

BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Nummer 11

München, November 1963

18. Jahrgang

Wunden brauchen Luft zur Heilung

Die jahrelange Forderung der Ärzte, Wunden trotz Bedeckung nicht von der Luft abzuschließen und damit die Wundheilung zu beschleunigen, ist erfüllt bei

Hansaplast[®]

Die Hansaplast-Wundauflage (DBP ang.) saugt das Blut oder Sekret schnell auf und hebt sich von der Wunde ab.

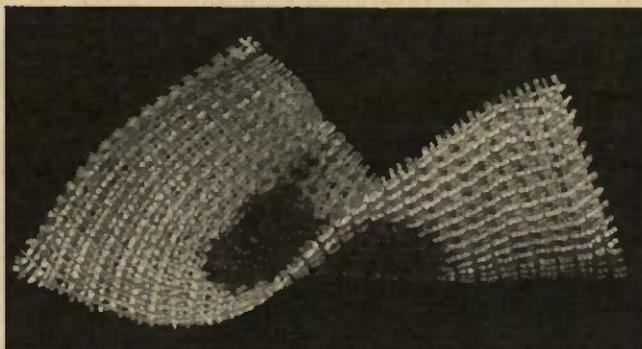
Hansaplast verklebt nicht mit der Wunde. Durch Luftzutritt kann die Wunde schnell abtrocknen und verschorfen.

Der Verbandwechsel ist schmerzlos; denn die Wunde wird nicht wieder aufgerissen und kann in Ruhe heilen.

Diese Vorteile bieten Ihnen alle Packungen Hansaplast von 10 cm bis 5 m

Beiersdorf

Ein Stück der neuen Wundauflage mit einem Tropfen Blut. Man erkennt deutlich die Bewegung des Gewebes, die auf der Wunde den erwünschten Abhebe-Effekt erzielt.



Ha 111

Nachhaltige, aber risikofreie
und schonende Blutdrucksenkung

Erhöhung
der coronaren Durchblutung

Senkung
des peripheren Widerstandes

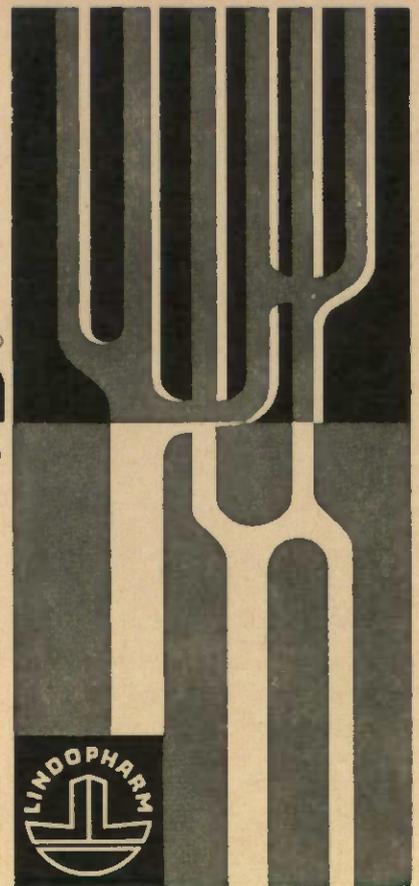
Verbesserung
der Energetik des Herzmuskels

viscoserpin®

Rauwolfia serpentina · Crataegus oxyacantha · Visoum album mit 1% Rutin

Tropfflasche 30 ccm DM 2,80
Tropfflasche 100 ccm DM 6,50
50 Dragées DM 2,80
Anstaltspackungen

LINDOPHARM KG HILDEN/RHLD



Muster und Literatur
auf Wunsch

Fibraflex® Salbe

modernes
lokales
anti-
rheuma-
tikum

Die Summation der spezifischen percutanen Wirkstoffe ergibt nicht nur ein modernes, lokales Antirheumatikum, sondern indiziert Fibraflex-Salbe generell für schmerzhafte, entzündliche, exsudative, verspannte und rheumatische Erkrankungen des Muskel-Gelenk-Systems

Zusammensetzung:

Heparin-Na	5000 i. E. %
Aneurin-HCL	1 %
Monosalicylsäureglykolester	5 %
Pyridin-3-Carbonsäurebenzylester	0,125 %
Menthol	1 %
O/W-Emulsionsalbe ad	100 %

O.P. Tube zu ca. 25 g = DM 3,60



DORSCH & CO., KG. 8 MÜNCHEN 55

AEQUITON®

-Schmerz-Tabletten
gegen Schmerzen aller Art
5-7 stündige Wirkungsdauer
(10, 20, 150 Tabl.)

EUSTAGMON®

-Grippe-Tabletten
(10, 20, 150 Tabl.)

NEO-PYOCYANASE®

-Liquidum
Biologisches Desinfiziens,
Abschlucken ungefährlich
(15, 50 ml)

SUPPANGIN®

-Zäpfchen
Rektale Wismut-Therapie
nicht-diphtherischer Anginen
(je 3 Supp. f. Erw. und Kinder)
1-2 Zäpfchen genügen!

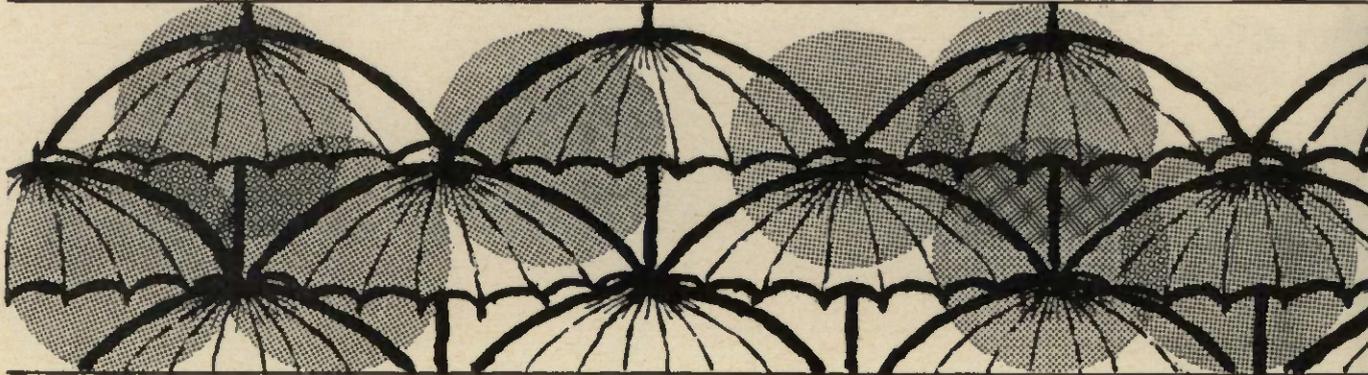
OTALGAN®

-Ohrentropfen
Otalgien, imperforierte
Otitis media acuta
(6, 12 g)



SÜDMEDICA G. M. B. H. MÜNCHEN-25

ASTA-ARZNEIMITTEL



Gegen Grippe und fieberhafte Erkältungskrankheiten

QUADROCHIN[®] mit Vitamin C

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

Analgetikum und Antipyretikum

QUADRONAL[®]

gegen Schmerzen aller Art

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

Hochwirksames Expektorans

ASTAPECT[®]

ASTAPECT[®]-KODEIN

Flaschen zu 20 ml

Zur spezifischen Grippeprophylaxe

INFLUENZA-IMPfstoff »ASTA«

monovalent

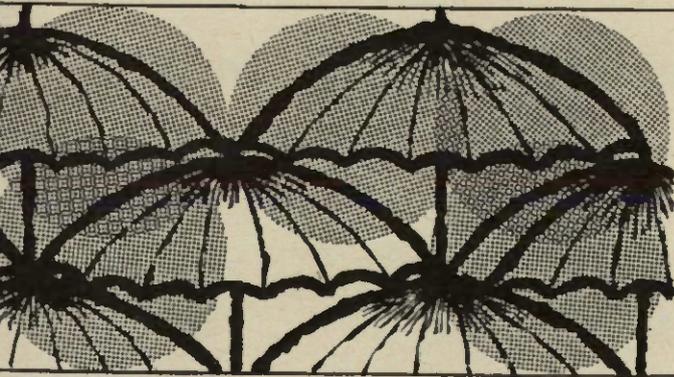
polyvalent

Neuartiger, gut verträglicher Adsorbatimpfstoff.

1 Jahr anhaltende Schutzwirkung nach
einmaliger Impfung

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

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



ASTA-ARZNEIMITTEL

zur Prophylaxe und Therapie bei
Erkältungskrankheiten und Grippe



Inhaltsverzeichnis

Saller: Die Frage der angeborenen Mißbildungen (einschließlich Thalidomidschäden)	845
v. Verschuer: Erbkrankheiten	857
Riepenhausen: „Psychiatrie und Kunst“	859
AUS DEM STANDESLEBEN	868
Die Akademie des Sanitäts- und Gesundheitswesens der Bundeswehr — v. Hassel: Scientiae — Humanitati — Patrae — Liste der Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirats für das Sanitäts- und Gesundheitswesen der Bundeswehr — Goldene Ehrennadel der österreichischen Ärzteschaft an Dr. Fromm und Prof. Dr. Schretzenmayr — Um den Lehrstuhl für Strahlenheilkunde in Erlangen — Fortbildungstagung im Nervenkrankenhaus Haar — Aufruf des neugewählten 1. Vorsitzenden des Ärztlichen Kreisverbandes München — Wünsche der freien Berufe an den neuen Bundeskanzler — Österreich plant Änderung des Arztgesetzes	
FAKULTÄT UND PERSONALIA	882
Frick — Linzenmeier — Marchionini — Schwerdt Stucke — Becker	
AUS DER GESCHICHTE DER MEDIZIN	883
Koerting: Dr. Hans Hartlieb	
AUS DER BUNDESPOLITIK	889
Sozialisierung und individuelle Verantwortung — Sachverständigenkommission für die Krankenversicherungs-Reform — Aufnahme der Beratungen im Bundestagsausschuß für Gesundheitswesen Aus der Fragestunde des Bundestags: Schutz vor Sittlichkeitsverbrechern — Herstellung von Arzneimitteln	
AUS DER LANDESPOLITIK	898
Dr. Dr. von Gugel wieder in den Bayerischen Senat gewählt — Arbeitsetat 1964 vor dem Senat — Nachwuchssorgen im Schwesternberuf — Um den Lehrstuhl für Strahlenheilkunde in Erlangen — Gesundheitsbuch für werdende Mütter — Stufenweiser Aufbau der Universität Regensburg	
FEUILLETON	902
Gubalke: Heilmittel durch Selbstbedienung	
AMTLICHES	903
Bekanntmachung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns — Überleitungsabkommen zwischen der Bayer. Landesärztekammer, Bayer. Ärzteversorgung, und der Ärztekammer Nordrhein, Nordrheinische Ärzteversorgung — Ministerialentschließung zur Ausbildung und Prüfung von Röntgenhelferinnen — Vereinbarung zwischen dem Vorstand der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung — Stellenausschreibung für die staatlichen Gesundheitsämter — Stellenausschreibung für hauptamtliche Ärzte bei den Justizvollzugsanstalten — Bekämpfung des Lärms — Mitteilung des Bayer. Staatsministeriums des Innern	
GESETZES- UND RECHTSFRAGEN	912
Poellinger: Chefarzt und Zulassung Der Arzt als Sachverständiger	
STEUERFRAGEN	918
MITTEILUNGEN	922
Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat September	925
Die Sterbefälle in Bayern 1962 nach Todesursachen, Alter und Geschlecht	933
RUNDSCHAU	930
KONGRESSE UND FORTBILDUNG	939
BUCHBESPRECHUNGEN	941

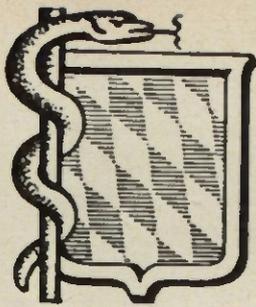
RABRO[®] - Magentabletten

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



- a) Hoher Heilungsprozentsatz,
 - b) Auffallend schnelle Spasmenlösung, schnelle Schmerzbefreiung (auch ohne *Belladonna-Zusatz*)
 - c) Keine besondere Diät erforderlich,
 - d) meist ambulante Behandlung möglich,
 - e) Keine unerwünschten Nebenerscheinungen,
 - f) Voll-wirksam auch bei *Hyper-, Sub- und Anacidität*.
- Dosierung: Täglich 3mal 1 bis zu 2 Tabletten nach dem Essen.

H. TROMMSDORFF AACHEN GEGRÜNDET 1797



BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Nummer 11

München, November 1963

18. Jahrgang

Aus dem Institut für Anthropologie und Humangenetik der Universität München. Direktor: Dr. phil. (rer. nat.) Dr. med. Dr. phil. h. c. K. Saller

Die Frage der angeborenen Mißbildungen*) (einschließlich Thalidomidschäden)

Von K. Saller

Angeborene Mißbildungen hat es zu allen Zeiten gegeben. Wir kennen sie von altägyptischen Statuetten und aus Gräberfunden. Man hielt sie, soweit wir wissen, für eine Fügung der Götter und fragte nach ihren Ursachen nicht weiter. Unser naturwissenschaftliches Zeitalter sah sie zunächst unter dem Gesichtspunkt einer starren Vererbung, auch einer Art Gottheit, gegen die es keine Macht gebe, es sei denn die Sterilisation der Erbträger. So spielten auch schwere angeborene Mißbildungen eine Rolle in der nationalsozialistischen Sterilisationsgesetzgebung; es gibt noch heute Autoren, die von diesem Standpunkt nicht loskommen.

Solchen Auffassungen gegenüber hat sich in den letzten Jahrzehnten und Jahren ein erheblicher Wandel vollzogen. Er ging aus von der Beobachtung einer Häufung von Mißgeburten bei den Frauen im Konzentrationslager und in der Hungerzeit um das Ende des zweiten Weltkriegs. Sie ließen, zunächst im einzelnen noch ungeklärt, Umwelteinflüsse für die Entstehung intrauteriner Mißbildungen vermuten. Die Beobachtungen des australischen Arztes Gregg über den Zusammenhang von Mißbildungen mit einer Rötelninfektion der Mutter in den ersten Schwangerschaftsmonaten zeigte vollends eindeutig den Einfluß eines ganz bestimmten Außenfaktors auf die Entstehung von Mißbildungen. Die damit gewonnene Erkenntnis erwies sich auch für andere Krankheitserreger, vornehmlich Viren, als gültig. Tierexperimente analysierten weiter die Ernährung, die als der entscheidende Mißbildungsfaktor nach den Befunden in den Konzentrationslagern und in der Nachkriegszeit angesprochen werden mußte. Es ergab sich vor allem ein Mangel an Vitaminen und Hormonen, aber auch ein Übermaß in der Zufuhr bestimmter derartiger Stoffe als mißbildender Faktor. Sauerstoffmangel der Frucht durch natürliche oder künstliche (durch Abtreibungsversuche) herbeigeführte Abnormalitäten der Placenta oder andere Faktoren bewirkten dasselbe. Strahleneinwirkungen, vor allem solche durch Röntgenstrahlen, aber auch solche aus Atombombenversuchen, wurden in die Betrachtung mit einbezogen.

Andererseits kam auch die Erbliehkeitslehre zu Fortschritten durch die Entwicklung methodischer Möglich-

keiten, an den Chromosomen als den Erbträgern genauere Studien zu treiben. Damit ergaben sich für eine Reihe von Mißbildungen Chromosomenaberrationen.

Ein neues Problem entstand durch die Ähnlichkeit zwischen Mißbildungen, die offenbar in Chromosomen- d. i. Erbanlagenänderungen (als Genopathien) ihren Grund hatten, und solchen, die allem Anschein nach durch Außeneinflüsse bedingt waren. Um hier zu einem Verständnis zu kommen, wurde von Goldschmidt in seinen vererbungsphysiologischen Studien der Begriff der „Phänokopie“ geprägt. Man versteht unter Phänokopie Abartungen, die durch Außeneinflüsse während des individuellen Entwicklungsganges entstehen in einer Weise, durch die (im Phänotypus und damit nicht erblich) Abartungen im Erbanlagenbestand (also Mutationen im Genotypus, d. i. Genopathien) kopiert werden. Die Erklärung solcher Phänokopien von der Erbliehkeitslehre her ist damit gegeben, daß jede Entwicklung eine Verwirklichung von Erbanlagen in Reaktion mit entsprechenden Umweltverhältnissen darstellt. So kann durch Änderung einer Erbanlage dasselbe Bild entstehen wie durch eine Ungunst der Umweltverhältnisse zu dem Zeitpunkt, in dem die entsprechende normale Erbanlage hätte zur Verwirklichung kommen sollen und das eben der ungünstigen Umweltbedingungen wegen nicht konnte.

Noch ein weiteres Problem ergab sich, nämlich die Beobachtung, daß bei gewissen Mißbildungen sowohl Chromosomenänderungen als offenbar auch Umwelteinflüsse im Spiel waren. Damit mußte die Frage nach Umwelteinflüssen als Ursache für Chromosomenänderungen gestellt werden. Sie wurde zumal akut für den Morbus Langdon-Down, d. i. der sogenannte Mongolismus.

Dies war die Situation der Mißbildungsforschung, als sich von 1960 ab die Meldungen über ein vermehrtes Auftreten vor allem von Extremitätenmißbildungen aus Deutschland und England häuften. 1961 beschrieb Wiedemann derartige Extremitätenmißbildungen als „Dysmelie-Syndrom“. W. Lenz und, unabhängig von ihm für England, McBride machten auf die möglichen Zusammenhänge dieses Syndroms mit der Verabreichung von thalidomidhaltigen Arzneimitteln aufmerksam. 1962 gaben Weicker und Hungerland ebenso wie Lenz und Knapp dem Dysmelie-Syn-

*) Am 17. 9. 1963 als Vortrag gehalten beim Ärztekongress für Ganzheitsmedizin und Naturheilverfahren in Velden/Wörther See (Kärnten).

drom geradezu den Namen „Thalidomid-Embryopathie“. Die Namensänderung ist konsequent in dem Bestreben der Mißbildungsforschung, wie es auch durch die Chromosomenuntersuchungen unterstützt wird, von der rein morphologischen oder auch physiologischen Kennzeichnung der Mißbildungen weg zu einer Benennung zu kommen, die dem Wesen der einzelnen Mißbildungen gerecht wird und sie aus der Erkenntnis ihrer Ursachen möglicherweise einer Therapie bzw. der Vorbeugung zugänglich macht. In welchem Ausmaß die Namensänderung für den vorliegenden Fall ihre Berechtigung hat, davon wird noch zu sprechen sein. Jedenfalls erregte die Zurückführung des Dysmelie-Syndroms auf Thalidomidpräparate die Öffentlichkeit in einem Ausmaß, daß die ganze Mißbildungsfrage nun hochaktuell wurde.

Die Forderung nach einer Ursachenforschung wurde im Zusammenhang mit diesen Vorgängen so drängend, daß sich 1963 sogar die Deutsche Forschungsgemeinschaft entschloß, das Thema zum Gegenstand eines Schwerpunktprogramms zu machen, nachdem sie uns 1958 einen Antrag auf Unterstützung zu entsprechender Forschung auf den Rat ihrer Experten hin abgelehnt hatte. Sie ist bisher damit zur Aufstellung von ein paar Kommissionen gekommen. Wir hatten die Untersuchungen über Vorkommen und Ursachen von Mißbildungen für den Bereich Bayerns bereits 1958 aufgenommen. Nach Ablehnung des Antrags durch die Forschungsgemeinschaft sind wir dabei durch die Münchner Universitätsgesellschaft, verschiedene Industriefirmen und auch durch unser Kultusministerium unterstützt worden; ich möchte hier allen Geldgebern und anderen Helfern für ihr Verständnis und die freundliche Unterstützung danken, die sie unseren Untersuchungen haben zuteil werden lassen.

Wir führen in Bayern seit 1958 in Ergänzung der hier noch vorgeschriebenen Hebammenmeldungen im Einverständnis mit dem Innenministerium eine Fragebogenerhebung über die Gesundheitsämter durch, die uns genaueren Aufschluß über diese Mißbildungen geben soll. Der Anlaß für unsere Untersuchungen war zunächst die Veröffentlichung eines Bayreuther Arztes, der eine von ihm beobachtete angebliche Zunahme von Mißbildungen auf die Auswirkungen der Atombombenexperimente zurückführte. An sich ist die Möglichkeit einer solchen Ursache für Mißbildungen nicht von der Hand zu weisen. Sie spielt auch gegenwärtig in der Erörterung der Mißbildungsursachen eine große Rolle. Eine Kommission der Vereinten Nationen, der Wissenschaftler aus Ost und West angehören, hat kürzlich festgestellt, daß selbst kleinste Strahlenmengen aus Atombombenversuchen teratogene Wirkungen bei Schwangeren haben können und daß dementsprechend alle Atombombenversuche kategorisch abzulehnen sind. Im Zusammenhang speziell mit der Thalidomidthese hat der Physiker Powell (Bristol) auf die ungewöhnlich hohe Mißbildungsrate auf den Philippinen verwiesen, wo Thalidomidpräparate nicht verwendet werden, die aber seit Jahren im lokalen „fall out“ von Atom- und Wasserstoffbomben durch Explosionen liegen. Erst vor wenigen Wochen (24. 7. 1963) ging auch eine Meldung aus Toronto durch die Presse, wonach in der kanadischen Provinz Alberta sich die Zahl der Mißgeburten zwischen 1959 und 1961 verdoppelt habe und sich zugleich ein direkter Zusammenhang zwischen der Zunahme der Mißgeburten und der Radioaktivität des Regenwassers hatte feststellen lassen: Analysen der Luftproben hätten ergeben, daß radioaktive Staubwolken langsam aus großen Höhen herabsinken und

die Niederschläge zunehmend verseuchen. In Bayern machte unser Innenministerium seinerzeit die ganze Frage zum Gegenstand einer Besprechung von Fachexperten. Es ergab sich nach den beim Ministerium vorliegenden Meldungen über „Sterbefälle an angeborenen Mißbildungen ohne Totgeburten“ (Tab.) — andere Daten waren nicht verfügbar — zwar im großen Zug eine langsam fortschreitende Zunahme solcher Todesfälle seit 1935 von etwa 4 auf etwas über 5 pro Tausend, jedoch kein erkennbarer Zusammenhang dieser Zunahme mit den Atombombenversuchen. Dieses Ergebnis konnte ich dann in einer Diskussionsbemerkung auf dem Anthropologentag in Kiel (1958) auch schon bekanntgeben.

Sehr viel deutlicher war dagegen die Zunahme der Sterbefälle an Leukämien und Aleukämien in Bayern seit 1935 auf nahezu das Doppelte (von um 3 auf 100 000 bis inzwischen nahezu 6 auf 100 000) (Tab.). Der Röntgenologe verwies dazu auf die seither verbesserte Diagnostik, während aus dem Kreis der übrigen Anwesenden auf die Parallele zur Wirkung der Atombombenabwürfe in Japan und auf die mögliche Auswirkung der seit der Jahrhundertwende immer mehr zunehmenden (und oft durchaus überflüssigen) Röntgenuntersuchungen verwiesen wurde. Dank der Erhebungen, die auf diese Weise seit 1958 zur Mißbildungsfrage durchgeführt werden konnten, überblicken wir heute aus den vier Jahrgängen von 1959 bis 1962 insgesamt 6171 Mißbildungen an 4690 Fällen, ein insofern einzigartiges und gerade heute besonders interessant gewordenes Material, als in diese Jahre der Anstieg und das Abebben der Mißbildungswelle fällt, die den Thalidomidpräparaten zugeschrieben wird. Die nachfolgende Darstellung wird Ergebnisse auch aus diesen Erhebungen in ihre Ausführungen mit einbeziehen.

In Bayern besteht im Gegensatz zu anderen Ländern der Bundesrepublik für die Hebammen noch eine Meldepflicht für Mißbildungen. Dieser Umstand war für unsere Untersuchung günstig. Um mit Hilfe dieser Meldepflicht die Zusammenhänge der verschiedenen Mißbildungen genauer zu erfassen, wurde im Einvernehmen mit der zuständigen Abteilung des Innenministeriums ein Fragebogen ausgearbeitet, den seither die Hebammen, unter Aufsicht des zuständigen Amtsarztes, auszufüllen haben und den sie dann an das Innenministerium einschicken, das ihn nach einer ersten Registrierung an uns weitergibt. Auch dem Innenministerium und seinen Mitarbeitern möchte ich hier für diese Unterstützung danken.

Trotz der Meldepflicht der Hebammen geben unsere Untersuchungen allerdings kein vollständiges Bild über das Vorkommen von Mißbildungen in Bayern: Die in den Gebärkliniken geborenen Mißbildungen werden dadurch nämlich nicht erfaßt, da diese Kliniken nicht melden. Auf unser persönliches Anschreiben hin haben wir zwar von Anfang an von einigen, im letzten Jahr von mehr solchen Kliniken Meldungen bekommen; die meisten zuständigen Kliniken konnten jedoch infolge ihres chronischen Personalmangels unserer Bitte um Auskunft nicht entsprechen. Das schränkt die Vollständigkeit unserer Befunde ein, eine Ungenauigkeit, die absolut genommen sehr beträchtlich sein kann, deren Bedeutung für die vorliegende Untersuchung jedoch im Vergleich der verschiedenen Jahre dadurch unwesentlich wird, daß in diesen Jahren ja immer der gleiche Kreis von Hebammen gemeldet hat. Der Ablauf der Häufigkeitsreihen ist damit im Prinzip jedenfalls zu erfassen.

Den Vergleich der verschiedenen Regierungsbezirke Bayerns für ihre Häufigkeit an mißgebildeten Kindern macht dieser Mangel allerdings illusorisch. Dieser Vergleich (Tabelle) erlaubt nur einen Schluß hinsichtlich

Zahl der von den Hebammen gemeldeten mißgebildeten Kinder in % der Gesamtzahl der Lebend- und Totgeborenen in den einzelnen Regierungsbezirken

	1959	1960	1961	1962	Prozent- zahl der Anstalts- geburten 1962
Oberbayern	0,23	0,33	0,31	0,40	86,5
Niederbayern	0,51	0,50	0,65	0,53	63,4
Oberpfalz	0,66	0,64	0,63	0,82	54,2
Oberfranken	0,52	0,43	0,44	0,55	60,4
Mittelfranken	0,60	0,49	0,65	0,63	70,8
Unterfranken	0,50	0,40	0,57	0,40	64,1
Schwaben	0,44	0,52	0,51	0,50	77,9
Bayern insgesamt	0,46	0,45	0,50	0,50	71,4

des allgemeinen Trends der Mißbildungshäufigkeiten in den verschiedenen Jahren, und auch dies nur mit Vorbehalten, nicht hinsichtlich des Häufigkeitsvorkommens in den verschiedenen Regierungsbezirken. Für dieses werden sie offenbar weitestgehend durch die Häufigkeit der dort noch frei praktizierenden (und damit meldenden) Hebammen bestimmt. In Bayern waren 1958 53,8%, 1962 71,4% und in den Großstädten 93,7 der Geburten Klinikgeburten; die Zahlen von 1962 in dieser Hinsicht für die einzelnen Regierungsbezirke sind neben der Tabelle angegeben. Vergleicht man diese Zahlenreihe mit derjenigen der Mißgeburten von 1962, so fällt Mittelfranken durch die zu hohe, Unterfranken durch die zu niedrige Mißbildungsrate auf. Für die übrigen Bezirke stimmt die Reihenfolge überein. Die damit gegebenen Überlegungen erklären auch die Tatsache, daß der Geburtsort für die hier untersuchten mißgebildeten Kinder nur in 10,6% die Großstadt (mit mehr als 100 000 Einwohner) ist, in 17,4% die Stadt (10 000—100 000 Einwohner), und daß 72% aus Orten mit weniger als 10 000 Einwohnern stammen.

Dies sind die allgemeinen Unterlagen, auf Grund derer nun im speziellen zur Frage der embryonalen Mißbildungen (einschließlich Thalidomidschäden) Stellung genommen werden soll. Dazu ist zunächst kurz auf einige Mißbildungen zu verweisen, für welche die Tatsachen einer Chromosomenaberration (Genopathie) geklärt ist, wenn auch noch nicht die Ursache, die zu dieser Genopathie führt. Auch bei dem Morbus L a n g -

Todesfälle an angeborenen Mißbildungen und Geburten in Bayern

Jahr	Sterbefälle angeborener Mißbildungen ohne Totgeburten		Lebend- geborene	
	Gesamt- zahl	auf 1000 Lebend- geborene	Gesamt- zahl	auf 1000 der Be- völkerung
1935	613	3,96	154 890	19,9
1936	617	3,90	154 402	20,2
1937	816	3,91	157 405	19,9
1938	672	3,99	148 046	21,3
1939	754	4,21	179 129	22,2
1946	732	4,68	136 302	18,6
1947	748	4,40	169 829	18,5
1948	709	4,36	162 571	17,5
1949	705	4,51	158 253	16,7
1950	658	4,34	151 752	16,6
1951	739	5,02	147 127	16,1
1952	653	4,44	146 991	16,0
1953	685	4,77	143 618	15,7
1954	699	4,83	144 783	15,8
1955	755	5,20	145 122	15,8
1956	783	5,12	152 876	16,8
1957	786	4,95	158 839	17,3
1958	853	5,30	161 443	17,5
1959	867	5,2	168 150	18,0
1960	791	4,6	171 665	18,2
1961	914	5,1	180 000	18,9

don-Down, d. i. der sogenannte Mongolismus, handelt es sich um eine Genopathie. Hier haben wir jedoch bereits gewisse Anhaltspunkte für die Verursachung der Chromosomenaberration, wenn auch noch nicht volle Klarheit; so leitet der Mongolismus dann über zu den exogen verursachten Mißbildungen. Bei diesen Mißbildungen handelt es sich um Phänokopien oder um neuauftretende besondere Erscheinungen. Auch die Thalidomidschäden gehören zu ihnen. Sie stehen augenblicklich im Mittelpunkt der Diskussion und bilden den Gegenstand weiterer, auch für die Praxis bedeutsamer Forschungen, da sich hier durch eine Klärung der Mißbildungsursachen die Möglichkeit ergibt, weiteren Mißbildungen vorzubeugen.

Sterbefälle in Bayern an Leukämie und Aleukämie (Alter von . . . bis unter . . .)

Jahr	Gesamtzahl	0—5	5—10	10—15	15—20	0—20	20 u. mehr
1935	259 (3,3)	15	7	7	7	36	223
1936	230 (2,9)	16	7	11	7	41	189
1937	273 (3,5)	11	5	5	11	32	241
1938	250 (3,1)	14	10	10	11	45	205
1939	285 (3,5)	22 (3,0)	9 (1,5)	6 (0,9)	12 (1,6)	49 (1,8)	236 (4,3)
1946	229 (2,7)	21 (3,3)	16 (1,9)	6 (0,8)	11 (1,6)	54 (1,9)	175 (3,0)
1947	220 (2,4)	18	12	11	4	45	175
1948	257 (2,7)	16	20	9	9	54	203
1949	293 (3,1)	20	21	17	16	74	219
1950	309 (3,4)	27 (4,0)	6 (0,9)	21 (2,5)	18 (2,7)	72 (2,5)	237 (3,8)
1951	361 (3,9)	18	21	9	14	54	307
1952	415 (4,5)	39 (5,6)	20 (3,2)	19 (2,3)	12 (1,7)	90 (3,1)	325 (5,1)
1953	444 (4,8)	32 (4,7)	23 (3,7)	6 (0,8)	14 (1,8)	75 (2,6)	369 (5,9)
1954	441 (4,8)	30 (4,4)	22 (3,5)	13 (1,8)	14 (1,8)	79 (2,8)	362 (5,7)
1955	465 (5,1)	35 (5,1)	19 (2,9)	12 (1,9)	19 (2,3)	85 (3,0)	380 (8,0)
1956	473 (5,2)	31	19	9	14	73	400
1957	504 (5,5)						
1958	498 (5,4)						
1959	512 (5,5)						
1960	559 (5,8)						
1961	582 (5,9)						

Anmerkung: Gesamtzahl: Klammerzahl = auf 100 000 der Bevölkerung
Übrige Klammerzahlen = auf 100 000 der jeweiligen Altersgruppen

Unter den Genopathien sind heute eine Reihe von Aberrationen im Geschlechtschromosomenpaar und ebenso in anderen Chromosomenpaaren geklärt. Es handelt sich dabei um sehr massive Chromosomenänderungen. Über sie hinaus gibt es zweifellos noch eine Reihe weniger tiefgreifender Erkrankungen, die durch Veränderung einzelner Chromosomenteilstücke oder gar nur eines einzigen Genlocus bedingt sind. So sei an die Brachydaktylie erinnert, die erste Mißbildung und das erste menschliche Merkmal überhaupt, für das (durch Farabee 1905) die Gültigkeit der Mendelschen Regel auch in der Humangenetik nachgewiesen wurde. Diese Abartungen sind einstweilen in ihrem Chromosomenbild noch nicht exakt faßbar, sondern nur durch ihren Erbgang.

Unter den Chromosomenaberrationen im Geschlechtschromosomenpaar sind das Turner-Syndrom und das Klinefelter-Syndrom heute die häufigst genannten. Auch von einem „Superfemale“-Typus (Jacobs) wird gesprochen.

Das Turner-Syndrom wird gekennzeichnet durch einen sexogenen Minderwuchs im weiblichen Geschlecht, mit Infantilismus und Agenesie oder Hypogenesie der Ovarien, weshalb auch von einer „Gonadendysgenesie“ (Grumbach) gesprochen wird. Daneben bestehen symmetrische Beckengürteldysplasien, Cubitus valgus, Anomalien der Kniescheibe und Dysplasien der Extremitäten, Breithals mit einem Pterygium colli, tiefer Haaransatz im Nacken, Anomalien der Irispigmentierung, Hyperostosis u. a. Die Chromosomenanalyse hat das Fehlen eines X- bzw. Y-Chromosoms im Geschlechtschromosomenpaar gezeigt; die Geschlechtschromosomenformel lautet einfach X.

Das phänotypisch männliche Klinefelter-Syndrom ist gekennzeichnet durch unter- oder normalentwickelte Geschlechtsmerkmale bei kleinen Hoden, die als mißglückte Eierstocksanlage aufgefaßt werden, aber induktionsmäßig als Hoden wirken. Häufig tritt Gynäkomastie auf. Bei diesem Syndrom sind 2 X-Chromosomen und 1 Y-Chromosom gefunden, die Geschlechtschromosomenformel ist demnach XXY.

Der „Super-female“-Typus, auch Triplo-X-Frauen genannt, wurde bei Frauen mit hypoplastischen Mammæ, infantilem äußeren Genitale, reduzierten Ovarien, hoher Gonadotropinausscheidung im Urin und monophasischer Basaltemperatur beobachtet. Es fanden sich 3 X-Geschlechtschromosomen, d. h. die Geschlechtschromosomenformel lautet XXX.

Eine XXXXY-Form wird einstweilen als Variante des Klinefelter-Syndroms betrachtet. Auch Frauen mit einem defekten X-Chromosom scheinen vorzukommen, ebenso wie solche mit XY bei weiblichen Phänotypen, für die von einem „Syndrom der testikulären Feminisierung“ gesprochen wird. Schließlich wurde auch ein fruchtbarer XYY-Mann neuestens beobachtet.

Das Durchschnittsalter der Mütter hlerhergehöriger Fälle scheint nicht erhöht zu sein. Auch bei den uns als „Hermaphroditismus“ gemeldeten Mißbildungen entsprach es mit 26,0 Jahren etwa der Norm.

Weitere Chromosomenaberrationen sind für verschiedene Autosomenpaare bekannt.

