zwölffingerdarm hervorruft.

Aus diesen Überlegungen ergibt sich die Sorge um eine quantitativ und qualitativ richtige Ernährung. Man muß dabei davon ausgehen, daß der Schichtarbeiter nicht zu den üblichen Zeiten seine Mahlzeiten einnehmen kann. Dieser Umstand hat sowohl zu Gewichtsverlusten als auch zur Überernährung geführt. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung weist deshalb auf die besondere Bedeutung regelmäßiger kleiner, nicht belastender Zwischenmahlzeiten hin, die der verminderten Produktion von Verdauungssäften Rechnung tragen.

Verschiedentlich ist vorgeschlagen worden, während der Nachtarbeit eine der Mittagsmahlzeit entsprechende warme Mahlzeit gegen Mitternacht zu geben. Im Hinblick auf die vorliegenden Untersuchungsergebnisse mit einem unterschiedlichen Appetit zu verschiedenen Tageszeiten erscheint es aber sehr fraglich, ob überhaupt um Mitternacht günstige Voraussetzungen für die Aufnahme und Verwertung einer größeren Mahlzeit vorliegen.

Nach unseren heutigen Kenntnissen fällt die Zeit der geringsten Magensaft- und Gallensekretion in die Nachtstunden. Es ist deshalb zweckmäßig, daß man am besten für die Früh- und Spätschicht die Hauptmahl-

zeit für den späten Nachmittag oder den frühen Abend empfiehlt. Man sollte jedoch für eine Regelmäßigkeit der Nahrungsaufnahme auch bei Schichtarbeit eintreten, was in jedem Fall besser ist als eine zu nachgiebige Anpassung an die wechselnden Arbeitszeiten. Um jedoch ein Optimum der Widerstandsfähigkeit des Schicht- und Nachtarbeiters gegenüber Erkrankungen zu erzielen, ist eine vollwertige Ernährung die grundlegende Voraussetzung. DGE/DMI

### Studenten mit Trauring

Unter den 46 592 deutschen Studierenden, die im Wintersemester 1962/63 an bayerischen Hochschulen immatrikuliert waren, befanden sich nach Mitteilung des Bayerischen Statistischen Landesamts 2276, die bereits verheiratet waren, davon 1812 männliche und 464 weibliche Studierende. Geschieden waren 81 und verwitwet 21 Studierende. h/S

### Auslandsstipendien

Rechtzeitig vor Beginn des Wintersemesters ist ein neuer „Fahrplan für Auslandsstipendien“ unter dem Titel „Auslandsstipendien 1964/65“ vom Deutschen Akademischen Austauschdienst (DAAD) veröffentlicht worden. Das Faltblatt gibt Auskunft über Bewerbungsfristen und -bedingungen und Hinweise auf besonders gute Studienmöglichkeiten für bestimmte Fachgebiete im Ausland. — Was wird von den jungen Akademikern erwartet, die sich um ein Auslandsstipendium — Kostenpunkt immerhin zwischen 5000 bis 18 000 DM für ein Jahr — bewerben? „Eine gebhörige Portion Eigeninitiative vor allem“, meint man beim DAAD. Wer als Stipendiat nach Lissabon oder Reykjavik, nach Chile oder Indonesien gehen möchte, der sollte einiges über Geschichte und Kultur, über die politischen Verhältnisse und die Studienmöglichkeiten in dem gewählten Lande wissen. Das Studienvorhaben im Ausland muß auch fachlich begründet sein. Es genügt nicht der Wunsch, Land und Leute kennenlernen zu wollen, sondern es muß nachgewiesen werden, daß das Studienvorhaben, z. B. eine Dissertation, im Ausland besonders gut vorangetrieben werden kann, sei es, daß es dort besonders gute Bibliotheken oder Laboratorien gibt, oder daß auf die Vorlesungen und Seminare eines berühmten Gelehrten spezieller und begründeter Wert gelegt wird. Auch hier wird also vom Stipendienbewerber vorausgesetzt, daß er sich aus eigenem Antrieb über die Studienmöglichkeiten im Ausland informiert hat. Der Zoologe beispielsweise, der über Flughunde arbeiten möchte, die es nur in Indien und Amerika gibt, hat gute Chancen, ein Auslandsstipendium zu bekommen, ebenso der Student, der sich in Tropenmedizin spezialisieren möchte, oder der Forstwirt, der nirgends so gut wie in Indonesien die Vielfalt der Hölzer studieren kann. — Neben guten wissenschaftlichen Leistungen setzt der DAAD bei den Stipendienbewerbern die Kenntnis der Unterrichtssprache der ausländischen Hochschule voraus. Grundsätzlich kann sich jeder Student bewerben, der vor Antritt des Auslandsstipendiums mindestens vier Semester an einer deutschen Hochschule studiert hat. Bewerber mit abgeschlossenem Hochschulstudium werden bevorzugt. Überssee-Stipendien werden nur an „fertige Akademiker“ vergeben. — Hinweis: Jüngere deutsche Wissenschaftler und Studenten, die sich um ein Auslandsstipendium für das Studienjahr 1964/65 bewerben möchten, können das sechsseitige Merkblatt bei den Akademischen Auslandsämtern der Hochschulen bekommen oder direkt beim DAAD in 5320 Bad Godesberg, Frankengraben 50, anfordern.

(Pressemittteilung des Deutschen Akademischen Austauschdienstes, Nr. A 24/63.)

## Gegen eine Monopol-Krankenversicherung in Europa

### Krankenversicherungs-Experten aus sieben europäischen Ländern tagten in Berlin

„Zur Vorsicht und Abwehr aufgerufen“

Einen Überblick über die in Jahrzehnten organisch gewachsene deutsche Krankenversicherung und über die Reformbestrebungen im Rahmen des Sozialpakets erhielten leitende Vertreter von Krankenkassenverbänden aus Frankreich, Italien, der Schweiz und den Beneluxländern bei einer Tagung des Technischen Ausschusses und des Vorstandes der Association Internationale de la Mutualité (AIM) in der Kongreßhalle in Berlin. In der AIM, die schon vor dem letzten Krieg gegründet worden ist und ihren Sitz in Paris hat, sind Einrichtungen der Krankenversicherung aus sieben europäischen Ländern zusammengeschlossen. Es sind nur Krankenversicherungsträger Mitglied, die weder einem staatlichen Gesundheitsdienst angehören noch zwangsweise errichtet worden sind, sondern die nach dem Prinzip der Gegenseitigkeitshilfe arbeiten. Von deutscher Seite gehören die Verbände der Betriebs-, Innungs- und Landkrankenkassen sowie der Angestellten- und Arbeiter-Ersatzkassen dieser internationalen Vereinigung an.

In den Referaten der Berliner Tagung wurde betont, daß sich in der Bundesrepublik seit Jahrzehnten die gegliederte Krankenversicherung bewährt hat. Alle Tendenzen zu einer monopolisierten Einheitsversicherung wurden daher entschieden abgelehnt. Das gilt sowohl für die Bundesrepublik als auch für die EWG-Ebene. Alle Mutualisten seien zur Vorsicht und zur Abwehr aufgerufen, wenn für das freie Europa eine Monopol-Krankenversicherung an Stelle der in den beteiligten Ländern gewachsenen und bewährten Vielgestaltigkeit geschaffen werden sollte. Solche Tendenzen seien leider, so wurde erklärt, bei der ersten Sozialkonferenz der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft im Dezember 1962 in Brüssel erkennbar geworden.

(gpk)

### Die private Krankenversicherung im Jahre 1962

Die seit Mitte 1962 in vielen Wirtschaftsbereichen eingetretene Verlangsamung des Konjunkturanstieges hat sich bisher auf die private Krankenversicherung noch nicht ausgewirkt. Der Versicherungsbestand konnte weiter vergrößert werden; dem damit verbundenen Anstieg des Beitragsaufkommens standen aber auch erhebliche höhere Versicherungsleistungen gegenüber.

Der Gesamtversicherungsbestand erhöhte sich um rd. 660 000 Versicherungen auf 13,94 Mio Versicherungen. Den weitaus größten Zugang verzeichnete — wie schon in den vergangenen Jahren — die Selbständige Teilversicherung. Ihr Bestand wuchs um 603 000 auf rund 6,42 Mio Versicherungen. Dieses Wachstum war größtenteils durch den Abschluß von Zusatzverträgen bereits Privatversicherter bedingt, teilweise aber auch durch Neuabschlüsse von Mitgliedern der gesetzlichen Krankenversicherung, die ihren Versicherungsschutz bei stationärer Behandlung verbessern wollten. Auf die Krankheitskostenversicherung — als Vollversicherung die wichtigste Sparte — entfielen dagegen nur rund 46 000 Zugänge, so daß ihr Bestand 6,71 Mio Versicherungen erreichte. Die Krankentagegeldversicherung, die

sich in die Tagegeldversicherung für Angehörige der gesetzlichen Krankenversicherung aufteilt, wies eine Bestandszunahme von rund 11 000 Versicherungen auf und erreichte damit 810 000 Versicherungen; der Zugang bezog sich allerdings nur auf die Tagegeldversicherung für Selbständige.

Das geringe Anstelgen des Bestandes in der Krankheitskostenversicherung führt die PKV darauf zurück, daß ihr Betätigungsfeld durch die gesetzliche Krankenversicherung sehr begrenzt wird, was den Zugang jüngerer und besserer Risiken verhindert. Als Folge davon droht — vor allem dann, wenn die GKV noch weiter ausgedehnt werden sollte — allmählich eine Überalterung des Bestandes, die den Risikoausgleich innerhalb der Versichertengemeinschaften gefährden könnte. Bereits heute ist die Alterszusammensetzung in der privaten Krankenversicherung ungünstiger als in der Bevölkerung der Bundesrepublik.

Das Beitragsaufkommen stieg im Berichtsjahr um 202,7 Mio DM auf 1598,1 Mio DM. Ihm standen um 11,7% höhere Versicherungsleistungen gegenüber; sie beliefen sich auf 1088,2 Mio DM und überschritten damit erstmalig die Milliardengrenze. Arbeitstäglich entsprach das einer Auszahlung von rund 4,5 Mio DM.

Die Leistungssteigerungen sind teils auf die hohen, durch den stehenden Lebensstandard bedingten Ansprüche der Versicherten, vornehmlich aber auf die ständige Fortentwicklung und Modernisierung der Heilbehandlung zurückzuführen, die in gestiegenen Heilbehandlungskosten ihren Niederschlag fanden. Die Verteuerung der Heilbehandlung ist am deutlichsten an den sogenannten Pro-Kopf-Schäden (Auszahlung je Versicherten) zu erkennen. Diese stiegen in allen Versicherungssparten: In der Krankheitskostenversicherung um 9,7%, in der Selbständigen Teilversicherung um 8,9% und in der Krankentagegeldversicherung um 7,1%.

### Deutsche Ärzte nach Afrika

Wieder sind mehrere deutsche „Gesundheits-Teams“ nach Afrika aufgebrochen. In der ostafrikanischen Republik Somalia traf Ende September eine motorisierte Röntgenuntersuchungseinheit ein, die die Bundesregierung der somalischen Regierung geschenkt hat. Ein deutscher Arzt und eine medizinische Hilfskraft werden für ein Jahr mit dem Röntgenzug arbeiten und in dieser Zeit auch einheimisches Personal ausbilden.

In der zentralafrikanischen Republik Obervolta übernahm ebenfalls Ende September eine Gruppe aus zwei deutschen Ärzten, einer medizinisch-technischen Assistentin und einer Krankenschwester für zunächst zwei Jahre die Heilbetreuung eines Distrikts. Auch diese Gruppe ist mit Spezialkraftwagen ausgerüstet; ihre Hauptaufgabe wird die Bekämpfung der übertragbaren Gehirnhautentzündung sein.

API

### Bedrohliches Ansteigen der Tollwut in Kanada

Die registrierten Tollwutfälle in Kanada haben sich 1961 im Verhältnis zum Vergleichsjahr 1960 verdoppelt. Die Zahl stieg bei den infizierten Wildtieren von 213 auf 491, bei den Haustieren von 126 auf 290. Füchse und Stinktiere im Gebiet des südlichen St.-Lawrence-Flusses und eine insektenfressende Fledermaus waren ebenfalls befallen.

DMI

# DURENAT



## ECHTE VORTEILE ÜBERZEUGEN

Durenat® (Sulfamethoxydiazin),  
das langwirkende Sulfonamid  
von Bayer und Schering mit den  
entscheidenden Vorteilen:

maximale Serum- und Gewebs-  
spiegel an wirksamem Sulfonamid  
weiter Anwendungsbereich  
ausgezeichnete Verträglichkeit  
niedrige Dosierung

Durenat gibt es in vier verschiedenen  
Darreichungsformen:

---

Tabletten:  
8 Tabletten zu je 0,5 g DM 2,80

---

Saft:  
Flasche mit 40 ml/10% DM 3,55

---

Tropfen:  
Tropfflasche mit 10 ml/20% DM 3,25

---

Ampullen:  
5 Ampullen zu je 5 ml/10% DM 7,65

---

Preise lt. AT. o. U. auf Basis unserer Lieferpreise  
für Apotheken



2 spezielle Schlafmittel

# Doroma<sup>®</sup>

bei nervös bedingten Schlafstörungen

Zusammensetzung: Adalin<sup>®</sup> 0,4 g, Atosil<sup>®</sup> 0,01 g  
Handelsformen: 10 und 20 Tabletten

# Dormopan<sup>®</sup>

bei Organkrankheiten und Schmerzzuständen

Zusammensetzung: Adalin 0,125 g  
Evipan<sup>®</sup> 0,2 g (N-Methyl-cyclohexenylmethylbarbitursäure)  
Phanodorm<sup>®</sup>-Calcium 0,125 g  
(Calciumsalz der Cyclohexenyläthylbarbitursäure)  
Handelsformen: 10 und 20 Tabletten



## Aus der medizinischen Landespresse / Januar-Juni 1963

### ÄRZTEBLATT FÜR BADEN-WÜRTTEMBERG

Nr. 1/Januar 1963

Villinger: Die Arbeit der Landesärztekammer Baden-Württemberg während der 2. Wahlperiode 1959 bis 1962, mit besonderer Berücksichtigung des Jahres 1962.

Schumm: Das Spital in Döttingen am Kocher.

Nr. 3/März 1963

Degenhard: Ärztemangel oder Ärzteüberschuß?

Nr. 4/April 1963

Hilmi Abbas: Die kurdischen Heilmethoden.

Professor D. theol. h. c. Dr. med. Richard Siebeck zum 80. Geburtstag.

Berensmann/Krapp/Rieger/Winter: Die ärztliche Aufklärungspflicht (I).

Natorp: Erasmus spricht zu uns Ärzten der 60er Jahre.

Nr. 5/Mai 1963

Berensmann/Krapp/Rieger/Winter: Die ärztliche Aufklärungspflicht (II).

Pecinka: Die Arztesgattin.

Nr. 6/Juni 1963

F. Schmid: Die ärztliche Ausbildung im Spannungsfeld zwischen Qualität und Masse.

Trill: Mannheim, Stadt des 66. Deutschen Ärztetages. Hundert Jahre Mannheimer Ärzteverein.

Seidler: Die Medizin in Mannheim zur Zeit Carl-Theodors.

Koebner: Das Arzt-Exlibris.

Berensmann/Krapp/Rieger/Winter: Die ärztliche Aufklärungspflicht (III).

### BREMER ÄRZTEBLATT

Nr. 1/Januar 1963

Jensen: Tuberkulosebekämpfung in tropischen Zonen. Tittel: Schwierigkeiten in Diagnostik und Therapie der Urotuberkulose.

Nr. 2/Februar 1963

Friemann: Kopfschmerz und Auge.

Herzberg: Gut- und bösartige Geschwülste der Haut und der hautnahen Schleimhäute.

Tollwutvorkommen in den Niederlanden.

Nr. 3/März 1963

Hoffmann: Bakteriologische Untersuchungen bei Rheumatismus.

Kühn: Die Virushepatitis und ihre Folgezustände.

Nr. 4/April 1963

Tempel: Zur Pharmakotherapie der Psychosen.

Welgeldt: Über die Bedeutung des EEG für die Diagnose und Therapie der Epilepsien.

Bahlmann: Stammhirnsyndrome und andere neurologisch-psychiatrische Folgeerscheinungen nach portocavalen Shuntoperation bei Lebercirrhosen.