So wird ein „Trisomie-13-15-Syndrom“ (D₁-Trisomie) gekennzeichnet durch cerebrale Defekte, Anophthalmie oder Mikrophthalmie, Gaumenspalte, Hasenscharte,

Capillarhämangiom, Herzdefekte, Polydaktylie, Dyschondroostosis, Wirbelsäulendeformitäten (einschließlich Spina bifida) und Arrhinencephalie.

Ein „Trisomie-16-18-Syndrom“ (E-Trisomie) zeigt sich in mangelhafter körperlicher und geistiger Entwicklung. Die Kinder werden schon klein geboren, mit kurzem, kleinem Sternum, kleinem Becken, kleinem Unterkiefer, tiefsitzenden, mißgestalteten Ohren, mäßiger Hypertonie der Muskulatur, Flexion der Finger (der Zeigefinger liegt gekrümmt über dem 3. Finger), Dorsalflexion der großen Zehe, Vierfingerfurche, Epikanthus medialis (beide wie beim Mongolismus!), Gaumen-Lippen-Kiefer-Spalte, Pterygium colli (wie beim Turner-Syndrom!), Katarakt und Syndaktylie. Auch Mißbildungen des Herzens und der großen Gefäße (Septumdefekt, offener Ductus Botalli), der Niere und ableitenden Harnwege sowie Ohrmuscheldysplasien werden als charakteristisch bezeichnet. Kinder mit diesem Syndrom können bei der Geburt leben, sie leben aber meist nur wenige Monate. Für ihre Mütter und Väter wird, ähnlich dem Mongolismus, ein erhöhtes Alter angegeben. Wie für das 13-15- sind auch für das 16-18-Syndrom Ansätze vorhanden, genauer nach den jetzt zusammengefaßten Chromosomen zu differenzieren; hierzu liegt für zuverlässige Angaben einstweilen noch zu wenig Material vor.

Wieweit hierher das altbekannte Syndrom Pierre Robin gehört, ist noch nicht geklärt. Es handelt sich dabei um eine besonders breite Form der Gaumenspalte mit stark zurücktretendem hypoplastischem Unterkiefer (Mikrognathie) und Rückverlagerung der Zunge in den Nasen-Rachen-Raum. Das Syndrom kann mit weiteren Entwicklungsstörungen, z. B. angeborenen Herzfehlern, einhergehen. In unserem Material findet sich ein Pierre-Robin-Syndrom, verbunden mit dem Dysmelie-Syndrom.

Das Interessanteste, weil bisher am häufigsten beobachtete und am weitesten geklärte Syndrom in dieser Gruppe ist das Trisomie-21-Syndrom, der als Mongolismus bezeichnete Morbus Langdon-Down. Der Morbus Langdon-Down kam zu seiner Bezeichnung als Mongolismus wegen gewisser Ähnlichkeiten mit mongoloiden Eigentümlichkeiten, so seiner brachykephalen Kopfform, Schrägstellung der meist engen, schlitzförmigen Lidspalten, die von außen oben nach unten innen konvergieren, mit einem fast immer deutlich ausgeprägten Epikanthus („mongoloide“ im Unterschied von der typischen „Mongolen“-Falte), eingesenkener, verbreiteter Nasenwurzel über einer flachen kleinen Nase bei häufig auftretender Protrusio bulbi. Andere Eigentümlichkeiten sind daneben ein Schwachsinn mittleren bis schweren Grades bei einer Hypoplasie auch des Kleinhirns, der Brücke und der Medulla, kurze, plumpe Extremitäten, die sogenannte Vierfingerfurche, eine fast immer quergeformte Zunge, Spina bifida, Ohrmißbildungen, Zahnstellungsanomalien, Kryptorchismus usw.

Das Interessante und Weiterweisende an Trisomie 21 ist, daß hier nähere Angaben über Zusammenhänge ihrer Entstehung in erster Linie mit dem Alter der Mutter, d. h. mit Umwelteinflüssen, gemacht werden können. Das überzählige Chromosom 21 kommt vorwiegend bei älteren Müttern in die Keimzelle, die dann nach der Befruchtung durch eine normale Samenzelle zur Trisomie 21 führt. So gibt Kalb (1957) das Durchschnittsalter der Mütter für die von ihm untersuchte große Gruppe mongoloider Kinder auf 34,9 Jahre an

(gegenüber 28,4 Jahren bei gesunden Kindern), dasjenige der Mütter mongoloider Erstkinder mit 30,7 Jahren, d. i. 5,22 Jahre mehr als das Durchschnittsalter der Mütter von 25,5 Jahren bei gesunden ersten Kindern. Auch in unserem Material (Abb. 1) liegt das Alter der Mütter mongoloider Kinder am häufigsten zwischen 35 und 39 Jahren, bei freilich einer Zweigipfligkeit der Häufigkeitskurve, deren Ursache noch geklärt werden muß. Dabei haben sich männliche wie weibliche Trisomie-21-Individuen als fruchtbar erwiesen; ein einmal aufgetretener Mongolismus ist also erblich. Zur Frage, welche Krankheits- oder Alterserscheinungen im besonderen bei den Müttern mongoloider Kinder vorliegen und die Chromosomenaberration in ihren Keimzellen veranlassen, ist eine Reihe von Untersuchungen durchgeführt worden, welche die verschiedensten Abartungen erbrachten, so chronische Infekte, latente Tetanie, Schilddrüsenstörungen, gynäkologische Erkrankungen, Gallenblasenleiden, Herz- und Nierenleiden, Asthma, auch Abtreibungsversuche, Abort bzw. Curretagen oder Empfängnis unmittelbar nach Partus, Blutungen in der Frühschwangerschaft, Rh-Inkompatibilitäten und abnorme Befunde an der Placenta. Sichere Aussagen sind hier schwer zu machen, da Vergleichsbefunde für „Gesunde“ fehlen. Man wird hier ganz allgemein wohl zunächst von einer Keimplasmaschädigung der Eier sprechen, die bei der Reifeteilung die Grundlage zur Trisomie schafft; die Ursachen im einzelnen für diese Keimplasmaschädigung und ihr genaueres Wesen sind erst noch zu erforschen. Ebenso muß auch die Rolle der Väter bei den verschiedenen Chromosomenaberrationen noch genauer untersucht werden.

Für die geschilderten Chromosomenaberrationen ist von Interesse, daß im Geschlechtschromosomenpaar das Y-Chromosom fehlen kann, ohne die Lebensfähigkeit des betreffenden Individuums einzuschränken. Das X-Chromosom dagegen ist offenbar lebensnotwendig, es fehlt in keinem der bisher beobachteten Fälle. Auch im Tierexperiment (Mäuse) scheinen YO-Individuen nicht lebensfähig zu sein, während XO-Individuen es sind (Cattenach 1962). Das spricht für die besondere Bedeutung des X-Chromosoms im Gesamtsatz der Chromosomen und die relative Bedeutungslosigkeit des Y-Chromosoms in dieser Beziehung, wenn es auch für die Bestimmung des männlichen Geschlechts offenbar notwendig zu sein scheint. Für die D₁-Trisomie, die E-Trisomie und den Mongolismus sind bisher Fälle mit einem Fehlen eines Chromosoms 13-15, 16-18 oder 21 ebensowenig beobachtet, wie ein Fehlen des X-Chromosoms, was für sie dieselbe Schlußfolgerung hinsichtlich der Bedeutung dieser Chromosomen wie für das X-Chromosom zuläßt.

Mit der Erörterung von äußeren Faktoren, die zu Chromosomenaberrationen und damit zu Mißbildungen durch Genopathien führen, wird übergeleitet zur Frage der Mißbildungen als Phänokopien oder überhaupt als äußere Schädigungen, die keine Genopathie kopieren. Die Bedeutung gerade dieser Frage für Forschung und Praxis wird erhellt durch die Schätzung Neels (1960), daß 10% aller angeborenen Anomalien durch Chromosomenaberrationen bedingt seien, 10% durch Virusinfektionen, 20% genetisch, d. i. durch entwicklungsstarre Gene, und 60% durch unbekannte exogene und endogene Faktoren. Hierzu liegen bisher nur verhältnismäßig wenig konkrete Angaben vor, und hier setzen die Mißbildungsforschungen ein, die augenblicklich im Gang sind. Sie bauen ebenfalls auf Erkenntnissen der

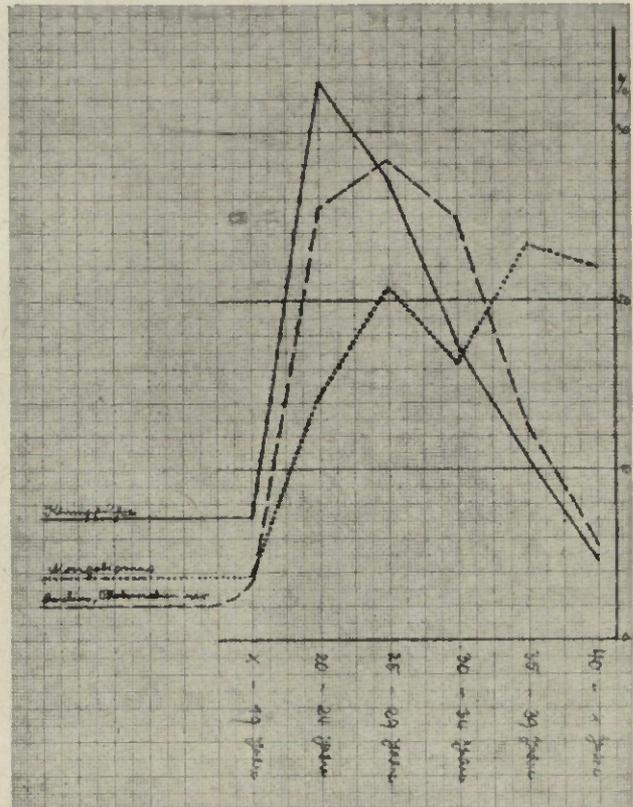


Abb. 1: Die Altersverteilung bei Müttern von Kindern mit Klumpfüßen, Extremitätenmißbildungen (Amelien, Phokomelien u. a.) und Mongolismus (Morbus Langdon-Down)

modernen Erblchkeitslehre auf, und zwar auf denen einer Phänogenetik.

Ist schon zum Begriff der Phänokopie gesagt worden, daß jede Entwicklung der Gene zu Phänen einer bestimmten Umwelt bedarf und sich mit ihr in Reaktion abspielt, so hat die Phänogenetik in diesem Zusammenhang zur Erklärung der Verschiedenheiten von Mißbildungen noch weitere Unterlagen gegeben.

Hier ist zunächst der „stufenweise Einsatz der Gene“ (Hädon) im Rahmen der Ganzheit des Organismus von Bedeutung. Er hat zur Folge, daß den verschiedenen Mißbildungen durch Außeneinflüsse im Gang der Entwicklungsgeschichte verschiedene Entstehungszeiten zukommen, je nach der „sensiblen Phase“, die mit der Verwirklichung der einzelnen Gene sich ergeben. Man kann bei Kenntnis der Entwicklungsgeschichte aus der Art der Mißbildungen geradezu ablesen, wann die in Betracht kommende Schädigung eingewirkt haben muß, und man kann umgekehrt die zu erwartende Schädigung voraussagen, wenn man weiß, wann eine Schädigung eingewirkt hat. Eine solche Voraussage wird allerdings kompliziert durch die Tatsache, die ebenfalls für eine Reihe von Fällen schon geklärt ist, nämlich daß es nicht nur eine Phasenspezifität, sondern auch eine Noxenspezifität für die Entstehung von Mißbildungen gibt. Nicht alle Mißbildungen gleicher Art entstehen aus gleicher Ursache, und gleiche Ursachen können auch verschiedene Arten von Mißbildungen machen; die einzelnen Schäden zeigen neben allgemeinen Wirkungen offensichtlich spezifische Affinitäten und die einzelnen Geneentwicklungen spezifische Sensibilitäten, so daß für bestimmte Einwirkungen vielfach nur ganz bestimmte Mißbildungen die Folge sind.

Weiter hat sich gezeigt und zeigt sich auch immer wieder, daß der Begriff der Umwelt für die Erbanlagen keineswegs nur in äußeren Faktoren liegt, die an den Organismus oder an die Zellen herangetragen werden, sondern ebenso in der Zelle selbst mit den anderen Erbfaktoren und Chromosomen. Es ist ein Problem, inwieweit bestimmte Chromosomen bei den verschiedenen Trisomien spezifisch wirken und es hat durchaus den Anschein, daß hier neben spezifischen Einflüssen auch unspezifische Folgen im Spiel sind, etwa in den Herzfehlern oder anderen Störungen, die doch bei den verschiedensten Syndromen immer gleich auftreten; ich habe auf diese Verhältnisse schon bei einer früheren Besprechung des Mongolismus (1960) verwiesen.

Schließlich kommt auch die Plastizität sehr vieler Entwicklungsgänge nunmehr ins Spiel, d. h. die Tatsache, daß nicht alle durch Erbanlagen bedingten individuellen Entwicklungsgänge umweitstarr von ihrem Anfang beim Gen bis zu ihrem Ende im Phän ablaufen, sondern, daß sehr viele dieser Entwicklungsgänge plastisch und in bestimmten Grenzen unterschiedlich ausprägnbar sind, wobei es zu einem Zusammenspiel der verschiedenen Faktoren mit verstärkenden aber auch ausgleichenden Effekten und damit zu Komplikationen kommen kann. Auch bleiben immer in der Entwicklung in einem „Kryptotypus“ Gene zunächst ungeweckt liegen, die durch besondere Verhältnisse dann zum Einsatz kommen und das endgültige phänotypische Bild verändern können.

Was die Entstehung von Mißbildungen als Phänekopien oder durch besondere Außeneinflüsse im einzelnen betrifft, so wurde auf die Ernährungsmängel, wie sie im KZ und unter den Kriegsbedingungen zuletzt bestanden, bereits verwiesen. Nach den experimentellen Befunden muß es sich dabei vor allem um Mängel im Eiweiß- und Vitaminhaushalt gehandelt haben. Im Tierexperiment ist auch gelungen, bestimmte Mißbildungen mit ganz bestimmten Ernährungs-, speziell Vitamin-Mängeln in Zusammenhang zu bringen (Tabelle). Die einzelnen Vitamine wirken dabei weitgehend spezifisch; für das Vitamin A liegen nicht nur Folgen einer Hypo-, sondern auch solche einer Hypervitaminose klar, ebenso wie für das Vitamin B und D. Weitgehend unspezifisch wirkt unter den Ernährungsfaktoren der Mangel an Sauerstoff und auch an Glukose. Mißbildungen als Folgen einer schweren Hyperemesis sind wohl unter die Ernährungsschäden einzureihen.

Daß bei Dys- und Hyperthyreose, auch Diabetes der Mutter, gehäuft Mißbildungen vorkommen, ist schon länger bekannt. Von einer „Embryopathia dys-hormonosa“ wurde in dieser Hinsicht gesprochen. Auch Schäden bei einer entsprechenden Hormonbehandlung der Mutter sind hierher zu rechnen.

Weiter wurde im Jahre 1919 (von Aschenheim) eine röntgeno- bzw. aktinogene Embryopathia beschrieben und durch Mikrocephalie, Dysodontie, Katarakt und Kolobom sowie lokale und allgemeine Wachstumshemmungen gekennzeichnet. Die Symptomatik dieser Embryopathie ist seither weiter differenziert worden, je nach dem Zeitpunkt, zu dem die Röntgenbestrahlung eingewirkt hat.

Sehr klar waren auch, nachdem sie einmal erkannt waren, die Zusammenhänge der sogenannten Röteln-embryopathie, die Gregg 1941 beschrieb und die

Störung des Keimes in der organogenetischen Periode (geraffte Zusammenstellung)

Störendes Agens	Lokalisation der Mißbildung			
	Z.N.S.	Auge	Kiefer	Gliedmaßen
Mangel an Vit. A	+	+++	+	+
B ₁	+	+	—	—
B	—	—	+++	+++
Pantothien	++	++	—	—
B ₆	—	—	—	—
B ₁₂	++	—	—	—
Folsäure	+	+	+	+
E	—	++	Unfruchtbarkeit	
B ₂ B ₁₂	++	++	+++	+++
Mangel an O₂	+++	+++	+++	+++
Glukose	+++	+++	+++	+++
Fieber	+++	+++	+++	+++

(nach Bayer)

deshalb auch als „Gregg-Syndrom“ bezeichnet wird. Das Syndrom betrifft vorwiegend Organe epithelialer Herkunft (Linsen, Ohrbläschen, Schmelzorgan der Zähne), seine Hauptkennzeichen sind Mikrophthalmie, Katarakt, Pseudoretinitis pigmentosa, Innenohrschwerhörigkeit, leichte Mikrocephalie, aber auch Hydrocephalus. Doch werden auch eine Persistenz des Ductus Botalli oder Fehlen des Kammerseptums, Spina bifida und Hypospadie dabei beobachtet. Die Störungen sind um so ausgedehnter und schwerer, je früher im Stadium der embryonalen Organogenese die Virusinfektion eintritt. Andere Virus- und auch Bakterieninfektionen können ähnliches bewirken, wobei unter Umständen zu der spezifischen Infektwirkung eine unspezifische Fieber- und Sauerstoffmangelwirkung hinzukommt und dadurch das Bild kompliziert wird.

Schließlich wird einer Reihe von therapeutischen Einwirkungen bzw. Heilmitteln eine teratogene Wirkung zugeschrieben, wobei wesentlich ist, daß für den Embryo teratogene Substanzen nicht für die Mutter toxisch zu sein brauchen. In Ergänzung einer Tabelle von Thalhhammer ergibt sich dazu, unter Einbeziehung schon genannter Stoffe, vorwiegend nach Tierversuchen die folgende Zusammenstellung:

- Preloban
- Cortison (?)
- Desoxycorticosteron
- Östrogen
- Androgen
- Insulin (?)
- Sulfonamide (in toxischer Dosis)
- Antidiabetica vom Sulfonamid- und Bignamidcharakter (Carbudamid, BZ 55 im Tierexperiment stark, Tolbutamid, D 860, gering teratogen)
- Abortiva (wie Aminopterin = 4-Amino-Pteroyl-Glutaminsäure, Chinin u. a.)
- Drastica (so Podophyllin)
- Phenmetrazin (Preludin)
- Barbitursäure (hohe Dosen)
- Brom (hohe Dosen)
- Thalidomid (auch in minimalen Dosen)
- Strontium, Trypanblauinjektionen
- Kohlenmonoxyd, auch Koffein (in maximalen Dosen) und Codein
- Ultraschall.

Als neuestes Mittel, das in dieser Hinsicht zur Diskussion steht, zeigt sich in dieser Reihe das Thalidomid mit seinen Präparaten. Nach der chemischen Formel handelt es sich um N-Phthalyl-Glutaminsäureimid.

Das Thalidomid kam ab 1957 auf den Markt und wurde dort teils unter verschiedenen Namen, teils in Kombination mit anderen Substanzen vertrieben. So sind zu nennen das Contergan, K 17 (Kodenummer), Algosediv, Grippex bzw. Polygripan, Isomin (in Japan), Neurosedyn (in Schweden), Sedalis (in Brasilien), Softenon (in Portugal, auch in der Schweiz und Österreich), Kevadon (in den USA und Kanada), in Großbritannien und der Commonwealth Distaval, Talimol u. a., dann Talargan, Peracon expectorans usw. Das Präparat schlug so ein, daß es bis zu seiner Zurücknahme aus dem Handel den höchsten Marktanteil aller Schlafmittel, nämlich 20%, erreicht hatte (Abb. 2). Im Mai 1961 hatte ein Artikel in „Die Medizinische Welt“ auf gewisse, als Neuritiden gedeutete Conterganschäden an Erwachsenen aufmerksam gemacht („Thalidomidneuropathie“), worauf der Conterganverbrauch zurückzugehen begann. Als dann W. Lenz die Häufung von Mißbildungen, die 1961 auffällig wurde, dem Contergan zuschrieb, wurde es am 25. 11. 1961 aus dem Handel gezogen. Ähnlich wie Lenz hatte MeBride auf die mutmaßliche Rolle des Contergans hingewiesen.

Die später sogenannten Thalidomid-Embryopathien wurden zunächst von Wiedemann (1961) ohne Bezugnahme auf eine bestimmte Verursachung als „Dysmeliesyndrom“ beschrieben. Das Syndrom war gekennzeichnet an der oberen Extremität von einer Triphalangie des Daumens über Hypo- bzw. Agenesie dieses Fingers und zugehöriger Strahlabschnitte, Radiushypo- oder Aplasie, atypische Phokomelie bis zur Amelie. Als relativ typische „Begleitfehlbildungen“ wurden ins „komplette Dysmeliesyndrom“ noch Ohrdysplasien, Duodenal- und Gallenblasenabnormitäten und ein teleangiektatisches „Schnurrbarthämangiom“ gerechnet. W. Lenz, der dann das Dysmeliesyndrom auf die Wirkung von Thalidomidpräparaten zurückführte, glaubte, je nach den sensiblen Phasen der Gene, in der Entwicklung einen unterschiedlichen Thalidomideffekt unterscheiden zu können: Thalidomideinnahmen am 35. und 36. Tag nach der letzten Regel, gelegentlich noch bis zum 38. Tag führe zu Anotie mit Facialislähmung und Schädigung der Augenmuskelkerne. Zwischen dem 38. und 46. Tag entstehen leichtere Ohrmißbildungen.

Die seltene Verdoppelung des Daumens ist wohl auch vor den 38. Tag zu datieren. Vollkommenes oder fast vollkommenes Fehlen der Arme werde nur beobachtet, wenn Thalidomid zwischen dem 39. und 44., meist am 40. Tag genommen wird. Vollkommenes Fehlen der Beine entspricht einer Einnahme des Mittels zwischen dem 41. und 44. Tag. Zwischen dem 39. und 45. Tag werden auch Herzfehler, Duodenalatriesie und Hüftluxationen verursacht. Um den 50. Tag kommt es dann immer noch zu dreigliedrigen Daumen oder anderen leichten Daumenmißbildungen oder zu Rektumstenose; auch die Analatriesie ist gewöhnlich, jedoch anscheinend nicht immer, relativ spät zu datieren. Die Zahl derartiger Thalidomidfälle wurde für England auf 500 bis 1000, für Westdeutschland auf an die 3000 geschätzt. Auch für Italien wurde ab 1959 eine Zunahme entsprechender Erscheinungen, die es schon vorher dort gab, angenommen. Die Gesamtzahl der Kinder mit dem „Thalidomid-Syndrom“ auf der Erde wird auf 7000 geschätzt. Jedenfalls wurde die „Thalidomid-Embryopathie“ durch die Pressesensation, die aus ihr

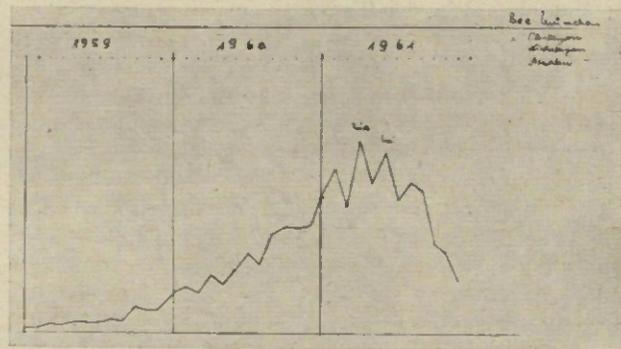


Abb. 2: Der Absatz von Contergan im Bezirk München (Oberbayern, Niederbayern, Schwaben) für die Jahre 1959—1961 (nach Mitteilung der Firma Grünenthal)

gemacht wurde, derart aktuell, daß einschlägige Fälle sogar aus Ländern gemeldet wurden, in denen Thalidomid nie im Handel gewesen war, ein Tatbestand, der neben anderen Unstimmigkeiten zu Zweifeln an der Thalidomidgenese nicht nur für einige, sondern für alle hierhergerechneten Mißbildungen führte. Lenz mußte in seiner letzten Veröffentlichung (1963) solchen Zweifeln gegenüber immerhin zugestehen, daß die menschliche Erbliehtheitslehre derartige heute als „Thalidomid-Embryopathie“ bezeichnete Mißbildungen in der Panmyeolopathie nach Faneoni oder als dominant erbliche Radiusplasie schon seit längerer Zeit kennt. Bei der dominant erblichen Radiusaplasie zeigt sich eine erhebliche Variabilität in der Manifestation des Erbdefekts, die von einer Hypoplasie des Daumens bis zur doppelseitigen Phokomelie gehen kann. Die Faneonische Panmyeolopathie ist gekennzeichnet durch Radius- und Daumenaplasie, gelegentlich Hypoplasie oder Verdoppelung des Daumens, Mikropthalmie, Mißbildungen der Ohrmuscheln, Gehörgangsatresie, Facialislähmung, Augenmuskellähmung, Ösophagusatresie, Herzfehler, Nierenaplasie, Uterus bicornis, Duodenalatriesie oder Analatriesie und Hüftluxation, Eigentümlichkeiten, von denen Lenz nunmehr sagt: „Alle diese Mißbildungen kommen auch beim Thalidomid-Syndrom vor. Mißbildungen des Herzens und der Nieren treten auch gehäuft bei dem dominanten Radius-Aplasie-Phokomelie-Syndrom auf.“

Danach könnte die „Thalidomid-Embryopathie“ als eine Phänokopie dieser auch neben den Thalidomid-Mißbildungen vorkommenden Genopathien betrachtet werden.

Wie kritiklos sogar in der wissenschaftlichen Literatur die Thalidomid-Therapie für das Dysmelie-Syndrom aufgenommen wurde, mag die Gegenüberstellung einer Arbeit von Mellin-Katzenstein (1962) und von Weicker und Hungerland (1962) zeigen. Nach Mellin-Katzenstein sind Thalidomidschäden gemeldet aus Australien, Belgien, Brasilien, Kanada, Ostdeutschland, Ägypten, Großbritannien, Israel, Peru, Spanien, Schweden, der Schweiz, den USA und Westdeutschland. Weicker und Hungerland heben dagegen hervor, daß sich in Österreich, der Schweiz, Frankreich, den Niederlanden, Ost-Berlin, Spanien, Portugal, Italien, den USA, Kanada und auf den Philippinen keine derartige Mißbildungswelle wie in Deutschland abgespielt hat. Ich selbst kann dazu aus der Universitätsfrauenklinik in Jena (Prof. Möbius) eine freundliche Mitteilung von Oberarzt Dr. Stech anführen, wonach dort in den Jahren 1959 bis 1962 unter 8329 Entbindungen an 72 Mißbildungen lediglich ein Fall einer aplastischen Extremitäten-

mißbildung (Mikromelie, Gaumenspalte und Cysten- niere), dazu kein einziger Fall einer Ohrmißbildung beobachtet wurde.

Die Mißbildungserhebungen in Bayern erlauben zu den Differenzen, die damit um das Dymelie-Syndrom aufgetreten sind und die zu Zweifeln an der Thalidomid-Embryopathie geführt haben, eine Reihe von Feststellungen, die geeignet sind, die in vieler Hinsicht entartete Diskussion um angebliche Thalidomidschäden auf ein objektives Maß zurückzuführen. Ich bin mir dabei der Schwierigkeiten bewußt, die sich aus der Registrierung von Einzelmißbildungen ergeben angesichts der Tatsache, daß diese Einzelmißbildungen vielfach in Kombinationen als Syndrom vorkommen, und dabei zugleich in verschiedenen Syndromen. So zeigen sich etwa Ohrmißbildungen bei der E-Trisomie im 16-18-Syndrom und bei der Panmyelopathie nach *Fanconi*, desgleichen Extremitätenmißbildungen bei dem letzteren Syndrom und der erblichen Radius-aplasie ebenso wie bei der Thalidomid-Embryopathie, um dazu nur die beiden Mißbildungsarten zu nennen, die nachfolgend hauptsächlich weiter analysiert sind. Trotzdem erlauben unsere Erhebungen mit Sicherheit mindestens folgende Schlüsse:

1. Die Gesamtzahl der Mißbildungen hat in Bayern während der kritischen Jahre von 1959 bis 1962 kaum zugenommen. Sie schwankt zwar von 1959 bis 1962 etwas (Tabelle), sie tat das ebenso aber auch schon früher (rechts oben stehende Tabelle).

	Zahl der Mißbildungen	Zahl der Fälle	Zahl der Mehrfach-Miße- bildungen
1959	1644	1352	292
1960	1358	1072	286
1961	1506	1118	388
1962	1663	1148	515

1961 ist die Zahl der Einzelmißbildungen und diejenige der Fälle keinesfalls höher als 1959; 1962 kommt die Mißbildungszahl derjenigen von 1959 etwa gleich, die Zahl der Fälle bleibt geringer. Nur die Zahl der Fälle mit Mehrfachmißbildungen hat bis 1962 im ganzen anscheinend zugenommen.

Für die Zunahme der Mehrfachmißbildungen bei unserer Erhebung ist angesichts der Art, wie für sie die Zahlen gewonnen wurden, zu vermuten, daß es zu der auffälligen Vermehrung 1962 dadurch gekommen ist, daß angesichts der Publizität der Mißbildungsfrage und auch deshalb, weil etwas mehr Kliniken als früher Mißbildungen melden, die Meldungen nun genauer sind als früher. Dieser Umstand kann jedoch die gezogenen Schlußfolgerungen nicht weiter beeinflussen.

2. Unter den in Bayern am häufigsten beobachteten Mißbildungen (Tab.) haben die Extremitätenmißbildungen (26), unter denen bei unserer Erhebung Amelien, Peromelien, Phokomelien, Mikromelien und Adaktylien zusammengefaßt wurden, ebenso wie Entwicklungsstörungen des Ohres (8) von 1959 bis 1961 zunächst eine auffällige und sehr starke Zunahme, beide dann im Jahr 1962 wieder einen

Die Mißbildungen 1959 bis 1962 nach der Häufigkeit ihres Auftretens geordnet

(Nur diejenigen Mißbildungen sind berücksichtigt, für die mehr als 100 Beobachtungen vorliegen)

	Gesamt	1959	1960	1961	1962
(22) Klumpfüße, -hände, Knick-, Hacken-Füße u. dgl.	1001	246	234	291	230
(4) Gesichtsspalten (Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten)	831	219	205	182	225
(26) Amelie, Peromelie, Mikromelie, Adaktylie usw. (dabei Peromelien)	748 (47)	88 (10)	128 (13)	315 (13)	215 (11)
(16) Dorsale Spaltenbildungen (Spina bifida aperta, Rachischisis)	563	178	118	124	143
(3) Hydrocephalus	404	113	95	97	99
(1) Anencephalus	296	99	77	54	66
(23) Polydaktylie	250	94	43	54	59
(21) Herz- und Gefäßmißbildungen	237	84	59	28	66
(8) Entwicklungsstörungen des Ohres	177	27	33	61	56
(45) Morbus LANGDON-DOWN (Mongolismus)	187	60	41	37	49
(35) Extrophia vesicae, Epispadie, Hypospadie, Atresie der Harnröhre, Phimose	178	71	44	27	38
(15) Ventrale Spaltbildungen: Gastroschisis, Thorakoschisis, Nabelschnurbruch usw.	170	53	34	37	46
(30) Atresien und Stenosen des Verdauungstraktes, einschl. Analatresie	159	32	41	34	52
(25) Syndaktylie	128	41	30	33	24
Übrige	844	239	176	132	297
	6171	1644	1358	1506	1663

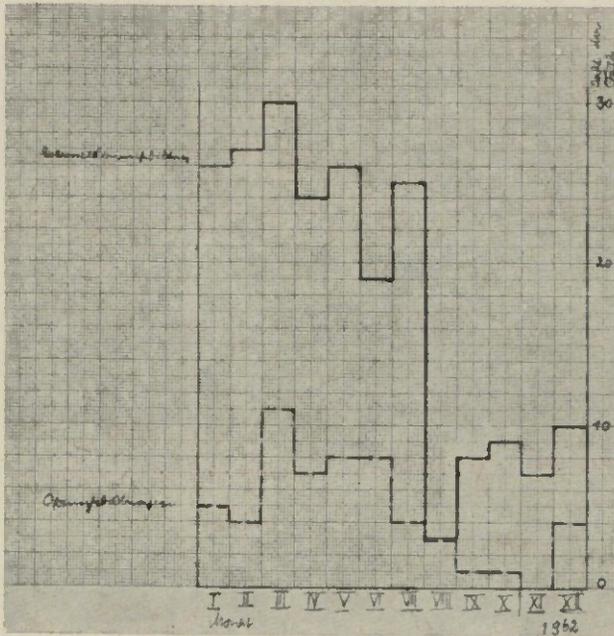


Abb. 3: Die Häufigkeit von Extremitätenmißbildungen (ohne Peromelien) und von Ohrmißbildungen im Laufe des Jahres 1962

leichten Rückgang erfahren. Die Zunahme war für die Extremitätenmißbildungen so stark, daß diese Mißbildungen in ihrer Häufigkeit 1961 sogar an die Spitze aller Mißbildungen in Bayern traten, während in den übrigen Jahren Klumpfüße und dergleichen (22) und Gesichtsspalten (4) die häufigsten Mißbildungen in Bayern waren. Eine genauere Analyse der Mißbildungen, die so von 1959 bis 1962 zugenommen haben, ergibt unter den Extremitätenmißbildungen (26) ein ungefähres Gleichbleiben der Zahlen für die Peromelien in diesen Jahren; die Peromelien können also für eine weitere Erörterung der Thalidomidfrage wohl ausscheiden. Weiter zeigt die Analyse des Jahres 1962, daß die Extremitätenmißbildungen (ohne Peromelien) und die Ohrmißbildungen mit dem August 1962 eindeutig und eklatant abgenommen haben (Abb. 3). Während nach den Zahlen der ersten 8 Monate in den letzten 5 Monaten des Jahres 1962 etwa 125 Extremitätenmißbildungen zu erwarten gewesen wären, waren es tatsächlich nur noch 37 und für die Ohrmißbildungen ist die betreffende Zahl 9 statt 35. Für die Zeit, nachdem die Thalidomid-Präparate aus dem Handel gezogen waren, war zu erwarten, daß nach 8 bis 9 Monaten keine Thalidomid-Embryopathien mehr auftreten würden. Dieser Erwartung entsprechen unsere Beobachtungen zur Hauptsache, ebenso wie die Zunahme der Extremitäten- und Ohrmißbildungen in den vorhergehenden Jahren und Monaten dem Verlauf der Thalidomid-Verkaufskurve für den Verkaufsbereich München (Oberbayern, Niederbayern, Schwaben) in etwa entsprechen. Wenn auch Sievers (1963) mit Recht darauf hinweist, daß durch die sensationellen Presseberichte seit November/Dezember 1961 nicht nur der Verbrauch von Thalidomid-Präparaten eingestellt wurde, sondern auch der Verbrauch anderer Medikamente zurückging, so dürfte der angegebene Kurvenverlauf für die Extremitäten- und Ohrmißbildungen in seiner Parallele zur Verkaufskurve des Contergans doch für die Verursachung der jetzt nicht mehr auftretenden

Extremitäten- und Ohrmißbildungen durch die Thalidomidpräparate sprechen. Dabei handelt es sich jedoch keineswegs um alle Extremitäten- und Ohrmißbildungen; nach dem August 1962 (und ebenso auch 1963) treten in Bayern Extremitäten- und Ohrmißbildungen ebenso häufig wie vor 1959 auf, und zwar als Amelien, Phokomelien, Mikromelien und Strahlenmißbildungen ebenso wie in den dazwischenliegenden Jahren als Thalidomid-Embryopathien. Auch aus anderen Ländern, in denen es kein Thalidomid gab, werden derartige Mißbildungen gemeldet. Die Gesamtzahl der Extremitäten- und Ohrmißbildungen aller Länder und Zeiten kann also keinesfalls dem Thalidomid zur Last gelegt werden.