Nr. 5/Mai 1963

Schloßhauer: Die Erkrankungen der lymphatischen Halsorgane, insbesondere der Tonsillen, neue Gesichtspunkte.

Nr. 6/Juni 1963

Ruthe: Die Frühdiagnose der Wirbel-Tuberkulose.

Sieber: Die aufgeschobene Primärversorgung frischer Gelegenheitswunden.

Kuntscher: Ein Beitrag zur Deckung sowohl primärer als auch sekundär infizierter Hautdefekte.

Ansprache des Herrn Staatsminister des Innern Dipl.-Ing. Heinrich Junker anlässlich des 16. Bayerischen Ärztetages in Ansbach.

Kennst du das Land, wo Zinsen und Renditen blühen? 6. Im Winde segelt man. — Was über Kurspflege und Konversion zu sagen ist.

### HAMBURGER ÄRZTEBLATT

Nr. 1/Januar 1963

Entwicklung der Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe in Hamburg bis zur Gründung des Ärztlichen Vereins (I).

Winkler: Die Mykosen in der Sicht des praktischen Arztes.

Nr. 2/Februar 1963

Entwicklung der Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe in Hamburg bis zur Gründung des Ärztlichen Vereins (II).

Keilner: Medikamentöse Therapie maligner Tumoren im Kindesalter mit besonderer Berücksichtigung der Behandlung durch den praktischen Arzt.

Nr. 3/März 1963

Entwicklung der Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe in Hamburg bis zur Gründung des Ärztlichen Vereins (III).

Schmidt B.: Die moderne Behandlung der traumatischen Trommelfellperforation.

Nr. 4/April 1963

Entwicklung der Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe in Hamburg bis zur Gründung des Ärztlichen Vereins (IV).

John/Rohardt: Die Hypokaliämie im Blickwinkel des Connischen Syndroms.

Nr. 5/Mai 1963

Entwicklung der Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe in Hamburg bis zur Gründung des Ärztlichen Vereins (V).

Hibbe: Behandlung der akuten Pankreatitis.

Hamm: Grundsätze moderner Gesundheitspolitik.

Nr. 6/Juni 1963

Laubinger: Die diätetische und medikamentöse Behandlung der Hypercholesterinämie.

Stroomann: Der sogenannte Krankenstand. Ein notwendiger Stich ins Wespennest.

### HESSISCHES ÄRZTEBLATT

Nr. 1/Januar 1963

Schneider W.: Ein deutscher Forscher in Rußland.

Nr. 2/Februar 1963

v. Hagen: Moderne Krankenhäuser in den USA.

Nr. 3/März 1963

Rosenbaum: Ein Arzt sieht Indien (I). de la Burde: Prophylaxe der Vergiftungen in Amerika.

Nr. 4/April 1963

Gottlieb: Im Schatten der Cestius-Pyramide.

Rosenbaum: Ein Arzt sieht Indien (II).

Noack: Arbeitshygienische Gesichtspunkte bei der Beurteilung der Arbeits- und Berufsfähigkeit.

Nr. 6/Juni 1963

Milark: Arbeitsunfähigkeit.

# NIEDERSÄCHSISCHES ÄRZTEBLATT

Nr. 1/Januar 1963

Ruge: Zur Frage der Diabetiker-Betreuung im Bezirk Hannover.

Bunnemann: Sportärzte in Barsinghausen.

Nr. 2/Februar 1963

Bericht über die 3. Sitzung der Kammerversammlung der Ärztekammer Niedersachsen (5. Wahlperiode).

Nr. 3/März 1963

Elsaesser: Pockenvorsorge.

Nagel: Die Entwicklung des Blutspendewesens in Deutschland unter Berücksichtigung des DRK-Blutspendendienstes Niedersachsen.

Schulz: Die Rauschgiftkriminalität des Jahres 1962 in Niedersachsen.

Nr. 4/April 1963

Bericht über die 4. Sitzung der Kammerversammlung der Ärztekammer Niedersachsens (5. Wahlperiode). Gesundheitserziehung in Niedersachsen.

Bunnemann: Die Betreuung der Dismelie-Kinder.

Meiners: Alters-, Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenenversorgung der Ärztekammer Niedersachsen.

Entwurf einer Satzung für eine Ärzteversorgung in Niedersachsen.

Nr. 5/Mai 1963

Bunnemann: Der Arzt in der vorbeugenden Gesundheitspflege.

Nr. 8/Juni 1963

Meiners: Ärzteversorgung in Niedersachsen.

# ÄRZTEBLATT RHEINLAND-PFALZ

Nr. 1/Januar 1963

Meyer-Hentschel: Die ärztliche Berufsgerichtsbarkeit.

Stein: Die berufsständische Altersversorgung.

Bonner: Tätigkeit des Präsidiums der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz vom 18. 7. 1959 bis Ende 1962.

Mohring: Zu Fragen des Strahlenschutzes.

Hermes: Begegnungen des Arztes mit dem Recht.

Christmann: Zur Problematik der Blutbanken.

Nr. 2/Februar 1963

Volt/Gamp: Die Therapie des entzündlichen Gelenkrheumatismus.

Günther: Gründe der Arbeitsunfähigkeit.

Nr. 3/März 1963

Herrmann: Arzt und Zahnheilkunde.

Lindemann/Marquardt: Mitteilung über Standardprothesenversorgung bei armlosen Kindern.

Nr. 4/April 1963

Diethelm: Grundlagen, Indikationen und Risiko für angiographische Untersuchungen am Körperstamm.

Moossen: Arzt und Luftschutz.

Nr. 5/Mai 1963

Zeitler: Grundlagen und Indikationen für die klinische Coronarographie.

Wienert: Der Arzt in Spanien.

Ausbildung von Arzthelferin-Anlernlingen.

Nr. 6/Juni 1963

Schaeffers: Pille und ärztliches Gewissen.

# Rheinisches Ärzteblatt

Nr. 1/Januar 1963

Bericht des Präsidenten auf der Kammerversammlung am 15. Dezember 1962.

Honorarsituation der KV Nordrhein im Jahre 1962.

Kammerversammlung vom 15. Dezember 1962

Abels: Landesberufsgericht bejaht Gültigkeit der Berufsordnung für die nordrheinischen Ärzte.

Astar-Sternberg: Der Gesundheitsdienst in der Sowjetunion.

Nr. 2/Februar 1963

Christiani: Der Arzt des öffentlichen Gesundheitsdienstes und der niedergelassene Arzt.

Astar-Sternberg: Der Gesundheitsdienst in der Sowjetunion.

Das Labyrinth der Medizin.

Nr. 3/März 1963

Behrends: Das Fürsorgewesen innerhalb der Ärztekammer Nordrhein.

Neuer Lebensstil der Jugend hinter dem Eisernen Vorhang.

Kumpff: Das Krankenhaus im Wandel der Zeiten.

Astar-Sternberg: Der Gesundheitsdienst in der Sowjetunion.

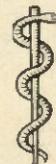
Nr. 4/April 1963

Kuhn: Beihilfs-Grundsätze.

Nr. 5/Mai 1963

Jansen: Verhütung der Betäubungsmittel, eine Aufgabe aller Ärzte.

Astar-Sternberg: Der Gesundheitsdienst in Israel.



# SAARLÄNDISCHES ÄRZTEBLATT

Nr. 1/Januar 1963

Albrecht: Tätigkeits- und Rechenschaftsbericht des Saarländischen Ärzte-Syndikats für das Jahr 1962.

Zeyer: Bericht über die wissenschaftliche Tagung der „Arbeitsgemeinschaft des Saarlandes für Silikoseforschung und Silikoseverhütung e. V.“ am 12. Dezember 1962 in Saarbrücken.

Gottlieb: Der ärztliche Hausbesuch bei Friedrich Hoffmann (\* 1742) und bei Georg Ernst Stahl (\* 1734) als Beispiel der Psychologie am Krankenbett im 18. Jahrhundert.

Bette: Haemodynamische Veränderungen bei Mitral- und Aortenklappenfehlern.

Bresch: Fortschritte molekularer Genetik und ihre Bedeutung für die Medizin.

Nr. 2/Februar 1963

Schneider: Arzneipflanzen von aktueller medizinischer Bedeutung.

Fünfgeld: Über die Motorik des Parkinson-Syndroms und den Einfluß der stereotaktischen Operation.

Schreier: Die Fettsucht im Lichte der neueren Forschung.

Sitzung der gemeinsamen Vorstände der ärztlichen Ständesorganisationen am 30. Januar 1963 in Saarbrücken.

Hauptversammlung des Landesverbandes Saarland des Marburger Bundes und des Verbandes der angestellten Ärzte im Saarländischen Ärzte-Syndikat am 19. Dezember 1962 in Saarbrücken.

Nr. 3/März 1963

Allert: Supraaortaler Gefäßverschuß als Pseudo-Querschnittssyndrom.

Schmidt: Zur Frage einer Donnan-Verteilung von K- und Cl-Ionen an der markhaltigen Nervenfasern.

Schmidt: Über finale Reticulosarkombildung bei chronischer myeloischer Leukaemie.

Lettré: Vergleich der Mitosegiftwirkung einiger Alkaloide.

Krück: Osmolalitätsbestimmungen in der quantitativen Nierenfunktionsdiagnostik.

Nr. 4/April 1963

Jusatz: Die WHO — ihre Struktur und Arbeitsweise. Die Medizinmeteorologische Vorhersage des Deutschen Wetterdienstes.

Erläuterung zur Darstellung über den Wetterablauf.

Miehlke: Zur Frage der termingerechten Versorgung von Gesichtspalten.

Scheffner: Voraussetzungen und Möglichkeiten einer Behandlung kindlicher Anfallsleiden.

Ebeling: Die akzidentellen Herzgeräusche im Kindesalter.

Bayer: In memoriam Ludolf von Krehl — Persönliche Erinnerungen.

Bittner: Die Diskussion um die Krankenversicherungsreform ist im Fluß.

Grosse-Ruyken: Die heutige Auffassung von der Schielkrankheit und deren Behandlung.

Keuth: Die akute und die chronische Asphyxie des Neugeborenen.

Nr. 6/Juni 1963

Hesse: Das Bürgerhospital in Saarbrücken.

Die Ausbildung zur Arzthelferin im Saarland. Erläuterungen und Richtlinien der Ärztekammer.

Wallacher: Die Ausbildung der Arzthelferin aus der Sicht der Berufsschule — Zusammenarbeit zwischen Praxis und Schule.

Müller E.: Arzthelferin-Anlernling und Berufsschule. Fachklasse für Arzthelferinnen-Anlernlinge — Stoffverteilungsplan, Bürokunde mit Schriftverkehr.

Lehrplan für den fachkundlichen Unterricht für Arzthelferin-Anlernlinge im Bereich der Ärztekammer des Saarlandes.

Prüfungsrichtlinien für die Abschlußprüfung der Arzthelferin-Anlernlinge im Bereich der Ärztekammer des Saarlandes.

SCHLESWIG-HOLSTEINISCHES ÄRZTEBLATT

Nr. 1/Januar 1963

Schulten: Ein Patient zwischen Praxis und Krankenhaus.

Hüllsmann: Ein Jahr Jugendarbeitsschutzuntersuchungen in Schleswig-Holstein.

Nr. 2/Februar 1963

Jansen: Verhütung der Betäubungsmittelsucht, eine Aufgabe aller Ärzte.

Hein/Steher: Die heutige medikamentöse Behandlung der Tuberkulose.

Nr. 3/März 1963

Lehmann: Der Patient zwischen Praxis und Krankenhaus.

Nr. 4/April 1963

Hahn: Bereitschaftsdienst und Arbeitszeit der nachgeordneten Ärzte.

Holland: Zur Prophylaxe und Frühbehandlung der Schielamblyopie.

Nr. 5/Mai 1963

Pindborg: Zur Früherkennung und Therapie des Mundhöhlenkrebses; Das Karzinom der Mundhöhle.

Morgenroth: Die Bewertung der Leukoplakien im Rahmen der Früherkennung bösartiger Veränderungen der Mundschleimhaut.

Hahn: Über die Bedeutung der Cytodiagnostik bei der Beurteilung pathologischer Veränderungen der Mundschleimhaut.

Nr. 6/Juni 1963

Urabstimmung über eine Versorgungseinrichtung der Ärztekammer Schleswig-Holstein.

WESTFÄLISCHES ÄRZTEBLATT

Nr. 1/Januar 1963

Geist: Günstige Bilanz der Westf.-Lipp. Ärzteversorgung im Geschäftsjahr 1961 ermöglicht erneute Verbesserung des Leistungsrechts.

Dohr: Bericht des Vorsitzenden des Verwaltungsausschusses der Westf.-Lipp. Ärzteversorgung.

Kehrer jr.: Wandlungen der Sozialstruktur und ihre medizinische Bedeutung.

Bersin: Das Gift in der Luft.

Nr. 2/Februar 1963

Genult: Kassenärztliche Verordnungsweise.

Vontz: Gesundheitsbetreuung der ausländischen Arbeitskräfte.

Nr. 3/März 1963

Bericht über die Kammerversammlung vom 23. Februar 1963.

Bericht des Herrn Präsidenten Dr. Schmirgk.

Kühn: Die Bürgerschaftshilfe und die neue Zinsverbilligungsaktion des Bundes für Angehörige freier Berufe.

Nr. 4/April 1963

König: Die ärztliche Praxis als Problemfeld.

Garbrock: Der augenblickliche Stand der Arbeitsvertragsrichtlinien im Bereich des Deutschen Caritasverbandes für den ärztlichen Dienst.

Nr. 5/Mai 1963

König: Die ärztliche Praxis als Problemfeld.

Fork: Der Krankenstand und seine Bedeutung in der sozialen Krankenversicherung; hier: Junge Leute feiern öfter krank als ältere.

Krietemeyer: Zum Schock als Unfallereignis — erforderliche Maßnahmen.

Brandt: Die Steuern des Arztes.



Teppich-Haus BREHM

Größtes Teppichlager Oberfrankens mit eigenen Importen

Aus dem ganzen Orient, einschließlich Kaukasus, bieten wir Ihnen zu günstigen Preisen:

Belutsch	129x95	160,—	Bidjar	221x135	880,—	Kirman, feine Knüpf.	419x296	4800,—
Mahal	195x130	260,—	Kaltak Bidjar	198x129	980,—	Sherkat, fein	354x241	4550,—
Mossul	203x138	350,—	Serap	322x82	695,—	Kirman Laver, antik	375x263	9500,—
Khamsee	198x135	480,—	Karabagh, alt	410x180	3900,—	Djashagan	322x223	1280,—
Melas, alt	189x133	850,—	Kosak, alt	468x123	2320,—	Gaszwin, sehr feine Knüpfung	479x310	10 400,—
Kayserie Bild	180x120	350,—	Meshghin, alt	352x102	980,—	Sinneh Täbris, antik, sehr feine Knüpfung,		
Kirman	116x57	220,—	Täbris	280x198	1980,—	ohne Fehler,	759x446	36 000,—
Tarki, alt	192x161	680,—	Heris	250x350	1950,—	Kosak, alt	220x110	2200,—
Isfahan	225x147	980,—	Heris	198x312	980,—			
Araou Käschan	210x130	980,—	Sabsewar	273x209	1980,—			

Ca. 1100 weitere Teppiche, Brücken und Läufer aus allen Gebieten des Orients, in allen Preislagen, haben wir für unsere Kunden stets zur Verfügung.

H. U. H. BREHM - BAYREUTH LUDWIGSTRASSE 1 TELEFON 59 16

Unverbindliche Beratung und Vorlagen frei Haus in allen Gebieten durch Ihren Fachmann

# Osterreichische ARZTZEITUNG

Nr. 1/10. 1. 1963

Wewalka: Spezielle Eiweißaufreinigungsmethoden wie Immunelektrophorese und Stärkeelektrophorese.  
Swoboda: Angeborene Stoffwechselfehler im Kindesalter, ihre Diagnostik und Therapie.  
Fleischbacker: Derzeitiger Stand der zytostatischen Therapie.  
Gisinger: Diagnostische Grundlagen der Eisentherapie.  
Hoff/Hofmann: Therapie mit Psychopharmaka.  
Marchionini: Fortschritte in der Therapie der Haut- und Geschlechtskrankheiten.  
Heupke: Arbeit und Ernährung.  
Wiesenhütter: Der Rentenneurotiker im Berufsleben.  
Knebel: Der Herz- und Gefäßkranke im Berufsleben.

Nr. 3/10. 2. 1963

Pilgerstorfer: Die Bedeutung des Serumweißbildes für Diagnose und Therapieauswahl.  
Vogler: Neue Möglichkeiten der Röntgendiagnostik.  
Schettler: Über den derzeitigen Stand der Prophylaxe und Therapie der Arteriosklerose.  
Spitz: Neuester Stand der Antibiotika-Therapie.  
Bennholdt-Thomsen: Jugend und technische Zivilisation.  
Hartung: Über die Beurteilung der Schulreife.  
Radl: Die Hepatitis — mit besonderer Berücksichtigung des Kindesalters.  
Asperger: Das autistische Kind und seine Probleme.  
Spiel: Neurosen im Schulalter.  
Schumacher: Die Frage der Turnbefreiung bei Herz- und Kreislaufkrankungen.

Nr. 4/25. 2. 1963

Pekarek: Hoffnungen für morgen.  
Schwarz: Facharzt — Praktiker — Gesundheitsdienst.  
Absolon: Praktikerkorgen.  
Drexler: Die Psychotherapie als Grundpfeiler der Allgemeinpraxis.

Nr. 5/10. 3. 1963

Fuchs: Gedanken über eine Zeltkrankheit.

Nr. 6/25. 3. 1963

Becker: Arzt, Patient und Psychotherapie.  
Hofstätter: Über den primären und sekundären Ähnlichkeitsfaktor. Eine physiognomische Studie.

Nr. 7/10. 4. 1963

Grössinger: Sanitätstaktische Maßnahmen bei Reaktor-katastrophen.  
Geissler: Probleme der Frühinvalidität der Land- und Forstarbeiter.  
Lachner: Über Verkrümmungen der Wirbelsäule und Haltungsschäden Jugendlicher.  
George: Aktuelle Probleme der ärztlichen Betreuung in den USA.  
Reisert: Neue Gesichtspunkte bei der Cortisontherapie.

Nr. 8/25. 4. 1963

Hartmann/Proksch/Bock/Afritsch: Bericht über die Gewässerschutzprobleme in Österreich.  
Pokorny: Zur Vorbeugung der Frühvergreisung.  
Pinthér: Der staatliche Gesundheitsdienst im heutigen Ungarn.

Nr. 9/10. 5. 1963

Moritsch: Aktuelle Probleme der Arbeitshygiene.  
Stracker: Körpermaße der Kinder und Jugendlichen im Jahre 1962.

Wiethaup: Die Lärmbekämpfung in Österreich in rechtlicher Hinsicht.

Nr. 10/25. 5. 1963

Stracker: Körpermaße der Kinder und Jugendlichen im Jahre 1962.

Halden: Die resistenzsteigernde Wirkung der Milch.

Nr. 11/10. 6. 1963

„Diät“ bei Krankenbesuchen.

Loitzl: Alkohol und Verkehrssicherheit.

Marketan: „Öl, Margarine oder Schmalz?“

Nr. 12/25. 6. 1963

Mikula: Tätigkeitsbericht des Präsidenten der Österreichischen Ärztekammer.

Eberhartinger: Das Medikament gehört in die Hand des Arztes.

Prokop: Die Altersgrenze im Sport.

## Schweizerische Ärztezeitung

Nr. 1/Januar 1963

Schlöggel: Die Systeme der Krankenversicherung in den Ländern der EWG.

Seiler: Eindrücke aus meiner ärztlichen Tätigkeit in drei Bergdörfern Mazedoniens.

Nr. 2/Januar 1963

Bloch: Malaise um die Medikamentenkontrolle.

Nr. 3/Januar 1963

Gsell/Löffler: Poliomyelitischutzimpfung: 2. Etappe ab Februar 1963.

Schweizer: Rehabilitationsaufgaben des Arztes.

Nr. 4/Januar 1963

Tobler: Pflegen oder töten?

Oppikofer: Rehabilitationsaufgaben des Arztes.

Albertini/Haug: Die Ausbildung der medizinischen Laborantinnen.

Bulletin d. Schweizer Vereinigung f. Atomenergie: Das Verbot von Taschenuhren mit Radium-Leuchtzifferblättern in New York. Die Verhältnisse in der Schweiz.

Nr. 5/Februar 1963

Naef: Stipendien und andere Ausbildungsbeihilfen als Mittel der Nachwuchsförderung durch den Bund.

Zinn: Rehabilitationsaufgaben des Arztes.

Nr. 6/Februar 1963

Zehnder: Neutraler pharmazeutischer „Consumer guide“, eine dringende Notwendigkeit.

Die ausländischen Arbeitskräfte in der Schweiz. Die Rechtsstellung der Flüchtlinge in der Eidgenössischen Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung.

Zivilschutzdienst und Erwerbsersatzordnung.

Nr. 7/Februar 1973

Das „Arztrecht“ in den neuen Vorschlägen für die Revision des KUVG.

Schweingruber: Rehabilitationsaufgaben des Arztes. Wer läßt sich in England als Privatpatient behandeln?

Nr. 8/Februar 1963

Marti: Verfassungswidrigkeit einer gesetzlichen Verpflichtung der Ärzte zur Kassenpraxis.

Nr. 9/März 1963

Umstrittenes Arztrecht im geplanten KUVG.

Oppikofer: Grundsätzliche Fragen der beruflichen Eingliederung.

Nr. 10/März 1963

Stauffenegger: Die praktischen Folgen einer Verstaatlichung der Medizin für das Publikum und die Ärzte. Ärztlicher Nachwuchs und Ausbildung in den Vereinigten Staaten.

- Nüscheler: Rehabilitationsaufgaben des Arztes.  
König: Zur Fernsehreklame.  
Nr. 13/März 1963
- Egli: Arzt, Patient und Krankenkasse.  
Spengler: Die „Verkehrstauglichkeit“ von Medikamen-  
ten und Genußmitteln.  
Nr. 14/April 1963
- Tschudi: Aktuelle Fragen aus dem Gebiet der Sozial-  
politik des Bundes.  
Nr. 15/April 1963
- Deiss: Die Krankenversicherung im Jahre 1961.  
Statistik der Führerausweis-Entzüge 1962 in der  
Schweiz.  
Nr. 17/April 1963
- Deiss: Die Krankenversicherung im Jahre 1961.  
Nr. 18/Mai 1963
- Die Revision der Krankenversicherung.  
Nr. 19/Mai 1963
- Deiss: Die Krankenversicherung im Jahre 1961.  
Nr. 20/Mai 1963
- Brun: Staat und Medizin.  
Schmerzmittelmißbrauch.  
Nr. 21/Mai 1963
- L. S.: Private Altersvorsorge auf breiter Basis.  
Wissler: Das neue Institut für Hirnforschung in Zürich.  
Haug: 100 ans de Croix-Rouge (Hundert Jahre Rotes  
Kreuz).  
Farine: Richtlinien der Interkantonalen Kontrollstelle  
für Heilmittel, betreffend Anforderungen an Belege  
für neue Wirkstoffe.  
Nr. 23/Juni 1963
- Deiss: Der Gesamtaufwand des Schweizer Volkes für  
Versicherungszwecke im Jahre 1961.  
Nr. 25/Juni 1963
- Buess: Gedanken zum Fabrikarzt-Problem.  
Ärzte in kantonalen Parlamenten.  
Nr. 26/Juni 1963
- Stamm: Erziehung zur ärztlichen Ethik.

## RUNDSCHAU

**Kassenpraxis bildet die Grundlage.** (FAZ v. 14. 9. 63): Den relativ größten Anteil haben die Einnahmen aus der Kassenpraxis bei den Ärzten, deren Gesamtleistung sich im mittleren Bereich der Größenklassen bewegt. Bei der Gruppe der Ärzte (Allgemeinpraktiker und Fachärzte), deren Gesamtleistung 1959 zwischen 50 000 und 80 000 DM lag, entfielen 78,1% der Einnahmen auf die Kassenpraxis, 21% auf die Privatpraxis und die restlichen 0,9% auf sonstige selbständige ärztliche Tätigkeit. Gleichzeitig war hier der Anteil der Kosten am Gesamtertrag mit 33,1% am geringsten, der Reinertrag mit 66,9% am höchsten. Bei der Gruppe mit einer Gesamtleistung bis unter 10 000 DM blieben als Reinertrag nur 39%, bei der höchsten Gruppe (Gesamtleistung 150 000 bis 300 000 DM) immerhin nur noch 49,9%.

Noch stärker ist der Anteil der Kassenpraxis an den Einnahmen, wenn die Gruppe der Allgemeinpraktiker gesondert betrachtet wird. Wieder ist der Anteil mit 82,0% in der mittleren Größenklasse (Gesamtleistung 50 000 bis 80 000 DM) am größten. Die Privatpraxis

ergab hier nur 17,5% der Einnahmen, die restlichen 0,5% stammten aus sonstiger selbständiger ärztlicher Tätigkeit. Nach Abzug der Kosten blieben 68,3% der Einnahmen als Reinertrag. Die 31,7% Kosten gliedern sich folgendermaßen auf: 1,4 % für den Verbrauch von Medikamenten, Verbandmaterial und dergleichen, 8% für Personalkosten einschließlich Honorare für gelegentliche Assistenz und Stellvertretung, 2,8% für Miete und/oder Pacht für Praxis (ohne Garage), 1,7% Kosten für Strom, Gas, Wasser, Heizung, 0,3% für Umsatzsteuer, 0,7% Beiträge zu Berufsorganisationen (ohne KV-Verwaltungskosten), 0,3% für Versicherungsprämien, 0,2% Schuldzinsen für im Interesse der Praxis aufgenommene Darlehen, 7,2% Kosten für Kraftfahrzeughaltung einschließlich Garagenmiete, 2,0% für Anschaffung kleinerer Einrichtungsgegenstände, 1,3% für Abschreibungen auf bewegliche Anlagegüter, 0,8% für wissenschaftliche Kongresse, Fortbildungskurse, Fachliteratur und 3,7% sonstige laufende Kosten.

Die genannten Daten sind dem Statistischen Jahrbuch des Statistischen Bundesamtes 1963 entnommen, in dem Ergebnisse der Kostenstrukturstatistik für die Freien Berufe veröffentlicht sind.

**AOK Köln zahlt bessere Honorare.** (Neue Rhein-Ztg., Köln, 13. 9. 63): ... Auf der Pressekonferenz im Kölner Ärztehaus... anlässlich des Abschlusses des neuen Honorarvertrages, der den Übergang von der Pauschal- zur Einzelleistungshonorierung seitens der AOK vorsieht..., begrüßte auch der Vertreter der Kölner Arbeitgeber, der Fabrikant Dr. med. André, die neue Regelung. Er übte jedoch scharfe Kritik an „notorischen Bummelanten“ und Krankfeiern. Er richtete an die Ärzte den Appell: „Es muß jetzt aufhören, daß Krankenscheine aus rein materiellen Gründen und aus Gefälligkeit geschrieben werden.“ ... Dr. André, der im AOK-Vorstand die Arbeitgeber vertritt und der einzige Kölner Fabrikant ist, der den Doktor der Medizin erwarb, mahnte: „Wir Arbeitgeber haben zugestimmt, obwohl uns eine mögliche Beitragserhöhung am härtesten trifft. Wir hoffen, daß weniger Krankenscheine geschrieben werden. Im Interesse der wirklich Kranken muß die Spreu vom Weizen getrennt werden.“ Dazu Dr. Muschallik, der seit zehn Jahren in Köln als Internist praktiziert: „Wer einmal erlebt hat, daß ein Patient, kurz nachdem er gesundgeschrieben worden ist, eine akute Magenblutung erleidet, der weiß, wie schwer die Entscheidung arbeitsfähig oder nicht für den Arzt zuweilen ist.“

„Industriekurier“, Düsseldorf, 14. 9. 63 „Unternehmer-Appell an die Ärzte“ ergänzend: ... Nach Angaben von Dr. Christoph Andreae wollen die Arbeitgeberverbände in Zukunft Material über ungerechtfertigte und zu lange Krankschreibungen sammeln, das man dann den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verfügung stellen will. Im übrigen befürwortet man eine stärkere Einschaltung des vertrauensärztlichen Dienstes.

**Massenabfertigung.** (Rheinischer Merkur, Köln, 6. 9. 63): Insgesamt 15,5 Millionen pflichtversicherte Arbeitnehmer wurden 1962 zur vertrauensärztlichen Begutachtung bestellt. Manche Vertrauensärzte hatten an einem einzigen Vormittag mehr als 50 Patienten zu untersuchen. Das Ergebnis: 3,8% der Untersuchten wurden für sofort arbeitsfähig erklärt.

Im Bereich einer norddeutschen LVA haben inzwi-

# Jod-Vel®

3%, 6% u. 10% \*

percutane Jod-Anwendung

(Ungl. Lugol.)

u. a. Arthritis, Tendovaginitis, Pleuritis, Ischias, Lumbago

„NEOS“-DONNER K.G., 1 BERLIN 36

schen kluge Leute neue Richtlinien für die Vorladungen entwickelt. Nun kommen auf jeden Vertrauensarzt pro Arbeitstag nur noch 25 Vorladungen. Das Ergebnis: Die Zahl derjenigen, die für sofort arbeitsfähig erklärt wurden, erhöhte sich dort von 6,2 auf 17%. Der Krankenstand sank, und es sank auch die Zahl der erforderlichen Vorladungen. — Ausgerüstet mit dieser Erkenntnis, unternimmt nun der Obermedizinalrat Dr. Günther im Bundesarbeitsblatt den Nachweis, daß nicht etwa der hohe Krankenstand für die hohe Zahl der Vorladungen ursächlich sei, sondern daß vielmehr eine hohe Zahl von Vorladungen auch einen hohen Krankenstand verursache. Lasse man dem Vertrauensarzt Zeit für gründliche Untersuchungen, so verringere sich auch der Krankenstand, behauptet Dr. Günther. Der Mißbrauch liege weniger beim Beginn als vielmehr am Ende der Arbeitsunfähigkeit. Die „weiche Welle“ habe den Haus- wie den Vertrauensarzt erfaßt. — Nun wird man gewiß nicht einer harten Welle das Wort reden wollen, aber es erscheint einleuchtend, daß der Vertrauensarzt mangels ausreichender Zeit für die Untersuchungen lieber eine Arbeitsunfähigkeit attestiert als sich dem Risiko auszusetzen, jemanden für arbeitsfähig zu erklären, der es nicht ist. Hat er genügend Zeit, so kann er ein hieb- und stichfestes Urteil abgeben.

So einfach ist das Rezept zur Senkung des Krankenstandes. Wenn nicht mehr jeden Tag 1,2 Millionen Arbeitnehmer als krank registriert werden sollen, bedarf es gar nicht einer Erhöhung der Zahl der Vertrauensärzte, wie oft gefordert wird, sondern nur einer Verringerung der arbeitstäglichen Zahl der Vorladungen. Das ist gar nicht so schwer, denn von den 15,5 Millionen, die 1962 „vorgeladen“ wurden, hat fast die Hälfte diese Vorladung ohnehin nicht befolgt. A. N.

„Der Hausarzt kommt in Uniform“ — „In der Sowjetzone ist das Gesundheitswesen wichtiger als das Heilen“ — Bert Graf in „Deutsche Zeitung“, Köln, 14. 9. 63): — „Auch wir als Mediziner und Apotheker müssen uns bei allem, was wir erforschen, erfinden und organisieren, überlegen und bedenken: Dient das der Landesverteidigung? — Diese für alle Ärzte geltende Forderung erhebt Generalmajor Dr. K. Geiger vom Ministerium für Nationale Verteidigung der Sowjetzone. Sie bezieht sich vor allem auf den medizinischen Nachwuchs, dessen Ausbildung zur Zeit einer Reform unterzogen wird. Verantwortlich dafür ist der nach sowjetischem Vorbild neugebildete „Rat für Planung und Koordinierung der medizinischen Wissenschaften“, der den Ministerien für Gesundheitswesen und Nationale Verteidigung untersteht...