3. Wenn die Extremitäten- und Ohrmißbildungen in den untersuchten Jahren zugenommen, die Gesamtzahl der Mißbildungen jedoch nicht zugenommen hat, dann müssen in diesen Jahren die übrigen Mißbildungsarten grundsätzlich abgenommen haben. Die Abnahme bei den übrigen Mißbildungsarten ist für keine Kategorie so eindeutig, daß gesagt werden könnte, nur bestimmte Kategorien von Mißbildungen hätten damit abgenommen. Immerhin muß jedoch auffallen, daß für die zusätzlichen Mißbildungen, die außer Extremitäten- und Ohrmißbildungen dem Thalidomid zugeschrieben werden, in den untersuchten Jahrgängen keine eindeutige Zunahme stattgefunden hat. Das spricht dafür, daß für diese zusätzlichen Mißbildungen das Thalidomid jedenfalls keine wesentliche Rolle spielt und daß in jedem Einzelfall strenge Kritik am Platz sein muß, wo eine derartige zusätzliche Mißbildung auf Thalidomid zurückgeführt werden soll. Derartige Mißbildungen sind auch vor und während der

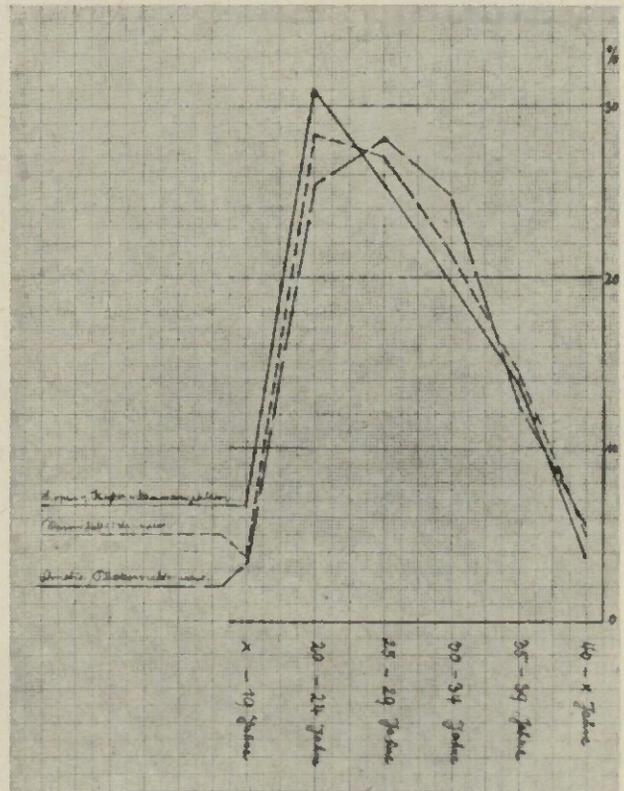


Abb. 4: Die Altersverteilung bei Müttern von Kindern mit Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten, Ohrmißbildungen und Extremitätenmißbildungen (Amelien, Phokomelien usw.)

Thalidomid-Aera ohne Thalidomid-Einfluß zustande gekommen. Sie können offensichtlich auch in Kombination mit Thalidomidschäden auftreten.

Auf das Vorhandensein in unserem Material, einer Kombination zwischen dem Pierre-Robin-Syndrom und Extremitätenmißbildungen, wie sie für die Thalidomid-Embryopathie als kennzeichnend angegeben werden, ist schon oben verwiesen. Grundsätzlich dasselbe kann für andere Kombinationen gelten.

4. Das Vorkommen des Dymelie-Syndroms auch ohne Thalidomid-Einfluß macht eine genauere Analyse der Verhältnisse bei den einschlägigen Extremitäten- und Ohrmißbildungen notwendig. Sie kann nach unseren Erhebungen hinsichtlich des Alters der Mütter mit Extremitäten- und Ohrmißbildungen gegeben werden. Schon oben ist das erhöhte Alter von Müttern bei Chromosom-16—18- und Chromosom-21-Trisomie der Kinder erwähnt und der diesbezügliche Außeneinfluß bei der Entstehung dieser Trisomien erörtert worden. Nimmt man das Alter der Mütter von Kindern mit Klumpfüßen (Abb. 1) und derjenigen von Kindern mit Gesichtsspalten (Abb. 4) als das Normalalter der Mütter in den beobachteten Jahrgängen, so läßt sich sagen, daß sowohl das Alter der Mütter von Kindern mit Extremitätenmißbildungen als auch das der Mütter von Kindern mit Ohrmißbildungen der Norm gegenüber erhöht und in Richtung auf das Alter der Mütter von Trisomie-16—18- und Trisomie-21-Kindern hin verschoben ist (Abb. 4). Dieser Befund weicht ab von den Angaben früherer Autoren, so etwa Pfeiffer und Kosenows (1962), die an kleinerem Material keine Korrelationen dieser Mißbildungen zum Alter der Eltern fanden. Er spricht für eine gewisse Zusammengehörigkeit der Extremitäten- und Ohrmißbildungen, ist im übrigen jedoch vieldeutig. So könnten sich unter den hier besprochenen Ohr- und Extremitätenmißbildungen Fälle befinden, die zu den geschilderten oder auch noch möglichen anderen Chromosomen-Syndromen gehören; Chromosomenuntersuchungen konnten bisher noch nicht durchgeführt werden. Es könnte sein, daß — bei Voraussetzung eines Thalidomidschadens — ältere Mütter das Thalidomidpräparat häufiger eingenommen haben als jüngere. Slevers (1963) führt an, daß der prozentuale Anteil an Thalidomidanamnesen bei Müttern extremitätenmißgebildeter Kinder höher ist, als nach den allgemeinen statistischen Erhebungen zu erwarten wäre. Doch wäre auch möglich, daß ältere Mütter, ebenso wie beim Mongolismus, für andere Außenfaktoren auch gegen Thalidomid und dergleichen Noxen empfindlicher sind als jüngere. Man könnte dann geradezu sagen, daß bei Mißbildungen Außeninflüsse um so stärker im Spiel sind, je älter die Mütter sind.

5. Alle bisherigen Untersuchungen, soweit sie nicht einseitig nur mit dem Nachweis eines Thalidomidschadens befaßt sind, haben gezeigt, daß nicht bei allen Müttern, die Thalidomidpräparate in der kritischen Zeit eingenommen haben, Mißbildungen der Kinder aufgetreten sind und daß umgekehrt keineswegs alle Mütter, bei deren Kindern Mißbildungen auch in der engumgrenzten Form von Extremitäten- und Ohrmißbildungen auftraten, Thalidomid-Präparate eingenommen haben. Auch gegenüber der gleichen Dosengröße scheinen unterschiedliche Empfindlichkeiten zu be-

stehen. So konnte Thissen (1962) unter 74 Extremitäten-Mißbildungen nur bei 50% der Mütter Thalidomideinnahme, May (1962) unter 8 Kindern mit hypo- und agenitischen Extremitäten-Mißbildungen nur für drei die Einnahme eines thalidomidhaltigen Arzneimittels durch die Mutter nachweisen. Burley (nach Wegerle (1962) fand in England 750 Frauen, die trotz der Einnahme von Thalidomid in der Frühschwangerschaft gesunde Kinder zur Welt brachten; von 453 Müttern mit entwicklungsstörungen Kindern hatten nur 13 Thalidomid eingenommen. Andere Autoren äußern sich ähnlich. Wir haben bei unseren Erhebungen in Bayern erst für 1962 mit den Fragebögen speziell nach Contergan gefragt; ich gebe allein das Ergebnis dieser Frage wieder, ohne die Ergebnisse der früheren Fragen allgemein nach Arzneimitteln auszuwerten, weil deren Befunde wohl nicht vollständig für die hier in Betracht kommenden Mißbildungen sind. Demnach fielen bei den Extremitätenmißbildungen auf 177 Fälle (bis Juli 1962) 58 Angaben über die Einnahme eines Thalidomidpräparats (von 10 Peromelien im selben Zeitraum hatten 3 ein Thalidomidpräparat eingenommen). Bei den Ohrmißbildungen wurde auf 47 Fälle 16mal ein Thalidomidpräparat angegeben. Seit August 1962 fand sich bei keiner Mißbildung mehr die Angabe eines Thalidomidpräparats. Diese Befunde sprechen dafür, daß bei dem Mißbildungsgeschehen ganz allgemein und auch bei der Verursachung von Mißbildungen durch Thalidomid irgendwelche konstitutionelle Faktoren zusätzlich im Spiel sein müssen, deren Wesen noch näher zu klären sein wird. Die Verhältnisse könnten hier ähnlich liegen, wie bei der Verursachung von Schäden durch eine Rh-Inkompatibilität zwischen Kind und Mutter, bei der ja ebenfalls Mißbildungen auftreten.

Die Vorstellungen, welche über die Art der Thalidomidwirkung bei der Teratogenese bestehen, können einen Hinweis auch auf die hier möglicherweise mitspielenden konstitutionellen Faktoren geben. So führt LENZ (1963) die Vermutung an, daß Thalidomid mit einem Enzymsystem interferiert, welches das Glykogen für die Organentwicklung verfügbar macht. Er weist darauf hin, daß das Nervensystem, die Keimdrüsen, die Leber und die Milz praktisch von der Thalidomid-embryopathie unberührt bleiben, während für die von Thalidomid befallenen Organe eine vorherige Glykogenanreicherung charakteristisch sei. Andererseits haben KEMPER (1962) auf Übereinstimmung zwischen Thalidomidnebenwirkungen und Wirkungen von Antivitaminen der B-Gruppe und ROBERTSON (1962) darauf verwiesen, daß Thalidomidschäden auf Vitamin-B-Komplex gut ansprechen und bei gleichzeitiger Verabreichung von Vitamin-B-Komplex mit dem Thalidomid ausbleiben. Im Tierexperiment sind nach LECK und MILLAR (1962) bei Vitamin B₁₂-Mangelzuständen und nach Zufuhr von Galaktostavin Mißbildungen beobachtet worden, die denen nach Thalidomideinnahme vergleichbar sind. Schon oben wurde auf die besondere Affinität eines Vitamin-B₁₂- und -B₆-Mangels in der Teratogenese auch zu Gliedmaßen-Mißbildungen verwiesen. Vielleicht liegt so der Schlüssel zur Erklärung mancher konstitutioneller Besonderheiten bei der Entstehung von Mißbildungen durch Thalidomid beim Vitamin-B-Stoffwechsel, der sich möglicherweise auch mit dem Alter verändert.

Faßt man die theoretischen Befunde zur Frage der embryonalen Mißbildungen (einschließlich der Thalidomidschäden), wie sie damit gegeben sind, schließlich zu praktischen Ratschlägen für eine Prophylaxe solcher Mißbildungen zusammen, so läßt sich in aller Kürze noch folgendes sagen:

Wenngleich auch ein Alter zwischen 20 und 24 Jahren keine absolute Gewähr für das Ausbleiben von Mißbildungen bietet, so ist es nach den bisherigen Befunden doch als das günstigste Gebäralter der Frau zu bezeichnen. Für teratogene Außeneinflüsse ist die Frau jeden Alters während der ersten drei Monate der Schwangerschaft gefährdet. Nur in diesen drei Monaten ist die intrauterine Entwicklung für die Entstehung von Mißbildungen empfindlich. Mindestens während dieser Monate muß die Ernährung der Mütter daher in allen Fällen und für alle Einzelheiten stets vollwertig, nicht unter- und nicht übermäßig sein. Die Einwirkung von Ultraschall oder ionisierenden Strahlen ist ebenso wie die Zufuhr von Medikamenten und anderen auf Mißbildung verdächtigen Therapeutica grundsätzlich zu meiden. Daß darüber hinaus im Interesse einer vollwertigen Entwicklung der Kinder die gesamte Schwangerschaftsdauer hindurch ebenso wie auch vorher eine entsprechende Mütterfürsorge notwendig ist, braucht nicht weiter ausgeführt zu werden.

Anschrift des Verfassers: Prof. Dr. K. Saller,
8 München 2, Richard-Wagner-Straße 10.

Literatur

- Bayer, W.: 1957 „Ernährung und Mißbildung“. Heilkunst 70, 218.
- Becak, W., M. L. Becak und B. J. Schmidt: 1963, „Chromosome trisomy of group 13-15 in two cases of generalised congenital anaesthesia“. Lancet I/7282, 664.
- Cattanach, B. M.: 1962, „XO mice“. Genet. Res. 3, 487.
- Gronchy, J. de, J. C. Mlynarski, P. Maroteaux, M. Lamy, G. Deshaiss, C. Benichon und C. Salmon: 1963, Syndrome polydyspondylique par translocation 14-15 et dyschondrostose chez un même sujet“ C. R. Acad. Sci. (Paris) 258/7, 1614.
- Hadorn, E.: 1955, „Letalfaktoren in ihrer Bedeutung für Erbpathologie und Genphysiologie der Entwicklung“. G. Thieme, Stuttgart.
- Kalb, H. W.: 1957, „Zur Kenntnis des Mongolismus“. Acta anthropol. H. 1. Heilkunst-Verlag München.
- Kemper, F.: 1962, „Thalidomid und Entwicklung von Hühnerembryonen“. Arzneimittelforsch. 12, 8, 640.
- Leck, J. M. und E. L. Millar: 1962, Incidence of Malformations since the Introduction of Thalidomide. Brit. med. J., 5296: 18.
- Lenz, W.: 1963, „Das Thalidomid-Syndrom“. Fortschr. Med. 81, 148.
- Lenz, W. und K. Knapp: 1962, „Die Thalidomid-Embryopathie“. Dtsch. med. Wschr. 87, 992.
- Marvin, I. G., K. Hirschhorn, H. L. Cooper, N. Lusskin, R. E. Moloshok und H. L. Hodes: 1962, „Trisomy-17 Syndrome“. Am. J. Med. 33, 763.
- May, C.: 1962, „Beitrag zum Dymelie-Syndrom“. Ztrbl. Gynäkol. 1610.
- Mullin, G. W. und M. Katzenstein: 1962, New. England, Journ. of Med., 1184/1328.
- Neel, J. V.: 1960, „1. Internationale Konferenz über Mißbildungen“. Ref. Dtsch. med. Wschr. 88, 1975.
- Pfeiffer, R. A. und W. Kosenow: 1962, „Zur Frage einer exogenen Verursachung von schweren Extremitätenmißbildungen“. Münch. med. Wschr. 104, 88.
- Pfeiffer, R. A. und W. Huther: 1963, „Trisomie des Chromosoms Nr. 18 unter dem Bild einer Arthrogryposis multiplex congenita“. Med. Klinik 58, 1110.
- Robertson, W. F.: 1962, Thalidomide („Distaval“) and Vitamin-B Deficiency. Brit. med. J. 5280: 792.
- Saller, K.: 1958, „Die Übertragbarkeit des Erbguts und die Prägnanz der Gene“. Med. Wschr. 10, 73.
- Saller, K.: 1960, „Der mongoloide Schwachsinn (Morbus Langdon-Down); Genese und Prophylaxe“. Münch. med. Wschr. 102, 70.
- Saller, K. und I. Unglaub: 1962, „Über die Häufigkeit von Mißbildungen in Bayern“. 1. Mitteilung Münch. med. Wschr. 104, 1219.
- Schäfer, K., E. Hauschteck und J. P. Mühlenthaler: 1962, „Trisomiesyndrom“. Helv. med. acta 29, 423.
- Sievers, G.: 1963, „Zur Ätiologie des Dymeline-Syndroms“. Meth. d. Inf. i. d. Med. 2, 52.
- Smith, D. W., K. Patau, E. Therman und S. I. Inhorn: 1962, „The trisomy syndrome“. J. Pediat. 60, 513.
- Smith, D. W., K. Patau, E. Therman, S. L. Inhorn und R. L. De Marco: 1963, „The D₁-trisomy syndrome“. J. Pediat. 62, 328.
- Steinberg, J. B. und J. F. Jackson: 1963, „The 16-18 trisomy syndrome“. Amer. J. Dis. Child. 105, 213.
- Thissen, E.: 1962, „Extremitätenmißbildungen, Untersuchungen und Behandlungsmöglichkeiten“. Münch. med. Wschr. 104, 2282.
- Wegerle, H.: 1962, „Beitrag zur Häufung von kongenitalen Mißbildungen der Gliedmaßen und ihre mögliche Ätiologie“. Med. Klin. 57, 677.
- Weicker, H. und H. Hungerland: 1962, „Thalidomid-Embryopathie, I. Vorkommen inner- und außerhalb Deutschlands“. Dtsch. med. Wschr. 87, 992.
- Wiedemann, H. R.: 1961, „Hinweis auf eine derzeitige Häufung hypo- und aplastischer Fehlbildungen der Gliedmaßen“. Med. Welt 1863.
- Wiedemann, H. R.: 1962, „Derzeitiges Wissen über Exogenese von Mißbildungen im Sinne von Embryopathien beim Menschen“. Med. Welt 1343.

Erbkrankheiten*)

Von Prof. Dr. med. O. Frhr. v. Vershuer, Direktor des Instituts f. Humangenetik, Münster/Westf.

Schon in früheren Zeiten wußten die Ärzte, daß es Erbkrankheiten gibt; sie verstanden darunter familiär auftretende Leiden. Nach der Wiederentdeckung der mendelistischen Gesetzmäßigkeit der Vererbung suchte man nach Analogien beim Menschen (erstmaliger Nachweis des MENDELschen Gesetzes beim Menschen 1902 durch GARROD für die Alkaptonurie und 1905 durch FARABEE für die Brachydaktylie). Danach erschienen viele Veröffentlichungen mit Stammbäumen verschiedenster Krankheiten, die deren einfachen dominanten, rezessiven oder auch geschlechtsgebundenen Erbgang nachweisen sollten. Da die Kinderzahl in den Einzelfamilien oft zu klein ist, wurden mit statistischen Methoden größere Gruppen von Familien zusammengefaßt, um an diesen die mendelistischen Proportionen nachzuweisen.

*) Vortrag, gehalten anlässlich des 15. Kärntner Arzttreffens 1963.

Die Anwendung solcher Methoden ist an bestimmte Voraussetzungen gebunden: monomerer, einheitlicher Erbgang, regelmäßige Manifestierung der Anlage. Doch erkannte man bald vielfältige Komplikationen: Bedeutung von Haupt- und Nebengenen, unvollständige Penetranz und wechselnde Expressivität einer Anlage, vielfältige erbliche Bedingtheit (Heterogenie) eines Erleidens, Zusammenwirken von erblichen und nichterblichen Faktoren.

Eine wertvolle Bereicherung erbrachte die Zwillingsforschung. Der Vergleich zwischen den erbgleichen eineiigen und den erbverschiedenen zweieiigen Zwillingen ergibt einen Einblick in die relative Bedeutung von erblichen und nichterblichen Ursachen bei der Entstehung einer Krankheit. Erst durch gemeinsame Betrachtung der Ergebnisse der Familien- und der

Zwillingsforschung gelangen wir zu einer objektiven genetischen Analyse. Dabei ist wichtig, daß auslesefreie Serien, d. h. möglichst alle Fälle aus einer Bevölkerungsgemeinschaft, untersucht werden. Dadurch ergeben sich Übergänge zu der heute so wichtigen Populationsgenetik.

Die letzte Etappe in der genetischen Erforschung der Krankheitsursachen haben die neuen Methoden der Chromosomenforschung gebracht, die es ermöglichen, für einzelne Erbkrankheiten oder Erbsyndrome Anomalien in der Zahl oder in der Form der Chromosomen als Ursache festzustellen. So unterscheiden wir heute zwischen einer Chromosomenpathologie und einer Genpathologie.

Aus dem modernen Gebiet der Chromosomenpathologie werden die wichtigsten Befunde demonstriert: Trisomie des Chromosoms Nr. 21 beim Mongoloidismus, XO-Chromosomenkonstitution beim Turner-Syndrom, XXY-Geschlechtschromosomenkonstitution beim Klinefelter-Syndrom (einschließlich der Fälle mit verdreifachtem oder vervierfachtem X-Chromosom), dazu das Triplo-X-Syndrom und einige weitere, erst neuerdings beschriebene Beobachtungen. Chromosomenanalysen werden heute in zahlreichen Laboratorien vieler Länder durchgeführt. Sie dienen nicht nur zur Feststellung chromosomal bedingter Erbsyndrome, sondern zugleich auch zum Nachweis, daß bei vielen Erbkrankheiten keine Chromosomenanomalie, sondern eine Genmutation vorliegt.

Die Genpathologie umfaßt heute ein weites Gebiet erblicher Störungen, die in allen Spezialdisziplinen anzutreffen sind. Wir kennen heute sicherlich schon über 1000 krankhafte Erbanlagen. Forschungen sind im Gange, um ihre Lokalisierung in den einzelnen Chromosomen festzustellen. So sind beispielsweise für das X-Chromosom 58 Gene bereits sicher nachgewiesen und 21 weitere als wahrscheinlich anzunehmen (MCKUSICK, 1962). Hier ergibt sich die Lokalisierung aus dem typischen X-chromosomal erblichen Erbgang. Für die in den 22 Autosomen-Paaren lokalisierten Gene ist der Erbgang immer derselbe. Eine Einordnung in einzelne Koppelungsgruppen gelingt nur durch Verwendung sog. „Markierergene“; das sind autosomale Gene, die bei jedem Menschen nachweisbar sind, also im besonderen die Gene für die Blutgruppen und für die Eiweißeigenschaften. Bisher konnten erst einige solche Koppelungsgruppen gefunden werden. Durch systematische Forschungen wird sich der Bereich dieser Erkenntnisse erweitern lassen.

Die biochemische Forschung hat uns einen Einblick in den molekularen Aufbau der Erbsubstanz gegeben. CRICK, WATSON und WILSON — Nobelpreisträger des Jahres 1962 — haben ein Modell für den Aufbau des Moleküls der Desoxyribonukleinsäure (DNS) entwickelt, welches sich für die molekulare Genetik als außerordentlich fruchtbar erwiesen hat. Man ist dabei, die sog. Informationsübertragung von den DNS-Molekülen über dazwischengeschaltete Ribonukleinsäure auf die Eiweißmoleküle zu erforschen. Ein erstes Ergebnis dieser Art liegt für die Hämoglobinopathien vor. Hier konnte erstmalig eine Entsprechung zwischen der Mutation an einem bestimmten Genort und der Änderung an einem bestimmten Ort des Hämoglobinmoleküls festgestellt werden.

Die moderne genetische Forschung hat sich mehr und mehr dem Problem der Phäno-genetik zugewandt,

d. h. der Erforschung der Wirkung der Gene auf die Entwicklung des Organismus. Als besonders fruchtbar hat sich die Erforschung von genbedingten Enzymdefekten erwiesen, was an einzelnen Beispielen dargestellt wird. Daraus ergeben sich auch neue Möglichkeiten für die Therapie und für die Prophylaxe (Vermeidung von Milchzucker bei Galaktosämie, von Fruktose bei Fruktosurie, von Phenylalanin bei Phenylketonurie).

Die genetische Forschung hat in manchen Fällen auch zum Nachweis der Nichterblichkeit eines Leidens geführt: z. B. Ergebnisse der Zwillings- und der Familienforschung beim Krebs.

Die Frage der erblichen Disposition zu Infektionskrankheiten ist vor kurzem durch eine eigenartige Beobachtung gefördert worden: Die im Kindesalter meist tödlich verlaufende Sichelzellenanämie kommt durch die Homozygotie des Gens für S-Hämoglobin zustande. Dasselbe Gen bewirkt in heterozygotem Zustand einen natürlichen Schutz vor der Malariainfektion; man wurde auf diesen Zusammenhang durch die eigenartige Häufung dieses Gens in Malariaendemiegebieten aufmerksam. Dieser Selektionsvorteil der Heterozygoten ist wirkungsvoller als die ständige Eliminierung bei den homozygot Kranken.

Eine spezifische erbliche Disposition ist auch bei dem Antikörpermangelsyndrom festgestellt; von diesem Syndrom gibt es zwei erbliche Formen: eine geschlechtsgebunden-rezessiv erbliche Agammaglobulinämie und die autosomal-rezessiv-erbliche Lymphopenie.

Aber auch für die Tuberkulose ist nach den Ergebnissen der Zwillingsforschung von DIEHL und v. VERSCHUER — erstmalig veröffentlicht 1930, inzwischen vielfach bestätigt — eine spezifische Erbdisposition anzunehmen. In experimentellen Untersuchungen am Kaninchen konnte DIEHL den Nachweis erbringen, daß eine mendelistische Erbinheit darüber entscheidet, ob die Lunge gegenüber tuberkulöser Infektion resistent oder anfällig ist. Der weiteren biochemisch-genetischen Forschung wird es sicherlich gelingen, festzustellen, welche phänotypische Primärwirkung diesem spezifischen Gen zugrunde liegt.

Das Panorama der Erbkrankheiten ist außerordentlich mannigfaltig. Es umschließt die durch Chromosomenanomalien und Genmutation entstandenen Störungen, sei es, daß dieselben sich in spezifischen Symptomen oder im Zusammenwirken mit anderen Faktoren, vor allem auch der Umwelt, in wechselnden Erscheinungen manifestieren. Es ist außerordentlich wichtig, die Häufigkeit pathologischer Erbmerkmale beim Menschen zu kennen. Es liegt das Ergebnis einer solchen Erhebung im Bezirk Münster vor. Solch eine Erhebung ist eine unerläßliche Grundlage für die Erforschung des Problems der Mutation, d. h. der Erbänderung (beispielsweise Einflüsse des heutigen technisierten Lebens). Erst wenn man die Häufigkeit einzelner Erbmerkmale kennt, wird es gelingen, ihre Mutationsrate, d. h. ihre Neuentstehung durch Erbänderung, zu ermitteln. Doch haben die bisherigen Erfahrungen bereits gezeigt, daß die Beantwortung der Frage, ob das Erbgut einer Bevölkerung insgesamt sich verändert, nur möglich ist, wenn die Häufigkeit zahlreicher angeborener Mißbildungen und endogener Krankheiten ständig überwacht wird.

Anschr. des Verfassers: 44 Münster/Westf., Vesaliusweg 12/14.

„Psychiatrie und Kunst“ *)

Von Medizinaldirektor Dr. Riepenhausen

„Psychiatrie und Kunst“ — das ist eines jener Themen, deren knappe Darlegung in der Masse und den Wirbeln des Stoffs ertrinken muß.

„Jeder auch nur etwas Weise“ weiß das —; der Vortragende tut gut daran, an dieses Wissen seiner Zuhörer von vorneherein zu appellieren.

Wenn die Dinge — könnte man einwenden — so geartet seien, empfehle sich Abstinenz. Dawider gibt es kein Argument, sondern nur den Gegenvorschlag, mit einer Beschränkung auf Markantes einverstanden sein zu wollen. Interesse an Kunst, einer seit Adams Tagen so anziehenden wie hintergründigen Lebensäußerung des Menschen, eignet Ärzten in besonderem Maße, — nicht gleichermaßen eigen ist ihnen das Interesse für Psychiatrie. Diese präsentiert sich den Wohlmeinenden als Nebelregion, in der annähernd normale, großteils gutwillige, obwohl die Nebelsprache sprechende, Menschen wirken, den anderen als ein durch und durch suspektes, von Bassermannschen Gestalten bevölkertes Unterweltinstitut.

So oder so — einen selber betrifft Psychiatrie nicht. Psychiatrie — das sind — frei nach Sartre — die anderen.

Wollten wir der voreinst berüchtigten deutschen Gründlichkeit frönen, täten jetzt Definitionen not, wäre zu bestimmen:

1. Was ist Psychiatrie?
2. Was ist Kunst?

Wir ersparen uns diese Mühe — nicht, weil sich die Antworten von selbst verstünden, sondern im Gegenteil deshalb, weil es nicht so ist, wir andererseits aber glauben, daß die konventionellen Vorstellungen als Fundament unseres Vorhabens genügen.

Schuldig sind wir indessen eine Begründung der Zuständigkeit, die sich, rein zeremoniell betrachtet, gegenwärtig mehr und mehr nach dem Schema des Reviervershaltens regelt. Die alten Fakultäten und Disziplinen sind von der Springflut des Wissenszuwachses nebst Perfektionszwang in immer kleinere, immer eifersüchtiger gehütete Reviere parzelliert worden, die auch der nächste Nachbar nicht betreten darf. Grenzübertritt löst beim Revierinhaber das Imponierritual aus. Mehr braucht es gemeinhin nicht, damit Vertreibung glückt. Beispiele hat jeder parat. Wer sich fügt, rettet die Maske, gewinnt aber nichts. Wer nicht — bekundet, daß er den Instinktverlust als Preis der Menschwerdung und des Menschseins akzeptiert, Prestige gering anschlägt und auf freiem Zugang zu den Grenzgebieten seines Fachs besteht. Dieser wird, so er durchhält, belohnt.

Die Psychiatrie nun grenzt, sozusagen, an den ganzen Menschen. Ihr Feld ist nun einmal das Psychische als das exquisit Menschliche in all seinen Formen und Betätigungsweisen. Denn Wissen um Krankheit setzt Wissen um Gesundheit und den breiten, dichtbesiedelten Raum zwischen beiden voraus. So glaubt sie sich be-

fügt, auch der Kunst aufzuwarten. Kein Zweifel, — legitimiert ist sie im Prinzip. Nicht allerdings schließt dieser Ausweis Polizei- oder Gouvernantenfunktionen, nicht Kunstkritik ein. Die Kompetenz bleibt auf das Betrachten und Begreifen wollen der gebotenen Phänomene verwiesen. Hinwiederum ist dabei Betulichkeit fehl am Platze. Psychiatrische Phänomene sind, wo auch sie erscheinen, menschliche Phänomene. Als solchen — nicht, weil sie in einem privilegierten Bereich, einem Tempelbezirk, auftreten — kommt ihnen Respekt zu.

Karl Kraus hat uns auf die Finger geklopft, indem er sagte: „Die neue Seelenkunde hat es gewagt, in das Mysterium des Genies zu spucken. Wenn es bei Kleist und Lenau nicht sein Bewenden haben sollte, so werde ich Torwache halten und die medizinischen Hausierer, die neuestens überall ihr „Nichts zu behandeln?“ vernehmen lassen, in die Niederungen weisen. Ihre Lehre möchte die Persönlichkeit verengen, nachdem sie die Grenzen der Unverantwortlichkeit erweitert hat. Solange das Geschäft private Praxis bleibt, mögen sich die Betroffenen wehren. Aber Kleist und Lenau werden wir aus der Ordination zurückziehen.“

Hier spricht ein allergischer Kraus und übernimmt sich. „Neue Seelenkunde“ meint zwar Freud, doch fühlen wir uns angesichts Kleists und Lenaus mitgerügt. Und wir dürfen von Glück reden, daß Kraus die umfangliche Pathographen-Literatur offenbar nicht kannte, jenen Acker, den im Gefolge von Lombrosos Genie-Untersuchungen teils nur emsige, teils wirkliche Geister, neues Wissen, alte Irrtümer und spätgeborene Diagnostiktafeln an den Großen der Welt exekutierend, solid oder leichtfertig, doch im ganzen folgenlos bauten.

Folgenlos! Denn: Hätte beispielshalber Goethe durch Moebius und andere ernstlich Schaden genommen?

Dank Kraus, immerhin befinden wir uns mitten im Thema. Namen sind gefallen, eine These steht da!

Die These — sie gehört herein —: Genie ist ein Mysterium. So bescheiden dürfen wir nicht sein. Wäre Kraus bereit gewesen, zu erinnern, was er in der Geschichte gelernt hatte und, wann es ihm gefiel, wußte, wäre ihm gewiß auch aufgefallen, wie sehr und beileibe nicht immer geheuer sich Genie abhebt vom Substrat.

Das Herausragende, das in der zugeordneten Zeit Unbegreifliche — sollten trotzdem unbefragbar als wunderbar Verliehenes geglaubt werden, obwohl sie sich darbieten an einem Menschen aus Fleisch und Blut, an einem Naturwesen, das geboren wird und stirbt wie Hinz und Kunz?

Genie ist vielleicht ein Rätsel, ist das aber innerhalb der Natur — als unter anderem naturwissenschaftlicher Befund — und genießt als solcher keine Exklusivität gegenüber Wißbegier.

Das Sakrileg begeht nicht jener, der die Götterbilder von den Podesten stürzt, sondern der, welcher falsche Götter aufgerichtet hat, begeht die „blinde Liebe der Eiferer“. Auch das Genie wandelt auf der Erde.

*) Vortrag bei der Fortbildungstagung in Haar am 1./2. Nov. 1963.

Alle Vorträge dieser Fortbildungstagung erscheinen demnächst als 1. Heft einer von der Bayerischen Landesärztekammer herausgegebenen Schriftenreihe.

Fragen wir also getrost und ein wenig salopp — ohne eng auf den flimmernden Genie-Begriff abzu zielen:

Ist Kunst ein Kind von Gesundheit? Und: Ist Gesundheit wirklich so gesund?

Dazu vorweg ein Wort von André Gide (Paludes):

„Die Gesundheit scheint mir kein in diesem Grade begehrenswertes Gut. Sie ist nur ein Gleichgewicht, eine Mittelmäßigkeit aller Teile; sie ist das Fehlen von Hypertrophien. Wir haben nur Wert durch das, was uns von den anderen unterscheidet; die Idiosynkrasie ist das, was uns wertvoll macht... hören Sie endlich auf, die Krankheit als einen Mangel anzusehen; sie ist vielmehr ein Zuwachs; ein Buckliger ist ein Mensch plus dem Buckel, und lieber will ich, Sie sähen die Gesundheit als einen Mangel an Krankheiten an. Der normale Mensch ist die ursprüngliche Taube, die man durch die Kreuzung der Variationen wiedererhält — die farbigen Federn sind gefallen.“

Soweit Gide, dem man Sachkunde nicht bestreiten, Übertreibung, da er in eigener Sache spricht, verzeihen wird. Nebenbei: Der Buckel — von Gide, der keinen hatte, als starke Metapher gebraucht — spielt diese Rolle des schmerzhaften Plus im Geistesleben auch realiter. Drei Beispiele nur: Kierkegaard, Lichtenberg und Leopardi. Gide argumentiert aus der Position des schöpferischen Menschen. Krankheit — auch psychische, denn der Buckel sitzt in der Seele — ist nach ihm kein Makel, sondern Bedingung der Distinktion, der Hypertrophie, der Idiosynkrasie, des Zuwachses, der farbigen Federn. Krankheit feigt gegen träges Gleichgewicht, steriles Mittelmaß. Exemplarischer noch, um einen zweiten Kronzeugen aufzurufen, hat Thomas Mann gedacht. Seine Überzeugung ist, was er den Biographen Serenus Zeitblom im „Dr. Faustus“ über Adrian Leverkühn, deutschen Tonsetzer, schreiben läßt: „Hatte ich nicht recht, zu sagen, daß die depressiven und produktiv gehobenen Zustände des Künstlers, Krankheit und Gesundheit, keineswegs scharf getrennt gegeneinander stehen? Daß vielmehr in der Krankheit, und gleichsam unter ihrem Schutz, Elemente der Gesundheit am Werke sind und solche der Krankheit geniewirkend, in die Gesundheit hinübergetragen werden? Genie ist eine in der Krankheit tief erfahrene, aus ihr schöpfende und durch sie schöpferische Form der Lebenskraft.“

Den Punkt im „Dr. Faustus“ freilich setzt der Dr. Kranich, Numismatiker, so: „Dieser Mann ist wahnsinnig... und es ist sehr zu bedauern, daß in unserem Kreise die irren ärztliche Wissenschaft nicht vertreten ist.“

Schlicht und recht. Denn Adrian war es da in der Tat. Dramatisch überhöht, literarisch virtuos, psychiatrisch unecht zwar, dennoch wahnsinnig wie irgendeiner und von Stund an kein aktives Genie mehr, sondern bis zum Ende über Jahre hin tot, ein Dementer — wie zu lesen steht. Die gesunde Krankheit hatte die Szene verlassen.

Leverkühns leibhaftige Brüder waren Nietzsche und Hugo Wolf bzw. im rein Musikalischen Arnold Schönberg.