**LVA Westfalen: Zahl der Heilverfahren steigt.** (Westfälische Nachr., Münster, 4. 9. 63): Nicht nur die Beiträge der Rentenversicherung haben sich im letzten Jahrzehnt bemerkenswert erhöht, sondern auch die Leistungen der VersTräger, wobei neben den ausbezahlten Renten vor allem die Leistungen in der Gesundheitsfürsorge zu nennen sind. Einzelheiten gehen aus einem Bericht hervor, den die LVA Westfalen aus Anlaß des 10jährigen Bestehens der Selbstverwaltung herausgegeben hat.

Wurden 1953 noch 10 863 Heilverfahren (= 60% aller Anträge) bewilligt, so waren es 1962 56 748 oder 76% der gestellten Anträge.

Für die allgemeine Gesundheitsförderung wurden von 10 Jahren 907 650 DM ausgegeben, für 1963 sind im Haushaltsplan 7,4 Millionen DM bereitgestellt. Davon soll mehr als die Hälfte, nämlich 5,018 Millionen DM, für die Krebsbekämpfung und -forschung verwendet werden. Die übrigen Mittel verteilen sich u. a. auf Beihilfen für Röntgenreihenuntersuchungen, Kranken- und Familienpflege, für Kinderheilkuren, Schulzahn- und karitative Organisationen... Die Selbstverwaltungsorgane gerade der LVA Westfalen haben es als eine soziale Verpflichtung angesehen, einen erheblichen Teil ihrer Rücklagen zur Förderung des Sozialen Wohnungsbaues zugunsten ihrer Versicherten zur Verfügung zu stellen. So wurden in den letzten 10 Jahren für die Finanzierung von etwa 39 000 Mietwohnun-

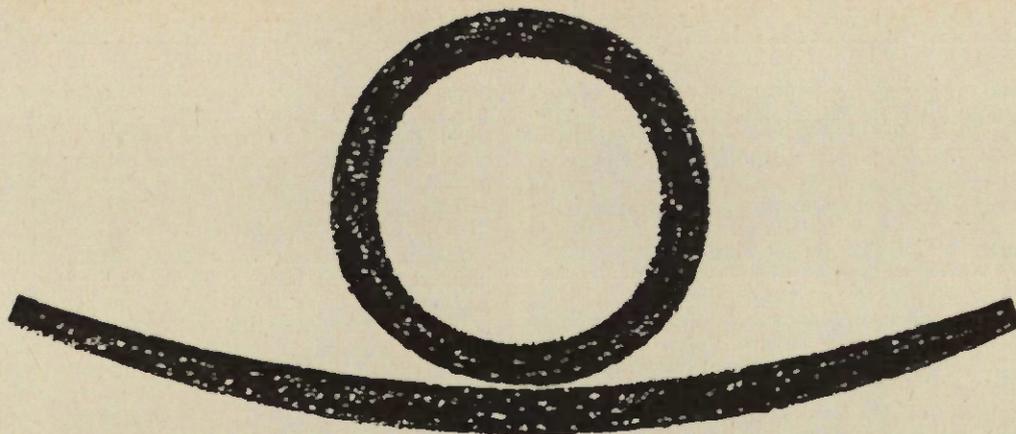
gen und 10 000 Eigenheimen rund 330 Millionen DM zur Verfügung gestellt.

Die Zahl der Rentenanträge stieg in den 10 Jahren von 47 157 auf 74 622. Der Rentenbestand erhöhte sich in den 10 Jahren von 450 794 auf 573 705 Renten. — Hatte die durchschnittliche Invalidenrente am Jahresende 1953 noch 78,43 DM monatlich betragen, so ergab sich Ende 1962 der monatliche Durchschnittssatz von 178,46 DM. Die Witwenrenten stiegen von 49,98 auf 135,29 DM und die Waisenrenten von 31,93 auf 64,25 DM... Auch für die Gesundheit ihrer Rentner wendet die LVA Westfalen große Summen auf. Die Krankenversicherung der Rentner ist im LVA-Etat inzwischen zum zweitgrößten Ausgabenposten geworden. Während die Aufwendungen dafür noch 1953 = 41,5 Millionen DM betragen, sind sie 1963 bis auf 173 Millionen DM gestiegen.

„Sozialgäste“ bestimmen das Bild... in den Heilbädern. (Egon C. Heinrich in „Der Volkswirt“, Frft., v. 6. 9. 63): ... Wenn sich die Kurdirektoren der 221 deutschen Bäder vom 6. bis 11. Oktober 1963 zum 59. Deutschen Bädertag in Bad Kissingen versammeln, dann können sie sicherlich auch in diesem Jahr wieder auf eine gute Saison zurückblicken... Seit 1951 hat sich die Zahl der Kurgäste verdreifacht. Dieser Aufschwung ist auf mehrere Faktoren zurückzuführen. Sicherlich wirken sich die erhöhten Einkommen breiter Bevölkerungskreise aus. Auch die „Gesundheitswelle“ dürfte zu der gestiegenen Besuchsfrequenz beigetragen haben. Ein Hauptgrund ist jedoch in der starken Forcierung der Sozialkuren zu suchen, ausgelöst durch die Bestimmungen des Rentenreformgesetzes vom 23. Februar 1957. Seither geben die RentenversTräger immer mehr Mittel (1962 = 1,1 Milliarde DM) für Gesundheitsmaßnahmen ihrer Versicherten aus. Nach den neuesten Angaben wurden die vom Deutschen Bäderverband statistisch erfaßten 221 Kurbetriebe, und zwar 141 Mineralbäder, 29 Seebäder, 30 Kneipp-Kurorte und 21 heilklimatische Kurorte, im Jahr 1962 von 3,26 Millionen Kurgästen besucht. An rund 61 Millionen Kurtagen wurden 20,5 Millionen Kuranwendungen in Anspruch genommen. Wenn dabei die Zahl der Kurgäste und der Übernachtungen 1962 auch nicht mehr so rasch gewachsen ist wie in den Vorjahren, so waren die Heilbäder doch immerhin mit rund 43% an den gesamten Fremdenverkehrsübernachtungen im Bundesgebiet beteiligt.

Die wirtschaftliche Bedeutung der Heilbäder und Kurorte wird vielfach unterschätzt. Unterstellt man, daß ein Kurgast (sowohl Sozial- als auch Privatgast) täglich nur 25 DM ausgibt, dann haben die rund 3,3 Millionen Kurgäste des Jahres 1962 bei 61 Millionen Kurtagen mehr als 1,5 Milliarden DM für Kurtaxe, Kurmittel, Unterkunft, Badesatz, Verpflegung und Bedienung aufgewendet. Diese Summe, die ungefähr dem Jahresumsatz der deutschen Süßwarenindustrie entspricht, setzt sich außerdem noch mehrfach um. An dem Umsatz von 1,5 Milliarden DM sind die Betriebsunternehmen der Heilbäder und Kurorte, die in der Regel nur auf Kurtaxe und Kurmittelerlöse angewiesen sind, lediglich mit 10 bis 15% beteiligt. Der größte Teil kommt den übrigen Unternehmen der gewerblichen Wirtschaft: Hotel- und Gaststättengewerbe, Verkehrsbetrieben, Einzelhandel, Vergnügungsbetrieben u. a. zugute.

**Verschlechterte Ertragslage:** Die vom Deutschen Bäderverband betreuten Heilbäder und Kurorte verfügten 1961 über 390 000 Betten gegenüber 130 000 im Jahre 1950. Die Bettenkapazität ist damit im gleichen Ausmaß gestiegen wie die Zahl der Kurgäste. Von den gegenwärtig insgesamt 1,1 Millionen Fremdenbetten in der Bundesrepublik entfallen knapp 40% auf die Heilbäder. Die Ausnutzung des Bettenraumes in den Kurzentren liegt also höher als im Durchschnitt der Fremdenverkehrsgebiete. Trotz der seit Jahren ständig steigenden Frequenz- und Umsatzzahlen kann die wirtschaftliche Lage der Heilbäder, vor allem der Klein- und Mittelbetriebe, keineswegs als gesichert angesehen werden. Zwar hat sich ihre Finanzlage von 1954 bis 1959 deutlich verbessert. 1961 zeichnet sich



## Bei Kreislauf-Irritationen

bedarf es der Ruhigstellung neurovegetativer Dysfunktionen. Dabei ist die Umstellung auf gedämpften coffeinfreien Kaffee Hag zu empfehlen.

Ein neuartiges Veredlungsverfahren erhöht die Bekömmlichkeit des Kaffee Hag, denn die Reizwirkung von Coffein und bestimmten Röstprodukten ist ausgeschaltet.

Literatur und Muster durch HAG AG, Bremen

# KAFFEE HAG



## Bad Wildungen für Niere u. Blase

das Heilbad mit seinen einzigartigen natürlichen Heilkräften

Zur Haus-Trinkkur:  
bei Nieren-, Blasen- und Stoff-  
wechselleiden

### Helenenquelle

Badeschriften  
sowie Angabe von Bezugs-  
quellen für das Mineralwasser  
durch die Kurverwaltung

Wildunger Heilwässer sind zur kassenärztlichen Verordnung zugelassen.

# OXYMORS

KEINE SCHÄDIGUNG DER DARMFLORA UND DER NIEREN  
Vermifuge Wirkung!

SEIT 40 JAHREN IN DER PRAXIS ERPROBT UND BEWÄHRT

## bei Oxyuriasis

KEIN FALL SCHÄDLICHER NACHWIRKUNG!

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

# SPARKASSE

## gibt Sicherheit in allen Geldgeschäften

... auch beim Kauf von Wertpapieren

jedoch wieder eine Verschlechterung ihrer Ertragslage ab. Wie in den meisten Wirtschaftsbereichen, so sind auch in den Bäderbetrieben die Personal- und sonstigen Kosten in den letzten Jahren schneller gewachsen als die Erlöse. Von den Gesamtkosten entfallen durchweg 30 bis 40% auf Löhne und Gehälter. 1962 wurden bereits Personalkosten von 45% ermittelt. Angesichts dieser Tatsachen war und ist es den meisten Bäderbetrieben nur durch Aufnahme von Fremdkapital möglich, die großen Investitionen zu finanzieren. Allein die 16 größeren Heilbäder von Nordrhein-Westfalen haben bis einschließlich 1962 rund 105 Millionen DM investiert. Daß dabei die in staatlichem und kommunalem Besitz befindlichen Betriebe durch Subventionen im Vorteil sind, liegt auf der Hand...

**Vom Hotel zum Sozialkurheim:** Welchen Einfluß hat nun die zunehmende Zahl der Sozialkurgäste auf Rentabilität und äußeres Erscheinungsbild der Kurorte und Heilbäder? Gerade dieser Tage ist der Deutsche Hotel- und Gaststättenverband (DeHoGa) mit einer Statistik über das Hotelsterben in deutschen Kurorten an die Öffentlichkeit getreten. Daraus geht hervor, daß immer mehr Hotels in Kurheime der SozialversTräger (18 LV Aen, BfA, Knappschaften, Berufsgenossenschaften, Verbände der Kriegsofferversorgung) umgewandelt werden. Nach der DeHoGa-Statistik sind in 37 Heil- und Seebädern sowie Kurorten seit 1945 insgesamt 530 Beherbergungsbetriebe mit über 20 000 Betten aus dem freien Fremdenverkehr ausgeschieden. Davon wurden allein 259 Häuser von der Sozialversicherung übernommen. Während 1938 nur 6,9% der Häuser und 9,8% der Betten sozialen Zwecken dienten, waren es 1962 bereits 19,2% der Häuser und sogar 30,4% der Betten. Einer Zunahme der Übernachtungen in deutschen Hotels um 70% seit 1938 steht eine nur 5%ige Steigerung der Bettenzahl gegenüber. Nach Meinung des DeHoGa bedroht diese Sozialisierung den deutschen Fremdenverkehr in höchstem Grade. Nach seiner Ansicht sind die Ursachen für das Hotelsterben in den Kriegs- und Nachkriegsschäden, den hohen Lastenausgleichsabgaben, vor allem aber in der unterschiedlichen Steuerbelastung zu suchen.

Die Häuser der VersAnstalten genießen nämlich beachtliche Steuerprivilegien bei der Gewerbe-, Grund- und Umsatzsteuer, wodurch die Umwandlung von Hotels in Sozialkurheime gefördert wird.

Die Steuerprivilegien gelten dabei freilich bei weitem nicht für alle von den VersAnstalten belegten Häuser. Nur Groß- und Kurkliniken für stationäre Behandlung kommen in den Genuß der Steuerfreiheit, nicht jedoch die einfachen Kurheime. Daher dürften die Kliniken und Sanatorien der SozialversTräger kaum eine Konkurrenz für das private Beherbergungsgewerbe sein. Die Ursache für das Hotelsterben in den Kurorten ist vielmehr darin begründet, daß die privaten Hotels auf Grund der gestiegenen Personal- und Betriebskosten zu einer Preisstellung gezwungen sind, die zumindest vom deutschen privaten Kurgast nicht mehr akzeptiert wird. Der Hotelier Alfred Brenner, Baden-Baden, hat dies auf dem 58. Deutschen Bädertag 1962 in Baden-Baden jedenfalls überzeugend nachgewiesen.

**Unterschätzte Nebenausgaben:** In dieser Situation sind die Hoteliers oft allzu schnell bereit, mit einer VersAnstalt zu kooperieren. Ist ihnen dadurch doch eine befriedigende Rentabilität und eine ganzjährige Belegung gesichert. Die Annahme dürfte daher wohl berechtigt sein, daß sich der Anteil der Sozialkurheime und -gäste in Zukunft noch weiter erhöhen wird. 80% der Bevölkerung sind in irgendeiner Form heute sozialversichert. Selbst jene, die sich eine Privatkur leisten könnten, streben die Sozialkur an. Kaum ein Heilbad kann daher heute noch auf Sozialkurgäste verzichten. Schon aus betriebswirtschaftlichem Grunde sind die Bäder heute vielfach auf Sozialkurgäste angewiesen. Daß private Gäste nach wie vor größere Einnahmen bringen als soziale, ist allgemein bekannt. Aber welcher Privatgast macht schon im Winter eine Kur? Auch liegen die Nebenausgaben der Sozialgäste meist wesentlich höher als erwartet. So wurde z. B. in Bad Neuenahr festgestellt, daß BfA-Patienten Nebenaus-

gaben bis zur Höhe ihres Monatsgehaltes getätigt haben. In vielen Fällen werden die Sozialgäste während ihrer Kur vor Verwandten besucht. Nicht selten kommen sie später als Privatgäste wieder. Man sollte den Sozialgast also nicht nur an den relativ niedrigen Verpflegungssätzen messen, die von der Versicherungsanstalt für ihn bezahlt werden.

Von den erwähnten rund 60 Millionen Kurtagen des Jahres 1962 entfielen rund 26 Millionen oder 43% auf Patienten der SozialversTräger. Da jedoch die Seebäder sowie die Kneipp- und heilklimatischen Kurorte von den VersAnstalten kaum beschickt werden, liegt der Sozialanteil in den eigentlichen Heilbädern weit über dem Bäder-Durchschnitt. Ja, es gibt nur noch sehr wenige Kurorte, in denen die Privatgäste überwiegen. Von den 23 hessischen Bädern haben z. B. nur noch Wiesbaden und Bad Orb mehr Privat- als Sozialgäste. Die Anteile verschieben sich jedoch ständig weiter zugunsten der Sozialgäste. Der Trend zur Sozialkur ist im übrigen eine internationale Erscheinung.