Krankheit und Krankheit — das scheint demnach zweierlei zu sein: erst produktive Ungesundheit als die

spezifische Gesundheit des schöpferischen Menschen, welcher ebenso Schmerz zufügt wie selbst erduldet, hernach zerstörendes Leiden im banal-medizinischen Sinn als unspezifische Ungesundheit des Genie-Menschen, jener Vorgang, der bei Lenau, Nietzsche, Wolf, Leverkühn die Schöpferkraft auslöscht und die Erloschenen tötet.

Versuchen wir endlich, unser Thema in ein System zu fügen, ergeben sich folgende Gruppen oder Aspekte:

1. Der Künstler, der geisteskrank wird.
2. Der künstlerisch schaffende Geisteskranke, welcher mit ersterem identisch sein kann.
3. Der psychisch abnorme, aber nicht geisteskranke Künstler.
4. Geisteskrankheit und psychische Besonderheit als Gegenstand der Kunst nebst prononzierter Neigung bestimmter Künstler zur Wahl solcher Gegenstände.
5. Psychiatrische Aspekte am Verhalten von Einzelmenschen und Menschengruppen gegenüber Kunst.
6. Kunstrichtungen oder -praktiken als Ausdruck auch psychiatrisch interpretierbarer Zeitströmungen.

Wir sprechen von Kunst allgemein. — Fürchten Sie nichts! Das keineswegs komplette Schema enthebt uns schon von Dimensions wegen der Pflicht, es Punkt für Punkt abzuhandeln. Wir sehen uns auf Besprechung der ersten drei Gruppen beschränkt. Exaktes Vorgehen scheitert auch da an der Kapazität. So muß es bei einem Streifzug, der die Dinge bald obenauf, bald etwas tiefer anschleift, sein Bewenden haben. Einige Vorarbeit hat das bisher Gesagte geleistet. Ansätze, die sich fortspinnen lassen, wenn es einen danach verlangt, gibt die Formulierung der Themen. Die Literatur ist ein Dschungel; doch will es ein Glücks- und Unglücksfall in einem, daß ein Mann sie gesammelt und aufbereitet hat, geordnet in ein ebenso unentbehrliches wie fatales Leporello-Album, welches außer Gottvater und Beelzebub beinahe alles „erfaßt“, was herausragt, was ehrwürdig, extraordinär, schöpferisch oder abscheulich war. Es ist Lange-Eichbaum mit seinem „Genie, Irrsinn und Ruhm“. Das Buch — in letzter Auflage ein Literatur-Verzeichnis von 2860 Nummern vorweisend — liefert u. a. Pathographien-Exzerpte über 460 sogenannte „Berühmte“ incl. Christus, Buddha, Hitler und Mussolini. Seine Unentbehrlichkeit bedrückt. Das allerdings lasse man sich selbst zur Warnung dienen. Der Autor ist kein Herostrat, seine Intention ist wissenschaftlich ehrbar. Die Unzulänglichkeiten sind nicht von ihm verschuldet. Ihm liegt nicht zur Last, daß viele der referierten Arbeiten präzise von jenen „medizinischen Hausierern“ stammen, denen Karl Kraus Fehde angesagt.

Suchen wir die Galerie toter Berühmtheiten im Eilschritt nach gesichert geistes- und nervenkranken Künstlern ab, sieht das Resultat etwa so aus:

Charles Baudelaire (Paralyse, Alkohol und Opium)
 Wilhelm Busch (depressive Phasen)
 Gaetano Donizetti (Paralyse)
 Dostojewski (Epilepsie, hysterisch überlagert)
 Flaubert (Epilepsie, Lues)
 van Gogh (ungeklärt, Schizophrenie oder Epilepsie)
 Gogol (ungeklärt; Schizophrenie oder manisch-depressives Irresein)
 Gorki (Alkoholismus mit Delirien)
 Grabbe (Alkoholismus mit Delirien)
 Heine (Tabo-Paralyse, ztw. Morphinismus)

Hölderlin (Schizophrenie)
 E. T. A. Hoffmann (Alkoholismus, psychotische Episoden, Tabes)
 Gottfried Keller (senile Demenz)
 Kubin (Oneiroid, Mischpsychose)
 Lenau (Paralyse)
 Makart (Paralyse)
 Manet (Paralyse)
 Maupassant (Paralyse; vorher gelegentlich Chloroform, Opium, Morphinum, Kokain, Haschisch)
 C. F. Meyer (manisch-depressives Irresein)
 Edvard Munch (paranoide Schizophrenie)
 E. A. Poe (Alkoholismus mit Delirien; Opium)
 Robert Schumann (Paralyse o. Schizophrenie)
 Smetana (Paralyse)
 Strindberg (Schizophrenie)
 Trakl (Schizophrenie, Suicid)
 Hugo Wolf (Paralyse)

Es fehlen neben Namen der Vergangenheit, viele aus jüngerer Zeit, alle Lebenden: Man vermißt u. a.: Lovis Corinth (organisches Hirnleiden), den als Künstler rasch ausgebrannten *ENSOR*, *Ezra Pound*, der nach dem Krieg als Kollaborateur in einer amerikanischen Anstalt interniert war, den Expressionisten *Ernst Kirchner* (wahrscheinlich Schizophrenie; zeitweise Narkotika; Ende durch Suicid).

Es fehlen ferner bei uns viele Namen, deren Trägern der eine oder andere von *Lange-Eichbaums* Autoren Geisteskrankheit bescheinigt. Wir haben sie fortgelassen, weil der Nachweis nicht stichhaltig erschien oder nicht versucht wurde, — so bei *El Greco*.

Drei der vier geisteskranken Musiker in *Lange-Eichbaums* Register litten an progressiver Paralyse, der vierte, *Schumann*, vermutlich ebenfalls.

Auch hinsichtlich der geisteskrank gewordenen Dichter, Maler und Graphiker überwiegen exogene Schädlichkeiten als Krankheitsursache: obenan *Lues* und *Alkohol*, oft beide miteinander, außerdem mitunter *Rauschgifte*.

Die Plastiker sind seltsamerweise nur einmal, mit *Cellini* nämlich, vertreten.

Genau genommen bildet in den exogen-psychotischen Fällen die Psychose kein wesentliches Kriterium.

Entscheidend ist das Zuvor, der Lebenslauf, die Süchtigkeit, das Abnorme. Überraschen mag die kleine Zahl endogener Geisteskranker.

Wer die Region der Kunst absolut tabuliert, wer das Idol und seine Idole für alle Zeit auf den angestammten Sockeln anzubeten wünscht, dürfte danach beruhigt sein.

Neutral angeschaut, haben die Endogenen mit den Exogenen gleichwohl prägnante, prämorbid liegende und eben nicht nur der Krankheit zugehörige Auffälligkeiten gemeinsam. Dadurch erwerben sie Anwartschaft auf einen Platz in der Gruppe der *Abnormen*.

Um es kurz zu machen:

Das Kapitel „Geistesranke Künstler“ stellt — im hier vorgeschriebenen Rahmen! — keine Probleme von besonderem Reiz.

Der beginnt beim Detail. Die Grundfragen sind bald beantwortet: Zwischen endogener Geisteskrankheit und Künstlertum als solchem waltet keine wie immer geartete Ursachenbeziehung. Interessante Sekundärfragen, wie etwa die nach dem Zusammenhang

zwischen Konstitutionstyp und Psychose einerseits und Werkcharakter andererseits müssen außer Betracht bleiben.

Die Wirkung endogener Geisteskrankheit auf das künstlerische Schaffen hängt zuoberst vom Zeitpunkt des Beginns, von Art und Verlaufsform der Psychose, daneben von prämorbidem Konstituenten und anderem mehr ab.

Ein Künstler kann bei Ausbruch des Leidens sein Werk schon voll eingebracht haben, — im Extrem dann nämlich, wenn er als Greis erkrankt. Siehe *Gottfried Keller*. Wir erwähnen diese Variante hier, weil der senilen Demenz eine endogene Komponente zu eignen scheint (*Meggendorfer*).

Ansonsten gelten die drei von *Lange-Eichbaum* formulierten Möglichkeiten, sowohl für die Endogenen wie für die Exogenen. Sie lauten:

Die Psychose vernichtet entweder die Schaffenskraft, — oder: Psychose und Werk laufen als Parallelen; das Werk wird dabei vom gesunden Persönlichkeitsanteil geschaffen, — oder: Die Psychose gestaltet das Werk mit.

Dazu ein paar Details und Vorbehalte:

Der schizophrene *Hölderlin* starb als Dichter fast 40 Jahre vor seinem Tode; erkrankt mit 33 Jahren, erreichte er mit 36 den sogenannten schizophrenen Endzustand und wurde 73.

Die Paralytiker überleben den Schaffenstod um kürzere Spannen. Die Manisch-Depressiven entgehen ihm günstigenfalls ganz, — je nach Zahl und Dauer der Phasen, — manche Schizophrenen notabene auch, so *Kubin*, oder greifen ihm — wie *van Gogh*, *Kirchner* und *Trakl* — durch Suicid vor.

Das Persistieren des Schöpfertums ist, meinen wir, doch immer mit Einbußen oder Induktion, oft beldem, verbunden.

Ins gestreckte Anlaufstadium der Paralyse wie der Schizophrenie fallen vereinzelt leizte fiebrig befeuerte Hochleistungen. Vergleiche: *Schumanns* Produktivität zwischen 1845 und 1850; *Nietzsche*, *Hölderlin*, *van Gogh*.

Interferenz des Psychotischen mit dem Schaffen demonstrieren am eindringlichsten die Beispiele der Toxikomanen: *E. T. A. Hoffmann*, *E. A. Poe*, *Baudelaire*, gebrochener die Schizophrenen: *Kubin*, *Munch*, *Strindberg*.

Wir kommen zur zweiten Gruppe unseres Schemas:

„Der Geistesranke als Künstler“

Dem Phänomen wohnt, von draußen gesehen, eine Faszination inne, die es aus der Perspektive des Psychiaters nicht oder selten hat. Sie rührt, vermuten wir, da her, daß sich in ihm für den Fernstehenden zwei „*Numinosas*“ vereinigen — jenes, das von alters her die Geisteskrankheit, und jenes, das nach hergebrachter Fühlweise die Kunst umgibt.

Prinzorns große Monographie „Die Bildnerel der Geisteskranken“ — 1922, ausgezeichnet nebenbei durch den von deutscher Wissenschaft nie goutierten Vorzug kultivierter Sprache und Lesbarkeit, hat das Thema erstmals ausgiebig bearbeitet — trotz Konzentration auf die Schizophrenie, die sich aber aus der Sache rechtfertigt. Denn, wo es um Kunst der Geisteskranken geht, geht es erstrangig um Kunst der Schizophrenen, nicht allein, weil die Schizophrenen den Großteil un-

serer Klientel ausmachen, und nicht, weil aus ihrer „Kunst“ Kuriosität anfällt, sondern weil die Schizophrenie eine exquisit eigene, exquisit fremde Welt gründet und diese notwendig, wie locker immer, in die reale einhängen, zwischen beiden, Autismus hin oder her, nicht nur diplomatische, auch Lebensbeziehungen herstellen, mit ihr verhandeln, sich ihr gegenüber ausdrücken will. Die Kunst der Schizophrenen hat so mehr als eine Facette, — sie ist, objektiv, ein psychiatrisches, dann womöglich ein künstlerisches Phänomen, ferner subjektiv ein Vehikel der Kommunikation, der Offenbarung, der Auseinandersetzung und endlich eines der Verlaufsdiagnose, der therapeutischen Einflußnahme und der Prognose.

Da gemeinhin nicht einmal die Kranken selbst die Sprache ihrer Welt fließend sprechen lernen, gewiß aber die Außenwelt unfähig ist, alle diese Sprachen, sofern sie doch gesprochen werden, zu verstehen, schlagen „Kunstwerke“ unter glücklichen Umständen die fehlende Brücke. Sie brauchen nach gesundem Maßstab durchaus keine wirklichen Kunstwerke zu sein, ja, solche sind rar. Worauf es ankommt, ist, mit den Mitteln der Kunst Welt, schizophrene Welt, anschaulich, sprechend, fragend zu machen. Sprachliche Schöpfungen dienen dem Zweck, das liegt nahe, schlechter. Welthaltigkeit auszudrücken, sind Bildnerien — ungeschlachte genau wie routinierte — am geeignetsten.

Wir versuchen, dieses Ausdrucksinstrument, das gar nicht so oft spontan gespielt wird, in Gang zu bringen. Das geschieht innerhalb der Beschäftigungstherapie.

Jeder Schöpfungsakt schließt ein Stück Gesundheit ein — erstens an sich, zweitens dadurch, daß Amorphes, gefährlich Flottierendes, in Form gebracht, entschärft, sublimiert, kenntlich wird, auf Distanz draußen steht. Die Kunst der künstlichen Krankheit (Meskalin, LSD u. ä.) ist ein Ding für sich; sei nur erwähnt. So viel unsererseits zum Gegenstand.

Prinzhorn behandelt ihn rundum. Wir referieren kurz, was er gedacht hat:

Schizophrenen-Kunstwerke erregen durch ihre Eigengesetzlichkeit und Unheimlichkeit den Eindruck faszinierender Fremdheit. Menschliche Urphänomene kommen zum Vorschein. Eigenarten schizophrener Gestalten sind: Mangel an Gesamtkomposition, sinnlose Stereotypen und Spielereien, Sinnloses überhaupt, Auseinanderklaffen von Werk und Bedeutung, von Abbildung und Strich, das „Verweilen auf dem Augenblick der Entscheidung“.

Der Spannungszustand entsteht durch Autismus und Doppelorientierung. Das Gestalten ist Ausdruck eines „grauenhaften Solipsismus“. Die Psychose macht nicht aus Unbegabten Begabte; sie kann nur konstitutionelle Bereitschaft, latenten Gestaltungsdrang mobilisieren. Jedem Menschen ist ein originaler Gestaltungsdrang angeboren, der durch eine rational-zivilisatorische Entwicklung verschüttet ist. Soweit Prinzhorn.

Die schizophrene Dissoziation des Psychischen geht gelegentlich so weit, daß selbst der Gestaltungsimpuls abgespalten, nach außen projiziert und als von dorthin wirkend erlebt wird. Einer von Prinzorns Schizophrenen z. B. wurde durch „Hypnose“, die vom Holz ausgeht, zwingend aufgerufen, es zu bearbeiten, will sagen

— das in den Block eingeschlossene Wesen oder Stück Welt zu befreien oder, wie es im Märchen heißen würde — zu erlösen. Der Verlockung, den Beziehungen zwischen schizophrener und Märchenwelt überhaupt unter der Annahme innerer Gemeinsamkeiten nachzuspüren, widerstehen wir. Ein solcher Exkurs in Mythenzeiten, der u. a. ein ausgiebiges Verweilen bei den Naiven, zu schwelgen von den Naturvölkern, einbegreifen müßte, wäre abendfüllend, sehr spekulativ und am Ende bare Poesie.

Den Kunstwert schizophren-dilettantischen Gestaltens schätzen die meisten Autoren mit Recht gering ein. Aus der Krankheit allein kommt keine Kunst.

Beim erkrankten Talentierten und Künstler wirkt die Psychose, indem sie Bremsmechanismen wegräumt und neuen Stoff liefert, bisweilen für kürzere oder längere Zeit, selten auf Dauer kunstfördernd. Einstrahlen des Psychotischen vermag den Reiz des Werkes zu mehren, wie Morbides ganz allgemein, solange es nicht zu nah auf den Leib rückt; — die Kunstqualität mindert es zumeist. Ob schizophrene Gestalten, wie Prinzhorn will, Ausdruck eines „grauenhaften Solipsismus“ ist, wäre genauer zu untersuchen, wenn keine Begriffsverwechslung vorläge. Hier steht das Wort jedoch für Autismus. „Solipsismus“ bezeichnet eine philosophische Meinung, die das subjektive Ich mit seinem Bewußtseinsinhalt für das einzig Seiende hält. Setzt man aber für „Solipsismus“ Autismus, klingt die Behauptung auch nicht überzeugender. Sie projiziert Kategorien der gesunden Existenz in die schizophrene — und das Grauen sitzt primär im Auge des Beschauers. Autismus ist nämlich kein leerer Raum, birgt vielmehr in sich die schizophrene Welt, der er, ist sie groß und prall, zu eng werden, und den sie dann von Fall zu Fall durch künstlerisches Gestalten — oder anderswie — sprengen mag. Einzig vom Autismus, dem schizophrenen Lebensgehäuse her, begreift man den Vorgang nicht.

An diesem Punkt ist man versucht, den sogenannten Sonntagmalern, alias Naiven, alias Malern des Heiligen Herzens — und wie sie sonst noch heißen mögen —, ein psychiatrisches Auge zuzuwenden. Manch einer von ihnen, fast ausnahmslos Naturtalenten, befände sich bei uns in der rechten Hut, und es würde ihm kein Haar seines „Künstlertums“ gekrümmt. Die Kunstwissenschaftler indessen protestieren.

Die teils phantastisch-magisch-primitive, teils bizarr-tüftelig-maßlose Welthaltigkeit der Bilder bzw. Architekturen, dazu die wie in einer Glaskugel angesiedelte, kühle, oft spät im Leben ausbrechende Besessenheit des Schaffens sehr vieler dieser Naiven — nicht der Grandma Moses! —, schmeckt penetrant nach Krankheit. Daß sie an der Kunstbörse heut hoch im Kurs stehen, ist abermals ein Phänomen mit psychiatrischem Hautgout; mit Kunst im tradierten Sinn hat es zunächst nichts zu tun.

In 128, leider durchwegs mageren Kurzbiographien Naiver fanden wir vier sicher für uns zuständige, durch langjährige Anstaltsaufenthalte insofern extra erhärtete Fälle. Sehr viel mehr sind durch ihren kunterbunten Lebenswandel, durch soziales Scheitern und die Handschrift ihrer Bilder oder auch bei geradiinig-wohltemperiertem bzw. schattenhaftem Wandel durch letztere allein — wenn nicht der Schizophrenie, so doch grober psychischer Abartigkeit verdächtig. Zu

ihnen rechnen etwa Rigaud Benoit, Wilhelm Uhdes Zuehfrau Louise Seraphine, der Amerikaner Morris Hirshfield und der Erzvater aller Naiven, Jean Rousseau, der Zöllner, Don Quichote des einfachen Dienstes, Sprachkunstprivatlehrer, Maler, Lyriker, Dramatiker und Musikant, der die Naiven salonfähig und kulturschutzreif gemacht hat und dennoch als Maler bisweilen ein Künstler war. Von ihm stammt — 1908 zu Picasso gesprochen — das klassische Wort:

„Wir sind die beiden größten Maler unserer Zeit!“

Grotesk nur obenauf, darunter rührend und fein in seiner Courtoisie — zwei größte Maler — meint doch wohl einen größten und den zweitgrößten, nämlich Picasso, ganz innen eine unangreifbare Gewißheit, die zu offenbaren den verlachten, schüchternen, ungelungenen, tiefsten Mann nicht leicht angekommen sein mag. Ihn hat übrigens auch Prinzhorn nach Anamnese und Werk für einen „stillen Schizophrenen“ gehalten. Wenn er hinzufügt: „Darauf weist eine gewinnende Sanftheit und Weltfremdheit im Verein mit visionären Zügen recht zwingend hin...“, beschwichtigt er den Rest von Zweifeln poetisch. Rousseaus Bilderwelt, an sich eine bei aller Phantastik vordergründig bemerkenswert runde, geordnete Welt, lebt in Wahrheit nicht. Sie besteht, scheint uns, aus bemalten Attrappen.

Menschen und Tiere sind ausgestopft, die großen Blätter aus Blech gestanzt, die Blüten aus Wachspapier geformt, statt Laub klebt Wolle an Bäumen aus Pappe und so fort.

Der Kunststoffgehalt dieser Welt ist ein gewichtigerer Indiz als Prinzorns Hinweise sind.

Hört man die Kunsthistoriker, die Biographen der Naiven, so hätten wir in der gutgehenden Andachtsreservation, darin sie mit ihnen leben, nichts verloren.

Ihre Argumentation läßt sich auf die Formel reduzieren: Wie könnte unsere schizophrene Zeit anders als schizophren bilden und abgebildet werden?! Antwort: Sie kann, weil es gar keine schizophrene Zeit gibt. Die Metapher ist eine prominent abgeschmackte Kulturschnulze. Naive Maler haben vor zweihundert Jahren schon ebenso naiv gemalt wie unsere Zeitgenossen, überdies sind letztere und waren jene untereinander überaus verschieden, aus psychiatrischer Perspektive teils prima vista, teils geringer, teils nicht auffällig, — malten die Steinzeitmaler, ob sie gleich lebhaft im sogenannten „Wunderland der Ursprünglichkeit“ lebten — ohne sich dieses Vorzugs bewußt zu sein — gerade nicht naiv, und denken wir schließlich keineswegs daran, die „gelernten“ Künstler der Gegenwart, auf welche die Verteidigung baut (von Picasso über Joyce und Ionesco bis herunter zu den Elektronikern dieser Tage), nur wegen ihres speziellen, scheinbar revolutionären Welt-Ismus als Schizophrene zu diagnostizieren. Ihr Schaffen, die moderne Kunst insgesamt, betrifft uns hier nicht. Genug damit also!

Was der letzte Abschnitt unter der irreführenden Kurzformel „Die abnormen Künstler“ zu berichten gedenkt, wird denen Illusionen oder Appetit rauben, die Kunst als autonom sakrales Institut, Religionsersatz, das Schöne, als Lebensschminke kultivieren oder wenigstens als Delikatesse kulinarisch zu genießen wünschen. Das haben sie sich dann selbst zuzuschreiben. Die ästhetischen, zu schweigen von den

kulinarischen Eigenschaften der Kunst erschöpfen ihr Wesen nicht, gehören nicht einmal obligatorisch zu ihm.

Kunst kommt von Müssen. Die andere, vorn auf der Zunge liegende Version grassiert des Reimes wegen; was sie allitteriert, versteht sich in zweiter Linie von selbst, genügt allerdings, wenn Müssen und Gehorchen lange genug gedrillt worden sind, für sich allein zur Hervorbringung vollgültiger Kunst.

Solange das Müssen herrscht, besteht die Beziehung zwischen Künstler und Publikum nicht; sie drängt sich sekundär ein. Ursprünglich ist die Beziehung zwischen Künstler und Welt, zwischen je spezifisch beschaffenem Künstler und je spezifisch beschaffener Welt. Ihr entspringt das Kunstwerk.

Wo eine Konstellation von Appellehrer den Schaffensprozeß auslöst — das scheint nach allem, was man weiß, eine brauchbare Annahme zu sein —, kann sie schwerlich als Ergebnis vollkommener Harmonie oder wenigstens normal-bürgerlichen Einvernehmens, d. h. stabilen Gleichgewichts, sondern einzig als Effekt von mehr oder minder starken Spannungen begriffen werden. Spannung setzt Polarität voraus.

Da Talent als verschüttete Potenz im Keim weitverbreitet, ja nahezu ubiquitär, Künstlertum aber vergleichsweise selten ist, folgt logisch, daß das Spannungsverhältnis zwischen Mensch und Welt im Falle des Künstlers größer sein muß als im Falle des Durchschnittsmenschen.

Wenn es sich, wofür vieles spricht, so verhält, unterscheidet sich der Künstler vom Durchschnittsmenschen in seiner psychischen Struktur, weicht er von der Normstruktur ab. Diese Abweichung und das Talent bestimmen und machen ihn zum Künstler. Art und Grad der Abweichung hier, Art und Grad des Talents da, entscheiden wiederum über Art und Grad seines Künstlertums. Sie stecken den Raum ab, in welchem dem Künstler das Leben widerfährt, sie geben das Maß der Bewältigung, von ihnen hängt ab, wieviel Erfahrung und wie sie zu Werk wird. Die Faktoren dieses Kräftespiels stammen ganz überwiegend aus der Erbmasse, kommen allerdings nie rein zum Zuge —, denn sie sind wie alles Leben dem Leben ausgesetzt.

Große, zumal geniale Künstler gehen, das hat Sippenuntersuchung gezeigt, sehr häufig aus einschlägig hochgezüchteten alten Familien hervor. Klassisches Beispiel: die Musiker-Familie Bach.

Die Blutsbeziehungen geistes- und kulturgeschichtlich bedeutender Persönlichkeiten untereinander sind enger als die statistische Wahrscheinlichkeit erwarten ließe. So ist gemeinschaftliche Abstammung für Schelling, Hölderlin, Uhland, Mörike — dazu in Seitenästen des Stammbaums — für Hauff, Kerner, Hegel, Mozart, womöglich noch Goethe nachweisbar.

Hochbegabte bzw. Geniale werden in Familien mit lange gehaltenem hohem Begabungsniveau oft dann geboren, wenn sich erste Entartungserscheinungen zeigen. Das ist der Punkt, an dem die positiven mit den negativen Wirkungen von Inzucht — standesgemäße Heirat schließt hier Inzucht ein — zusammentreffen, um die Entwicklung, was das Geistig-Schöpferische anbelangt, zur Kulmination, was die biologische Wertigkeit angeht, zum Abstieg zu führen. Ein Genie oder Hochtalent in der

Sippe verurteilt diese zum Tode. Stirbt sie nicht sofort im Mannestamm aus, so unterliegt sie mit Sicherheit sowohl einem Begabungsabfall als auch dem Befall mit psychischer Abartigkeit. Beispiele: Michelangelo, Rembrandt, Bach, Byron, Mozart, Haydn, Beethoven, Schubert, Brahms, Bruckner, Goethe, Schiller, Stifter, Keller, Hebbel. Schlagartiges Erlöschen ist die Regel —, Ehe- bzw. Kinderlosigkeit ein seiner Herkunft nach von Fall zu Fall anders determiniertes „Symptom“ der psychischen Abartigkeit. Bald sitzt der Schaden in der Triebosphäre (gehäuftes Vorkommen von Homosexualität, Persistieren von Partialtrieben in Perversionsgestalt, Triebschwäche), bald in der Ich-Sphäre, bald im Temperaments- oder Willensbereich und so fort — jeweils mit dem Ergebnis, daß Fortpflanzung entweder ganz ausbleibt oder über verfehlte Partnerwahl mißrät.

Soweit Sie, meine Damen und Herren, Ärzte sind, bedarf es wegen des Hinweises auf „Zuchtwahl“ und wegen des Gebrauchs so ungehobelter Termini angesichts von Kunst keiner Rechtfertigung. Die verehrten Zuhörer aus anderen Fakultäten seien versichert, daß wir nicht im Sinn haben, „Erhabenes in den Staub zu zieh'n“, nicht, ein Massaker im Parnas zu veranstalten, sondern nur — das aber unvermeidlich —, die Erscheinungen bei dem Namen zu nennen, den sie in der Erblehre legitim tragen. Auch das Unbegreifliche geht hienieden natürlich zu.

Kehren wir, um es mit dem beim Schwanz aufgezäumten Pferd der Ordnung halber auch noch andersherum zu versuchen, zum engeren Thema zurück!

Wir sagten, der Künstler weiche psychisch von der Normstruktur ab. Er weiß das, wie wir gehört, bisweilen selbst, erkennt es sogar als notwendig und beweist insofern mehr Verstand oder Geräumigkeit als seine Bewunderer und Torwächter. Indessen — eine Diagnose wird man von ihm füglich nicht erwarten können.

Fragen wir nun, wie denn das Abweichen sich im einzelnen darbiete, ziemte es sich, wiederum ihn zuerst anzuhören.

Es kann leider nicht sein. Das Unternehmen, im Entwurf probiert, würde Stunden dauern. Denn Selbstverständnis im hier aktuellen Sinn treffen wir beim Künstler nicht nur, wie wir eben noch vorgaben, bisweilen, sondern von Olympe-Zeiten an bis zur Gegenwart überaus häufig, dabei so überraschend genau, in einer so reichen Skala, so mannigfaltig nach Stil und Gehalt ausgestreut zwischen unflätigem Auftrumpfen, exhibierender Koketterie und Verkapselung, Stärke und Schwäche, aggressiver Wüstheit und leidseliger Sanftmut, so bündig und verstohlen, so übereinstimmend in vielem und so verschieden in anderem, daß die Summe der Aussagen bzw. nach beutigem Sprachgebrauch „ein repräsentativer Querschnitt“ die Psychopathologie des Künstlers ergibt.

Selbstzeugnisse des Künstlers erfreuen sich in der Wissenschaft keines guten Leumunds —, mag sein mit Grund, wofern sie über Kunst reden, zu Unrecht, scheint uns, wo es zur Person geschieht.

„Symptome“, die nahezu durchgehend genannt oder angedeutet werden, sind: erhöhte Irritabilität und

Labilität, Zerrissenheit, die oft qualvolle, den Leib einbeziehende Gespanntheit, die Melancholie oder Lethargie, die Leere oder Verdrossenheit der Pausen, die jähen Ausbrüche in den schöpferischen Akt mit seiner Exaltation, das Immerwährende Auf und Ab, die Unrast des Lebens, das Müssen, das zu unentrinnbarer Fron werden kann, die Opposition gegen die Welt, das Leiden am Menschen, das Leidenmachen, die beständige oder fluktuierende Einsamkeit, das Ausgesetztsein zwischen Gottähnlichkeit und kreatürlicher Misere.

Diese Merkmale sind der Kernbestand der Abartigkeit, der gemeinsame Nenner, das Radikal.

Die anderen, differierenderen gliedern das Gesamtbild auf, gruppieren es in Unterformen: hier bei aller Sensibilität eine satyrhaft zupackende, unverwüsthliche Kraft, eine doch der Erde fest verhaftete Derbheit, das Vitale, Sthenische —, da auch Sthenisches, aber gebrochen, geschmälert vom Intellekt und Temperament her, mit Autismus verschwistert, Aggressivität speichernd; da hautlose Asthenie — sanft, fein, hinfällig, da giftige, eiskalte, nach außen und innen destruktive; da lebenslange Hypochondrie, da das Leiden vor dem Spiegel in der besten aller denkbaren Gesellschaften, der Genuß der Malaisen, da die Haltlosigkeiten, die Suchten, das Remedium Alkohol, Gier und Triebhaftigkeit, Lug, Trug, Vagabondage, das Verbrechen, die Gosse. Auf den einzelnen bezogen sind die durchgehend vorhandenen und die individuell verschiedenen Merkmale das Amalgam aus Anomalie und psychophysischer Konstitution —, mit anderen Worten, um endlich Farbe zu bekennen, die je bestimmte psychopathische Persönlichkeit —, was nicht heißt, daß wir damit nun ihr Bild vollständig vor uns hätten. Denn hinzu kommt allemal noch das Erlebte, das Widerfahrene, die Erfahrung, leicht auch Neurotisches.

Der Künstler — ein Psychopath! Ein schockierendes Panorama und, so man auf Illusionsfüßen lebt, sehr danach angetan, einen an der Muttermilch verzweifeln zu lassen, mit der uns die niederträchtig-süße Illusion von einer vollkommenen Harmonie zwischen schönem Werk und edlem Schöpfer eingefößt ward. Dennoch — kein Grund zur Entüstung! Ruhige Vernunft, unbefangener Sinn, haben seit je gewußt, daß Künstlertum nur aus der Besonderheit werden, wachsen und gedeihen kann. Und die Künstler haben es auch und noch besser gewußt.

Ist der Name wichtig? Sagen Sie getrost: das Dämonische! Was will es heißen, wenn das „eigentümlich Künstlerische“ sich bei uns unter anderem Psychopathie nennt? Wer denn zahlt den Preis, um den Kunst allein zu haben ist?! Doch zuerst der Künstler!

Das Werk übersteht den Schöpfer. Abnormes verbraucht sich jeweils im Schöpfungsakt, geht daher nicht in die Schöpfung ein —, es sei denn, der Talentanteil wäre nicht adäquat oder die Zeit ließe dem Abnormen zuviel Spielraum oder beides. Die psychopathische Konfliktenergie wird zudem, da sie dem Schaffen zufließt und sich dabei z. T. aufbraucht, anderweitiger, störender Betätigung entzogen. Insofern genießt die Abartigkeit des Künstlers eine Sonderstellung.

Der psychiatrische Aspekt von Kunst tangiert die übrigen nicht. Das meist posthume Zurechtlügen steht auf einem eigenen Blatt. Leitbilder sind stets stark

gefragt und schwach angeboten und tote Künstler ebenso geduldig wie arrivierte, die Streichquartett, Lorbeerbäumchen und Etwas-um-den-Hals hinter sich haben.

Genehmigen Sie, meine Damen und Herren, einen letzten Rückfall in die psychiatrische Trivialität, damit Ihnen die Tragfähigkeit der Fundamente aus einer weiteren Perspektive ersichtlich werde.

Wir haben Lange-Eichbaums Register abermals ausgezählt und, die Fehlerquellen teils notgedrungen in Kauf nehmend, teils behutsam korrigierend — unter 224 Künstlern 175 eindeutig bzw. massiv Abnorme — wenn Sie so wollen 73% gefunden. Zu ihnen gehören beinahe alle Übergroßen — einschließlich Shakespeare, dessen Identität mit dem Verfasser seiner Werke gelegentlich noch zu beweisen wäre.

Daß die genannte Zahl hinter dem theoretischen Ansatz bleibt, besagt nichts. Oft ist die Abartigkeit gering, öfter fließen die Quellen spärlich, eine Reihe von Künstlern wirkt hoch-attraktiv auf Pathographen, andere werden beharrlich gemieden, abermals andere bis zur Unkenntlichkeit deformiert.

Mit Pathographien allein kommt man nicht zum Ziel. Exakte Arbeit benötigt alle Quellen. Ihre Ergiebigkeit wächst je nach der Bedeutung sowie der zeitlichen Nähe der Künstlerpersönlichkeit —, das versteht sich; hängt außerdem von Zivilisation heißt Technik ab —, das versteht sich gleichfalls; wird endlich entscheidend bestimmt von der Funktion, vom Stellenwert der Kunst, des Künstlers in der Zeit.

Hat Kunst ihren festen Ort in einem auf Transzendenz bezogenen Gesellschafts- und Kulturgefüge, in Sondergemeinschaften gar noch (Klöster, Bauhütten, Zünfte), tritt der Künstler zurück, setzt ihm die Lebensordnung künstlerisch und menschlich Grenzen, hält sie also, damit freilich auf volle Ausmünzung der schöpferischen Potenzen verzichtend, das Psychopathische unter Kontrolle. In unserem Kulturkreis herrscht diese Bindung bis zur Gotik. Die Renaissance macht den Künstler frei und als Sozialgestalt erst voll präsent. Er verliert aber, indem ihm Freiheit zufällt, im selben Zug das Regulativ. Da beginnt sein einsames Abenteuer der Kunst, da die volle Ausfaltung seiner spezifischen Wesenheit — bei totaler, oft provokatorisch vorprellender Inbesitznahme des jeweils offenen Wirkfeldes.

Herrscht in den Ordnungsepochen das Abbild vor und liegt der Akzent auf der Begabung, auf Meisterschaft, dominiert in Epochen des Umbruchs, echten oder vermeintlichen Verfalls das Inbild und verschiebt sich der Akzent auf das Psychopathische (siehe heute als Extreme die Neuen Realisten, die Schrott-, Müll-, Dreck- und Rohe-Eier-„Kunst“, Henry Miller, Jean Genet, den Schwarzen Humor, die Absurden, die Sandkastenlyrik, die Musik, der noch kein Ohr gewachsen ist.) Nebenprodukt des Prozesses ist die Adaption überkommener Andachtsbilder quasi nach dem Muster der Gotisierung romanischer, der Barockisierung gotischer, der Regotisierung barocker Architektur. (Ein Beispiel: Adalbert Stifter. I. Stufe: der liebe alte Schulrat aus Marzipan: Dichter des sanften Gesetzes; als solcher schon zu Lebzeiten vergessen. Suizid verdrängt. 2. Stufe: Nietzsche rühmt den „Nachsommer“, der bekannt wird und pädagogische

Kreise zieht — Landerziehungsheime —; man bemerkt den „Witiko“, die großen Erzählungen. Stifter nun: Überwinder der Romantik, Nachfahre Goethes, Klassiker; reif für Bronze; Suizid und einschlägige Vorgeschichte bleiben verdrängt. 3. Stufe: Der Gegenwart gilt Stifter als problematischer Kranker, der gestaltet hatte, was er nicht leben konnte —, eine Scheinwelt hoch über den Wolken, ohne das Böse. Existentielle Analyse; — würgendes Gefühl der Einsamkeit und Daseinsangst; Bewußtsein der Ausweglosigkeit menschlichen Daseins. — Ihm widerfuhr, was Kafka als sein Schicksal gefürchtet, aber nicht erlebt hatte: aus dem Jüngling ward gleich der Greis. Am Rande: Wenige Jahre nach Stifters Tod — zu Lebzeiten der Witwe — suchte Rosegger das Grab, vergebens. Der Friedhofwärter führte ihn hin; es war zum Erbarmen verwildert. — Auch die Witwe zählt so zu den Eigenschaften des Verbliebenen.