**In einem Staatsbad.** (Dr. jur. H. G. Scholtz, San Sebastian, in „FAZ“, 5. 9. 63): Zu Ihrem Artikel „Das Hotelsterben in deutschen Kurorten“ (23. 8.) kann ich Ihnen, was die Abschreckung ausländischer Gäste durch den „Sozialbetrieb“ anlangt, zusätzlich ein Beispiel aus dem Staatsbad Wildbad anführen. Hier müssen die staatlichen Kurmittel jeweils am Anfang einer jeden Woche durch Erwerb der entsprechenden Badekarten für die kommende Woche reserviert werden. Dies aber bedeutet, daß die Mehrzahl der speziell gesuchten Kurbäder bereits am Dienstag für die kommende Woche belegt bzw. ausverkauft ist; sehr wahrscheinlich durch die Überbeanspruchung durch die Kassenpatienten. Jeder Kurgast erhält so eine Woche unnütze Wartezeit zudiktirt. Der Verkauf der Badekarten erfolgt ausdrücklich nur gegen Vorweisung der Kurkarte sowie eine Verordnung eines ansässigen Kurarztes. Das hindert jedoch die Staatliche Kurverwaltung nicht, derartige Verordnungen zu ignorieren... So wurde mir für Unterwassermassagen, die dreimal wöchentlich verordnet waren, bereits an der Kasse mitgeteilt, daß wöchentlich höchstens zwei Massagen verabfolgt werden könnten, gleichgültig, was der Kurarzt verordnet habe. Der von mir befragte Kurdirektor verstieg sich sogar zu der Feststellung, daß die Ärzte doch wüßten, nur zwei Unterwassermassagen pro Woche zu verordnen. Wozu bei dieser Bevormundung... eine kurärztliche Verordnung überhaupt noch verlangt wird, konnte der Kurdirektor von Staatsbad Wildbad nicht beantworten. Er erging sich daher in allgemeinen Feststellungen über die außergewöhnlichen Kurerfolge der dortigen Quellen und ihre Stärke, die mehr Bäder trotz ärztlicher Verordnung nicht zuließen. Ich habe, wie auch andere mir bekannte ausländische Kurgäste, Wildbad vorzeitig verlassen, womit ich wahrscheinlich der Einstellung des Kurdirektors entgegengekommen bin, der im Gegensatz zu anderen, sogar in Deutschland befindlichen Bädern keinerlei Interesse an zahlenden Kurgästen hat, weil der Staat ja schließlich in einem Staatsbad für alles aufzukommen hat.

**49 000 beruflich rehabilitiert.** (FAZ, 23. 9. 63): In zunehmendem Maße werden behinderte Menschen in die normale Berufsarbeit eingegliedert. Aus einem Bericht der Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung geht hervor, daß sich die Zahl der abgeschlossenen Rehabilitationsfälle von 1959 bis 1962 um 43% auf fast 49 000 erhöht hat. Zwei Drittel der Rehabilitanten sind unter 45 Jahren alt. Bei diesen Jahrgängen waren die Maßnahmen am wirksamsten. Ein Drittel der Rehabilitanten rekrutiert sich aus solchen Behinderten, die durch äußere Gewaltwirkung und Berufskrankheiten Schäden erlitten. Überwiegend ist jedoch die Zahl der Kriegsbeschädigten.

**Was hierzulande Reform heißt.** (Heddy Neumelster in „FAZ“, 24. 9. 63): Man hat ausgerechnet, daß gegenwärtig jeder einzelne Arbeitende, der der sozialen KrV angehört, durchschnittlich in jedem Jahr vier Wochen

krank ist... Aber gleichzeitig mit der Erhöhung der Krankenzahl ist die Zahl der Krankheitstage im einzelnen Fall zurückgegangen... An dem Begriff der Krankheit soll hier heute nicht gedeutelt werden; nehmen wir ruhig an, unter all den kurzfristig Kranken sei kein einziger, der aus Arbeitsunlust krank „feiere“. Dennoch belasten all die kurzfristigen Krankheitsfälle die Krankenkassen finanziell gewaltig. Wir hören, daß 60% aller Behandlungsfälle weniger als 16.—DM kosten. Diese 16.—DM würden kaum eine Arbeiterfamilie übermäßig finanziell belasten, wenn sie sie — eben bei solcher leichten Erkrankung — selbst bezahlen müßte. Die Kasse aber, wäre sie von der Finanzlast für diese Leichterkranken befreit, gewänne eine ganz neue finanzielle Grundlage. Die Beiträge könnten gesenkt, und für die langfristig und schwer Leidenden könnte mehr getan werden.

Der Grundgedanke einer Reform in dieser Richtung — nämlich Selbsthilfe für die Leichtkranken, wirksame und großzügige Hilfe für die Schwerkranken — ist aber wohl zu einfach, als daß sie den im Kollektivdenken befangenen Sozialpraktikern einleuchtete. Der Arbeitsminister Blank hat zwar, als er vor Jahren sein Amt antrat, sehr wohl gesehen, daß die KrV-Reform in Richtung auf eine größere Selbstverantwortung der Versicherten gehen müßte. Doch der erste Reformentwurf sah eine Form der Selbstbeteiligung vor, die so kompliziert war, daß sie von denen, die sie hätten handhaben müssen, den Ärzten, aufs schärfste bekämpft wurde. Nun liegt ein neuer Entwurf vor, der es mit der Selbstbeteiligung jedem recht machen will, eine Kombination von Sparkasse und Beitragsrückgewähr ist geplant. Es ist zu fürchten, daß diese Form eher noch schwieriger zu handhaben sein wird, nur fallen die Schwierigkeiten diesmal auf die Krankenkassen. Die Ersatzkassen haben ausgerechnet, daß ihr Verwaltungsaufwand um 20% steigen würde. Das mag übertrieben sein. Nachdrücklicher spricht vielleicht noch die Feststellung eines anderen Sachverständigen, der kürzlich melancholisch sagte: „Sicher geht das. Verwalten läßt sich schließlich alles.“

Das ist wenig für etwas, das den Namen Reform verdienen soll. Es ist nicht die Schuld des Arbeitsministers, daß das so ist, sondern die Schuld der Sozialpolitiker im Parlament und in den Verbänden, die sich von kollektiven Vorstellungen nicht lösen. Wer die soziale Lage unvoreingenommen sieht, der vermag nicht zu glauben, daß ein Kostenerstattungssystem in diesen Jahren der hohen Verdienste den Arbeitern und Angestellten nicht hätte zugemutet werden können. Es wäre ein erster Schritt in der Richtung auf eine Liberalisierung der Sozialpolitik gewesen, wie sie in anderen Ländern praktiziert wird. Aber diesen Schritt wagte man nicht. Warum hat man dann nicht den praktischen und handlichen Köhrer-Plan — 15 DM im Vierteljahr für Arzt und Arzneien — zur Grundlage einer Reform gemacht? Die Aussichten, daß der Reformentwurf in seiner gegenwärtigen Form, Gesetz wird, sind schwer abzuschätzen; groß sind sie jedenfalls nicht. Schon

haben Bonner böse Zungen für das Sozialpaket den treffenden Namen „Finanzpaket“ gefunden. Große, neue finanzielle Lasten wird es der Bevölkerung auferlegen, und zwar in unterschiedlichem Grade.

Man hat der SPD den Vorwurf gemacht, sie verschleppte die Beratungen des Reformentwurfs absichtlich. Das mag nicht ganz falsch sein; aber eine solche Taktik könnte nicht gelingen, wenn die CDU selbst deutlich wüßte, was sie mit dieser Reform eigentlich will. Der komplizierte Plan zur Selbstbeteiligung ist eher geeignet, den Gedanken zur Selbsthilfe zu diskreditieren. So wenig die sog. Rentenreform seinerzeit eine wirkliche Reform war, so wenig kann es diese KrV-Reform werden. Die Sozialversicherung soll offenbar ein Bollwerk der Zentralverwaltungswirtschaft bleiben — mit ständig steigenden Lasten für alle.

„Die Welt“, Hbg., 23. 9. 63: Albert Müller „Um jeden Preis!“. Noch ist beim Sozialpaket alles offen, keine Fraktion hat sich bisher festgelegt. Wortführer der Union erklären, das Parlament müsse zur Eile angetrieben werden. Dafür besteht höchstens beim Kindergeld Anlaß. Die Neuregelung der Lohnfortzahlung kann unbedenklich warten. Erst recht verträgt die Krankenversicherung, daß sie ohne Zeitdruck neu geordnet wird. Sie ist weder mitten in noch am Rande einer Katastrophe. Und der berechtigte Wunsch der Ärzte, nach Einzelleistungen bezahlt zu werden, läßt sich ebenso auf vertraglichem wie auf gesetzlichem Wege erfüllen. Auch Versicherte und Kassen halten das vorhandene KrV-System nicht für ideal, aber immer noch für besser als das geplante. Eine Kette vermeidbarer Ärgernisse kann für die CDU verlustreicher sein als der Entschluß, die Pläne für die Sozialreform ausreifen zu lassen. Dazu raten der CDU/CSU viele Freunde. Aber sie richten wohl nichts mehr aus, seit in der Union die nervöse Couragiertheit derart um sich greift, daß nur noch die Parole gilt: Durchstehen um jeden Preis!

„Deutsche Ztg.“, Köln, 23. 9. 63: Gü „Überreifes Sozialpaket“... Die Koalitionsparteien sollten sich darüber im klaren sein, daß sie jetzt das Sozialpaket verabschieden müssen, und zwar unaufgeschürt. Tun sie es nicht, dann werden sie alle enttäuschen, die nach mancherlei Unsicherheiten nun auf eine klare und feste Führung hoffen. Unterschiedliche Auffassungen bestehen in der CDU wie in der FDP. Wollte man warten, bis alle auf einen Nenner gebracht sind, dann käme nie ein Beschluß zustande. Die heutigen Besprechungen sollten jedoch zwei Fragen klären: die Gleichstellung von Arbeitern und Angestellten und die Umgestaltung des vertrauensärztlichen Dienstes.

Damit wären die Voraussetzungen für einen raschen, konsequenten Abschluß der bisherigen Bemühungen geschaffen. Nach dem derzeitigen Stand der Gespräche dürfte die Einigung nicht allzu schwierig sein. Man kann z. B. durchaus darüber nachdenken, ob es überhaupt zweckmäßig ist, die Angestellten, die das erstrebte Ziel ohnehin schon erreicht haben, noch in eine neue Regelung mit hineinzunehmen. Schematisches

# Romucard

Das vorzügliche Herztonicum mit spasmolytischer Wirkung



Indikation:  
 Altersherz  
 Zirkulationsstörungen  
 Hypertonie  
 nervöse und  
 krampfartige  
 Herzbeschwerden



#### Zusammensetzung:

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

K. P. Flasche 15 ccm DM 1.80  
 O. P. Flasche 30 ccm DM 2.95

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

Denken hat bisher nur dazu geführt, daß Gruppenwünsche gegeneinander ausgespielt wurden und sich die Ansprüche hochschaukelten. — Gesteuerte Gerüchte, das Sozialpaket sei tot oder es werde zumindest völlig aufgeschnürt, zeigen deutlicher als die bisherige offizielle Zurückhaltung der SPD, welche Wunschvorstellungen grassieren. Es ist eben offenkundig, daß ein abermaliges Zersplittern einer zunächst groß angelegten CDU/FDP-Sozialkonzeption den Koalitionsparteien in der öffentlichen Meinung und auch bei den Wählern zum Nachteil gereichen müßte. Blamagen sind keine Wahlschlager. Noch können CDU und FDP einen positiven Abschluß erreichen. Aber die Zeit drängt. Gü

**Weitere Pressestimmen zum Sozialpaket: Hamburger Echo, 23. 9. 63:** „SOS für das Sozialpaket“ — Schiffbrüchige CDU/CSU ringt um fatale „Notlösung“ — Zuviel Explosivstoff für Erhard — ... Will die CDU/CSU um den designierten Bundeskanzler von einer bedrückenden Erbschaft seines schon im Abschied stehenden Vorgängers zu befreien, nun in Torschlußpanik handeln? Die Stellungnahme der Sachverständigen zum Regierungsentwurf für die Neuregelung der KrV umfaßt allein fünf Bände mit 1294 Seiten. Soll diese Expertenarbeit, in der der Schweiß der berufensten Kenner dieser komplexen Materie steckt, denn als Makulatur in den Schubladen verschwinden?

**94% gegen Kostenbeteiligung.** (FAZ, 20. 9. 63): Eine Ablehnung der im Regierungsentwurf zur Neuregelung der KrV vorgeschlagenen zusätzlichen Kostenbeteiligung der Versicherten hat eine vom Deutschen Gewerkschaftsbund (DGB) veranlaßte Repräsentativbefragung ergeben. Nach Mitteilung der DGB-Pressestelle wandten sich 94% bei der im Auftrag des DGB vom Institut für angewandte Sozialwissenschaft (Bad Godesberg) im Bundesgebiet vorgenommenen Befragung gegen eine solche Kostenbeteiligung. 88% der Parteianhänger der CDU/CSU seien dagegen, heißt es in der DGB-Mitteilung. Bei der SPD waren es danach 92%, bei den übrigen Parteien 74%.

**Gegen Monopol-KrV.** (Der Kurier, Berlin, 19. 9. 63): In der Bundesrepublik habe sich die gegliederte KrV seit Jahren bewährt. Alle Tendenzen zu einer monopolistischen Einheitsversicherung seien daher abzulehnen. Das gelte sowohl für die Bundesrepublik als auch für die EWG-Ebene. Dies wurde auf einer Tagung der Association Internationale de la Mutualité (AIM) in der Berliner Kongreßhalle betont. In der AIM, die bereits vor dem letzten Krieg gegründet worden ist und die ihren Sitz in Berlin hat, sind Einrichtungen der KrV aus sieben europäischen Ländern zusammengeschlossen. Nur solche Krankenvers Träger sind jedoch Mitglied, die weder einem staatlichen Gesundheitsdienst angehören noch zwangserrichtet worden sind: sie müssen nach dem Prinzip der Gegenseitigkeitshilfe arbeiten. Von deutscher Seite gehören die Verbände der Betriebs-, Innungs- und Landkrankenkassen sowie die Angestellten- und Arbeiter-Ersatzkassen der Vereinigung an.

Alle Mutualisten seien zur Vorsicht und Abwehr aufgerufen, wenn für das freie Europa eine Monopol-KrV an Stelle der gewachsenen und bewährten Vielgestaltigkeit geschaffen werden sollte, wie sie bei der 1. Sozialkonferenz der EWG in Brüssel erkennbar geworden seien...

**Experten tagen in Genf.** (Adolf von Lippmann in Südd. Ztg., München, v. 20. 9. 63): Die Internationale Vereinigung für Soziale Sicherheit (IVSS), die ihren Sitz beim Internationalen Arbeitsamt in Genf hat, hält vom 16. bis 27. September 1963 ihre Tagungen in Genf ab, an denen ungefähr 200 Delegierte aus aller Welt teilnehmen. Vor 30 Jahren bestand diese Vereinigung aus 36 Mitgliedern aus 18 europäischen Ländern. Heute sind ihr 198 Vollmitglieder und 38 assoziierte Mitglieder (SozialverAnstalten, Hilfsvereinigungen auf Gegenseitigkeit und Ministerialbehörden, die Zweige der sozialen Sicherheit verwalten, sowie mitarbeitende Organisationen) aus 85 Ländern der Welt angeschlossen, die

insgesamt für mehr als 400 000 sozialversicherte Personen zu sorgen haben. Diese gewaltige Ausdehnung hat naturgemäß auch bestimmte Forderungen nach einer Aufteilung des Tätigkeitsbereiches der Vereinigung ausgelöst. So ist es schon vor längerer Zeit zur Errichtung eines Regionalausschusses für die amerikanischen Staaten gekommen. Die Regionalausschüsse für Afrika, Asien und Ozeanien sind 1962 gebildet worden und haben bereits ihre ersten Tagungen in Tunis und in Tokio abgehalten.

In vielen neu gebildeten Staaten, namentlich in Afrika, sind die Fragen der sozialen Sicherheit von besonderer Bedeutung, weil es sich in diesen Ländern darum handelt, entweder bereits in Ansätzen vorhandene Systeme weiter auszubauen oder überhaupt vollkommen neue Systeme zu schaffen. Die Fragen der Kindergelder, der sozialmedizinischen Versorgung der arbeitenden Bevölkerung und die Fragen der Organisation und Methoden der Verwaltung der Sozialeinrichtungen stehen daher im Vordergrund der Beratungen der für Afrika, Asien und Ozeanien geschaffenen Arbeitsgruppen.

**Kritik am Gesetzentwurf über Heilmittelwerbung.** (FAZ, 16. 9. 63): Unruhe macht sich erneut in Kreisen der Werbewirtschaft wegen der bevorstehenden Beratung des Gesetzentwurfs der Bundesregierung zur „Neuregelung der Werbung auf dem Gebiete des Heilwesens“ bemerkbar. Bereits in der ersten Sitzung nach der Sommerpause will sich der Bundesrat mit dem am 3. 7. vom Kabinett verabschiedeten Entwurf des Bundesgesundheitsministeriums beschäftigen. Das Gesundheitsministerium hofft, das Gesetz bis zum Sommer 1964 durchzubringen. Bisheriger Höhepunkt der Angriffe aus der Wirtschaft ist eine Stellungnahme des Zentralkomitees der Werbewirtschaft e. V. (ZAW) in Bad Godesberg. — Der ZAW begrüßt zwar grundsätzlich die Absicht, die bisherigen Vorschriften über die Heilmittelwerbung den heutigen Bedürfnissen anzupassen. Er hält aber einzelne Bestimmungen für bedenklich, weil sie über das Ziel, die Volksgesundheit und die Gesundheit des einzelnen zu schützen, hinausgingen... Der ZAW kritisiert vor allem den § 1 des Entwurfs: „Die Werbung für Heilmittel darf nach Art, Form oder Inhalt nicht geeignet sein, den Entschluß zum Kauf, zur Verschreibung oder zur Anwendung des Heilmittels unsachlich zu beeinflussen.“ Es sei unmöglich, für die Zwecke der Rechtsanwendung Abgrenzungsmerkmale zwischen angeblich „unsachlicher“ Beeinflussung und sog. „sachlichen“ Maßnahmen zu finden. Wenn diese Forderung zum Gesetz erhoben würde, hänge die Frage, ob eine Werbung verboten oder strafbar ist, jeweils von den zur Entscheidung berufenen Beamten und ihren unterschiedlichen Auffassungen über Gefühle, Takt und Geschmack ab. Das sei aber eine staatliche Geschmackszensur. Nach Meinung des ZAW verstoßen Bestimmungen, wie die im § 1 des Entwurfs vorgesehenen, gegen das Grundgesetz. Er schlägt vor, statt der „Flucht in die Generalklausel“ echte Auswüchse, deren Tatbestand exakt beschrieben werden könne, unter Verbot zu stellen.

**Rentenerhöhung in der DDR.** (Frkft. Rundschau, 23. 9. 1963): Die Sozialversicherungsrenten werden in der DDR vom 1. Jan. nächsten Jahres an erhöht. Eine entsprechende Verordnung hat der Ministerrat nach Angaben des SED-Organs „Neues Deutschland“ vom 22. 9. beschlossen. Wie es heißt, sollen rund 80% aller derzeitigen Altersrentner monatlich 17 bis 20 Mark mehr Rente erhalten. — Drei andere vom Ministerrat beschlossene Verordnungen bringen Arbeitern und berufstätigen Frauen soziale Verbesserungen. Für Nachtarbeit im Dreischichtensystem sollen vom 1. Oktober d. J. an in bestimmten Betrieben Schichtprämien bis zu 7 Mark gezahlt werden. Für vorbildliche Leistungen bei der Planerfüllung wird den Beschäftigten „bestimmter Betriebe“ ein zusätzlicher Urlaub bis zu vier Tagen gewährt. Ferner wurde der Schwangerschaftsurlaub für alle berufstätigen Frauen auf 14 Wochen verlängert.

**Sportseuche Doping.** Empfehlungen des Europarates für die Bekämpfung. Von Dr. Karl Rau (Rheinischer Merkur, 29/1963). Das Doping, die medikamentöse Wettkampfvorbereitung, hat in manchen Sportarten solche Formen angenommen, daß sich sogar der Europarat in Straßburg veranlaßt sah, das Problem zu untersuchen. Ein aus Vertretern von zehn europäischen Ländern bestehendes Expertengremium unternahm zunächst einmal den Versuch, unter Berücksichtigung aller medizinischen, sportlichen und sozialen Gesichtspunkte eine „Basis-Definition“ festzulegen: „Doping ist die Verabreichung oder der Gebrauch körperfremder Substanzen in jeder Form und physiologischer Substanzen in abnormer Dosis oder auf abnormalem Wege an gesunde Personen mit dem einzigen Ziel der künstlichen und unfairen Steigerung der Leistung für den Wettkampf. Außerdem müssen verschiedene physiologische Maßnahmen zur Leistungssteigerung als Doping angesehen werden.“

Doping liegt dann nicht vor, wenn es sich um einen reinen Ersatz fehlender Stoffe handelt (z. B. Traubenzucker, Phosphate, Kalzium, Lecithin) oder wenn mit den verabfolgten Mitteln eine notwendige Therapie durchgeführt wird. Allerdings bleibt es im zweiten Fall dahingestellt, ob dann überhaupt die Wettkampffähigkeit gegeben ist. Bei den heute zum Doping verwendeten Mitteln ist der Wirkungsmechanismus äußerst komplex. Nur selten lassen sich spezifische Organwirkungen isolieren, die sich nachweislich in Richtung einer Leistungsverbesserung auswirken. In den meisten Fällen handelt es sich um eine zentrale Enthemmung und damit um eine rein psychische Stimulierung. Die am häufigsten verwendeten Mittel sind: Rauschgifte (Morphium und Kokain), die Weckamine (z. B. Pervitin), die das Ermüdungsgefühl hinausschieben und für kurze Zeit die Konzentrationsfähigkeit verbessern, aber die Erholungsfähigkeit häufig verschlechtern, verschiedene pflanzliche Gifte, wie Strychnin, Atropin, Ephedrin, die Gruppe der Herz- und Kreislaufmittel, die Gruppe der Hormone, vor allem der Keimdrüsen- und Nebennierenrindenhormone, sonstige Stoffe, wie Arsen- oder Phosphorverbindungen, Vitamine, vor allem B, C und E in übermäßiger Dosierung.

Für die meisten Mittel ist typisch, daß es nach einer Phase verbesserter Leistungsfähigkeit immer zu einer Gegenregulation kommt, die meist von einem Leistungsrückgang begleitet ist. Das stärkste Argument gegen das Doping liefert vielleicht nicht sosehr die Medizin als die Psychologie, und zwar der Scheinmittelversuch. Untersuchungen an Sportlern haben gezeigt, daß es auch mit Milchsäure und Talkumtabletten möglich ist, signifikante Leistungssteigerungen sowohl bei Kraftübungen wie auch bei Dauerleistungen zu erreichen. Voraussetzung ist dabei die Überzeugung des Athleten, daß das verabfolgte „Wundermittel“ seine Leistung verbessern kann. Der Scheinmittelversuch leitet zu dem sehr schwierigen und umstrittenen Problem des sogenannten psychischen Dopings hin, der Anwendung von Suggestion und Hypnose zum Zweck der Leistungssteigerung. Doch ist die damit verbundene Willenseinschränkung bzw. die Degradierung des Menschen zu einer Muskelreflexmaschine ein Kapitel für sich.

Der Wert der Drogen zur Hebung der körperlichen Leistungsfähigkeit ist auf Grund der Untersuchungen äußerst fragwürdig. Es ist derzeit kein Medikament bekannt, das eine Steigerung der körperlichen Leistung ohne gleichzeitige schädliche Nebeneffekte ermöglicht. Die größten Gefahren sind die Ausschaltung der natürlichen Warnungsreaktionen der Ermüdung infolge übermäßiger Anstrengung, die Störung der natürlichen Koordination von physiologischen und psychologischen Funktionen, schließlich Mißbrauch, Gewöhnung und Sucht.

Wegen der weittragenden Bedeutung des Problems hat der Europarat an alle europäischen Länder eine Reihe von Empfehlungen herausgegeben: Sportler, Betreuer, Vereinsfunktionäre sollen sich schriftlich verpflichten, keinerlei Dopingmittel zu verwenden oder verwenden zu lassen und sich jeder Kontrolle zu unterwerfen. Die Verwendung von Dopingmitteln soll Disqualifikation oder Ausschluß der Verantwortlichen nach sich ziehen. Das Verbot des Dopings im Wettkampfbereich soll jedem verantwortungsbewußten Sportfunktionär das Recht geben, einzuschreiten und die notwendigen Kontrollen (Gepäck, Kleidung, Garderobe, Harnanalyse usw.) durchführen zu lassen. Weiter werden empfohlen: Staatliche Maßnahmen zur Unterbindung des Dopings, vermehrte medizinische und pharmazeutische Kontrolle mit entsprechenden Maßregelungen, Anti-Doping-Propaganda durch Flugschriften, Plakate, Presse, Film, Radio, Fernsehen, um die entwürdigenden Wirkungen des Dopings zu unterstreichen. Das Internationale Olympische Komitee soll bei Verfehlungen den Ausschluß von den Olympischen Spielen verfügen und den Olympischen Eid entsprechend erweitern.

Es bleibt nun abzuwarten, inwieweit die sowohl fachlich als auch moralisch überzeugend fundierte Anti-Doping-Aktion des Europarates bei den Aktiven, bei den Funktionären und vor allen Dingen bei den nationalen und internationalen Sportfachverbänden auf fruchtbaren Boden fällt.

#### „Medizin für ‚altes Leiden‘“

... Seit Jahren versuchen sich daher die Versicherungsgesellschaften an Tarifentwürfen, die sie mit einer automatischen Anpassung um die Klippen der Umstellung, ihr eigenes ‚altes Leiden‘, herumbringen sollen. Bundeswirtschaftsministerium und Bundesbank widerstanden lange allen Versuchen. Ein neuer Präsident beim Bundesaufsichtsamt und ein Meinungswandel bei der Bundesbank sorgten nun aber für grünes Licht. Nun hat eine große private Krankenversicherung einen Tarif ins Angebot gebracht, der die automatische Anpassung auf Grund von allgemeinen Richtzahlen, also unabhängig vom Schadensverlauf des einzelnen Versicherten, gestattet.

Damit entfallen alle die schweren Nachteile, die die private Krankenversicherung über Jahre hinweg gefesselt haben. Erstmals wieder orientiert sie sich nach vorn. Die vorangehende Gesellschaft darf auch mit erheblicher Senkung der Erwerbs- und der Erstattungskosten rechnen. Damit kann sie sich den geringeren Verwaltungskostenätzen der Krankenkassen annähern. Das sehen auch die andern Krankenversicherer. Länger als ein oder zwei Jahre wird es nicht dauern, bis auch sie mit neuen Vorschlägen am Markt sind und den Ersatzkassen Konkurrenz liefern.“

„Kölnische Rundschau“, 7. 9. 1963

## Hilfe für Herz und Kreislauf



Herzgesamtextrakt  
mit Oxypropyltheophyllin und Niacindäthylamid

Das Herz wird gestärkt und gleichzeitig geschont

# Tonocor

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

# 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. Schwlegk.  
**München**, Städtisches Krankenhaus r. d. Isar  
 Chefarzt: Doz. Dr. Blömer.  
 11. bis 15. November 1963  
**Würzburg**, Med. Univ.-Klinik  
 Direktor: Prof. Dr. Wollhelm.

#### 2. KINDERKRANKHEITEN

4. bis 9. November 1963  
**Erlangen**, Univ.-Kinderklinik  
 Direktor: Prof. Dr. Wlndorfer.  
 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. Bückenbach.  
 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.

### Tagung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie

Vom 13. bis 17. Oktober 1964 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 Geburtshelfer, Ergebnisse der Behandlung mit energiereichen Strahlen in der Gynäkologie, ihre Radiometrie und Dosimetrie, sowie die Zukunft der gynäkologischen Strahlentherapie.

Auskunft: Prof. Dr. W. Bückenbach, I. Univ.-Frauenklinik, 8 München 15, Maistraße 11.

## Fortbildungstagung im Nervenkrankenhaus Haar bei München

am 1./2. 11. 1963

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 Kunstaussstellung 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. Kaiser, 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

P a u s e

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. Mikorey, 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

P a u s e

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. Delch, München

Pressekonferenz.

Anfragen: OMR Dr. H. Lieser, Nervenkrankenhaus,  
8013 Haar bei München.

## 14. Wissenschaftliche Ärztetagung in Nürnberg

vom 13.—15. Dezember 1963

**Freitag, den 13. Dezember 1963**

Tagesthema:

**NEUE GESICHTSPUNKTE ZUM ALTERN U. ALTER  
(Geroprophylaxe und Geriatrie)**

9.00 Uhr s. t.:

Beginn des Kongresses.

9.00—9.40 Uhr:

Eröffnung, Begrüßung und Einleitung zu den Haupt-  
themen.

9.40—10.20 Uhr:

Prof. Dr. E. Letterer, Direktor des Patholog.-Ana-  
tom. Instituts der Universität Tübingen:**„Die Gerontologie aus morphologischer Sicht“**

10.20—11.00 Uhr:

Prof. Dr. W. Schulte, Direktor der Universitäts-  
nervenambulanz Tübingen:**„Zum Selbsterleben des Alterskranken“**

11.00—11.30 Uhr:

PAUSE zum Besuch der pharmazeutischen und medi-  
zinisch-technischen Industrie-Ausstellung.

11.30—12.10 Uhr:

Prof. Dr. L. Zuckschwerdt, Direktor der Chirurgi-  
schen Universitätsklinik Hamburg:**„Neuzeitliche Entwicklung der Alterschirurgie“**

12.10—12.40 Uhr:

Prof. Dr. R. Schubert, Vorstand der 2. Med. Klinik  
der Städt. Krankenanstalten Nürnberg:**„Internistische Probleme und Erkenntnisse in der Geriatrie“**

12.40 Uhr: Diskussion

MITTAGSPAUSE Restaurant im Hause.

14.30—15.00 Uhr:

Filmvorführung: **„Der Schmerz“**

(Farbenfabriken Bayer Leverkusen)

15.00 Uhr: Beginn

15.00—15.30 Uhr:

Prof. Dr. H. Sautter, Direktor der Universitäts-  
augenklinik Hamburg:**„Klinik, pathologische Anatomie und Therapie degenerativer Netzhautveränderungen“**

16.00—16.30 Uhr:

Prof. Dr. K. G. Specht, Vorstand des Seminars für  
Soziologie der Universität Erlangen-Nürnberg:**„Altern und Alter in der Sozialforschung“**

16.00—16.30 Uhr:

PAUSE zum Besuch der pharmazeutischen und medi-  
zinisch-technischen Industrie-Ausstellung

16.30—17.00 Uhr:

Dr. F. Becker, Chefarzt der Orthopädischen Klinik  
des Wichernhauses in Altdorf bei Nürnberg:**„Prophylaxe und Therapie der Alterserkrankungen des Bewegungsapparates“**

17.00—17.30 Uhr:

Prof. Dr. W. Niko lowski, Direktor der Städt. Haut-  
klinik Augsburg:**„Geriatrie in der Dermatologie“**

17.30 Uhr: Diskussion

**Samstag, den 14. Dezember 1963**

Tagesthema:

**THERAPIE DER NICHTRENALEN UND RENALEN HYPERTONIE**

9.30 Uhr s. t.:

Beginn der Tagung

9.30—10.10 Uhr:

Prof. Dr. H. E. Bock, Direktor der Medizinischen  
Universitätsklinik Tübingen:**„Klinik und Therapie der nichtrenalen Hypertonie“**

10.10—10.50 Uhr:

Prof. Dr. H. Sarre, Direktor der Medizinischen Universitätsklinik Freiburg:

„Heutiger Stand der Therapie des renalen Hochdrucks“

10.50—11.20 Uhr:

PAUSE zum Besuch der pharmazeutischen und medizinisch-technischen Industrie-Ausstellung

11.20—11.50 Uhr:

Prof. Dr. G. Liebegott, Direktor des Pathologischen Instituts Wuppertal:

„Pathologisch-anatomische Probleme des Hochdrucks“

11.50—12.20 Uhr:

Prof. Dr. G. Heberer, Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik Köln:

„Chirurgische Möglichkeiten in der Hochdrucktherapie“

12.20 Uhr: Diskussion

MITTAGSPAUSE, Restaurant im Hause

15.00—15.30 Uhr:

Prof. Dr. G. Kroneberg, Pharmakologisches Institut der Farbenfabriken „Bayer“:

„Pharmakologie blutdrucksenkender Arzneimittel“

15.30—16.00 Uhr:

Dr. H. J. Holtmeier, Medizinische Universitätsklinik Freiburg:

„Wirkung und Nebenwirkung der modernen Antihypertonia“

16.00—16.30 Uhr: PAUSE

16.30—17.00 Uhr:

Prof. Dr. H. Hager, Oberarzt der Universitäts-Augenklinik Tübingen:

„Ophthalmologische diagnostische Möglichkeiten bei der Hypertonie und Hypertoniebehandlung“

17.00—17.20 Uhr:

Dr. J. Nossen, 2. Medizinische Klinik der Städt. Krankenanstalten Nürnberg:

„Klinische Erfahrungen mit Presinol“

17.20 Uhr: Diskussion

Sonntag, den 15. Dezember 1963

Tagesthema:

**THERAPIE DER AKUTEN VERGIFTUNGEN**

9.30 Uhr s. t.:

Beginn der Tagung

9.30—10.00 Uhr:

Prof. Dr. F. Heim, Direktor des Pharmakologischen Instituts der Universität Erlangen-Nürnberg:

„Wirkungsmechanismen von Giften“

10.00—10.30 Uhr:

Prof. Dr. G. Hillmann, Vorstand des Chemischen Instituts der Städt. Krankenanstalten Nürnberg:

„Chemisch-diagnostische Grundlagen der Vergiftungstherapie“

10.30—11.00 Uhr:

PAUSE zum Besuch der pharmazeutischen und medizinisch-technischen Industrie-Ausstellung

11.00—11.40 Uhr:

Dr. M. v. Clarmann, leitender Arzt der toxikologischen Abteilung des Krankenhauses München rechts der Isar

„Gezielte Behandlungsmethoden bei akuten Vergiftungen“

11.40—12.10 Uhr:

Prof. Dr. O. Hövels, Vorstand der Kinderklinik der Städt. Krankenanstalten Nürnberg:

„Soforthilfe bei Vergiftungen im Kindesalter“

12.10—12.30 Uhr:

Dr. H. L. Staudacher, 2. Medizinische Klinik der Städt. Krankenanstalten Nürnberg:

„Notwendigkeit und Bewährung einer zentralisierten Vergiftungsstation“

12.30—12.40 Uhr:

Zur Diskussion aufgefordert:

Dr. K. Axmacher, 2. Medizinische Klinik der Städt. Krankenanstalten Nürnberg:

„Therapie bei Pilzvergiftungen“

12.40 Uhr: Diskussion.

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Schubert, Nürnberg, Städt. Krankenanstalten

Anschrift und Anmeldung:

Bayer. Landesärztekammer, München 23, Königstr. 85

## Wochenendlehrgang des Bayerischen Sportärzte-Bundes e. V.

vom 8. bis 10. November 1963,

gemeinsam mit dem Bayerischen Versehrten-Sportverband, Leitung und Durchführung: Dr. Paul König und Dr. Hanns Galli.