Meine Damen und Herren, — wir bedauern, Ihnen, was wir behaupteten, mit so wenig Beispielen belegt, gewürzt zu haben. Sie wären beliebig zur Hand gewesen. Daran lag es nicht. Wir wollten vermeiden, daß die Glocke des Herrn Vorsitzenden dem asphyktischen Kind vollends den Garaus mache.

Vieler Lücken und Schwächen des Berichts sind wir uns bewußt; schlagen wir ihnen die unbekanntete Zahl jener hinzu, deren wir uns nicht bewußt sind, wird das Gefühl des Ungenügens bedrohlich.

Immerhin, wir haben gewarnt und um Nachsicht gebeten.

So lassen Sie uns denn mitten im Anfang schließen —, unseriös, aber instruktiv mit einer Anekdote, die um einen abnormen Künstler spielt —, keinen großen, doch einen feinen — den heute fast verschollenen Meister des Kleinformats, Peter Altenberg.

Hugo von Hofmannsthal erzählt sie im Tagebuch:

„Anfang 1904 ging es Altenberg psychisch und pekunlär sehr schlecht. Es wurde in einem Haus des Kreises eine Versammlung einberufen, um zu beraten, wie ihm zu helfen wäre. Altenberg selbst, in einem Fauteuil, etwas abseits der anderen, aber im gleichen Zimmer, wohnt der Beratung bei. Er verdeckt das Gesicht mit der Hand. ‚Ich bin ein Bettler und ein Sterbender‘, murmelt er vor sich hin, ‚was wollt ihr von mir? Laßt mich ruhig sterben‘. Verschiedene erheben sich und bringen Anträge vor, wie für seine Gesundheit und sein Auskommen zu sorgen wäre. Er winkt ab, dann wieder, zitternd im Fieber, scheint er gar nichts zu achten. Da steht die hübscheste Frau des Kreises auf: Die junge zarte Frau X.: ‚Ich liebe Altenberg, mehr als ihr alle‘, sagt sie, ‚ich liebe seine Seele und die Gebärden seiner Seele und ich weiß nichts Schöneres, als ihn so sterben zu sehen, in einem Winkel, mit einer dürftigen Decke zugedeckt. O rührt nicht an das Wunder dieses Sterbens! Pauvre Lèlian! Wer wollte ihn um die Schönheit seines Endes bringen?‘

Da schnellt Altenberg wütend aus seinem Fauteuil auf: ‚Dumme Gans‘, schreit er sie an, ‚dumme Gans! Ich will nicht sterben! Ich will ein warmes Zimmer und einen Gasofen, einen amerikanischen Schaukelstuhl, eine Rente, Orange Jam, Kraftsuppe, Filets Mignon. Ich will leben!‘

Anschr. d. Verf.: Medizinaldirektor Dr. J. Riepenhausen, Nerven-Krankenhaus Haar b. München, Vockestraße 67.

AUS DEM STANDESLEBEN

Die Akademie des Sanitäts- und Gesundheitswesens der Bundeswehr

Konstituierung des Wehrmedizinischen Beirats

Am 29. Oktober 1963 fand in der Sanitätsschule der Bundeswehr in München im Rahmen einer Feierstunde die Konstitution des Wissenschaftlichen Beirates für das Sanitäts- und Gesundheitswesen (Wehrmedizinischer Beirat) statt.

Nach einer Begrüßungsansprache durch den Inspekteur des Sanitäts- und Gesundheitswesens der Bundeswehr, Generalstabsarzt Dr. Wilhelm ALBRECHT, hielt der Bundesminister der Verteidigung, Kai-Uwe von HASSEL, einen Vortrag über die Aufgaben der Medizin in einer modernen Streitmacht. Am Schluß seiner Rede teilte er mit, daß er die Konstitution des Beirates zum Anlaß nahm, die Sanitätsschule umzubenennen in „AKADEMIE DES SANITÄTS- UND GESUNDHEITSWESENS DER BUNDESWEHR“.

Die Sanitätsschule, die 1956 in Degerndorf am Inn neu geschaffen worden war, sollte als Ausbildungsstätte des Sanitätsdienstes dienen. Am 1. Juli 1956 hatte der erste Einweisungslehrgang mit 59 kriegsgedienten Sanitätsoffizieren begonnen.

Die unbedingt notwendige Verbindung zur Universität und die Erkenntnis, daß einem Ausbildungszentrum für den Sanitätsdienst ein ständiger Kontakt mit wissenschaftlichen, theoretischen und klinischen Instituten nützt, führte im Mai 1957 zur Verlegung der Sanitätsschule aus dem oberbayerischen Degerndorf in die Luitpold-Kaserne in München.

Im Frühjahr 1959 begannen dann die Vorarbeiten für das neue Gebäude, das nun eingeweiht werden konnte. Es umfaßt einen Hörsaaltrakt mit 19 großen Hörsälen für fast 600 Lehrgangsteilnehmer sowie einen Lehr-Sanitätsbereich mit 50 Betten. Seit Herbst 1960 werden auch Lehrgänge für die Reserve-Offiziers-

anwärter im Sanitätsdienst an der Schule durchgeführt. Sie wurde damit zur gemeinsamen Ausbildungsstätte nicht nur für den Sanitätsdienst von Heer, Marine und Luftwaffe, sondern auch für alle Ärzte, die, sei es als Aktive, sei es als Reservisten, bei der Bundeswehr tätig werden.

Die Ausbildung und Weiterbildung dieser Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und Veterinäre in dieser Schule erstreckt sich auf ärztliche, sanitätsdienstliche, wehrmedizinische und wehrpharmazeutische Gebiete.

Die Sanitätsschule, deren Arbeit noch durch ein Sanitäts-Lehrbataillon, ein Feldlazarett, eine Feldzahnstation und eine Feld-Prosektur unterstützt wird, hat damit den Charakter einer Akademie erlangt. Das kommt auch in der Umbenennung zum Ausdruck.

*

Generalstabsarzt Dr. ALBRECHT, der Inspekteur des Sanitäts- und Gesundheitswesens der Bundeswehr, führte bei der Begrüßung der Gäste u. a. folgendes aus:

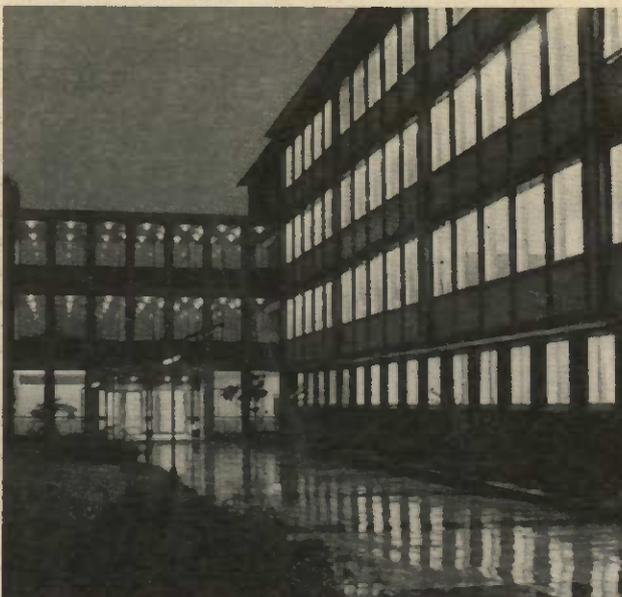
Das Sanitäts- und Gesundheitswesen der Bundeswehr begeht heute den festlichsten Tag in der jungen Geschichte seines Bestehens.

Bei der Vielzahl und Mannigfaltigkeit der Aufgaben des Sanitätsdienstes einer modernen Streitkraft, den ständig komplizierter werdenden Arbeitsmethoden und den sich überstürzenden Forschungsergebnissen, erschien es dringend geboten, dem Bundesminister der Verteidigung ein Gremium von Fachleuten und Wissenschaftlern zur Seite zu geben, welches nicht nur bei ärztlichen Fragen, sondern auch bei Problemen pharmazeutischer, zahn- und veterinärmedizinischer Art beratend tätig wird.

Der Beirat, der sich heute konstituiert, hat, geschichtlich gesehen, seinen Vorgänger in dem Wissenschaftlichen Senat für das Heeressanitätswesen, dessen erfolgreiches Wirken in den Jahren 1901 bis 1945 aus den großartigen Leistungen des deutschen Sanitätsdienstes im Frieden und im Kriege nicht wegzudenken ist.

Damit knüpft er an die Tradition an, die durch Namen, wie Langenbeck, Bergmann, Rubner, Koch, Virchow, Sauerbruch und Siebeck unter anderen verkörpert wird. So wie diese Männer in ihrer Zeit mit schöpferischem Geist Bleibendes geschaffen haben, so möge auch der Wissenschaftliche Beirat für das Sanitäts- und Gesundheitswesen der Bundeswehr in dieser Tradition mit dem heutigen Tage seine Arbeit aufnehmen.

Wie in der Vergangenheit das deutsche Militär-Sanitätswesen in einem international anerkannten hohen Leistungsstand mit ein Verdienst der Tätigkeit des Wissenschaftlichen Senats war, so ist es unser aller Wunsch, daß auch die jetzt mit der Schaffung des Wissenschaftlichen Beirates eingeleitete Entwicklung das gleiche Ziel und Ergebnis haben wird.



Haupteingang des neuen Akademiegebäudes

SCIENTIAE - HUMANITATI - PATRIAE *)

Von Kai-Uwe von Hassel, Bundesminister der Verteidigung

Die Konstituierung des Wissenschaftlichen Beirats für das Sanitäts- und Gesundheitswesen, zu der wir uns heute versammelt haben, bietet mir die willkommene Gelegenheit, vor Ihnen und vor der Öffentlichkeit über einen Problemkreis zu sprechen, dessen grundlegende Bedeutung für jede Armee auch noch in unserer Zeit nicht überall erkannt ist, weil die hier geleistete Arbeit sich meist im Verborgenen vollzieht und ihre Erfolge nicht so schnell sichtbar werden:

über die Aufgaben der Medizin in einer modernen Streitkraft.

Wir sind uns in diesem Kreise wohl alle darin einig, daß ohne die Fortschritte der Medizin und der mit ihr verbundenen Schwesterswissenschaften — der Pharmazie, der Veterinärmedizin und der Zahnheilkunde — die Gesellschaft von heute nicht vorstellbar ist. Ebenso wenig ist eine moderne Armee ohne einen leistungsfähigen Sanitätsdienst denkbar.

Auch in der technisierten Streitkraft von heute ist der Mensch Mittelpunkt und Motor der Truppe. Seine Gesundheit, die physische sowohl wie die geistig-seelische, sind ausschlaggebend für den Leistungsstand der Armee.

Die Konstituierung dieses Beirates soll daher bekunden, welchen unschätzbaren Wert wir der Gesundheit der uns anvertrauten Jugend beimessen, und wie ganz unentbehrlich uns bei der Lösung aller sich hieraus ergebenden Aufgaben die enge Verbindung mit Forschung und Praxis der medizinischen Wissenschaft und der ihr verwandten Disziplinen ist.

Jeder, der das politische Geschehen unserer Tage mit offenen Augen verfolgt, sollte erkannt haben, daß unsere junge Demokratie und die demokratische Freiheit in ihr keinen Bestand haben könnten ohne den zielbewußten und erfolgreichen Aufbau der Bundeswehr. Solange die freie Welt, in der wir zu leben wünschen, nach wie vor einer unablässigen Bedrohung ausgesetzt ist, die sich in der Form im Laufe der Jahre vielleicht wandelt und die dabei auch ihre Schwerpunkte verlagert, ihrem Wesen und ihrer Zielsetzung nach jedoch unverändert bleibt, so lange wäre es Selbstaufgabe, wollten wir uns leichtfertig und vertrauensselig unserer Möglichkeiten begeben, jedes militärische Abenteuer durch eine wirklich glaubhafte Abschreckung zu verhindern.

Die Mittel eines künftigen Krieges sind gewiß grauhaft, nicht nur die atomaren, sondern auch die konventionellen. Wer wüßte es besser, als Ärzte, die den aus unmittelbarer Nähe erlebten Schrecken des Krieges vielfach noch heute vor Augen haben? Aber kann eine verantwortliche politische Führung auf die Verteidigungsbereitschaft verzichten, wenn sie weiß, daß der mögliche Gegner alle Mittel der Vernichtung in Händen hat und uns damit risikolos anzugreifen in der Lage wäre, wenn wir nicht alles täten, was in unseren Kräften steht, um ihn hiervon abzuhalten?

Wir wollen keine Soldaten ausbilden, ausrüsten und bewaffnen, um Schlachten zu schlagen, um Kriege zu führen und um die blutige Geschichte der Menschheit

um ein weiteres Kapitel voll Kummer und Leid, Elend und Zerstörung zu vermehren.

Aber wir sind überzeugt, daß wir die Sicherheit unserer Lebensordnung, Freiheit und Frieden gegenüber drohender Gewalt nur dadurch bewahren können, daß für den möglichen Angreifer das eigene Risiko unkalkulierbar bleibt.

Die Anstrengungen, die zur Errichtung und Aufrechterhaltung der Verteidigungsbereitschaft unseres Volkes nötig sind, wären aber ohne die Nutzung aller wissen-



Der Bundesverteidigungsminister Kai-Uwe von Hassel bei der Festansprache in der Akademie

schaftlichen Möglichkeiten unseres Landes bald zum Scheitern verurteilt.

Unter allen Wissenschaften hat die Medizin im militärischen Bereich eine besondere Stellung, eine Stellung, die sich von ihrem eigenen hippokratischen Auftrag berleitet: Gesundheit zu erhalten und Leben zu bewahren, unter allen Umständen, im Frieden und im Kriege, bei Freund und Feind. Nichts sonst als dieser im ärztlichen Berufsethos verwurzelte Auftrag der Medizin begründet die besondere völkerrechtliche Stellung aller im Sanitätsdienst Tätigen, wie sie in der Genfer Konvention garantiert ist. Und mögen auch manche bitteren Erfahrungen aus dem letzten Weltkrieg die Relativität solcher Garantien mehr als einmal erwiesen haben, so kann es keinen Zweifel geben, daß in einem künftigen Verteidigungsfall das Rote Kreuz auf weißem Grund für alle, die guten Willens sind, wieder ein festes Bollwerk der Menschlichkeit wäre.

Zu einer glaubhaften Verteidigungsbereitschaft gehört heute mehr als je ein leistungsfähiger Sanitätsdienst.

Der kämpfende Soldat muß die Gewißheit haben, daß für ihn im Falle einer Verwundung oder Krankheit das Bestmögliche getan wird.

Um dies zu erreichen, braucht der Sanitätsdienst den engen Kontakt mit Wissenschaft und Forschung. Diese

*) Aus der Ansprache bei der Konstituierung des Wissenschaftlichen Beirates für das Sanitäts- und Gesundheitswesen der Bundeswehr.

Verbindung ist für ihn eine Lebensfrage und eine unbedingte Notwendigkeit, wenn er seine Aufgaben erfüllen soll. So unentbehrlich im militärischen Bereich straffe Organisation, zielbewußte und soldatische Haltung sind: die tragenden Säulen des Sanitätsdienstes sind Wissen und Können, Erziehung und Schulung und der Geist echter Menschlichkeit, der sein Handeln beseelt.

Die entscheidende Wandlung, die das Kriegsbild in den letzten Jahren durch die Entwicklung der Waffentechnik und durch die fast lückenlose Durchdringung der Streitkräfte von der Technik erfahren hat, prägt nicht nur die Gliederung und die Einsatzgrundsätze der Armee von heute, sondern ganz entscheidend auch den Aufbau und die Aufgaben ihres Sanitätsdienstes.

Wenn es beim heutigen Stand der Waffentechnik möglich ist, daß ein feindlicher Überfall innerhalb weniger Stunden über uns hereinbricht, ohne daß er sich durch die mehr oder weniger kurze Phase einer Mobilmachung anzukündigen braucht, dann zwingt uns diese Tatsache — wollen wir eine glaubhafte Abschreckung erreichen — dazu, neben Kampftruppen auch Sanitätseinheiten einsatzbereit zu halten, Einheiten, die noch im letzten Krieg erst mit Beginn der Feindseligkeiten zusammengestellt wurden.

Eine beträchtliche Zahl von hochqualifiziertem Fachpersonal, Ärzten, Apothekern und Zahnärzten, aber auch Sanitätspersonal mit Spezialausbildung — muß im Sanitätsdienst der Bundeswehr über seine eigentliche Aufgabe der Krankenbetreuung und Krankenpflege in Sanitätsbereichen und Lazaretten hinaus im Frieden schon Ausbildungsaufgaben übernehmen.

Man muß diese Tatsache vor Augen haben, wenn vielleicht in diesem Gremium einmal über Möglichkeiten einer Besserung unserer personellen Schwierigkeiten und des Einsatzes von Fachkräften im Sanitätsdienst gesprochen werden sollte.

Technik und Waffenwirkung setzen aber auch die Schwerpunkte in den drei großen Aufgabenkomplexen der Wehrmedizin: der Auswahl, der Vorbeugung und der Behandlung.

Die Forderung „der richtige Mann an den richtigen Platz“, so selbstverständlich sie ist, stellt demjenigen, der sie zu erfüllen hat, heute eine Reihe von Problemen, die in früheren Zeiten unbekannt waren. Der Infanterist von gestern ist der Panzergrenadier von heute, der Fahrer vom Bock ersetzt der Kraftfahrer, und der Artillerist entwickelt sich zum Raketenspezialisten, d. h. nahezu in jeder soldatischen Verwendung werden heute neben voller körperlicher Leistungsfähigkeit auch gute Intelligenz, Aufnahmefähigkeit und technisches Verständnis verlangt.

Es ist ein Irrtum, anzunehmen, daß die Anforderungen an die körperliche Leistungsfähigkeit der Soldaten in der motorisierten technisierten Streitkraft von heute geringer wären als etwa in der Armee des 1. Weltkrieges. Diese Anforderungen werden heute durch die Maschine und ihre fast unbegrenzte Arbeitsleistung bestimmt, und können das Bedienungspersonal bis zur Grenze seines Leistungsvermögens beanspruchen.

Der Panzerschütze im Turm, der Pilot in der Überschallmaschine, der Beobachter am Radarschirm, der Maschinist im U-Boot — sie alle sind im Einsatz Stunde um Stunde, oft auf engstem Raum, an ihren Plätzen gefesselt. Trotzdem müssen Hirn und Herz ungestört arbeiten, damit der Soldat im entscheidenden Moment zielsicher handelt.

Unsere junge Generation besitzt wohl wie keine vor ihr ein selbstverständliches und natürliches Verhältnis zum technischen Fortschritt, auch wenn sie mit manchen seiner Probleme nicht immer fertig wird. Immerhin wächst sie mit der Technik auf und wird von ihr geformt. Sie bringt daher in dieser Hinsicht gute Voraussetzungen für den Wehrdienst in unserer Zeit mit.

Dagegen müssen unsere jungen Soldaten in der Mehrzahl erst lernen, daß Sorgfalt und genaue Pflichterfüllung im Umgang mit der Technik notwendiger sind als je, weil die geringste Nachlässigkeit die schwerwiegendsten Folgen haben kann. Das Gefüge von Befehl und Gehorsam besteht für eine technische Armee uneingeschränkt, wenn es sich auch zuweilen in anderen Formen darstellen mag.

Es ist auch nicht zu übersehen, daß die körperliche Belastbarkeit unserer Jugend berabgesetzt ist. Die Ergebnisse der Musterungen lassen deutlich erkennen, daß die unter dem Einfluß unserer technischen Zivilisation weit verbreitete unphysiologische Lebensweise großer Teile unserer Jugend nicht ohne nachteilige Auswirkungen auf ihre körperliche Entwicklung geblieben ist. Die Probleme, die sich hieraus für die soldatische Ausbildung gerade während der ersten Monate des Wehrdienstes ergeben, sind vielgestaltig und schwerwiegend. Eine wohl dosierte Steigerung der Anforderungen im Ausbildungsplan und die Einfügung regelmäßiger Sportstunden in den Dienst haben bisher dennoch zu guten Erfolgen geführt, so daß unsere Rekruten am Ende ihrer Grundausbildung eine Leistungsbreite und körperliche Härte besitzen, die sie allen Belastungen des soldatischen Dienstes gewachsen sein läßt.

Halten wir uns vor Augen, daß — wie verschiedene Fälle in letzter Zeit gezeigt haben — Schäden meist am Herz oder Kreislaufsystem, die auch durch noch so differenzierte Spezialuntersuchungen nicht immer aufgedeckt werden können, die Gesundheit manches jungen Menschen schwächen. Das Nichterkennen solcher Schäden kann nicht den militärischen Reihenuntersuchungen zur Last gelegt werden, die sich millionenfach bewährt haben und die in ihrem Erkenntniswert über den Stand der Volksgesundheit noch von keiner anderen Reihenuntersuchung erreicht worden sind. Begreifen wir aber die Tatsache, daß es solche Schäden gibt, als eine ständige Mahnung, in unseren Bemühungen um die bestmöglichen Methoden der Auswahl nicht nachzulassen. Hier werden wir einen entscheidenden Schritt weitergekommen sein, wenn erreicht ist, daß die Auswahl der Wehrpflichtigen nicht mehr durch ein vom blinden Zufall diktiertes Lossystem bestimmt wird, sondern hierfür in erster Linie die Ergebnisse der ärztlichen Musterungsuntersuchung und die persönliche Eignung des Wehrpflichtigen den Ausschlag geben.

Ich lasse z. Z. ein Auswahlverfahren vorbereiten, das diesen Grundsatz verwirklichen wird, und bei dem die von der Sanitätsinspektion aufgestellten ärztlichen Kriterien stärker als bisher zur Geltung kommen werden.

Die harten Anforderungen der Technik bringen es mit sich, daß medizinische Erkenntnisse und Forderungen mehr und mehr bestimmenden Einfluß auf den Einsatz und die Verwendung des Soldaten gewinnen.

In seiner konsequenten Form wird dies heute bei der gesundheitlichen Überwachung des fliegenden Personals verwirklicht.

Hier wird an einer Gruppe von hochleistungsfähigen, aber oft bis an die Grenze ihrer Belastbarkeit beanspruchten Spezialisten der Waffentechnik beste vorbeugende Medizin betrieben. Diese Männer werden nicht nur täglich vom Fliegerarzt ihres Verbandes gesehen und im Dienst beobachtet, sie werden auch in regelmäßigen Abständen von ihm untersucht und in ihrer Lebensführung beraten.

Jährlich einmal durchlaufen sie eine gründliche gesundheitliche Überprüfung im Flugmedizinischen Institut, in der ihre Verwendungsfähigkeit als Flieger immer wieder ärztlich bestätigt werden muß.

Dieses System der regelmäßigen gesundheitlichen Überwachung von Spezialisten wird laufend erweitert und umfaßt heute sowohl das U-Boot-Personal wie den Taucher und jeden Kraftwagenfahrer der Bundeswehr, dessen gesundheitliche Eignung vor Beginn der Ausbildung und nach jeder Erkrankung wieder kontrolliert wird.

Wir werden in naher Zukunft einen weiteren Schritt in dieser Richtung tun und für alle über 45jährigen Berufssoldaten eine Vorsorgeuntersuchung einführen. Diese Untersuchung wird den Zweck haben, Gesundheitsgefährdungen, die sich erfahrungsgemäß in diesem Alter besonders häufig einstellen oder ankündigen, frühzeitig zu erkennen und durch eine „vorbeugende Behandlung“ so rechtzeitig zu beseitigen, daß ernstere und irreversible Schäden nach Möglichkeit vermieden werden. Die Untersuchung soll aber auch dazu dienen, den Untersuchten im vertrauten Gespräch mit dem Arzt über Fehler in der bisherigen Lebensweise aufzuklären und in den Grundsätzen einer vernunftgemäßen Lebensführung zu unterweisen.

In dieser Richtung, in der individuellen Gesundheitsüberwachung, liegen heute wohl überhaupt die großen Aufgaben der vorbeugenden Medizin.

Daneben behalten die klassischen Gebiete der Militärhygiene, die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten und ihre Verhütung durch Schutzimpfungen und

die Überwachung der Soldatenernährung, um nur die wichtigsten zu nennen, ihr bisheriges Gewicht.

Zwar haben die typischen Kriegsseuchen; Ruhr, Cholera, Pocken und Fleckfieber für eine gut geschützte Armee ihre einstigen Schrecken verloren, dafür aber verursachen die sogenannten banalen Infektionen selbst im Frieden erhebliche Krankheitsausfälle. Halten wir uns vor Augen, daß im letzten Krieg auf deutscher Seite täglich zwei Divisionen durch übertragbare Krankheiten außer Gefecht waren, so wird klar, daß hier noch manches Problem zu lösen ist, ehe davon gesprochen werden könnte, daß die Infektionskrankheiten eine überwundene Gefahr darstellen.

Die zweckmäßige Form der Soldatenernährung ist ebenfalls ein Problem, das heute nur in enger Verbindung mit der fortschreitenden Spezialisierung im Waffenh Handwerk gesehen werden kann. Es ist offenkundig, daß der Pilot eines Strahlenflugzeugs, der Matrose auf langer Auslandsreise und der Grenadier im Standortdienst oder im Manöver nicht die gleiche Verpflegung erhalten können, sollen sie, jeder an seinem Platz, das Beste leisten. Es gilt weiterhin Vorsorge zu treffen für Überlebenssituationen, wie sie sich in dem Kriegsbild von heute jederzeit und an jedem Ort entwickeln können. Hier liegen Aufgaben, die ihre Lösung nur durch enge Zusammenarbeit zwischen dem Lebensmittelchemiker, dem Veterinärmediziner, dem Ernährungsphysiologen, dem Arzt und dem Truppenführer finden können.

Meine bisherigen Ausführungen mögen Ihnen, meine Damen und Herren, einen gewissen Eindruck von der Fülle der Aufgaben und Probleme vermittelt haben, denen sich die Medizin in einer modernen Streitkraft allein auf den Gebieten der Gesundheitsvorsorge und der Krankheitsverhütung gegenüber sieht.

Diese Problematik wächst ins nahezu Unermeßliche, wenn wir uns dem zentralen Problem jedes militärischen Sanitätsdienstes zuwenden, der Behandlung der Verwundeten und Kranken im Verteidigungsfall.



Beim Festakt in der Aula der Akademie. (Ganz rechts, in der 1. Reihe Dr. Fromm, Präsident der Bundesärztekammer.)
(Alle Aufnahmen: Akademie des Sanitäts- und Gesundheitswesens der Bundeswehr)

Solange wir in einer Zeit leben, in der die Verwendung thermonuklearer Energien als Waffe durch politische Mittel noch nicht ausgeschaltet ist, solange ist es die Pflicht jeder verantwortlichen Sanitätsführung, den Konsequenzen ins Auge zu sehen, die sich aus dieser Situation für die Organisation des Sanitätsdienstes und für Theorie und Praxis der Wehrmedizin ergeben. Das Thema, um das daher heute viele Überlegungen kreisen und über das in aller Welt auf den militärmedizinischen Tagungen lebhaftes Aussprachen geführt werden, heißt: Sofortbehandlung beim Massenansturm Verwundeter.

Weiche organisatorischen Vorbereitungen müssen getroffen werden, um bei einer „Flut von Verwundungen“ möglichst vielen möglichst schnell ärztliche Hilfe bringen zu können? Welche Behandlungsmaßnahmen sind für eine Anwendung bei Massenanstürmen besonders geeignet und versprechen unter den gegebenen Verhältnissen die besten Erfolge?

Die Antworten auf diese Fragen werden durch zwei — ich möchte sagen: schicksalhafte — Gegebenheiten kompliziert: Die sich ständig noch steigende Wirkung moderner Waffen auf der einen Seite und die individuelle Leistung des Arztes, die sich letztlich nicht steigern läßt, auf der anderen.

Dieser Zwiespalt fordert Entscheidungen, die bei voller Wahrung ärztlicher Grundsätze die rationelle Verwendung aller personellen und materiellen Mittel gewährleisten.

Wir sind weit davon entfernt, vor der Größe dieser Aufgabe und der Vielzahl ihrer Probleme zu resignieren. Die Geschichte des Sanitätsdienstes und der Wehrmedizin, auch in unserem Lande, hat schließlich bewiesen, daß durch kluge Planung und durch eine auf die Bedürfnisse des Ernstfalles ausgerichtete Ausbildung erstaunliche Erfolge erzielt werden können.

Der Sanitätsdienst der Bundeswehr ist für seine Aufgaben im Kriege in materieller Hinsicht bereits bemerkenswert gut gerüstet. Wir erleben es immer wieder, daß hohe Sanitätsoffiziere verbündeter oder neutraler Mächte unserer Sanitätsausrüstung, ihrer Zweckmäßigkeit und ihrer Vollständigkeit Anerkennung zollen.

Aber wir müssen uns darüber im klaren sein, daß jede Organisation nur so gut ist wie die Menschen, die in ihr tätig sind. Das gilt nicht zuletzt auch für den Sanitätsdienst.

Die Bundeswehr war in den Jahren ihres Aufbaus in der glücklichen Lage, daß sich ihr Ärzte, Apotheker, Veterinäre und Zahnärzte zur Verfügung stellten, die sich alle in vielen Jahren ziviler Tätigkeit umfassende Fachkenntnisse und Spezialwissen erworben hatten. Von diesem eingebrachten Kapital an Wissen und Können leben wir heute. Aber es ist die Zeit abzusehen, zu der es aufgezehrt sein wird, wenn wir nicht energische Schritte tun, um den Nachwuchs an Sanitätsoffizieren und an Sanitätspersonal selbst weiter auszubilden, und ihm Arbeitsmöglichkeiten geben, unter denen er sich den gleichen fachlichen Standard erwerben und erhalten kann wie sein ziviler Kollege.

Wir werden daher unsere Lazarette weiter ausbauen, Schritt um Schritt, aber mit aller Konsequenz und mit dem Ziel, sie zu ebenso vielseitigen Behandlungseinrichtungen und Ausbildungsstätten zu machen, wie es allgemeine Krankenhäuser entsprechender Größe sind.

Wir wissen, daß hierzu ein Patientenkreis gehört, der außer den Soldaten auch Frauen, Kinder und alte Menschen umfaßt, und fordern daher, daß der Sanitätsdienst der Bundeswehr wieder wie in früheren Zeiten, und wie dies bei allen Streitkräften unserer Verbündeten selbstverständlich ist, die Behandlung der Familienangehörigen der Soldaten, der ehemaligen Berufssoldaten und auch der Zivilbediensteten der Bundeswehr übernehmen kann. Nur auf diese Weise wird er in der Lage sein, auch im Verteidigungsfall jedem, der in seinen Lazaretten Schutz und Hilfe sucht, diese auch zu gewähren.

Die Fachausbildung der Sanitätsoffiziere an zivilen Krankenanstalten und Instituten muß und wird in Zukunft in verstärktem Umfang erfolgen. Haben wir uns bisher auf gewisse Schwerpunkte — die Ausbildung von Anaesthetisten, von Strahlenschutzärzten, Strahlenschutzapothekern und Strahlenschutzveterinären — beschränken müssen, so werden wir schon in naher Zukunft mit der Ausbildung von Chirurgen, Internisten, Hygienikern, Lebensmittelveterinären und -chemikern beginnen müssen, wenn eines Tages die in Lazarettabteilungen und Instituten eingesetzten Kräfte durch vollwertigen Nachwuchs ersetzt werden sollen. Diese Ausbildung wird zum Teil immer in den entsprechenden zivilen Einrichtungen erfolgen, weil wir der Überzeugung sind, daß nichts die Verbundenheit zwischen ziviler und militärischer Wissenschaft besser fördert als gemeinsame Arbeit. Dennoch stellen wir mit Befriedigung fest, daß bereits einige unserer Lazarette und Lazarettabteilungen von den Landesärztekammern für bestimmte Fristen der Facharztausbildung anerkannt worden sind.

Pflege und Betreuung der Kranken und Verwundeten sind aber mit dem ärztlichen Begriff, mit der Zubereitung und Darreichung des Medikaments nicht getan. Sie setzen sich fort in einer Unzahl von Einzelverrichtungen, von denen jede für den Erfolg unentbehrlich ist. Gilt dies bereits im geordneten Ablauf eines Klinikbetriebes, wie viel mehr unter den besonderen Bedingungen des Hauptverbandplatzes oder des Feldlazarettes. Hier wird Sanitätspersonal gebraucht, das in den Grenzen seiner Verantwortung selbständig und zielbewußt zu handeln versteht und in der Lage ist, die ersten Maßnahmen der Schockbekämpfung, der Verbrennungsbehandlung und der Schmerzstillung selbst einzuleiten.

Wir müssen in der Ausbildung unseres Sanitätspersonals der Tatsache Rechnung tragen, daß an seine Kenntnisse in manchen Situationen des Ernstfalles Anforderungen gestellt werden können, die über das hinausgehen, was im Frieden von ihm normalerweise verlangt wird.

Wir brauchen Spezialisten, wie Narkosegehilfen, Instrumenteure, Krankenpfleger, Desinfektoren u. a. m., und bilden sie in großer Zahl in unseren Lazaretten oder in zivilen Krankenhäusern aus.

Sie sind in den Krankenhäusern, wie uns immer wieder bestätigt wird, wegen ihrer Aufgeschlossenheit und Einsatzbereitschaft gern gesehene und willkommene Helfer.

Die Pflege von Kranken und Verwundeten, diese „in höchstem Maße menschliche Aufgabe“ (Virchow), ist aber ohne die Mitwirkung von Frauen nicht vorstellbar. Die Krankenschwester, die medizinisch-technische Assistentin, die Schwesternbelferin, sie alle erfüllen Aufgaben, zu denen man mehr braucht als gewisse fach-

liche Kenntnisse und Handfertigkeiten, wenn sich bei dem Kranken oder Verwundeten neben dem Bewußtsein, fachlich gut behandelt zu werden, auch das Gefühl der Geborgenheit einstellen soll, das für die Heilung so unentbehrlich ist.