**Freitag, 8. November 1963**

Anreise

17 bis 19 Uhr:

Sauna und Massage

19 Uhr:

Gemeinsames Abendessen

**Samstag, 9. November 1963:**

8 Uhr:

Dr. Rudhart, München:

Entwicklung des Versehrtensports.

9 Uhr:

Dr. Gößner, Augsburg:

Klinik und Sportmedizin.

10 Uhr:

Herr Oberstudienrat Straub, München:

Sport mit Versehrten (mit praktischen Demonstrationen).

11 Uhr:

Sport (Leitung Herr Urbach, München).

12.30 Uhr:

Mittagessen

14 Uhr:

Dr. König, München:

10 Jahre Versehrten-Sportverband (Tonfilm).

15 Uhr:

Herr Straub:

Sport mit jugendlichen Versehrten.

16 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. Dr. Göb, München:

Bewegungstherapie bei spastisch gelähmten Kindern (mit Film).

17 Uhr:

Diskussion über allgemeine sportärztliche Fragen.

19 Uhr:

Abendessen

Fortsetzung s. S. 836

# Lemavit<sup>®</sup>

das standardisierte  
Calcium-Vitamin-Präparat

## Zusammensetzung:

VITAMINE A+D<sub>3</sub> des Lebertrans (ohne Fettbestandteile)  
VITAMIN C Konzentrat aus Citrusfrüchten  
VITAMIN B<sub>1</sub> Extrakt aus diastaseverzuckertem Malz  
CALCIUM gluconicum, Calcium phosphalacticum  
KOHLENHYDRATE (Maltase, Fructose, Saccharose)

## Vorzüge:

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

## Indikationsgebiet:

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

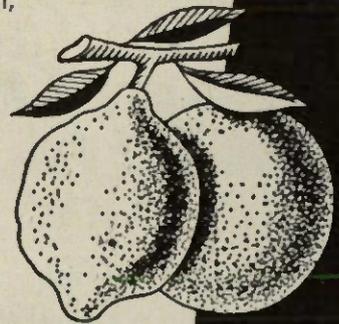
**Packungsgrößen:**

Originalflasche	200 g DM	3,25
Doppelflasche	400 g DM	5,45
Klinik/Kurpackung	1000 g DM	10,95

Arzteproben und Literatur auf Wunsch

## Maltextra

Dr. Schöpp & Böhlinger GMBH  
Freudenstadt / Schwarzwald



# GERMAKELLIN<sup>®</sup>

Zur Soforthilfe beim Asthma-Anfall

2 ccm i. v. verabreicht wirken  
oft schon während der Injektion

GERMAKELLIN<sup>®</sup> O.P. 5 Amp. DM 3,35  
Dr. H. Thiemann · Lünen i. Westf.

OHNE ADRENALINDERIVATE · OHNE NEBENWIRKUNG AUF HERZ UND KREISLAUF

Gegen groben  
Schmutz!

# RILAN

putzt  
poliert  
pflegt

scheuert  
schaumaktiv

RILAN gibt es im wirtschaftlichen  
Großverbraucher-  
Gebinde zu 10 kg. Lieferung  
über den Fachhandel.  
Böhme Fettchemie GmbH,  
Düsseldorf

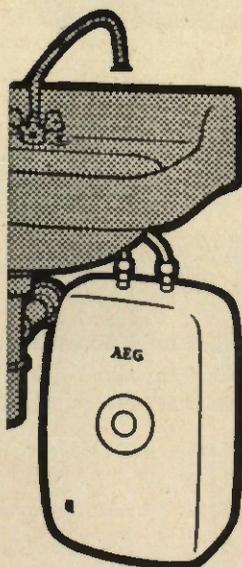


## ... und die Idee war wirklich gut

Ein AEG-Waschtischspeicher ist ein Vorteil für den ganzen Betrieb. Ein Vorteil, den auch Sie wahrnehmen sollten. Überall dort, wo noch warmes Wasser fehlt, läßt sich der AEG-Waschtischspeicher schnell und einfach installieren.

Druckloser Heißwasserspeicher, 5 Liter Inhalt, in moderner flacher Form · leicht zu pflegender Kunststoff-Außenmantel · Wassertemperatur durch Temperaturregler einstellbar zwischen 35° und 85° C · hochwertige Wärmeisolation, dadurch wirtschaftlicher Betrieb. Empfohlener Preis 217.- DM einschließlich Spezialarmatur. Und noch etwas: Der AEG-Kundendienst ist immer für Sie da.

AEG-Waschtischspeicher erhalten Sie überall. Prospekte auch kostenlos bei Einsendung untenstehenden Coupons.



# AEG

## Waschtischspeicher

Senden Sie mir bitte kostenlos Prospekte über AEG-Heißwassergeräte.

Name .....

Ort .....

Straße .....

An des  
AEG-Heißwasser-  
geräte-Werk,  
Abt. GH 1  
85 Nürnberg  
Postfach 180

Sonntag, 10. November 1963

8.45 Uhr:

Frühspport: Herr Urbach.

9.30 Uhr:

Dr. Hettinger, Köln:

**Das moderne Muskeltraining.**

10.30 Uhr:

Prof. Michel, München:

**Kreislaufprobleme beim Sport.**

11.30 Uhr:

Dr. Keul, Freiburg/Brsg.:

**Doping.**

12.30 Uhr:

Mittagessen

Der Lehrgang findet in der Sportschule München-Neugrünwald statt. Bei rechtzeitiger Anmeldung werden Quartiere in der Sportschule bzw. in nächster Nähe bereitgestellt. Anmeldung bis 25. Oktober 1963 bei Bayerischer Sportärzte-Bund, Geschäftsstelle München, Briener Straße 50. (Sportkleidung mitbringen!)

### Arbeitsmedizinischer Aus- und Fortbildungslehrgang

An der Akademie für Arbeitsmedizin Berlin findet in der Zeit vom 4. November bis 13. Dezember 1963 ein arbeitsmedizinischer Aus- und Fortbildungslehrgang statt.

Da im Fachplan weitgehendst die Empfehlungen der EWG im Hinblick auf arbeitsmedizinische Ausbildung berücksichtigt werden, steht der Lehrgang für folgende Interessengruppen offen:

1. Gewerbeärzte
2. Sozialversicherungsärzte
3. Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes
4. Industriemediziner
5. Sozialjuristen.

Auskunft: Berlin 19 (Charlottenburg), Soorstr. 83.

### Arbeitsmedizinische Tagung

der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin e. V.  
am 8. und 9. November 1963

Tagungsort: Frankfurt am Main, Max-Planck-Institut für Hirnforschung, Deutschordenstraße 46.

Themen:

1. Lebensmittelinfektionen und -intoxikationen als Gefahren der Gemeinschaftsverpflegung
2. Brucellose
3. Toxoplasmose

Anmeldung nimmt entgegen: Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin, München-Allach, Kraus-Maffei-Straße 2.

### EKG-Kurs und Klinisches Wochenende in Innsbruck

Die Medizinische Universitätsklinik Innsbruck veranstaltet vom 4. bis 9. 11. 1963 den einwöchigen praktischen EKG-Kurs, am 9. (von 16 bis 19 Uhr) und 10. 11. (von 9 bis 13 Uhr) das Klinische Wochenende mit dem Thema: Der Therapieplan bei chron. Krankheiten in der Zusammenarbeit von Krankenhaus und Praxis, und am 11. und 12. 11. 1963 den 2-tägigen Übungskurs in klinischer Elektrokardiographie.

Kursleitung: Prof. Dr. M. J. Halhuber, Doz. Dr. R. Günther.

## 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.

**Oktober 1963/Februar 1964**

1. 10.—28. 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 Neutrauburg ü. Isny/Allgäu: Einführungslerngang in die Manualtherapie (WS und Extremitäten). Auskunft: Sekretariat der MWE, Schloßgut Neutrauburg 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. Wittenzellner, Neuherberg bei München, Ingostädter 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 83.

**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.

### Bellagenhinweis

Dieser Ausgabe sind Prospekte folgender Firmen beigelegt:

Klinge, München 23  
 Dr. R. Reiß, Berlin  
 Dr. Kade GmbH., Berlin  
 Temmler-Werke, Marburg  
 Dr. F. Sasse, Berlin  
 Beiersdorf, Hamburg  
 Adenylchemie, Stuttgart  
 sanol-Arzneimittel Dr. Schwarz GmbH., Monheim  
 Chemische Fabrik von Heyden A. G., München  
 Deutsche Ärzteversicherung, Köln  
 Chemiewerk Homburg, Frankfurt/Main  
 Schweizerische Unfallversicherungs-Gesellschaft in Winterthur, Direktion für Deutschland, München

„Bayerisches Arzteblatt“. 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. Postscheckkonto Nr. 52 52 Amt München, Bayer. Landesärztekammer (Abt. Bayer. Arzteblatt), Anzeigenverwaltung: Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler, München 15, Sonnenstraße 29, Telefon-Sammel-Nr. 55 80 81, Fernschreiber 05 23662, Telegrammadresse: Gablerpress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharshinger, München. Druck: Richard Pfaum 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.



## Gegen Müdigkeit am Morgen

Depression nach dem Erwachen, Erschöpfung, Arbeitsunlust, Arteriosklerose, morgens 1 Kapsel

### permorgen - vitamin

Rp.: Vitamin A, Vitamin D<sub>2</sub>, Vitamin B<sub>6</sub>, Vitamin B<sub>12</sub>, Methianin, ungesättigte Fettsäuren, Calciumlevulinat, Magnesiumthiasulfat, Natriumsilicat

Packung mit 30 Kapseln

permorgen-vitamin-schwarzhaupt DM 5.90

## Gegen Müdigkeit am Abend

vorzeitigen Leistungsabfall, Schwäche, Gereiztheit, Kältegefühl, Rekanvaleszenz, Nachtblindheit, nachmittags oder abends 1 Kapsel

### perabend - vitamin

Rp.: Vitamin B<sub>1</sub>, Vitamin B<sub>2</sub>, Vitamin K, Vitamin E, Folsäure, Nicotinsäureamid, Chalin, Inositol, Glycerin, Natriumglycerophosphat, Natriumfluorid

Packung mit 30 Kapseln

perabend-vitamin-schwarzhaupt DM 5.90

## Gezielte Vitaminversorgung und spezifische Ergänzung der täglichen Nahrung!

Bitte hier abtrennen!



### Bestellschein

Erbitte kastenloses Versuchsmuster von

permorgen-vitamin-schwarzhaupt

perabend-vitamin-schwarzhaupt

Persönliche Unterschrift und Stempel:

**SCHWARZHAUPT • KÖLN**



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

## STELLENANGEBOTE

### Landkreis Wasserburg a. Inn

Zur Klarstellung wird darauf hingewiesen, daß es sich bei der im „Bayerischen Ärzteblatt“ Nr. 7 vom Juli 1963 ausgeschriebenen Stelle für einen Facharzt für die gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des neuen Kreiskrankenhauses Wasserburg am Inn ebenfalls um die Stelle eines leitenden Facharztes handelt.

Neben den bereits eingesandten Bewerbungen werden auch noch die bis Ende Oktober 1963 einlaufenden berücksichtigt.

Landratsamt Wasserburg a. Inn

Die Stadt Forchheim in Oberfranken (22 000 Einwohner) sucht für die Chirurg. Abteilung (Chefarzt: Priv.-Doz. Dr. Maurer) ihres neu ausgebauten Krankenhauses (insges. 265 Betten)

### einen Oberarzt

Die Chirurg. Abteilung umfaßt ca. 150 Betten, große Chirurgie, Unfallchirurgie, Intubationsnarkose

Gesucht wird ein

### Facharzt für Chirurgie

der den Chefarzt vertreten kann.

Vergütung nach BAT I b, Nebeneinnahmen nach Vereinbarung. Bei der Beschaffung einer Wohnung ist die Stadt behilflich. Bewerbungen an das Personalamt der Stadt Forchheim. Vorstellung nur auf Aufforderung.

Das Kreiskrankenhaus Kempten/Allg. (220 Betten) — künftiger Chefarzt Dr. E. Hofer — mit Chirurg., Geburtshilf., Innerer und Urolog. Abteilung, sucht für die Innere Abteilung (75 Betten) ab 1. 12. 1963 oder später

### Oberarzt(-ärztin)

Chefarztstellvertreter mit Facharztbefähigung und Röntgenkenntnissen

### Assistenzarzt(-ärztin)

Geboten werden für den Oberarzt BAT I b, für den Assistenzarzt BAT III bzw. II, ferner Vergütung der Überstunden und des Bereitschaftsdienstes; geregelte Arbeitszeit.

Der Landkreis Kempten ist bei der Wohnungsbeschaffung behilflich. Für verheiratete Bewerber steht moderne Neubauwohnung (4 Zimmer) in guter Wohnlage, preisgünstig zur Verfügung. Für Ledige wird Verpflegung im Hause zu verbilligtem Satz gewährt.

Kempten (44 000 Einwohner) liegt als Metropole des Allgäus verkehrsgünstig in landschaftlich reizvoller Lage und verfügt über alle Schulausbildungsmöglichkeiten.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen an das Landratsamt Kempten erbeten.

**Beachten Sie bitte unsere Beilagen!**

Für das Kreiskrankenhaus GAILDORF/Württ., Haus mit 90 Betten, wird

### ein Assistenzarzt

gesucht. Das Haus ist zur chir. Facharztausbildung zugelassen. Eine schöne 3-Zimmer-Wohnung ist vorhanden.

Gleichzeitig wird auf 1. Januar 1964

### ein Assistenzarzt

für die geburtsh.-gyn. Abteilung des Kreiskrankenhauses BACKNANG, Nähe Stuttgart (Haus mit 300 Betten), gesucht. 3jährige Facharztausbildung möglich. Die Abteilung arbeitet u. a. auch auf den Gebieten der Zytologie und der Kolposkopie.

Die Vergütung erfolgt in beiden Fällen nach BAT III. Gute Nebeneinnahmen durch Bereitschaftsdienste und Gutachten. Für verheiratete Bewerber beim Hause Backnang wird Unterstützung bei der Wohnungssuche zugesichert.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbeten an die Kreiskrankenhausverwaltung Backnang/Württ.

Wir suchen für unsere chirurgische Abteilung (100 Betten)

### Assistenzarzt oder med. Ass.

für möglichst bald. Gehalt nach Vereinbarung. Nebeneinkünfte durch den Chefarzt zugesichert. Chir. Fachausbildung für 3 Jahre werden anerkannt.

Zimmer und Verpflegung im Hause, für Verheiratete schöne, große Wohnung im Nebengebäude.

Krankenhaus „Der Barmherzigen Brüder“, 844 Straubing

Für das neuerbaute Sanatorium Wendelstein der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte in Bad Aibling/Obb. (Rheumakurklinik) mit 200 Betten, wird noch

### ein Stationsarzt

zum 1. 1. oder 1. 2. 1964 gesucht.

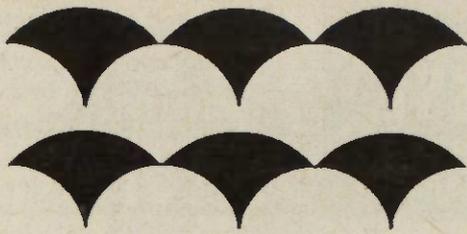
Vorbildungen in innerer Medizin, Rheumatologie oder Orthopädie erwünscht, aber nicht Bedingung. Das klinische Sanatorium dient der Durchführung von Heilverfahren der Angestelltenversicherung bei Krankheiten des rheumatischen Formenkreises. Beste diagnostische und therapeutische Ausstattung, Fachbibliothek, Zeitschriften u. a.

Vergütung nach Vorbildung BAT II/III, Nebeneinnahmen durch Bereitschaftsdienst, Gutachten.

Für Ledige stehen möblierte Einzelzimmer zur Verfügung, für Verheiratete befinden sich Wohnungen im Bau.

Bewerbungen mit Lebenslauf, Lichtbild, Zeugnisabschriften usw. erbeten an den Chefarzt des Sanatoriums.

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



schirmt das Herz ab

# Valocordin

Tropfen · Dragées · Herzsalbe

o.U. DM 1,80 o.U. DM 1,80 o.U. DM 1,80

Isovalerianylcarb. brom., Ac. phen. aeth. barb. aa 0,005 g Humulus



## Landesversicherungsanstalt Württemberg

Das Sanatorium Wilhelmsheim für konservative und kleinchirurgische Behandlung geschlossener und offener Lungentuberkulose bei Oppenweiler, Kreis Backnang, mit 254 Betten für Männer (leitender Arzt Dr. med. Carl Ellinghaus) sucht ledige(n)

### Assistenzarzt oder -ärztin

Vergütung nach Vergütungsgruppe III BAT; bei Erfüllung der tariflichen Voraussetzungen II BAT. Bereitschaftsdienst wird besonders vergütet.

Die Assistenzarztstätigkeit wird voll auf die Lungenspezialausbildung angerechnet.

Unterkunft und Verpflegung im Sanatorium zu mäßigen Preisen.

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

**Landesversicherungsanstalt Württemberg, 7 Stuttgart W, Ratebühlstraße 133**

Nach München wird  
**Facharzt für Orthopädie**  
als Vertragsarzt (Dauerstellung) gesucht. Keine operative Tätigkeit. Zuschr. unt. 331/641  
üb. **CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH,**  
8 München 2, Karlsplatz 13

### Stellengesuche

Dr. med., Mitte 40, verh., sucht gute Ausbild.-Möglichkeit im RÖ. u. EKG. Bisher 5 J. Innere, 2 J. Päd., 1 J. RÖ-Therapie. Wohnung Voraussetzung. Zuschriften unter M. K. 84911 über Anzeigenverwaltung BAYER. **ÄRZTEBLATT,** 8 München 15, Sonnenstraße 29

### Erfahrene Ärztin

sucht Assistenzarztstelle an Krankenhaus, evtl. mit Möglichkeit zur Facharztbildung. München und Umgebung bevorzugt. Angebote unter Nr. 331/727 über Anzeigenverwaltung BAYER. **ÄRZTEBLATT,** 8 München 15, Sonnenstraße 29

Das Städt. Krankenhaus Weiden i. d. Opf. sucht ab sofort je

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

Bezahlung erfolgt nach Verg.-Gr. II BAT. Nebeneinnahmen durch Chirurgenzulage, Gutachtertätigkeit und evtl. Bereitschaftsdienstvergütung.

Bewerbungen mit den erforderlichen Unterlagen (Lebenslauf, Lichtbild, Promotions- und Approbationsurkunde sowie Zeugnisse über die bisherige Tätigkeit) werden umgehend erbeten an das Hauptamt der Stadt Weiden i. d. Opf.

Bei der Beschaffung von Wohnraum ist die Stadt behilflich. Die Stadt Weiden zählt über 42 000 Einwohner und ist Sitz fast aller höheren Schulen.

Angebote erbeten an Stadt Weiden i. d. Opf.

### Praxis

Gut eingeführte, langjährige, komplett eingerichtete

### Nervenarzt-Praxis

in Nürnberg, zum 1. 1. 1964 gesundheitshalber abzugeben. Günstige Verkehrslage, große, helle Räume, 118 qm, leicht merkbare Fernsprechnummer, kulanter Vermieter. 3 von 7 Räumen als Privatwohnung abteilbar.

Angebote unter Nr. 331/725 über Anzeigenverwaltung BAYER. **ÄRZTEBLATT,** 8 München 15, Sonnenstraße 29

Am Krankenhaus Martha-Maria, Chir. Abt., München-Solln, Wolfratshauser Straße 109

ist ab 1. November 1963

### Assistenzarztstelle frei

Möglichkeit der Ausbildung zum Facharzt.

Bewerbungen an den Chefarzt des Krankenhauses.

Für die chir. Abteilung des Städt. Krankenhauses Deggendorf (250 Betten) wird ab 1. 12. 63 oder später ein

### Assistenzarzt

gesucht. Vergütung nach Gruppe BAT III, Vorrückungsmöglichkeit nach Gruppe II, Bereitschaftsdienstzulage und hohe Nebeneinnahmen durch Gutachten. Moderne Neubauwohnung steht zur Verfügung.

**Gutgehende Kleinstadt-Landpraxis Nordbayerns**  
möglichst bald abzugeben. Angebote erbeten unter 331/715 über Anzeigenverwaltung BAYER. **ÄRZTEBLATT,** 8 München 15, Sonnenstraße 29

**Größere Allgemeinpraxis**  
in bekanntem Weinort im Maiental, 13 km von Würzburg, am 1. 1. 64 zu sehr günstigen Bedingungen abzugeben. 4 Praxisräume und schöngelegene Wohnung stehen zur Verfügung. Angebote unter Nr. 331/710 über Anzeigenverwaltung BAYER. **ÄRZTEBLATT,** 8 München 15, Sonnenstraße 29

Seit 40 Jahren sehr gut eingeführte

### Allgemein-Praxis

— Stadtmittelpunkt — in Nördlingen (15 000 Einwohner) ohne Ablösung baldmöglichst abzugeben. Alle weiterführenden Schulen am Ort. Wohnräume u. Garage im Hause vorhanden. Zuschr. unt. Nr. 331/716 üb. Anzeigenverwaltung BAYER. **ÄRZTEBLATT,** 8 München 15, Sonnenstraße 29

### Mittelgroße

### Allgemeinpraxis

am Stadtrand von Kiel, aus persönlichen Gründen, baldmöglichst günstig abzugeben.

Dr. med. H. Lingnau  
2301 Schönkirchen/Kiel



zur gezielten Therapie  
der Dysmenorrhoe

durch Spasmolyse im Genitaltrakt  
und zuverlässige Analgesie

# Dismenol

(Parasulfamidobenzoessäure 0,05 g  
Dimethylamino-phenyldimethylpyrazol 0,25 g)

AGPharm, Luzern

Hersteller in Deutschland:  
Simons Chemische Fabrik, Gauting bei München



BAYERISCHE  
**LANDESPAUSPARKASSE**  
DIE BAUSPARKASSE DER SPARKASSEN  
München 2 · Karolinenplatz 1 · Telefon 228501

## Pianos - Flügel

Kleinklaviere - Cembali  
Bis zu 40 Monatsraten

## Pianohaus Lang

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

Röntgen- und elektromedizin. Apparate **KURT PFEIFFER** Ärzte- und Krankenhausbedarf

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

Generalvertretung der Firmen: Röntgenwerk F. Hofmann GmbH, Erlangen  
Elektrafrequenz F. Schworzer GmbH, München, und Albert Dargatz, Homburg

► Projektierung und Ausführung kompletter Ärzte- und Krankenhauseinrichtungen ◀

Besuchen Sie bitte unsere Ausstellungsräume!

Gute, ausbaufähige

## Landpraxis in Mittelfranken

krankheitshalber, zu den üblichen Bedingungen sofort abzugeben. Autobusverbindungen, Kreisstadtnähe. Angebote unt. 331/719 üb. Anzeigenverwaltung BAYER. ARZTEBLATT, 8 München 15, Sonnenstraße 29

### Größere HNO-Praxis in Bayern

für 1964 von langjähr. Facharzt in Westdeutschland gesucht, wenn möglich mit Wohnung oder Hauskauf. Höhere Schulen am Ort erwünscht. Diskretion selbstverständlich! Zuschriften erbeten unter 331/708 über Anzeigenverwaltung BAYER. ARZTEBLATT, 8 München 15, Sonnenstr. 29

## Gelegenheit in Spanien

Werden Sie Mitigentümer eines neu erbauten und modernen Appartement-Hotels direkt am Meer mit eigenem Strand.

Das Hotel besteht aus 80 Appartements à 2, 4 und 6 Betten, Terrasse, Bad und Kochnische. Alle Terrassen mit Blick zum Meer. Diese Appartements werden einzeln oder in mehreren Stückzahlen verkauft.

Eine Dauervermietung durch ein Reiseunternehmen wird garantiert.

Evtl. kann eine Mietvorauszahlung für 3 Jahre erfolgen, die an dem Kaufpreis sofort in Abzug gebracht werden kann. Bei Kauf haben Sie die Möglichkeit, kostenlos, auch in unseren anderen Gebieten in Spanien und Deutschland, Ihren Urlaub zu verbringen.

Beispiel:

1 Appartement, 2 Betten	17 000,- DM	gute Kapitalanlage,
3jährige Mietvorauszahlung	3 600,- DM	hohe Rendite
erforderlich	13 400,- DM	

Auskunft und Unterlagen durch

JOACHIM WÜRGES, 6 FRANKFURT A. MAIN  
Am Weingarten 6, Abteilung: 12

**Jodex** 1.25  
*bei Zerrungen*

## Praxis-Abgabe

Junge, gut ausbaufähige  
Allgemeinpraxis

(Praxis- und Wohnräume vorhanden), in 20 000-E.-Stadt ca. 50 km von Nürnberg, wird spätestens zum 1. II. 1964 frei. Keine Ablösung, jedoch Übernahme des modernen Inventars (1960) erwünscht. Angebote unter Nr. 331/728 über Anzeigenverwaltung BAYER. ARZTEBLATT, 8 München 15, Sonnenstraße 29

## 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

## Augenrefraktometer

nach Prof. Thorner der Fa. Busch, in gutem Zustand zu verkaufen. Angebote unt. 331/720 üb. Anzeigenverwaltung BAYER. ARZTEBLATT, 8 München 15, Sonnenstraße 29

## Deutschland,

Städte und Landschaften

Dieses farbenprächtige Monumentalwerk über die Schönheit unserer deutschen Heimat in Ost und West mit seinen einhundert Aquarellen von Gustav Lüttgens ist ein repräsentatives Geschenk für alle Geschäftsfreunde und Jubilare, eine bleibende Erinnerung für Freunde und Verwandte sowie eine wertvolle Auszeichnung für Ehrengäste und verdiente Mitarbeiter.

Einleitung und Bildunterschriften sind in Deutsch, Englisch und Französisch wiedergegeben.

Herausgegeben vom Verlag Schneidersche Buchdruckerei, Gebr. Schneider, Rothenburg ob der Tauber. Format des Buches 40x40 cm. Bildgröße 27x27 cm. In Ganzleinen gebunden mit Schutzkarton — als Buch oder auch als Kassette mit losen Blättern — kostet die Ausgabe im Einzelverkauf 135 DM.

CARL GABLER GMBH, Fachbuchhandlung, 8 München 2, Juttastr. 24

## Arzthelferin mit Diplom

Halbjährige Berufsfachlehrgänge für kaufm.-praktische ARZTHELFERINNEN  
Kursbeginn jeweils Oktober und April  
Mod. Wohnheim · Ausbildungs-Bestillen  
Fordern Sie Freiprosp. 9 M

Privates  
Lehrinstitut  
Univ.-Stadt Freiburg, Schwarzwald, Starkenstraße 36  
**Dr. med. Buchholz**

## Anzeigenschluß

jeweils  
am 25. des Monats

**Jacosulfon** ist die heilende Hand des Arztes

# Ihr größtes Kapital,

sehr verehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor, ist Ihre **Arbeitskraft**, da von ihr gerade im freien Beruf Ihre und Ihrer Familie Existenz abhängt. Die uns zahlreich zugehenden Schadenmeldungen aus Ärztekreisen über oft schwere Unfälle zeigen, daß insbesondere genügend hohe Versicherungssummen für den etwaigen Todes- und Invaliditätsfall wichtig sind, damit im Unglücksfall eine ausreichende Versorgung gewährleistet ist. Zur Schließung von Versorgungslücken kann das Invaliditätsrisiko auch allein versichert werden. Vielfach empfiehlt es sich auch, eine Invaliditätsversicherung mit Kapitalzahlung durch eine zusätzliche Invaliditätsversicherung mit lebenslänglicher Rentenzahlung zu ergänzen.

Für den Invaliditätsfall können wir Ihnen eine besonders umfassende Versicherungsmöglichkeit durch die neuartige, erstmals von der „Winterthur“ eingeführte **kumulative Invaliditätsdeckung** bieten, die bei mittleren und schweren Invaliditäten **wesentliche Leistungsverbesserungen** gegenüber dem Normaltarif vorsieht. Hierbei sind die verschiedensten Tarifkombinationen, auch mit Einschluß von Tagegeld, Unfall-Krankenhaustagegeld oder Heilkosten, möglich. Auch bereits bei uns bestehende Unfallversicherungen können auf den verbesserten Schutz umgestellt werden. Dieser hat in Ärztekreisen bereits so viel Anklang gefunden, daß der bisherige Beitrag gesenkt werden konnte.

Wir bitten Sie, die vorstehenden Hinweise als eine Anregung anzusehen, sich mit der Frage eines ausreichenden Schutzes Ihrer Arbeitskraft zu beschäftigen. Oft dürfte auch bei bereits bestehenden Verträgen eine Summenerhöhung oder ein zusätzlicher Abschluß zweckmäßig sein.

Bitte berücksichtigen Sie bei Ihren Überlegungen auch, daß Unfallversicherungsbeiträge auf Grund der bekannten Steuerermäßigungen im Rahmen der Freibeträge voll abzugsfähige Sonderausgaben sind, wodurch sich der effektive Beitragsaufwand meist wesentlich verringert.

Zu weiteren Informationen stehen wir Ihnen jederzeit gern zur Verfügung, ohne daß Ihnen hieraus irgendwelche Verpflichtungen entstehen. Bitte bedienen Sie sich daher der beigefügten Karte.

## Schweizerische Unfallversicherungs-Gesellschaft in Winterthur

Direktion für Deutschland – 8 München 23 – Leopoldstraße 34/38 – Telefon 36 07 21

Die Sulfonamid-Harnstoff Kombinationstherapie mit

## Jacosulfon



Jacosulfon pulvis



Jacosulfon unguentum



### Indikationen

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

### Pilzkrankungen der Haut

(Unguentum u. Pulvis im Wechsel)



### Jacosulfon

Unspez. Fluor *vaginale* diff. Kolpitis  
Partioerosionen Vaginitis

sowie alle anderen entzündlichen und infektiösen Erkrankungen der Vaginalschleimhaut

# RHEUMASAN<sup>®</sup>

**Salbe**  
**flüssig**  
**Dragées**

DM 1,20  
DM 2,20  
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

---