Daher sind in den Lazaretten und Sanitätsbereichen der Bundeswehr, in gleicher Weise, wie in den zivilen Krankenhäusern, schon jetzt zahlreiche Frauen in der Krankenpflege und im ärztlichen Hilfsdienst tätig. Sie arbeiten hier freiwillig und in einem privatrechtlichen Arbeitsverhältnis. Grundsätzlich wird die Bundeswehr ihren Bedarf an Frauen für den Sanitätsdienst auch im Verteidigungsfall auf Grund von freiwilligen Meldungen zu decken versuchen. Wir müssen uns aber darauf einstellen, daß auf diesem Wege die notwendigen personellen Ergänzungen nicht sichergestellt werden können, wenn nicht bestimmte Vorschriften eines künftigen Zivildienstgesetzes auf diese Frauen — nicht zuletzt in deren eigenem Interesse — angewendet werden können. Ein privatrechtliches Arbeitsverhältnis, das den Vorschriften des allgemeinen Arbeits- und Tarifrechts unterliegt, bietet weder der Bundeswehr die Sicherheit dafür, daß sie in einem Verteidigungsfall mit einer genügenden Anzahl dieser Kräfte rechnen kann, noch ist ein solches Arbeitsverhältnis für die Frauen selbst angemessen, die in ihrer Verpflegung, Unterkunft und Bekleidung, der Heilfürsorge und dergleichen mehr nicht schlechter versorgt sein dürfen als die Soldaten. Dem stehen jedoch zur Zeit noch die Vorschriften des Artikels 12 Absatz 3 des Grundgesetzes entgegen, der die Heranziehung von Frauen zur — waffenlosen — Dienstleistung im „Verbande der Streitkräfte“ verbietet. Wenn diese Vorschrift bestehen bleibt, dann könnten Frauen auf Grund des Zivildienstgesetzes zwar verpflichtet werden, im Verteidigungsfall Soldaten in zivilen Krankenhäusern zu pflegen, es wäre aber nicht möglich, dieses Personal zu dem gleichen Dienst in einem Reservelazarett der Bundeswehr heranzuziehen.

Ist diese Situation zu verantworten? Sollten nicht bei dieser wahrhaft humanitären Aufgabe, der Krankenpflege, alle Bedenken zurücktreten vor der menschlichen Pflicht, Vorsorge zu treffen für die bestmöglichen Pflege- und Behandlungsbedingungen, auf die auch der deutsche Soldat in einem Verteidigungsfall Anspruch hat?

Auch hier wird man nach Eintritt des Verteidigungsfalles nichts mehr erreichen können, was im Frieden nicht lange vorher vorbereitet ist.

Wie auch immer diese Frage einmal entschieden wird — die Voraussetzung für jede weitere Planung ist die Bereitschaft möglichst vieler Frauen und Mädchen, sich in Erster Hilfe oder als Schwesternhelferinnen ausbilden zu lassen. Bei dieser Ausbildung leistet die Bundeswehr im Rahmen ihrer Möglichkeiten Hilfe durch finanzielle Zuwendung und Unterstützung mit Ausbildungspersonal. Sie konnte so das jährliche Aufkommen an ausgebildeten Schwesternhelferinnen nicht unerheblich steigern.

Wir glauben aber, daß all dies noch nicht ausreicht, wenn es nicht gelingt, die gesamte Ärzteschaft und die Angehörigen der mit ihr verbundenen Berufsgruppen, vor allem aber auch den medizinischen Nachwuchs, mit den Belangen und Grundsätzen der Wehrmedizin und den Methoden der ärztlichen Notfallhilfe vertraut zu machen. Es liegt in der Natur der Sache, daß die in harter Erfahrung erworbenen Erkenntnisse der Wehr-

medizin in Zeiten, in denen sie nicht gebraucht werden, in Vergessenheit geraten. Sie müssen im Notfall in mühseliger Erfahrung erst wiederentdeckt und neu gelernt werden. War das in der Vergangenheit vielleicht noch möglich, so ist es unter den Verhältnissen eines künftigen Verteidigungsfalles mit Sicherheit ausgeschlossen. Dann werden sich nicht nur die Sanitätsoffiziere, sondern alle Ärzte und alle Angehörigen der Heilberufe vor die Notwendigkeit gestellt sehen, vom ersten Tage an Wehrmedizin zu betreiben. Wehrmedizinische Kenntnisse sind damit aber nicht mehr allein die Sache des militärischen Sanitätsdienstes, sondern eine Angelegenheit der gesamten Medizin.

Hieraus die nötigen Folgerungen zu ziehen, ist meines Erachtens auch eine Aufgabe der Hochschulen.

Hier wäre bereits viel getan, wenn der ärztliche Nachwuchs nicht nur theoretisch, sondern auch praktisch in den Methoden der ärztlichen Notfallhilfe und der Schockbekämpfung geschult würde, Kenntnisse, die in unseren Tagen drangvoller Enge auf den Straßen täglich von ihm verlangt werden können.

Lassen Sie mich zum Abschluß noch ein kurzes Wort zur Organisation des Sanitätsdienstes in der Bundeswehr sagen.

So unentschieden die endgültige Form und so ungewiß der Zeitpunkt der Einführung einer neuen Spitzengliederung noch ist, so gewiß ist jedenfalls, daß die besonderen, über die Grenzen der Teilstreitkräfte hinausgehenden übergeordneten Bundeswehraufgaben nach wie vor einer übergeordneten Spitze des Sanitäts- und Gesundheitswesens bedürfen. Diese oberste Leitung des Sanitätsdienstes der Bundeswehr als eines Fachdienstes wird weiterhin bei dem Inspekteur des Sanitäts- und Gesundheitswesens liegen, der als Leiter der Inspektion des Sanitäts- und Gesundheitswesens Abteilungsleiter im Bundesministerium der Verteidigung ist und bleiben wird.

In den Jahren ihres Bestehens als selbständige Abteilung meines Hauses hat sich die Sanitätsinspektion eine Stellung erworben, die jede andere Lösung ausschließt. Darüber hinaus lasse ich zur Zeit die Möglichkeit prüfen, der Sanitätsinspektion zur Wahrnehmung von Aufgaben nicht ministeriellen, aber zentralen Charakters ein dem Ministerium unmittelbar nachgeordnetes Bundeswehr-Sanitätsamt beizugeben, vergleichbar dem Bundeswehramt und dem Bundeswehrverwaltungsamt.

Dieses Bundeswehr-Sanitätsamt würde in sich vereinigen
die bereits bestehenden Teile des Wehrmedizinalamtes
die bisherige Sanitätsschule der Bundeswehr
ein zentrales Bundeswehrlazarett als
klinisch-wissenschaftliche Institution und ein
pharmazeutisch-wissenschaftliches Institut.

Jedoch befinden sich diese Pläne noch im Stadium der Prüfung und werden bis zu ihrer Realisierung noch einige Zeit beanspruchen.

Wenn ich soeben von der „bisherigen“ Sanitätsschule sprach, so bin ich Ihnen dafür eine Erklärung schuldig:

Die Einrichtung, in der wir uns hier befinden und in die wir Sie mit Bedacht zur Feier der Konstituierung des Wissenschaftlichen Beirates geladen haben, ist eine Stätte, in der seit ihrem Bestehen Wissenschaft und Forschung in wehrmedizinische Lehre und sanitätsdienstliche Ausbildung umgesetzt werden. Hier werden

die Sanitätsoffiziere nach ihrem Eintritt in die Bundeswehr in ihre besonderen Aufgaben eingewiesen, und hier werden ihnen in zahlreichen Lehrgängen immer wieder die neuesten Erkenntnisse aus dem weiten Gebiet des Sanitätsdienstes vermittelt.

Damit ist diese Lehrstätte über den Rahmen einer Schule hinausgewachsen.

Um dem Rechnung zu tragen, habe ich die Sanitätsschule der Bundeswehr daher auf Vorschlag des Herrn Sanitätsinspektors mit dem heutigen Tage umbenannt in

„Akademie des Sanitäts- und Gesundheitswesens der Bundeswehr“.

Meine Damen und Herren,

bei einem Gang durch dieses Gebäude werden Sie an einer Tafel vorbeikommen, auf der der Wahlspruch verzeichnet ist, unter dem der deutsche Sanitätsdienst zu allen Zeiten Großes geleistet hat. Ich kann mir keinen würdigeren Wahlspruch für einen militärischen Sanitätsdienst denken, und es ist daher mein Wunsch, daß er auch dem Sanitätsdienst der Bundeswehr Aufgabe und Verpflichtung sei:

Scientiae — Humanitati — Patriae.

Liste der Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirats für das Sanitäts- und Gesundheitswesen der Bundeswehr (Wehrmedizinischer Beirat)

Bansi, Prof. Dr., Chefarzt der 1. Medizinischen Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses St. Georg, Hamburg, Helmhuberstraße 80.

Bayer, Dr. Alfred, Oberstarzt a. D., Facharzt für Chirurgie, Oberwinter über Remagen.

Ritter von Baeyer, Prof. Dr., Direktor der Neurologischen und Psychiatrischen Klinik der Universität Heidelberg, Heidelberg, Voßstraße 4.

Bieling, Prof. Dr., Bonn, Kaiserstraße 73.

Brieskorn, Prof. Dr., Direktor des Pharmazeutischen Instituts der Universität Würzburg, Würzburg, Koellikerstraße 2.

Bürkle de la Camp, Prof. Dr., Chefarzt i. R. der Chirurgischen Abteilung der Berufsgenossenschaftlichen Krankenanstalten Bochum, Dottingen ü. Freiburg i. Br.

Derra, Prof. Dr., Direktor der Chirurgischen Klinik der Medizinischen Akademie, Düsseldorf, Moorenstr. 5.

Doerr, Prof. Dr., Direktor des Pathologischen Instituts der Universität Heidelberg, Heidelberg, Voßstraße 2.

Eyer, Prof. Dr., Direktor des Max-v.-Pettenkofer-Instituts für Hygiene, München, Max-v.-Pettenkofer-Straße 9a.

Fischer, Prof. Dr., Direktor der Westdeutschen Zahnklinik der Medizinischen Akademie, Düsseldorf, Moorenstraße 5.

Frey, Prof. Dr., Leiter der Anästhesie-Abteilung der Universität Mainz, Mainz, Langenbeckstraße 1.

Fromm, Dr. Ernst, Präsident der Bundesärztekammer, Hamburg, An der Alster 48.

Gißke, Prof. Dr., Direktor der Bundesanstalt für Fleischforschung, Kulmbach, Blaich 6.

Graul, Prof. Dr., Leiter der Abteilung für Strahlenbiologie und Isotopenforschung an der Universität Marburg, Marburg, Robert-Koch-Straße 8a.

Habs, Prof. Dr., Direktor des Hygiene-Instituts der Universität Bonn, Bonn, Venusberg.

Hamperl, Prof. Dr., Direktor des Pathologischen Instituts der Universität Bonn, Bonn, Venusberg.

Hartleben, Dr. Hans, Generalarzt a. D., Ministerialrat a. D., Bad Godesberg, Friesenstraße 11.

Heimeyer, Prof. Dr., Direktor der Medizinischen Klinik der Universität Freiburg, Freiburg i. Br., Hugstetter Straße 55.

Hein, Prof. Dr., Med.-Direktor, Tönshede über Innien, Krankenhaus „Tönshede“ der Landesversicherungsanstalt Schleswig-Holstein.

Herrmann, Prof. Dr. Dr., Direktor der Universitätsklinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten, Mainz, Saarstraße 21.

Heymer, Prof. Dr., Direktor der Medizinischen Klinik der Universität Bonn, Bonn, Venusberg.

Janker, Prof. Dr., Direktor des Röntgen-Instituts und der Strahlenklinik, Ordinarius für Röntgenologie und Strahlenkunde an der Universität Bonn, Bonn, Baumshulallee 12—14.

Joedicke, Dr. Theo, Generalstabsarzt a. D., Lengries/Obb., Juifenstraße 12.

Kittel, Prof. Dr., Generalstabsarzt a. D., Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Wiesbaden, Herminenstraße 7.

Klimmer, Prof. Dr., apl. Professor für Pharmakologie und Toxikologie an der Universität Bonn, Bonn, Reuterstraße 2b.

Klose, Prof. Dr., Präsident der Deutschen Zentrale für Volksgesundheitspflege; emer. Direktor des Hygiene-Instituts der Universität Kiel, Kiel, Moltkestraße 44.

Knipping, Prof. Dr., Direktor der Medizinischen Klinik der Universität Köln, Köln-Lindenthal.

Koll, Prof. Dr., a.o. Professor für Pharmakologie, Vorsitzender der Arzneimittel-Kommission der Deutschen Ärzteschaft, Göttingen, Busenstraße 10.

Korting, Prof. Dr., Direktor der Hautklinik der Universität Mainz, Mainz, Langenbeckstraße 1.

Krauß, Prof. Dr., Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik Freiburg, Freiburg i. Br., Hugstetter Straße 55.

Lang, Prof. Dr., Direktor des Physiologisch-Chemischen Instituts der Universität Mainz, Mainz, Postfach 606.

Langendorff, Prof. Dr., Direktor des Radiologischen Instituts der Universität Freiburg, Freiburg i. Br., Albertstraße 23.

Lendle, Prof. Dr., Direktor des Pharmakologischen Instituts der Universität Göttingen, Göttingen, Geiststraße 9.

Lindemann, Prof. Dr., Direktor der Orthopädischen Klinik der Universität Heidelberg, Heidelberg-Schlierbach.

Merz, Prof. Dr., Direktor des Pharmazeutischen Instituts der Universität Freiburg, Freiburg i. Br., Hermann-Herder-Straße 9.

Müller, Prof. Dr., Direktor der Universitäts-Augenklinik Bonn, Bonn, Venusberg.

Neumann, Prof. Dr. Dr., Direktor des Pharmakologischen Instituts der Universität Würzburg, Würzburg, Koellikerstraße 2.

Oberdiek, Dr. Heinrich, Generalarzt a. D., Tübingen, Hofmeisterstraße 4.

Pfander, Prof. Dr., Leitender Arzt der HNO-Abteilung des St.-Josef-Stifts Bremen, Schwachhauser Heerstraße 163 A.

Reichel, Prof. Dr., Direktor des Physiologischen Instituts der Universität Hamburg, Hamburg, Martinistraße 52.

Rodenwaldt, Prof. Dr., emer. Direktor des Hygiene-Instituts der Universität Heidelberg, Ruhpolding/Obb., Müllritterweg 6.

Schellner, Prof. Dr. Dr. h. c., Direktor der Bayerischen Landesanstalt für Tierseuchenbekämpfung, Schleißheim über München, Veterinärstraße 78.

Schulte, Prof. Dr., Direktor des Instituts für Pharmazie und Lebensmittelchemie an der Universität Münster und des Deutschen Instituts für Fettforschung, Münster/W., Plus-Allee 7.

Sondermann, Dr., Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer, Emskirchen über Neustadt/Aisch.

Straiau, Dr., Ministerialdirektor, Abteilungsleiter im Bundesgesundheitsministerium, Bad Godesberg, Michaelstraße 10.

Wustmann, Prof. Dr., Ärztlicher Direktor des St.-Martin-Stifts, Worms.

Wülfler, Dr. Paul, Generalarzt a. D., Oberregierungs- und Medizinalrat a. D., Köln, Breibergstraße 2.

Zukschwerdt, Prof. Dr., Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik Hamburg, Hamburg-Eppendorf, Martinistraße 52.

Goldene Ehrennadel der österreichischen Ärzteschaft für Präsident Dr. Ernst Fromm und Prof. Dr. A. Schretzenmayr

Anlässlich der Eröffnung der „Van-Swieten-Tagung“, dem 17. Österreichischen Ärztekongress, in der Wiener Hofburg wurde dem Präsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Dr. Ernst FROMM, am 21. Oktober 1963 die Goldene Ehrennadel der österreichischen Ärzteschaft verliehen.

Die gleiche Auszeichnung erhielt der Vorsitzende des Deutschen Senates für ärztliche Fortbildung, Prof. Dr. A. SCHRETZENMAYR, Augsburg.

Mit dieser Ehrung, die der Präsident der Österreichischen Ärztekammer, Lds. Ob. Sanitätsrat Dr. MIKULA, vornahm, wurde erneut die seit Jahren geübte hervorragende Zusammenarbeit zwischen der deutschen und der österreichischen Ärzteschaft unterstrichen, die unter anderem auch alljährlich in den 14tägigen Internationalen Fortbildungskongressen der Bundesärztekammer im März in Davos und Bad Gastein, im Juni in Grado und Montecatini sowie im August in Meran zum Ausdruck kommt.

Um den Lehrstuhl für Strahlenheilkunde in Erlangen

(s. S. 899)

Wegen der Errichtung eines Lehrstuhles für Strahlenheilkunde an der Universität Erlangen sah sich der Präsident der Bayer. Landesärztekammer zu einer Intervention beim Bayerischen Staatsminister für Unterricht und Kultus veranlaßt.

Die Universität Erlangen hatte einmal die Auffassung vertreten, daß es aus einer Reihe von Gründen zweckmäßig sei, den bewilligten Lehrstuhl für Strahlenheilkunde in einen Lehrstuhl für Immunologie umzuwandeln. Nach Auffassung des Präsidenten der Bayer. Landesärztekammer war es geboten, einer solchen Entwicklung mit größtem Nachdruck zu widersprechen.

In einem an den Herrn Kultusminister gerichteten Brief wies er u. a. darauf hin, daß der Versuch, die Errichtung eines Lehrstuhls für Strahlenheilkunde zu verzögern, zweifellos die große medizinische und gesundheitspolitische Bedeutung dieses Zweiges der Medizin in unserer Zeit verkenne. Die Erfüllung des Verlangens der Universität Erlangen würde im übrigen nur bereits überholte Zustände noch weiter aufrechterhalten, den wissenschaftlichen Fortschritt hemmen und jüngere, fähige Kräfte von der Universität drängen.

Mit Schreiben vom 21. Oktober 1963 hat der Herr Kultusminister wie folgt geantwortet:

„Auf Ihr geschätztes Schreiben vom 3. 10. 1963, dessen Empfang ich mit bestem Dank bestätige, beehre ich mich, Ihnen mitzutellen:

Ein ordentlicher Lehrstuhl für klinische Strahlenheilkunde ist im Hausbalt der Universität Erlangen-Nürnberg durch das Haushaltsgesetz 1963 geschaffen worden. Seine Umwandlung in einen Lehrstuhl für klinische Immunologie ist von der Universität Erlangen-Nürnberg beantragt. Über den Antrag ist noch nicht entschieden. Die Universität wurde um Äußerung zu einigen Fragen ersucht, insbesondere darüber, wo der Inhaber eines allenfallsigen Lehrstuhls für klinische Immunologie die für seine Forschung erforderlichen Laborplätze und Betten finden könnte. Auch sollte die Universität sich darüber äußern, ob nicht das Gebiet der klinischen Immunologie durch einen Abteilungsvorsteher im Sinne der Empfehlungen des Wissenschaftsrats gepflegt werden könnte. Die Äußerung der Universität steht noch aus.

Bei der Besetzung des Lehrstuhls für klinische Strahlenheilkunde, für den naturgemäß noch keine Liste vorliegt, besteht allerdings die Schwierigkeit, daß eine Instituts- und Bettengrundlage fehlt. Ein neues Institut mit Klinik, das etwa den Arbeitsmöglichkeiten von Professor v. Braunbehrens in München entsprechen würde, kann erst geschaffen werden, wenn das Gelände der bezirkseigenen Heil- und Pflegeanstalt vom Staat erworben und von seinen jetzigen Benutzern geräumt ist. Bis dahin wird wohl noch einige Zeit vergehen.

Grundsätzlich teile ich Ihre Auffassung, daß die Förderung der Strahlenheilkunde gerade in Erlangen ein wichtiges und berechtigtes Anliegen ist, das auch den Empfehlungen des Wissenschaftsrats entspricht. Bei der Entscheidung über den von der Universität Erlangen-Nürnberg gestellten Umwandlungsantrag wird mir die Kenntnis Ihrer Auffassung wertvoll sein; sie wird bei der zu treffenden Entscheidung mit gewürdigt werden.“

Fortbildungstagung im Nervenkrankenhaus Haar

Diese Fortbildungsveranstaltung, die unter großzügiger Förderung des Bezirkstages von Oberbayern und seines Präsidenten Dr. Hecker, von der Bayer. Landesärztekammer und dem Nervenkrankenhaus Haar veranstaltet wurde, befaßte sich ausschließlich mit Fragen der Psychiatrie. Es nahmen über 400 Ärzte daran teil. Das Interesse der Ärzteschaft an diesen Vorträgen war so groß, daß bei weitem nicht alle Anmeldungen berücksichtigt werden konnten.

Das Thema des ersten Tages lautete: „PSYCHIATRIE HEUTE“. Dazu sprachen: Prof. Dr. J. Wyrseh, Stans, Schweiz: „Die Eigen- und Fremddimpulse der Psychiatrie in den letzten 50 Jahren“. Prof. Dr. H. Hoff, Wien: „Derzeitige psychiatrische Situation“. Prof. Dr. H. Ganner, Innsbruck: „Die modernen somatischen Behandlungsverfahren“. Prof. C. F. Wendt, Heidelberg: „Psychotherapie heute“.



Standartin.

antitussicum

Der experimentell
im pharm. Reihenversuch
wirkungsbestimmte
Hustensaft

KREWEL-WERKE, Eltorf b. Köln

Am zweiten Tag wurden Fragen zum Thema „DIE PSYCHIATRIE UND IHRE GRENZGEBIETE“ behandelt. Dazu referierten: Prof. Dr. W. Scheid, Köln: „Psychiatrie und Allgemeinmedizin“. Med.-Direktor Dr. med. habil. V. Ziehen, Haar: „Psychiatrie und Verhaltensforschung“. Prof. Dr. H. Ehrhardt, Marburg: „Psychiatrie und Recht“. Prof. Dr. M. Mikorey, München: „Psychiatrie und Philosophie“. Medizinardirektor Dr. J. Riepenhausen, Haar: „Psychiatrie und Kunst“. Dozent Dr. O. Forel, St. Prex bei Lausanne: „Psychiatrie und Politik“.

Die Vorträge werden im vollen Wortlaut in einem von der Bayer. Landesärztekammer herausgegebenen Kongreßbericht veröffentlicht werden.

Aufruf des neugewählten f. Vorsitzenden des Ärztlichen Kreisverbandes München

Verehrte Kolleginnen und Kollegen!

Durch das Vertrauen des Vorstandes bin ich am 10. Oktober 1963 dazu berufen worden, die Nachfolge des verstorbenen Herrn Dr. Ludwig Schmitt als Vorsitzender des Ärztlichen Kreisverbandes München anzutreten. Dieser Berufung glaube ich mich nicht entziehen zu dürfen, nachdem ich bereits in der allgemeinen geheimen Wahl des Vorstandes des Ärztlichen Kreisverbandes am 24. November 1962 nach Dr. Ludwig Schmitt die höchste Stimmenzahl und damit einen klaren Vertrauensbeweis der gesamten Münchner Kollegen erhalten hatte.

Die ärztlichen Standesorganisationen haben nach dem Bayer. Kammergesetz für die Heilberufe sehr wichtige Aufgaben zu erfüllen. So obliegt ihnen u. a. die Vertretung des Arztstandes gegenüber den Behörden und der Öffentlichkeit, die vorbereitende Mitwirkung bei der Berufsgerichtsbarkeit, ferner Aufklärung und Unterstützung der Kollegen bei der Erfüllung ihrer beruflichen Aufgaben und nicht zuletzt soziale Maßnahmen für die in Not geratenen Kollegen und besonders auch für die verdienten alten Ärzte und ihre Hinterbliebenen.

Der ärztliche Berufsstand und ganz besonders der freiberuflich tätige Arzt steht heute in unserer industriellen Massengesellschaft in einem schweren Abwehrkampf um die Erhaltung seiner wirtschaftlichen, gesellschaftlichen und sozialen Position und seiner Entscheidungsfreiheit. Die ärztlichen Leistungen werden vielfach unterbewertet und im Vergleich mit anderen Berufen unzureichend vergütet.

Dies gilt besonders für die soziale Krankenversicherung, bei deren bevorstehender Reform sich die gesetzlichen Standesorganisationen tatkräftig einschalten müssen. Die Unterbewertung der ärztlichen Leistungen führt wiederum zu einer erheblichen Überbelastung des Arztes, so daß er häufig von seiner beruflichen Arbeit völlig in Anspruch genommen wird und kaum mehr Zeit findet, sich mit Standesangelegenheiten noch gründlich zu befassen.

Wenn auch die einzelnen Arztgruppen ihre Besonderheiten und nicht selten auch verschiedene Auffassungen über die richtige Art des Vorgehens gegenüber dem Gesetzgeber und den Vertragspartnern haben, so sollte doch niemals vergessen werden, daß wir alle letzten Endes das gleiche und gemeinsame Ziel haben, nämlich einen qualitativ leistungsfähigen, wirt-

schaftlich unabhängigen und gewissenhaften Arztstand, der ein hohes Ansehen beanspruchen kann. Der Ärztliche Kreisverband ist im Rahmen der Bayer. Landesärztekammer die große gesetzliche Dachorganisation für alle ärztlichen Verbände und Gruppen, in der sie sich in sachlicher und fruchtbarer Auseinandersetzung begegnen und zu einer einheitlichen Linie gelangen können. Eine zahlenmäßig so schwache Berufsgruppe wie die Ärzteschaft kann sich im Zeitalter starker Massenorganisationen nur dann durchsetzen und behaupten, wenn sie nach außen geschlossen in Erscheinung tritt.

In diesem Sinn möchte ich an alle Kolleginnen und Kollegen die Bitte richten, der gewählten Vorstanderschaft auch weiterhin ihr Vertrauen zu schenken.

Dr. med. Karl BRENTANO-HOMMEYER, prakt. Arzt
1. Vorsitzender

(Abgedruckt aus Münchner Ärztliche Anzeigen Nr. 49/1963).

Wünsche der freien Berufe an den neuen Bundeskanzler

Der Vorsitzende des Bundesverbandes der Freien Berufe, Herr Kollege Dr. med. dent. Winter, hat Ende September an den damaligen Vizekanzler Prof. Dr. Ludwig Erhard den nachstehend abgedruckten Brief geschrieben:

„Erlauben Sie mir bitte, Ihnen im Hinblick auf Ihre bevorstehende Tätigkeit als Bundeskanzler der Bundesregierung einige Gedanken zur Behandlung der freien Berufe in der Bundesrepublik zu unterbreiten. Ich würde Ihnen dies gern bei nächster Gelegenheit auch persönlich vortragen und wäre Ihnen daher für eine Prüfung sehr dankbar, ob sich nach einer Aussprache mit den Vertretern der Ärzteschaft als der größten Gruppe der freien Berufe, demnächst auch ein Besprechungstermin mit den Herren des Vorstandes der Gesamtvertretung aller freien Berufe einrichten ließe.“

Das letzte Jahr ist aus unserer Sicht gekennzeichnet durch eine Reihe wichtiger Untersuchungen und Berichte. Als Bundeswirtschaftsminister haben Sie soeben dem Bundestag einen neuen ausführlichen Bericht über die Lage des Mittelstandes zugeleitet, in welchem auch die freien Berufe eingehend behandelt sind. Wir sind Ihnen hierfür dankbar.

An dem Bericht der Bundesregierung über die Wirtschaftsentwicklung 1962 und den Aussichten für 1963 vom 26. Februar d. J. fällt uns die sicherlich richtige Feststellung auf, daß das gesamtwirtschaftliche Preisniveau weiter gestiegen ist, daß die relativ stärkste Steigerung das Einkommen der abhängig Beschäftigten aufwies bei kräftiger Erhöhung der Löhne und Gehälter, unter beschleunigtem Rückgang der Arbeitszeit, daß der Staatsverbrauch und die Vermögensbildung der öffentlichen Hand sich stärkstens ausweitete und daß Subventionen, Vermögensübertragungen und andere Zuschüsse beträchtlich zunahmen. Das ist aus unserer Sicht alarmierend und bedrückend.

Zu dem Bericht des Bundeswirtschaftsministeriums zur Kreditversorgung der kleineren und mittleren Betriebe in der Wirtschaft vom 29. Juli 1963 heißt es am Schluß, zu den Möglichkeiten, durch steuerliche Maßnahmen die Kapitalbildung im Bereich der Mittelschichten zu fördern, werde nicht Stellung genommen.

Die schwierige Haushaltslage des Bundes lasse eine Korrektur des Einkommensteuertarifes gegenwärtig nicht zu. Auch das empfinden die freien Berufe als alarmierend und bedrückend.

In dem neuesten Bericht der Bundesregierung über die Lage der Mittelschichten vom 20. September 1963 heißt es in dem den freien Berufen gewidmeten Abschnitt, daß die wirtschaftliche Entwicklung der in den freien Berufen selbständig Tätigen im Berichtszeitraum insgesamt positiv verlaufen sei, weil die Umsatzzunahmen und die Ertragslage sich verbessert haben.

Dann wird aber ausdrücklich festgestellt, es lasse sich nicht entscheiden, ob die freien Berufe mit der insgesamt günstigen Entwicklung nur an dem weiteren allgemeinen wirtschaftlichen Aufschwung der letzten Jahre teilnehmen, oder aber teilweise auch schon den Vorsprung einholen konnten, den einzelne Wirtschaftszweige in den ersten Jahren nach der Währungs- umstellung erzielt hatten.

Wir sind der Auffassung, daß die freien Berufe, wie unter anderem auch der außerordentlich hohe Kreditbedarf bei Errichtung freiberuflicher Praxen zeigt, bei weitem noch nicht den Anschluß an die wirtschaftliche und soziale Sicherheit — wie sie sonst seit Jahren zu beobachten ist und weiter wächst — gefunden haben.

Das letzte Jahr brachte weder auf dem Gebiet der Sozialpolitik noch dem der Steuer- und Wirtschaftsgesetzgebung nennenswerte Fördermaßnahmen, ausgenommen die begrenzte Anhebung der Entschädigungssätze für Sachverständige.

Wir fragen uns aber, ohne bisher eine befriedigende Antwort zu finden, warum es nicht möglich ist, und zwar gerade in bescheidener Angleichung an die kräftige Steigerung von Löhnen und Gehältern bei verkürzter Arbeitszeit und bei einem fast unheimlichen weiteren Ausbau der sozialen und wirtschaftlichen Sicherheit fast aller Wirtschafts- und Bevölkerungsgruppen, den freien Berufen eine sehr begrenzte, zeitlich schon heute sehr verspätete Anpassung zu gewähren. Warum hält man der Anwaltschaft und der Ärzteschaft bei dieser Lage entgegen, eine Anhebung der Sätze der Gebührenordnungen dieser Berufe müßte weiter zurückstehen? Wir halten es nicht für gerechtfertigt, den Angehörigen der freien Berufe den Vorrang des Gemeinwohls entgegenzuhalten. Für die freien Berufe ist nach Ausbildung und selbstverantwortlicher Tätigkeit, die durchweg im öffentlichen Interesse liegt, die Beachtung des Gemeinwohls eine selbstverständliche Pflicht. Man sollte ihnen gegenüber diesen Gesichtspunkt also nicht im Übermaß strapazieren, also einer Bevölkerungsgruppe gegenüber, die keine Arbeitszeitverkürzung kennt und ihre Altersvorsorge aus eigener Kraft betreibt. Wir sind deshalb auch mit am meisten betroffen von der ständigen Verschiebung der seit langem notwendigen Korrektur des Einkommensteuer-Tarifs.

Wir warten seit annähernd zwei Jahren, daß im Bundestag die Beratungen an der von der Bundesregierung eingebrachten Urheberrechtsreform begonnen werden. Diese Reform ist nicht nur ein schwer aufschiebbares rechtliches Erfordernis von hohem internationalen Rang, sondern in ihrem sozialen Aspekt ein seit langem fälliger Beitrag zur wirtschaftlichen und sozialen Sicherung der Künstler, Schriftsteller, Bühnen-, Rundfunk- und Fernsehautoren. Wir erwarten auch

von der Bundesregierung, daß eine Zusage eingelöst wird, denjenigen freien Berufen, die dies wünschen, gesetzliche Grundlagen für den Aufbau von Versorgungseinrichtungen zu geben. Modell-Gesetzesentwürfe liegen der Bundesregierung seit langem zur Verabschiedung vor.

Bei aller Bereitschaft, den Vorrang von Gesetzesmaßnahmen anzuerkennen, die für die Sicherung des gesamten Volkes notwendig sind und auch Opfer erfordern — diese Bereitschaft, sehr geehrter Herr Vizekanzler, können Sie bei den freien Berufen unterstellen — erscheint es uns gleichwohl notwendig, daß in die Gesamtplanung nun wirklich einmal Maßnahmen einbezogen werden, die die Bereitschaft der Bundesregierung erkennen lassen, nachdrücklich für die Erhaltung und Förderung einer Bevölkerungsschicht einzutreten, von der sie selbst erwartet, daß die Besten aus ihren Reihen, seit jeher der Kern der staats-tragenden Elemente, sich zur politischen Mitarbeit bereitfinden. Die Voraussetzungen hierfür sind heute bei weitem nicht so gegeben, wie dies zu wünschen wäre.“

Österreich plant Änderung des Ärztegesetzes*)

Obermedizinalrat Primarius Dr. Karl Ossoinig, Präsident der Ärztekammer für Niederösterreich, schreibt dazu in den „Mitteilungen der Ärztekammer für Niederösterreich“ vom Oktober 1963:

„Es ist zu erwarten, daß das Sozialministerium in den nächsten Tagen — wir schreiben heute den 19. Oktober — der Österreichischen Ärztekammer einen Ministerialentwurf zur Novellierung des Ärztegesetzes übermitteln wird. — Über das Zustandekommen dieser Novellierung und deren Entwicklung ist nun von seiten unserer Ständevertretung einiges auszuführen, das die ärztliche Öffentlichkeit interessieren und ihr daher zur Kenntnis gebracht werden muß.

Das Österreichische Ärztegesetz, das 1949 nach einem Entwurf des Bundesministeriums für soziale Verwaltung im Zusammenwirken mit der Österreichischen Ärztekammer zustande gekommen war, darf nach nahezu 14 Jahren wohl als eines der besten Gesetze der Zweiten Republik angesprochen werden. Dieser erfreuliche Zustand dürfte wohl gerade darauf beruhen, daß damals im engen Zusammenwirken zwischen der zuständigen Sektion des Sozialministeriums, dem damaligen Präsidenten der Österreichischen Ärztekammer, Prim. Dr. Wilhelm Demuth, und seinen Mitarbeitern ein den Bedürfnissen der österreichischen Ärzteschaft entsprechendes Gesetzeswerk entworfen wurde. Es ist mehr als bedauerlich, daß diesmal die Novellierung des Ärztegesetzes ohne Mitwirkung der Ärzteschaft hinter den verschlossenen Türen des Ministeriums erarbeitet wurde. Ja, noch mehr: Zahlreiche, sehr erfolgreich erscheinende, im engsten Einvernehmen mit den zuständigen Beamten des Sozialministeriums und der Österreichischen Ärztekammer gepflogene Verhandlungen wurden vom Herrn Ressortminister abgebrochen und der nunmehr ins Haus stehende Gesetzesentwurf ist von ihm mit seinen Mitarbeitern allein fertiggestellt worden. An unserem Ärztegesetz sind bisher, trotz seiner langen Laufzeit, nur ganz unwesentliche Bestim-

*) siehe auch „Rundschau“, S. 930.

mungen abgeändert worden, die sich lediglich auf die Tätigkeit ausländischer Ärzte in Österreich bezogen haben. Auch der Wunsch der Ärzteschaft auf eine Abänderung der Zahl der Vizepräsidenten in den großen Länderkammern hätte nur eine unwesentliche Gesetzeskorrektur bedeutet. Wenn nunmehr aber die Novellierung einen Umfang anzunehmen scheint, der einer weitgehenden Änderung der gesamten Gesetzesstruktur gleichkommt, so ist es verantwortlicher Weise wohl nicht zu umgehen, auch die Ursachen dieser Entwicklung offen aufzuzeigen.

Es kann heute kein Zweifel mehr darüber bestehen, daß den Anstoß zu dieser Entwicklung jene Eingabe der Wiener Landesregierung vom 11. September 1962 an den Verfassungsgerichtshof gegeben hat, in welcher wesentliche Bestimmungen des 2. Hauptstückes als verfassungswidrig bezeichnet wurden. Es besteht auch kein Zweifel darüber, daß für diese unglückliche Entwicklung ein unmittelbarer Zusammenhang mit dem vertragslosen Zustand in Wien im Jahre 1962 bestanden hat. Wenn heute von gewissen Seiten versucht wird, diese Dinge zu verniedlichen, ihre tiefgreifende Bedeutung für unseren Berufsstand zu bagatellisieren und zu behaupten, daß die Verfassungswidrigkeit der beanstandeten Gesetzesbestimmungen ohnehin früher oder später Anlaß zur Novellierung geboten hätte, so müssen solche Behauptungen mit aller Schärfe zurückgewiesen werden. Denn es ist ganz und gar nicht einzusehen, daß eine solche Änderung ohne einen entscheidenden Anlaß — wie etwa den Wiener Ärztekongress, der damals die gesamte Öffentlichkeit in Atem gehalten hat — eingetreten wäre. Das Gesetz hatte trotz seiner juristischen Schwächen nahezu ein- und einhalb Jahrzehnte überdauert und sogar heute wird in den Reihen namhafter Parteipolitiker die Notwendigkeit der nunmehr aktuellen Veränderungen angezweifelt. Außerdem darf wohl auch hier der alte Grundsatz gelten, daß sich ohne Kläger auch kein Richter findet. Es kann daher nicht verschwiegen werden, daß die unmittelbare und volle Verantwortung für diese Entwicklung jene Ärztekreise trifft, die trotz wiederholter und zahlreicher Warnungen von seiten erfahrener Berufspolitiker aus rein opportunistischen Erwägungen jene turbulenten Zustände ausgelöst hatten, die sich nunmehr auf Grund des VGH-Erlasses für die gesamte österreichische Ärzteschaft so deletär auswirken.

Obwohl wir zur Stunde den genauen Wortlaut des Ministerialentwurfes noch gar nicht kennen, ist allein schon aus dem VGH-Erkenntnis zu entnehmen, daß den Länderkammern ihr Behördencharakter genommen wird, was sich jedenfalls für die Ärzteschaft künftighin äußerst nachteilig auswirken muß. Während bisher die Landesammern in vielen beruflichen Belangen zu entscheiden hatten, gehen in Zukunft diese Befugnisse auf den zuständigen Landeshauptmann oder die Österreichische Ärztekammer über. Dadurch werden einerseits diese rein beruflichen Agenden der ärztlichen Interessenvertretung entzogen und andererseits mit der Verlegung des Schwerpunktes beruflicher Entscheidungen in die Österreichische Ärztekammer jener Zentralismus gefördert, den gerade die Ärzteschaft in den Bundesländern bisher mit voller Berechtigung abgelehnt hat. Denn Zentralisation bedeutet Vorherrschaft Wiens. Es ist außerdem zu befürchten, daß über

diese die Tätigkeit und Einflußnahme der Länderkammern empfindlich einschneidenden Bestimmungen hinaus noch weitere Änderungen im Entwurf enthalten sein könnten, die zu einer durchgreifenden Veränderung in der Organisation und insbesondere auch in der personellen Zusammensetzung der Österreichischen Ärztekammer führen würden. Diese wären dann aber auch mit einer entscheidenden Minderung der Aktionsfähigkeit und Schlagkraft der Österreichischen Ärztekammer und darüber hinaus mit einer wesentlichen finanziellen Mehrbelastung verbunden.

Äußerst gefährlich in dieser bedrohlichen Situation ist weiters der Umstand, daß sich ihre Folgen vorläufig noch gar nicht absehen lassen, die u. U. zu einer unmittelbaren Gefährdung unseres immerhin noch freien Berufes führen könnten.

Die ärztliche Standesvertretung sieht sich daher veranlaßt, die Ärzteschaft auf diese eminent gefährliche Lage mit allem Nachdruck aufmerksam zu machen. Wir werden die Entwicklung wachsam verfolgen müssen, um den Gefahren rechtzeitig und wirksam begegnen zu können. Dazu allerdings bedarf es über die Meinungsverschiedenheiten aller Fraktionen hinweg der einmütigen und geschlossenen Haltung der gesamten Ärzteschaft Österreichs.

FAKULTÄT UND PERSONALIA

München: Priv.-Doz. Dr. med. Ewald Frick, wiss. Assistent an der Univ.-Nervenklinik München, wurde mit Entschl. v. 17. 9. 1963 der Titel „apl. Professor“ verliehen.

Privatdozent Dr. med. Götz Linzenmeier, Oberarzt am Max-von-Pettenkofer-Institut für Hygiene und Med. Mikrobiologie der Univ. München, wurde mit der Entschl. v. 12. 9. 1963 der Titel „apl. Professor“ verliehen.

Prof. Dr. Alfred Marchionini, Direktor der Dermatologischen Univ.-Klinik München, wurde anlässlich der IX. ordentlichen Generalversammlung der Association Mondiale de la Culture in Rom zum Vizepräsidenten gewählt.

Würzburg: Der Universitätsdozent an der Universität Erlangen-Nürnberg, Dr. Wolfgang Schward, wurde zum ordentlichen Professor der Gerichtlichen und Sozialen Medizin an der Universität Würzburg ernannt.

Dem apl. Professor Dr. Kurt Stucke, Oberarzt der Chirurgischen Universitätsklinik, wurde von der Vereinigung Nordwestdeutscher Chirurgen der 1. Preis der Gesellschaft für wissenschaftliche Forschungen und Arbeiten über „Experimentelle Grundlagen der Leberchirurgie“ verliehen.

Ehrenzeichen der Ärzteschaft für Caritasdirektor Becker

Das Goldene Ehrenzeichen der Deutschen Ärzteschaft wurde am Montag, 23. September, Herrn Dr. Carl Becker, Caritasdirektor in Freiburg, anlässlich seines 60. Geburtstages verliehen. Mit dieser Auszeichnung sollen die großen Verdienste anerkannt werden, die sich Dr. Becker insbesondere auch auf dem Gebiete des Gesundheits- und Sozialwesens erworben hat. Das Ehrenzeichen wurde im Auftrag des Präsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Dr. Ernst Fromm, in Freiburg durch Dr. med. Wandrey überreicht.

Aus der Geschichte der Medizin

Dr. Hans Hartlieb

Ein vielseitiger und berühmter Münchner Arzt des späten Mittelalters¹⁾

Ergänzungen und Richtigstellung

Von Dr. Walther Koerting

In meinem Aufsatz über Doktor Hans Hartlieb verwies ich einleitend darauf, daß „oft genug Nachprüfungen die Unrichtigkeit von Angaben in der Literatur erweisen“, nicht ahnend, daß sich dies auch hier wiederholen könnte.

Nach 1400 begann auch in ungebundener Rede eine schöne Literatur, die durch Übersetzungen aus dem Lateinischen eingeleitet wurde. Der erste bayerische Vertreter dieses Literaturzweiges, zugleich einer der ältesten medizinischen Autoren in deutscher Sprache, war Doktor Johann Hartlieb, worauf Riezler in seiner Geschichte Bayerns nachdrücklich hinweist. Von Dr. Hans Hartlieb, der eine Reihe für die deutsche Literaturgeschichte interessante Werke teils selbst verfaßt, teils übersetzt hatte (siehe Karl Drescher, Johann Hartlieb. Über sein Leben und seine schriftstellerische Tätigkeit in Euphorien, Bd. 25 und 26, 1924, 1925, und den eingangs zitierten Aufsatz), stammt auch eine Übersetzung der Schrift über die „warmen Bäder“, als dessen Verfasser Fridolin Solleder in seinem bedeutenden Werk „München im Mittelalter“ (München, 1938) den Bischof von Chiemsee bezeichnet. Ich habe diese Angabe von dort übernommen.

Bei Solleder, der sich auf den „Codex germanicus Monacensis“ (Cgm 732) in der Bayerischen Staatsbibliothek bezieht, der auch vom Verf. eingesehen wurde²⁾, heißt es a. a. O., Seite 341:

Jordan Tömlinger³⁾, ein „natürlicher Meister“, sammelt ein medizinisches Werk ‚von aller Welt‘ aus dem Dr. Hartlieb wie Bischof Felix von Chiemsee, Doktor beider Rechte und der Medizin schöpfen.

Weiter Seite 347:

Dr. Hartlieb zählt zu den gesuchtesten Ärzten seiner Zeit: 63 Fürsten und Herren, die in seiner ärztlichen Behandlung stehen, schickt er nach Bad Gastein... dessen Wertschätzung ihn 1474⁴⁾ zur Übersetzung der „Warmen Bäder“ des Bischofs Felix von Chiemsee, Propst zu Solothurn und Komtur zu Zürich, bewegt.



Abb. 1: Bild des Grabsteins des Meisters Kunrad der Tömlinger († 1362), begraben im Kreuzgang des Klosters Fürstfeldbruck (1803 säkularisiert).

Ein Briefwechsel mit Herrn Direktor H. v. Zimburg⁵⁾, der Näheres über den „Bischof von Chiemsee, Propst zu Solothurn und Komtur zu Zürich“ wissen wollte, war die Veranlassung, mich mit dieser Persönlichkeit näher zu beschäftigen.

In dem Werk „Die deutschen Handschriften der K. Hof- und Staatsbibliothek zu München“ (Nach J. A. Schmellers kürzerem Verzeichnis, 1. Teil, München, 1886) finden sich folgende Angaben:

732. Vom Jahre 1474. 2°. 142 Bl. Felix (Hämmerlein), Propst zu Solothurn, Comthur zu Zürich, von warmen Bädern, verdeutscht durch Dr. Hartlieb, zu München.

733. Vom J. 1481. 4°. 79 Bl. Dasselbe Werk wie Cgm 732.

Bei Sigmund Riezler, Geschichte Bayerns, III. Band (Gotha 1889), heißt es (Seite 869):



Abb. 2: Tracht des Stadtarztes Dr. Peter Lamparter aus Malland (violetttes Kleid mit schwarzem Überwurf). († 29. Sept. 1439.) Begraben im Chor der Barfüßerkirche in München.

Eine Übersetzung der Schrift Felix Hämmerleins von warmen Bädern rührt vielleicht auch von Hartlieb, ist jedenfalls von ihm mit Zusätzen und Korrekturen versehen. Cgm 732.

Karl Drescher, der sich eingehend mit den schriftstellerischen Arbeiten Hans Hartliebs beschäftigt hat, befaßt sich (a. a. O., Seite 239) mit der „Übersetzung Hartliebs von Felix Hemmerlins ‚warmen bädern‘. Drescher schreibt:

„Wir haben cgm. 732, eine Handschrift dieser Übersetzung, die von einem noch nicht näher bekannten Jordan Tömlinger⁶⁾ herrührt; dieser nennt sich verschiedentlich und macht verschiedentlich eigene Bemerkungen. Hartlieb hat nun diese Handschrift von Anfang bis zu Ende durchkorrigiert, den Namen Jordan Tömlinger fast stets beseitigt, doch so, daß man den Anfang gelegentlich noch erkennen kann.“

In den einschlägigen theologischen Handbüchern konnte festgestellt werden, daß sich unter den Bischöfen von Chiemsee, die Weihbischöfe in Salzburg waren, niemals ein Bischof Felix von Chiemsee befand.

Da der nunmehr als Felix Hemmerlin (in verschiedener Schreibweise) identifizierte, in der Schweiz kirchliche Würden bekleidete, war es naheliegend, sich dorthin zu wenden. Das Römisch-katholische Pfarramt der Kathedrale St. Ursen Solothurn, Herr Stadtpfarrer Rudolf Walz, gab an, daß Propst Dr. Felix Hemmerlin nie Bischof war und mit Chiemsee nichts zu tun hatte. „Die Bezeichnung ‚Comthur von Zürich‘ ist offenbar“, heißt es in dem Schreiben, „eine Deformierung aus ‚Kantor‘“. Herr Stadtpfarrer Walz verwies im übrigen auf das „Lexikon für Theologie und Kirche“ (Herder 1960).



Abb. 3: Felix Hemmerli, nach einem Holzschnitt in der Stadtbibliothek Winterthur.

Im „Historisch-biographischen Lexikon der Schweiz“ (1927), Band 4, Seite 181, befaßt sich ein Aufsatz mit den Geschlechtern der Hemmerli (Hemerli, Haemerli, Haemmerli). Felix H., latinisiert Malleolus, findet hier ebenso wie in der „Allgemeinen Deutschen Biographie“ Band 11, Seiten 670—672, eine eingehende Würdigung seiner interessanten Persönlichkeit. Im „Lexikon für Theologie und Kirche“ (1932, Band 4, und 1960, Band 5) wird der Werdegang von Felix Hemmerli(n), (Malleolus), in von einander auch dem Umfang nach unterschiedlichen Schilderungen dargestellt. In der Auflage von 1960 wird auch seine Schrift „De balneis naturalibus“ angeführt. Im Hinblick auf dieses Werk und die — wenn auch irrtümlich — angegebene Verbindung mit Chiemsee, erscheint eine knappe Übersicht über das Leben von Felix Hemmerli(n) in diesen Ausführungen begründet.

Felix Hemmerli(n) (Abb. 3) wurde 1388 oder 1389 in Zürich geboren. Er studierte 1406 und 1413 an der Universität Erfurt, 1408—1412 und 1423—1424 in Bologna. 1430 wurde er Priester, seit 1428 war er Kantor am Großmünster in Zürich, von 1421 war er Propst des St. Ursusstiftes in Solothurn, seit 1429 war er auch Chorherr des St. Mauritiusstiftes zu Zofingen. In Zürich erhielt er 1428 das Kantoramt der dortigen Propstei. Er nahm am Konstanzer und Basler Konzil teil. Er war Rat des Markgrafen von Baden, des Markgrafen Wilhelm von Hochberg und seines Bruders Otto, Kaplan des Herzogs Albrecht von Österreich und Kaiser Friedrichs III., leitete den Einzug des neugewählten Papstes Felix V. in Solothurn 1440, sowie Kaiser Friedrichs III., 1442. Bei seiner großen Streitbarkeit zog er sich erbitterte Feinde zu. 1439 wurden seine literarischen Angriffe mit einem schweren Mordanschlag beantwortet. Sein Hauptwerk ist eine im Auftrage Herzog Albrechts verfaßte politische Schrift, sein großer

„Dialogus de nobilitate ac rusticitate“, in der er den Adel verherrlichte und ebenso heftig die Eidgenossen als damalige Gegner seiner Vaterstadt bekämpfte. 1454 wurde Hemmerli(n), der „immer österreichisch und aristokratisch Eingestellte“, von den siegreichen Eidgenossen in Zürich gefangen genommen und an den Sitz seiner Diözese, nach Konstanz, eingeliefert, seiner Kantorstelle und seines Kanonikates in Zürich entsetzt. Er wurde zu lebenslänglicher Buße und Einschließung in einem Kloster verurteilt. Der Rat von Luzern, dem er übergeben worden war, gab ihn zuerst in harte Haft in schweren Ketten, später wurde er zur milderen Verwahrung den dortigen Franziskanern übergeben. Er starb 1454 (1458?) vermutlich in Luzern. Mehrere der 39 Schriften Hemmerli(n)s sind noch ungedruckt. Eine Sammlung besorgte 1497 Sebastian Brant.

Noch eine Ergänzung zur Person Hans Hartliebs: In den „Monumenta Boica“, Band 35/2, ist unter No. CCXXXVIII eine Urkunde vom 4. Mai 1445, die Aufrihtung einer Wur (Anm. d. l. einer Wehr, eines Grabens) betreffend, wiedergegeben. Dort heißt es:

mit willen Mayster Hannsen Hartliebs von dem ich das haws vmb Ewigen gelt kauf hab . . .

Der bet vmb des Insigel sind zewgen der Hochgelert Mayster Hanns Hartlib des Hochgeborenen fursten meines genadigen herrn Herzog Albrechtz etc. leib- arzt vnd Chuncz graff burger zu Muenchen vnd ander erberger lawt genug.

Hans Hartlieb war mit Sibille verheiratet (siehe die Veröffentlichung im „Bayer. Ärzteblatt“, 1962, Heft 4). Ihr Familiennamen wird mit Newfarer (Neufarer) angegeben. Sie soll der Ehe von Herzog Albrecht III. mit Agnes Bernauer entstammt sein. In seinem buch aller verpoten kunst spricht Hans Hartlieb den Markgraf Johann von Brandenburg sechsmal als Schwager, als „mein Schwager“, als „lieber Schwager“ an. Kardinal Johannes, päpstlicher Legat in Deutschland, nennt im Ablaßbrief vom 20. November 1447 für die aus der Synagoge erbaute Liebfrauenkapelle den edlen, trefflichen Doktor Johannes Hartlieb „Schwiegersohn (generum) des Herzogs Albrecht“. Otto Riedner deutet diese Bezeichnung als Akt der Gefälligkeit gegen den Stifter der Marienkapelle und als kirchliche Anerkennung seiner Frau als natürliche Tochter Albrecht III. (Histor. Jahrbuch XXXIII, 1912, S. 378.) Auch Karl Drescher spricht Sibylle als Tochter der Agnes Bernauer an. Im Totenbuch des Barfüßerklosters hat Hartlieb als Wappen im silbernen Feld einen halben Esel mit goldener Krone um den Hals, was Solleder als eine vornehme Abkunft der Gemahlin Hartliebs deutet (Abb. 4).



Abb. 4: Wappen des gelehrten Dr. Hans Hartlieb. Springender halber Esel mit goldener Krone im silbernen Feld. (Aus dem Totenbuch des Barfüßerklosters in München.)

In den „Monumenta Boica“, Band 20, findet sich eine Urkunde (No. CCCVI) über die „Fundatio missae perpetuae ad aram S. Francisci 1474“. Dort heißt es:

die ich han auß maister Hannsens Hartlieb sältigen gedächtnüs zwain Hewsern, gelegen zu München am Ryndermargkt in sand Peters pfarr vnd yetzo des benannten maister Hannsens Hartliebs Sune Gothart Hartlieb jnnhat.

Schon in der Veröffentlichung vom Jahre 1962 („Bayer. Ärzteblatt“, 1962, Heft 4) wurde darauf hingewiesen, daß Hans Hartlieb am Rindermarkt in München zwei Häuser besaß (Abb. 5 und 6). Eine nähere Feststellung konnte nicht getroffen werden, da im „Häuserbuch der Stadt München“ die urkundlichen Nachweise für den Rindermarkt — diese übrigens erst im Manuskript vorliegend — erst nach Hartliebs Zeit beginnen. Durch den freundlichen Hinweis von Herrn Dr. med. habil Hans Fasching auf das Buch „Münchens älteste Apotheke. Geschichte der Schützenapotheke“, bearbeitet von Fritz Ferchl (Stuttgart 1927), konnte hinsichtlich des einen Hauses eine nähere Bestimmung (Seite 14) erfolgen. (Siehe das in Abb. 5 mit „4 Apothecker Pirkinger“ und in Abb. 6 mit „B“ bezeichnete Haus.)

„Mit Meister Ypolite Schapprant, ‚Apoteker zu München‘, den wir aus einer Gerichtsurkunde des Jahres 1400 kennen lernen, erfahren wir auch die Lage der Apotheke:

„Neben dem Matthias Pötschners Haus gelegen‘, also am linken Teil des Rindermarktes, wo heute sich (neu) Nr. 7 befindet.“ (Anm. Dort steht heute

das sog. Kustermann-Haus.) „1466 gehört die Apotheke noch dem Meister Ypolite, 1471—74, just als der Nachbar Pötschner Münchens Bürgermeister war, dem Doktor Hartlieb, dem Leibarzt und Berater des Herzogs Albrecht III. Doch scheint dieser ein vielseitiger und vielbeschäftigter Mann, ebenso wie Lukas Cranach, der zu Luthers Zeiten die Apotheke zu Wittenberg besessen, die Kunst nicht selbst ausgeübt zu haben.“

Bei dem anderen Haus Hartliebs auf dem Rindermarkt (auf Abb. 6 mit A bezeichnet) handelt es sich um jenes Haus, das bis zur Vernichtung durch die Bombenangriffe im letzten Weltkrieg erhalten geblieben war und von dem Kerschensteiner im Jahre 1931 geschrieben hatte:

„Der Hof ist noch in seiner gotischen Originalform im Hause Rindermarkt 18 zu sehen. Nichts ist noch daran geändert, er ist noch nicht restauriert und so recht geeignet, uns in die Stimmung der Zeit zu versetzen. Die Steige geht wie einstmals von außen hinauf zu gotischen Lauben und ist aus Holz. Das Vordergebäude ist im 18. Jahrhundert umgebaut worden und ist wahrscheinlich identisch mit dem, was Gottfried Keller erwähnt hat als das Haus der Agnes im Grünen Heinrich.“

Ein Lichtbild (Seite 15) bei Ferchl gibt einen guten Überblick über den schönen Hof. (Siehe Abb. 7.)

Im Gegensatz zur Meinung von Ferchl war Hans Hartlieb als Apotheker tätig. Bereits in der Veröffentlichung von 1962 wurde darauf hingewiesen, daß er „sich so vortrefflich auf die Mischung wohlschmeckenden feinen Konfekts“ aus seiner Apotheke verstand,

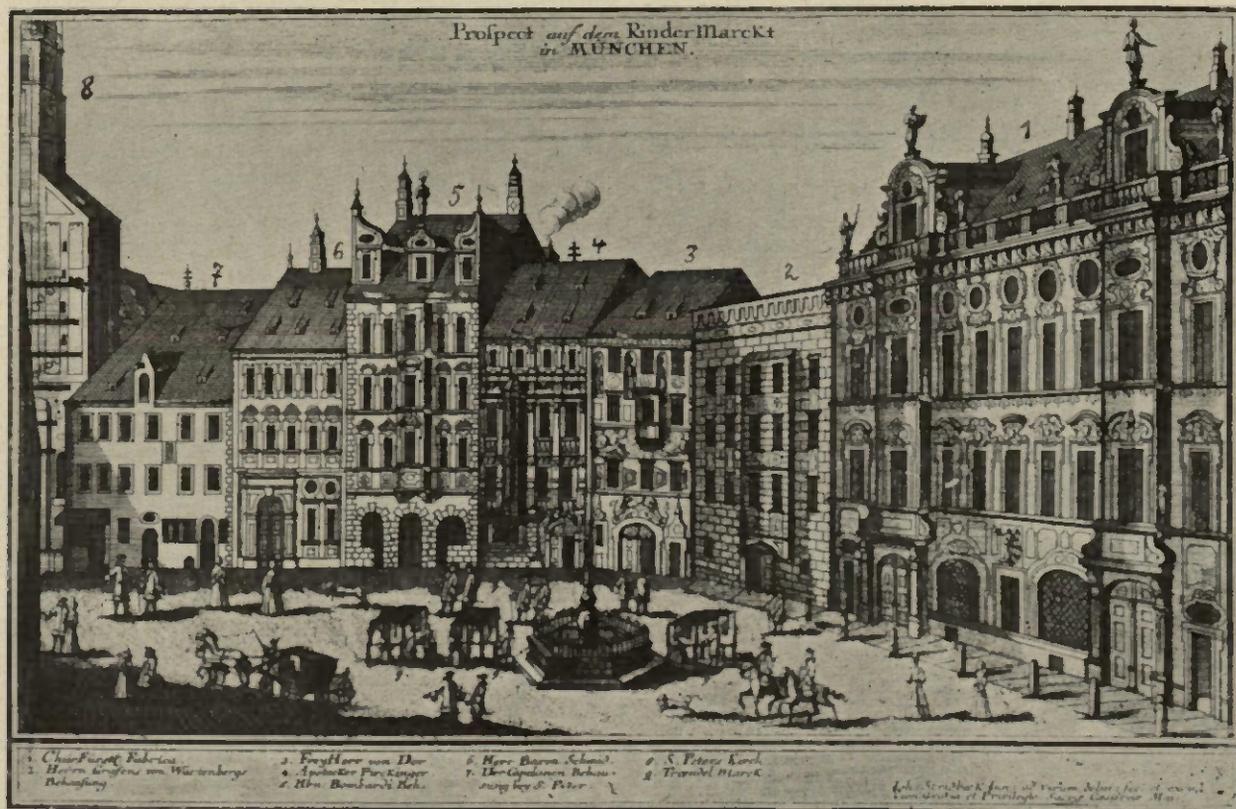


Abb. 5: Ansicht des Rindermarktes im 17. Jahrhundert. Stich von Joh. Stridbeck, München, 1690. Beschriftung: 1 Churfürstl. Fabrica; 2 Herrn Grafens von Warthenbergs Behausung; 3 Frey Herr von Dor; 4 Apothecker

Pirkinger; 5 Hrn. Bombardi Beh; 6 Herr Baron Schmid; 7 Der Capelanen Behausung bey S. Peter; 8 S. Peters Kirch; 9 Traedel Märck. (Zwischen dieser Beschriftung und der Nummerierung durch Hausnummern besteht kein Zusammenhang.)

„daß sich der Innsbrucker Hof manche Sendungen eigens schicken ließ“.

Zur Geschichte der Apotheke am Rindermarkt sei (nach Solleder) noch nachgetragen: Um die Wende des 14. und 15. Jahrhunderts bestanden in München zwei oder drei Apotheker nebeneinander. Jörg Tömlinger wurde 1393 als Stadtapotheker mit vierteljährlich 2½ Pfund verpflichtet. Er ist 1405 und 1408 als Besitzer von Zehentgütern in Neuhausen und 1411 an der Prannerstraße nachweisbar. Daneben sind urkundlich belegt 1395/96 Sebastian der Apotheker aus Mailand und Heinrich Kray (1398–1420). Er erhielt 1404 das Haus „Bäreneck“ an der Kaufingerstraße, ferner 1411 Friedrich Kray. Die Stadtapotheker übten die Funktion der Hofapotheker aus, ohne deren Titel zu führen. Meister Andre Drottner (1443–1453) wurde auf zehn Jahre bestellt, wobei Stadt und Herzog jährlich je 20 rheinische Gulden zahlten. Seine Witwe heiratete den zunächst auf fünf Jahre berufenen „Meister Ypolite“, Hippolyt Schapprant, Apotheker am Rindermarkt (1453–1466). Zu Lichtmeß 1471 wurde Hippolyt zum herzoglichen „Diener und Apotheker“ aufgenommen, also Hofapotheker der Sache, wenn auch nicht dem Titel nach. Sein Dienstleid verpflichtete ihn, keine unbilligen Preise zu fordern und stets frische, gute Arzneien vorrätig zu halten. Die wirtschaftliche Selbständigkeit der Hippolytschen Apotheke blieb unberührt. 1471/73 wird Niklas Hartlieb als Apotheker erwähnt. Haus und Apotheke am Rindermarkt erwarb 1474 Meister Andre Wallisz. (Hingewiesen sei auf den 1488 in München eingeführten städtischen Dienstleid der Apotheker und ihrer „Knechte“.)

Daß im „Biographischen Lexikon der hervorragenden Ärzte aller Zeiten und Völker“, herausgegeben von Prof. Dr. August Hirsch, weder Hans Hartlieb noch die Tömlinger genannt werden, ist erwähnenswert.

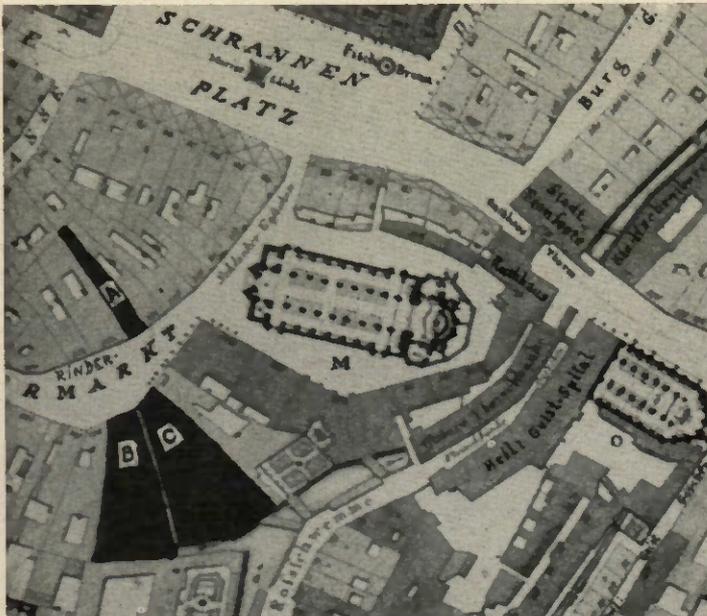


Abb. 6: Ausschnitt aus dem Plan der Haupt- und Residenzstadt München vom Jahre 1806 (Mailinger-Sammlung).

- A. Lage der Apotheke im 16. Jahrhundert (Rindermarkt Nr. 18)
 B. Lage der Apotheke im 17. u. 18. Jahrh. (Rindermarkt Nr. 3)
 C. Lage der Apotheke von 1823–1863 (Rindermarkt Nr. 3)

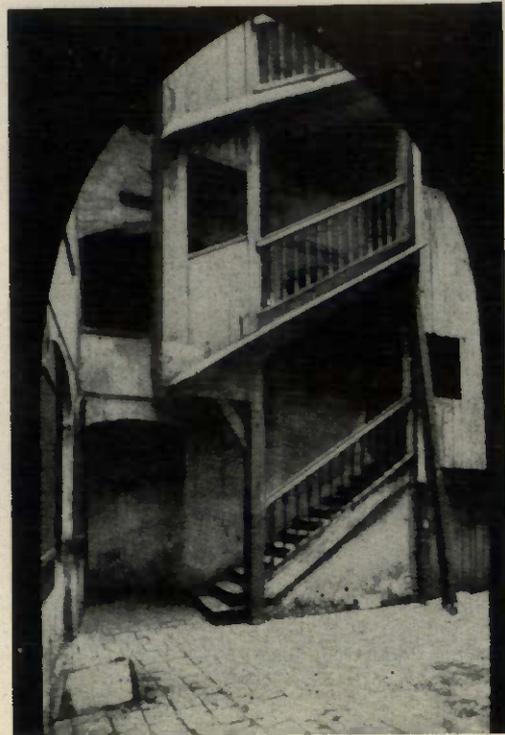


Abb. 7: Gotischer Hof des einstigen Apothekerhauses (Rindermarkt Nr. 18).

Dank sei gesagt den Herren: Direktor Dr. Hans Striedl von der Bayer. Staatsbibliothek, Oberarchivrat Dr. Alois Weisthanner vom Bayer. Hauptstaatsarchiv, Oberarchivrat Dr. Hubert Vogel des Münchner Stadtarchivs, H. H. Stadtpfarrer Rudolf Walz vom röm.-kathol. Pfarramt der Kathedrale St. Ursen in Solothurn, Dr. med. habil. Hans Fasching (München) und Frau Therese Zwirgmaier vom Münchner Stadtmuseum. Für die Genehmigung zum Abdruck der einzelnen Abbildungen gebührt Dank der Handschriftabteilung der Bayer. Staatsbibliothek, dem Münchner Stadtarchiv (Direktor Dr. Michael Schattenhofer) und dem Münchner Stadtmuseum (Direktor Dr. Max Heiß).

Anmerkungen:

¹⁾ Siehe „Bayer. Ärzteblatt“, 1962, Heft 4.
²⁾ Hingegen konnte ich die in der Bibliothek von St. Peter in Salzburg befindliche Handschrift „De bainis naturalibus tractatus“ (1468), auf die Direktor Heinrich von Zimburg, der verdienstvolle Historiker von Bad Gastein, im „Bad Gasteiner Badeblatt“ vom 26. August 1962 (Seite 424) aufmerksam machte, in St. Peter nicht in Augenschein nehmen, da mein diesbezügliches Ansuchen unbeantwortet blieb. — Von Zimburg weist darauf hin, daß diese Handschrift eines der ältesten Dokumente über das Heilbäderwesen darstellt. Sie wurde zwei Generationen vor Paracelsus verfaßt. (Auf ungefähr aus derselben Zeit stammende Handschriften über Heilbäder sei hier nur kurz hingewiesen.)

³⁾ „Eine angesehene Arzteschule familiärer Überlieferung und vererbter Erfahrung ist das Haus der Münchner Ärztefamilie Tömlinger, die der Stadt zwei Jahrhunderte lang tüchtige Wundärzte und auf italienischen Universitäten gebildete Leibärzte und Stadtapotheker schenkt. Oswald Tömlinger ist um 1440 Leibarzt des Kurfürsten Albrecht Achilles von Brandenburg, Jordan Tömlinger, ein „natürlicher Meister“, sammelt ein medizinisches Werk „von aller Welt“, aus dem Dr. Hartlieb wie Bischof Felix von Chiemsee, Doktor beider Rechte und der Medizin, schöpfen. Magister Sigmund Tömlinger stirbt im 15. Jahrhundert in Paris. ... Die beiden ersten Ärzte aus der Familie Tömlinger (1318–1362) erhielten je 4 Pfund Münchner Pfennige Jahreslohn aus der Stadtkammer, ... Marquard Tömlinger (1356–1387), Friedel Tömlinger (1367 bis 1400) beziehen 4 Pfund Jahreslohn, Ott Tömlinger († 1398) 8 Pfund. Meister Kunrad der Tömlinger († 1362) von München ist im Kreuzgang des Klosters Fürstenfeld begraben.“ (Siehe Abb. 1.) „Die Haustradition der Familie Tömlinger als tüchtige Wundärzte setzen die Stadtärzte Narcis Tömlinger (1400 bis 1427) fort, der zunächst 8, zuletzt aber 4 Pfund Jahreslohn erhält, Hans Tömlinger (1407–1430) mit 4 Pfund und Thoman Tömlinger (1450–1463) mit jährlich 2 Pfund Wundarztlohn.“ (Solleder a. a. O. S. 341, 342, 345.) (Abb. 2 zeigt die Tracht der damaligen Stadtärzte.)

⁴⁾ Im Jahre 1474 war Hans Hartlieb schon tot. Er starb laut Totenbuch der Barfüßer am 18. Mai 1468.

⁵⁾ Siehe Anm. 3.

Schrifttumsnachweis:

- Allgemeine Deutsche Biographie.
Karl Drescher, Johann Hartlieb. Über sein Leben und seine schriftstellerische Tätigkeit. Euphorion. Bd. 25, 26, Leipzig. 1924. 1925.
Fritz Ferchl, Münchens älteste Apotheke. Geschichte der Schützenapotheke. Stuttgart 1927.
Historisch-biographisches Lexikon der Schweiz. 1927.
Hermann Kerschensteiner, Aus der Ärztegeschichte Münchens in älterer Zeit. Bayer. Ärztezeitung, 1931, Nr. 30, 31.
Walther Koerting, Dr. Hans Hartlieb, Ein vielseitiger und berühmter Münchner Arzt des späten Mittelalters. Bayer. Ärzteblatt, 1962, Heft 4.
Lexikon für Theologie und Kirche. 1932. 1960.
Monumenta boica. Band 20 und 35/2.

Siegmund Riezler, Geschichte Bayerns. Band 3 und 6.
Fridolin Solleder, München im Mittelalter. München 1938.

Bildernachweis:

1. Cgm (Codex germanicus Monacensis) 2267. XVII. und XVIII. Jahrhundert. „Sammlung von abgebildeten Grabsteinen und anderen Monumenten in Bayern.“ Von Franz Frh. v. Eckgher, Fürstbischof zu Freising. (Handschriftenabteilung der Bayer. Staatsbibliothek in München.)
2. bei Fridolin Solleder, München im Mittelalter. Seite 343.
3. Historisch-biographisches Lexikon der Schweiz. (1927) Band 4, Seite 181.
4. bei Solleder, a.a.O., Seite 347.
5. Besitz des Münchner Stadtarchivs.
6. Original im Münchner Stadtmuseum. (Bezeichnung nach Ferchl.)
7. Lichtbild in „Die Stappotecken. Chronik der ältesten Apotheke Münchens“ (Text der Umschlagseite) von Fritz Ferchl, Seite 15.

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

AUS DER BUNDESPOLITIK

Sozialisierung und individuelle Verantwortung

Aus der Regierungserklärung des Bundeskanzlers

Es war natürlich und notwendig, nach dem Zusammenbruch eine neue Sozialordnung aufzubauen, wie sie sich in unserer Gesetzgebung widerspiegelt. Mit dem Blick nach vorwärts aber und angesichts der Hebung der materiellen Lebensverhältnisse der in abhängiger Arbeit stehenden Menschen wird es nützlich sein, innerhalb unserer Sozialordnung der individuellen Verantwortung breiteren Raum zu geben. In dieser sich bewegenden Welt dürfen wir nicht in den Vorstellungen von gestern erstarren.

Die Bundesregierung wird ihre Raumordnungspolitik zielstrebig aktivieren. Eine wirksame Raumordnung ist ein notwendiger Bestandteil einer verantwortungsbewußten Gesellschaftspolitik und unerläßliche Voraussetzung für die Erneuerung unserer Städte und Dörfer sowie die Fortführung des Wohnungsbaus. Die Bundesregierung erhofft die baldige Verabschiedung des dem Parlament vorliegenden Bundesraumordnungsgesetzes. Sie sieht in diesem Gesetz ein unerläßliches Mittel für eine wirksame Raumordnungspolitik in Bund und Ländern.

Außerdem arbeitet die Bundesregierung an einem Gesetz zur Förderung städtebaulicher Maßnahmen in Stadt und Land. Hier geht es vor allem darum, die Städte und Dörfer entsprechend unseren gesellschaftlichen Vorstellungen so zu gestalten, daß sie in Anlage und Gliederung den neuzeitlichen Bedürfnissen der Bevölkerung entsprechen. In der Bundesrepublik ist unverkennbar ein Prozeß im Gange, der die Daten unseres wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Lebens grundlegend gewandelt hat. Wir sind nach Überwindung des Klassenkampfes über wachsenden Wohlstand auf dem besten Wege, immer mehr Bürgern zu einem bewußteren Lebensstil und Lebensgefühl zu verhelfen. Immer ausgeprägter kommt der Fortschritt allen Schichten unseres Volkes zugute.

Der Sozialpolitik sind sowohl kurzfristig zu lösende Aufgaben gestellt, wie sie sich auch mit zukunftsweisenden Problemen zu befassen hat. Eine gründliche Durchleuchtung der heutigen Sozialgesetzgebung ist unabdingbar geworden. Darum wird die Bundesregierung unverzüglich die Durchführung einer Sozial-Enquête veranlassen, die die Grundlage dafür bilden soll, die sozialen Leistungen und Maßnahmen in ihrer Ganzheit und in ihren gegenseitigen Beziehungen überschaubar

zu machen. Sie soll die Voraussetzung für eine Sozialgesetzgebung in einem Guß schaffen.

Vordringlich erscheint in der Fortführung unserer Sozialpolitik der Ausbau des Familien-Lastenausgleichs. Der Familie muß der ihr zukommende Platz in Gesellschaft und Staat gesichert werden. Sie hat einen Anspruch darauf, an dem wirtschaftlichen Aufstieg unseres Volkes teilzunehmen. Darum gilt der kinderreichen Familie die besondere Sorge der Bundesregierung. Neben materiellen Hilfen aber sollen auch andere Maßnahmen dem Schutze der Familien dienen. Durch gleiche Bildungsmöglichkeiten auf den verschiedenen Stufen, je nach Neigung und Begabung, unserer Jugend — ohne Rücksicht auf Einkommen und Vermögen der Eltern — gleiche Lebens- und Fortkommens-Chancen einzuräumen, ist wesentlicher Bestandteil einer positiven Familienpolitik.

Wache Aufmerksamkeit auch seitens des Staates muß die Erhaltung der Gesundheit unseres Volkes beanspruchen. Dabei ist die körperliche Ertüchtigung, um die sich die deutsche Turn- und Sportbewegung große Verdienste erworben hat, von besonderem Wert. Der Schutz der Bevölkerung vor Umweltschäden macht es notwendig, daß die Wirtschaft ihre soziale Verpflichtung bei der Entwicklung der Technik durch Maßnahmen zur Abwehr von Schäden für die Menschen erkennt und verwirklicht. Dem deutschen Bundestag sind von der früheren Bundesregierung eine Reihe wichtiger sozialer Gesetze vorgelegt worden. Da auch die von mir gebildete Regierung die Verbesserung sozialer Leistungen für unverzichtbar hält, möchte ich sehr wünschen, daß die Beratungen über diese Gesetze bald zu einem befriedigenden Abschluß gelangen. Die Bundesregierung teilt die einmütige Auffassung des Parlaments, daß der Arbeiter im Krankheitsfalle in gleicher Weise wie der Angestellte wirtschaftlich gesichert werden soll. Wir alle sind uns bewußt, daß die Neuregelung der gesetzlichen Krankenversicherung schwierige Probleme aufwirft. Es ist die Absicht der Bundesregierung, die Sozialversicherten vor einer immer weitergreifenden Kollektivierung zu bewahren.

Die Tatsache, daß die in Arbeit Stehenden in weitem Umfang die Verpflichtung übernehmen, für die nicht mehr Erwerbstätigen Sorge zu tragen, und die Rentenversicherung sie auch noch an der steigenden Produktivität der Volkswirtschaft teilhaben läßt, kennzeichnet die Aufgeschlossenheit unserer Sozialpolitik und deren Fundierung auf dem Grundsatz einer die Generationen

verbindenden Solidarität. Die Veränderungen im Altersaufbau der Bevölkerung, die längere Ausbildungszeit unserer Jugend, ihr späteres Eintreten in das Erwerbsleben, die Verbesserung des Gesundheitswesens, der Fortschritt der medizinischen Wissenschaft und die dadurch erreichte höhere Lebenserwartung — das alles muß bei der Fortentwicklung unserer Sozialpolitik vorausschauend bedacht werden.

In der kommenden Zeit wird eine stagnierende oder vielleicht sogar absinkende Zahl von Voll-Erwerbstätigen für eine immer größere Zahl aus dem Arbeitsprozeß Ausgeschiedener die erforderlichen Mittel aufzubringen haben. Der Anteil der über Fünfundsechzigjährigen wird sich in wenigen Jahren gegenüber der Vorkriegszeit verdoppeln. Um nicht mißverstanden zu werden, erkläre ich ausdrücklich, daß es nicht in unserer Absicht liegt, das Pensionsalter der Beamten und die Altersgrenze der Arbeiter und Angestellten nach oben zu rücken. Aber wenn uns die Vor- und Fürsorge für ältere und alte Menschen am Herzen liegt, dann sollten wir ihnen im allgemeinen Interesse die Chance geben, auch später ihr Können und ihr Wissen nicht ungenutzt zu lassen und aus solcher Arbeit natürlich auch persönlich Nutzen zu ziehen. Soweit alte Menschen nicht in der Geborgenheit der Familie leben können, wird die Errichtung von Altersheimen gewiß zum Segen vieler Menschen. Aber auf vielen, die aus ihrer Berufstätigkeit ausscheiden, lastet doch auch die Bedrückung, die Verbindung zum Leben zu verlieren. Ich habe den sicheren Eindruck, daß hier ein menschliches Problem vorliegt, dessen wir uns anzunehmen haben.

Die Bundesregierung hat den Vorstellungen über Verbesserungen der Kriegsoferversorgung durch den dem Hohen Haus vorgelegten Entwurf eines 2. Gesetzes zur Änderung und Ergänzung des Kriegsoferversichts Rechnung getragen. Mir ist an einer baldigen Verabschiedung dieses Gesetzes gelegen; aber auch für diesen Bereich hat der wiederholt herausgestellte Grundsatz zu gelten, die finanziellen Grenzen des Haushalts nicht zu überschreiten. Die Bundesregierung akzeptiert die rechtliche und moralische Verpflichtung des Staates, Einbußen an Leben und Gesundheit, die im Dienst für die Allgemeinheit erlitten wurden, zu entschädigen. Sie hält es aus diesen Gründen für ihre Pflicht, alles zu tun, die Kriegsoferversorgung angemessen und würdig zu gestalten.

Wenn ich den Raum, den die Haushaltsvorlage der kommenden Jahre für soziale Leistungsverbesserungen offenläßt, in Beziehung zu den Vorstellungen setze, die in dieser Richtung gehegt werden, zwingt das Gebot der Stabilität zu der Feststellung, daß wir nach Wertigkeit, Dringlichkeit und Nützlichkeit im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten ein Bezugssystem und einen längerfristigen Zeitplan aufstellen müssen. Lassen Sie mich ein offenes Wort sprechen: Wir müssen uns entweder bescheiden oder mehr arbeiten. Die Arbeit ist und bleibt die Grundlage des Wohlstandes. Es muß uns ferner daran gelegen sein, die mit dem wachsenden Wohlstand sichtbar gewordenen Mißstände auf ein Mindestmaß zu beschränken.

So mancher Begüterte scheint in seiner persönlichen, äußeren Lebensführung nur allzuleicht zu vergessen, daß der Wohlstand wohl eine Grundlage, nicht aber das Leitbild unserer Lebensgestaltung schlechthin ist. Sicher

handelt es sich dabei um solche Leute, denen es leichter war, den Wohlstand zu erringen als ihn zu bewältigen. Wenn deren Haltung oft sogar zum öffentlichen Ärgernis wird, dann bin ich mir wohl bewußt, daß solche Entartungserscheinungen nicht durch Gesetze eingefangen werden können, sondern daß die Kreise, die es angeht, das Ihre dazutun müssen, um ein Standesbewußtsein zu entwickeln, das unserem sozialen Leben und unserer Stellung in der Welt gemäß ist. Die Bundesregierung will ihrerseits bei allen relevanten Gesetzen und Verordnungen prüfen, mit welchen geeigneten Maßnahmen sie derartigen Mißständen begegnen könnte.

Sachverständigenkommission für die Krankenversicherungsreform

Die SPD-Bundestagsfraktion hat nachfolgenden Antrag eingebracht:

Der Bundestag wolle beschließen:

1. Im Hinblick auf die Regierungserklärung vom 18. 10. 1963 wird der Bundeskanzler ersucht, eine Kommission von Sachverständigen zu bestellen, die ein Gutachten über die Grundsätze einer den Erfordernissen unserer Zeit entsprechende Reform der gesetzlichen Krankenversicherung erstatten soll.
2. Zu Mitgliedern der Kommission werden elf Persönlichkeiten der Sozial- und Wirtschaftswissenschaften, der medizinischen Wissenschaft und aus dem Kreise der Sozialpartner bestellt.
Die Kommission wählt sich ihren Vorsitzenden und seinen Stellvertreter.
3. Das Gutachten soll u. a. behandeln:
 - a) den Ausbau der gesundheitlichen Vorsorge und die Gewährleistung von ärztlicher Behandlung nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft;
 - b) die ausreichende wirtschaftliche Sicherung der Kranken und ihrer Familien bei langfristiger Krankheit;
 - c) die Beziehungen zwischen der Krankenversicherung und den Krankenhäusern;
 - d) die Ursachen des Krankenstandes und die Entwicklung des vertrauensärztlichen Dienstes zu einem sozialärztlichen Dienst;
 - e) die Stärkung der sozialen Selbstverwaltung;
 - f) die Finanzierung der Leistungen sowie die Vermeidung eines unzumutbaren Verwaltungsaufwandes.

Das Gutachten soll ferner etwaige Mißstände in der gesetzlichen Krankenversicherung darlegen und Vorschläge zu ihrer Beseitigung machen.

4. Die Kommission kann an der Erstellung des Gutachtens weitere Sachverständige beteiligen.
Die Dienststellen des Bundes, die Träger der Sozialversicherung und ihre Verbände, die kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Vereinigungen haben der Kommission die erforderliche Unterstützung zu gewähren.
Die für die Kommission erforderlichen Mittel sind im Haushaltsplan des Bundeskanzleramtes bereitzustellen, das die Voraussetzungen für die Arbeit der Kommission zu schaffen hat.
5. Das Gutachten der Kommission ist den gesetzgebenden Körperschaften vorzulegen.

Aufnahme der Beratungen im Bundestagsausschuß für Gesundheitswesen

Novelle zum Arzneimittelgesetz, Vorsorgehilfe (KVNG)

Der Bundestagsausschuß für Gesundheitswesen nahm Anfang Oktober unter Vorsitz des Abg. Dr. Ham m erstmalig nach der Sommerpause des Parlaments die Beratungen über den von der Bundesregierung vorgelegten Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Arzneimittelgesetzes auf.

Kernstück des Gesetzentwurfs ist die Verschärfung der Voraussetzungen für die Eintragung bestimmter Arznelpezialitäten und die Einführung einer automatischen, sich über drei Jahre erstreckenden Verschreibungspflicht für Arznelpezialitäten, die Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen bisher nicht allgemein bekannter Wirksamkeit enthalten und neu in den Verkehr gebracht werden. Außer diesen beiden Neuregelungen sind noch einige Änderungen vorgesehen, wie eine Neufassung der Bestimmungen über die Lieferung von Erzeugnissen aus menschlichem Blut. Nach diesen Bestimmungen soll den Herstellern, Vertriebsunternehmern und Großhändlern ermöglicht werden, diejenigen Erzeugnisse aus menschlichem Blut, die nicht länger als vier Wochen haltbar sind, an Krankenanstalten und Ärzte abzugeben. Für diese Erzeugnisse soll wegen ihrer begrenzten Haltbarkeit der Weg über die Apotheke nicht wie bisher vorgeschrieben sein.

Frau Dr. Hubert (SPD) wurde zur Berichterstatterin und Dr. Dittrich (CSU) zum Mitberichterstatler für die Plenarberatungen bestellt.

Vor Beginn der allgemeinen Aussprache über die Novelle zum Arzneimittelgesetz gab der Vertreter des Bundesgesundheitsministeriums einen Bericht über den wesentlichen Inhalt der Gesetzesvorlage. Der Vorschlag des Regierungsvertreters, weitere notwendige Novellierungen in einem 3. Änderungsgesetz zum Arzneimittelgesetz vorzunehmen, wurde von den Ausschußmitgliedern mit der Begründung abgelehnt, daß es nicht zweckmäßig erscheine, ein derart bedeutsames Gesetz durch Änderungsgesetze ständig zu korrigieren. Außerdem sei es der pharmazeutischen Industrie, den Apothekern und sonstigen beteiligten Kreisen nicht zumutbar, sich auf sich ständig ändernde gesetzliche Bestimmungen jeweils umzustellen. In diesem Zusammenhang hielt Abg. Dr. Dittrich es für ratsamer, weitere notwendige Änderungen bereits bei der Beratung dieser Novelle vorzunehmen.

Wie Abg. Dr. Dittrich mitteilt, soll es sich dabei um folgende Änderungen handeln:

1. Neue Definition des Begriffes „Arzneimittel“ und eine klare Abgrenzung gegenüber der Lebensmittel- und Futtermittelgesetzgebung.
2. Änderung der Süßstoffverordnung.
3. Vereinfachung der Kennzeichnungspflicht bei Ampullen.
4. Allgemeinverständliche Abkürzung der Namen der Herstellerfirmen auf Arznelpezialitäten.
5. Auflockerung der bisherigen Bestimmungen für die Erlaubniserteilung zur Herstellung von nichtapothekenpflichtigen Arzneimitteln (Härtefälle sollen beseitigt werden).

Vor der Einzelberatung der Novelle zum Arzneimittelgesetz behandelte der Ausschuß die Bestimmungen des Krankenversicherungs-Neuregelungsgesetzes

(KVNG) über die Vorsorgehilfe, da der federführende Ausschuß für Sozialpolitik beschlossen hatte, hierzu zunächst die Stellungnahme des mitbeteiligten Ausschusses abzuwarten.

Der Ausschuß vertrat die Meinung, daß die Vorsorgehilfe in der Krankenversicherung nicht nur der Früherkennung von Krankheiten, sondern vielmehr der Verhütung und Abwendung von Krankheiten dienen müsse. Diesem Zweck der Vorsorgehilfe werde es nicht gerecht, wenn die Vorsorgeuntersuchungen im Gesetz ausdrücklich nur auf Personen, die das 35. Lebensjahr vollendet haben, beschränkt und die Untersuchungsintervalle drei Jahre betragen würden. Aus diesem Grund kam der Ausschuß einmütig zu der Auffassung, daß eine Festlegung einer Altersgrenze überhaupt unterbleiben und dem Versicherten die Möglichkeit eröffnet werden sollte, sich in einem Zeitraum von mindestens zwei Jahren je einer Vorsorgeuntersuchung zu unterziehen.

Einer möglichen Überbelastung der Ärzte soll aufgrund ergänzender Bestimmungen des KVNG dadurch vorgebaut werden können, daß Umfang und Art der Vorsorgeuntersuchungen durch die Bundesausschüsse zu beschließen sind.

Der Ausschuß begrüßt die im KVNG vorgesehene satzungsmäßige Möglichkeit für die Krankenkassen, die Untersuchungen in kürzeren Zeitabständen zuzulassen und bestimmte Untersuchungen für einzelne Berufs- oder Personengruppen besonders vorzunehmen.

Die sehr umstrittene Frage der Kostenbeteiligung der Versicherten an der Vorsorgehilfe wurde noch nicht beraten; sie soll in einer weiteren Sitzung des Ausschusses für Gesundheitswesen behandelt werden.

Aus der Fragestunde des Bundestags

(34. Sitzung)

Schutz vor Sittlichkeitsverbrechen

Kühn (Hildesheim, CDU):

Welche Möglichkeiten sieht die Bundesregierung, durch Änderung der Strafrechtsvorschriften beziehungsweise der Strafvollzugsbestimmungen den Sexualverbrechen an Kindern entgegenzuwirken?

Dr. Bucher, Bundesminister der Justiz:

Möglichkeiten, den Sexualverbrechen an Kindern entgegenzuwirken, bietet vor allem der Entwurf des Strafgesetzbuchs, der in diesem Hohen Hause bereits behandelt wird. Das Schwergewicht liegt dabei bei den Maßregeln der Besserung und Sicherung. Der Entwurf erleichtert die Anordnung der Sicherungsverwahrung. Er führt für junge Täter die vorbeugende Verwahrung ein und sieht für abartige Täter Bewahrungsanstalten vor. Außerdem soll zur Überwachung solcher Täter, die wieder in die Freiheit kommen, die Sicherungsaufsicht dienen.

Unabhängig von dieser Strafrechtsreform wird zur Zeit die Frage der Entmannung abartiger Triebverbrecher geprüft. Allerdings kommt diese Maßnahme selbstverständlich nur auf der Grundlage der Freiwilligkeit in Frage.

Schließlich darf ich noch darauf hinweisen, daß bei den Beratungen der Strafprozeßnovelle, die hoffentlich kurz vor dem Abschluß in diesem Hause stehen, daran gedacht ist, den Haftgrund der Wiederholungsgefahr,

der hier besonders in Betracht kommt, einzuführen. Wegen weiterer Einzelheiten erlaube ich mir, auf die Beantwortung der Frage des Abgeordneten Ernst Keller im Juni 1962 zu verweisen.

Herstellung von Arzneimitteln

Frau Schanzenbach (SPD):

Ist der Bundesregierung bekannt, daß auf dem 66. Deutschen Ärztetag in Mannheim maßgebende Vertreter der Wissenschaft an die pharmazeutische Industrie appelliert haben, Medikamente, die durch die wissenschaftliche Entwicklung überholt sind, aus dem Verkauf zu ziehen?

Den Vortrag von Herrn Professor Dr. Hoff habe ich selbst angehört. Es trifft zu, daß er sich bei seinen Ausführungen über die Zahl der Arzneimittel mit der Anregung an die pharmazeutische Industrie gewandt hat, bei der Ankündigung neuer Präparate diejenigen Arzneimittel aus dem Handel zu ziehen, die durch neue Arzneispezialitäten überholt sind.

Gedenkt die Bundesregierung, sich dem in Frage V/1 näher bezeichneten Appell, der sich vor allem auf Schmerz-, Schlaf- und Anregungsmittel bezieht, anzuschließen?

Dr. Schwarzhaupt, Bundesminister für Gesundheitswesen:

Die Anregung von Herrn Professor Dr. Hoff hat sich nicht besonders auf Schmerz-, Schlaf- und Anregungsmittel, sondern allgemein auf die große Zahl der Arzneispezialitäten bezogen.

Die Bundesregierung hält ein staatliches Eingreifen in dieser Frage nicht für geboten, und zwar aus folgenden Gründen:

Erstens. Viele Ärzte und Patienten halten an älteren Arzneimitteln fest, obwohl neue mit gleichen oder ähnlichen Inhaltsstoffen auf den Markt gekommen sind. In diesen Fällen produziert der Hersteller weiter, solange diese Arzneimittel von Ärzten verordnet oder ohne Rezept verkauft werden. Arzneimittel, die wegen besserer Mittel keinen Absatz mehr finden, werden in der Regel von der Industrie auch nicht mehr hergestellt werden.

Zweitens. Die Bundesregierung ist der Meinung, daß eine grundsätzliche Beschränkung nach Art und Zahl der Arzneimittel nicht vertretbar ist, weil dies einer staatlichen Bedarfsprüfung gleichkommen würde, die der vorige Bundestag nach eingehender Ausschußberatung aus überzeugenden Gründen abgelehnt hat.

AUS DER LANDESPOLITIK



Herr Kollege Dr. Dr. Wolfram von Gugel ist als Vertreter der freien Berufe erneut für sechs Jahre in den Bayerischen Senat gewählt worden.

Arbeitsetat 1964 vor dem Senat

Aus der Rede von Minister Strenkert

In der Einzelberatung führte Strenkert zu dem Ausgabenansatz von 5,2 Millionen DM für die Untersuchung Jugendlicher aufgrund des Jugendarbeitsschutzgesetzes (430 000 DM mehr) aus, 1964 sei mit 95 800 Schulentlassenen zu rechnen, davon etwa 90 000 Berufsanfängern. Wenn diese sich alle untersuchen ließen, dürfte der Haushaltsansatz richtig sein.

Berichterstatter Otto Kraus verwies darauf, daß sich nach Äußerungen aus dem Arbeitsministerium jeder fünfte Schulentlassene in Bayern der Untersuchung nicht unterzogen habe. Hier sei eine Mahnung

an die Arbeitgeber am Platze, auch die Notwendigkeit der Nachuntersuchung zu unterstreichen, ebenso eine verstärkte Überwachung seitens der Gewerbeaufsichtsämter. Bei den Verstößen gegen das Arbeitsschutzgesetz handle es sich überwiegend um solche gegen die Arbeitszeitvorschriften. Nach einer Erhebung der Christlichen Arbeiter-Jugend in Nürnberg müßten dort 25,9 Prozent der befragten Jugendlichen täglich bis zu neun Stunden und 7 Prozent noch länger arbeiten. 42 Prozent aller befragten Mädchen zwischen 14 und 18 Jahren sagten aus, daß sie länger arbeiten, als die gesetzlichen Bestimmungen es erlauben (bei den Verkäuferinnen sogar mehr als 68 Prozent). Bei 16—18jährigen Mädchen sei festgestellt worden, daß rund 18 Prozent mit Akkordarbeit beschäftigt werden, die für diese Jugendlichen gesetzlich untersagt ist.

Entsprechend einer Anregung des Berichterstatters Kraus, die von Senator Ludwig Linsert zum Antrag erhoben wurde, sprach sich der Ausschuß für die Bemerkung im Gutachten aus, daß zur besseren Einhaltung der Vorschriften des Jugendarbeitsschutzgesetzes die Verstärkung der Gewerbeaufsichtsämter notwendig sei. Darüber hinaus empfiehlt der Senat den Schulen, der Elternschaft sowie den Arbeitgebern und Arbeitnehmern, den Untersuchungen der Jugendlichen größere Aufmerksamkeit zu schenken.

Minister Strenkert betonte noch, die Gewerbeaufsicht wäre überfordert, wenn sie sich hier im Einzelfall um die Dinge kümmern sollte. Er könne nur erneut an alle Beteiligten appellieren, ihr Teil zu einer entsprechenden Aufklärung beizutragen. Die Frage der Beschäftigung Jugendlicher mit Akkordarbeit entgegen den gesetzlichen Bestimmungen könne ebenfalls von der Gewerbeaufsicht allein nicht gelöst werden; hier müßten die Gewerkschaften und die Arbeitgeber mitwirken. Zu der von Senator Friedrich Maser mit

Unterstützung Linserts geforderten Durchführung von Reihenuntersuchungen in den Schulen vor der Entlassung erklärte Staatssekretär Hans Schütz, die bei den Beratungen über das Jugendarbeitsschutzgesetz seinerzeit vorgesehenen Reihenuntersuchungen seien an der Forderung gescheitert, daß jeder Jugendliche die Möglichkeit haben müsse, für diese Untersuchung den Arzt selbst zu wählen. In den ersten neun Monaten 1963 seien etwa 52 000 solcher Untersuchungen erfolgt und 1964 etwa 91 000 vorgesehen. Vorsitzender Erwin Hielscher regte an, es möge geprüft werden, ob durch Verhängung von Ordnungsstrafen für die Unterlassung dieser Untersuchung künftig ein besseres Resultat erzielt werden kann.

Nachwuchssorgen im Schwesternberuf

Landesgesundheitsrat fordert bessere Schwesternunterkünfte

Ausschließlich dem Personal- und Nachwuchsmangel in der Krankenpflege widmete der Bayerische Landesgesundheitsrat seine Sitzung am 4. November, in der er Vorschläge zur Behebung des Schwesternmangels entwickelte. Wie der erste Vorsitzende des Landesgesundheitsrates, Landtagsabgeordneter Dr. Rudolf SOENNING bekanntgab, fehlen in Bayern derzeit noch immer 4000 Krankenschwestern. Es gehe vor allem darum, durch Schaffung anständiger Unterkünfte und erträglicher Arbeitsbedingungen Nachwuchs für den Schwesternberuf zu gewinnen. In den letzten Jahren seien zwar viele Verbesserungen für das Krankenpflegepersonal geschaffen worden, z. B. die Erhöhung der Tarife, Verkürzung der Arbeitszeit von 60 auf 48 Stunden sowie der Bau von Schwesternheimen mit einem Gesamtaufwand von 23 Millionen DM, doch bleibe noch immer viel zu tun.

In seinen Vorschlägen sprach sich der Landesgesundheitsrat für die Schaffung des neuen Berufsstandes der „Krankenpflegehelferin“ aus. Diesen Beruf sollen alle interessierten Mädchen nach dem Besuch der Volksschule ergreifen können, um damit die Zeitspanne zwischen dem Ende des Volksschulbesuches und nach dem Krankenpflegegesetz frühestmöglichem Beginn der Schwesternausbildung zu überbrücken. Nach Mitteilung Dr. Soennings ist an eine einjährige Ausbildung gedacht, die an keine Altersgrenze gebunden sein soll. Hinsichtlich der Schaffung einer „Berufsfachschule“ für alle sozial- und krankenpflegerischen Berufe bestehe über die organisatorische Seite noch keine vollständige Einigkeit.

Als eine sehr wichtige Forderung bezeichnete der Vorsitzende die Verbesserung der Wohnverhältnisse für das Pflegepersonal. Zwar stünden etwa 6000 Wohneinheiten zur Verfügung, doch seien nach Schätzungen noch etwa 50 Prozent der Schwestern ungenügend untergebracht. „Wir stehen auf dem Standpunkt, daß ein Krankenhaus genügendes Pflegepersonal und Nachwuchs nur dann bekommt, wenn es anständige Wohnverhältnisse zur Verfügung stellen kann.“ Nach Auffassung von Dr. Soenning ist hier sehr gestündigt worden. Die Universitätskliniken München wiesen heute noch „mit die allerschlechtesten Unterbringungsmöglichkeiten für das Pflegepersonal“ auf. Der stellvertretende Vorsitzende des Landesgesundheitsrates, Dr. Georg L. OECKLER, wies ergänzend darauf hin, daß bisher alle Wohnbauten für Schwestern aus Mitteln des sozialen

Wohnungsbaues mit Staatsbaudarlehen gefördert wurden. Es sei jedoch nicht sinnvoll, Mittel aus dem sozialen Wohnungsbau für diesen Zweck abzuzweigen. Der Landesgesundheitsrat empfehle deshalb, die Mittel für die Errichtung von Schwesternwohnheimen gesondert auszuweisen, und zwar nicht nur in Form der Staatsbaudarlehen, sondern auch durch zusätzliche Gelder, die im Rahmen des Finanzausgleichs gegeben würden. Dr. Oeckler kritisierte, daß bei dem Bau von Krankenhäusern häufig die Mittel für die Errichtung von Schwesternunterkünften nicht mehr ausreichten, da auf sie bei der Planung nicht genügend Rücksicht genommen werde.

Die Erhöhung des derzeit 500 DM betragenden Zuschusses an die Schwesternschulen für jede Schülerin bezeichnete Dr. Soenning in der anschließenden Pressekonferenz als weiteres wichtiges Anliegen des Landesgesundheitsrates. Der Zuschuß solle möglichst auf das Doppelte erhöht werden. Außerdem sei die Anregung gegeben worden, ähnlich wie in Baden-Württemberg, in Bayern eine Wanderausstellung über die sozialpflegerischen Berufe zu zeigen. Das Innenministerium habe sich bereit erklärt, den Versuch zu unternehmen, diese Ausstellung, der in Baden-Württemberg ein voller Erfolg beschieden war, auf hiesige Verhältnisse abgestimmt, auch in Bayern durchzuführen.

Trotz aller Einzelmaßnahmen zur Behebung des Schwesternmangels gebe es noch kein Patentrezept, erklärte abschließend Vorsitzender Dr. Soenning. „Wir wollen versuchen, immer ein Stück weiterzukommen.“ Immerhin habe sich die Zahl der Pflegekräfte von 1954 bis 1961 von 11 363 auf 15 300 erhöht. Im gleichen Zeitraum habe die Zahl des in Ausbildung stehenden Krankenpflegepersonals von 2300 auf 4100 zugenommen. Für den Unterricht stehen nach Auskunft Dr. Soennings heute 86 Ausbildungsstätten zur Verfügung, während es 1954 noch 62 Schulen waren. k/B

Um den Lehrstuhl für Strahlenheilkunde in Erlangen (s. a. S. 879)

Der Landtagsabgeordnete, Kollege Dr. Dehler (FDP), hat am 9. Oktober 1963 an die Bayerische Staatsregierung die nachstehende schriftliche Anfrage gerichtet:

„Die Entwicklung der Strahlenheilkunde brachte es mit sich, daß sie in der medizinischen Forschung und Lehre einen immer bedeutsameren Platz einnimmt. Es gibt zahlreiche Bestrebungen, die Strahlenheilkunde noch mehr als bisher im medizinischen Ausbildungsplan sowie der Prüfungs- und Bestallungsordnung zu verankern.

Es ist bekannt geworden, daß die Medizinische Fakultät der Universität Erlangen die Umwandlung des vorgesehenen Lehrstuhls für Strahlenheilkunde in einen Lehrstuhl für Immunologie beantragt hat.

Ich frage die Bayerische Staatsregierung, ob sie beabsichtigt, diesem Antrag zuzustimmen, gegebenenfalls aus welchen Gründen?“

Mit einem an den Präsidenten des Bayerischen Landtags gerichteten Schreiben vom 21. Oktober 1963 hat der Bayerische Staatsminister für Unterricht und Kultus die Anfrage wie folgt beantwortet:

„Ein ordentlicher Lehrstuhl für klinische Strahlenheilkunde ist im Haushalt der Universität Erlan-

gen-Nürnberg durch das Haushaltsgesetz 1963 geschaffen worden. Der Lehrstuhl ist noch nicht besetzt. Seine Umwandlung in einen Lehrstuhl für Klinische Immunologie ist von der Universität Erlangen-Nürnberg beantragt worden. Über den Antrag ist noch nicht entschieden. Maßgebende Stellen der öffentlichen Gesundheitsfürsorge sowie die auf Fragen der Strahlenheilkunde spezialisierte deutsche wissenschaftliche Gesellschaft haben sich gegen die beantragte Umwandlung ausgesprochen, während auf der anderen Seite maßgebliche Hochschullehrer die Wichtigkeit der Immunpathologie und Klinischen Immunologie betont und auf den Rückstand der deutschen wissenschaftlichen Forschung auf diesem Gebiet gegenüber ausländischen Erkenntnissen hingewiesen haben.

Das Ministerium hat zunächst die Universität Erlangen-Nürnberg um Äußerung zu einigen Fragen ersucht, insbesondere, ob im Falle einer Umwandlung Labor- und Bettplätze für den Inhaber eines Lehrstuhls für Klinische Immunologie zur Verfügung ständen und ob das Sachgebiet der Klinischen Immunologie nicht durch einen Abteilungsvorsteher im Sinne der Empfehlungen des Wissenschaftsrates gepflegt werden könnte. Die Äußerung der Universität steht noch aus.

Bei der etwaigen Besetzung des Lehrstuhls für Klinische Strahlenheilkunde, für den naturgemäß noch keine Liste vorliegt, besteht die Schwierigkeit, daß eine Instituts- und Bettengrundlage fehlt und aus Gründen der Bauplatzdispositionen wohl nicht in unmittelbar bevorstehender Zukunft errichtet werden kann.“

Stufenweiser Aufbau der Universität Regensburg

Gelstige Planung noch nicht abgeschlossen — Rund 2 Mill. DM für erste Maßnahmen im Hausalt 1964 veranschlagt — Architektenwettbewerb vorgesehen — Ministerpräsident Goppel und Kultusminister Dr. Maunz berichten der Presse

Aufgrund des jetzt vorliegenden Memorandums des Organisationsausschusses und der Empfehlungen des Wissenschaftsrates habe das Kultusministerium von der Staatsregierung den Auftrag erhalten, die Verordnung zu erstellen, in der die Verfassung und Organisation der neuzugründenden vierten Landesuniversität in Regensburg geregelt werden, erklärte Ministerpräsident Alfons Goppel in einer Pressekonferenz, in der er gemeinsam mit Kultusminister Dr. Maunz über die nach dem Vorliegen des Memorandums weiter zu ergreifenden Maßnahmen berichtete. Die Gründung der neuen Universität werde durch einen Organisationsakt des bayerischen Staates erfolgen, wobei die Staatsregierung als Gründer fungiere. Gründungstag werde der Tag sein, an dem dieser staatliche Organisationsakt unterzeichnet wird, was wahrscheinlich mit dem Erlaß der Ausführungsverordnung geschehen werde.

Goppel erinnerte daran, daß die letzte Unversitätsgründung auf bayerischem Boden 1743 in Erlangen erfolgte und bezeichnete die Neugründung einer Universität in Regensburg als „bedeutenden staatlichen Akt“. Es sei dabei an einen stufenweisen Aufbau gedacht und er könne sich vorstellen, daß man schon im nächsten Jahr mit irgendeiner Fakultät oder Abtei-

lung in Regensburg beginnen könne, was zunächst in irgendeinem bereits vorhandenen Gebäude möglich wäre. Die geistige Planung für die neue Universität sei noch nicht abgeschlossen. Unter Hinweis auf die an dem Inhalt des Memorandums in der Öffentlichkeit geübte heftige Kritik unterstrich der Regierungschef, daß es sich dabei ja nicht um eine Denkschrift der Staatsregierung oder des Kultusministeriums handle. Er habe auch das Gefühl, daß der Begriff der modernen Universität, der bei dieser Kritik eine wesentliche Rolle gespielt habe, in mancher Beziehung noch nicht genügend abgeklärt sei. Man sollte es daher zunächst bei der Klärung der Organisationsfragen belassen.

Zum zeitlichen Ablauf der Dinge legte Kultusminister Dr. Theodor Maunz dar, nach Abschluß der geistigen Planung werde das Raumprogramm aufgestellt, woran sich die Bauvorplanung und die Teilplanung anschließten. Dabei sei an einen Architektenwettbewerb gedacht. Nach Abschluß der Planungsarbeiten solle dann sofort der Bauauftrag gegeben werden. Bereits im Staatshaushalt 1964 seien rund 2 Mill. DM für Regensburg eingeplant (davon 1,1 Mill. DM Planungsmittel, 800 000 DM für Bücherbeschaffung und 100 000 DM für Lehrmittel und Sammlungen), außerdem eine Reihe von Planstellen.

Hinsichtlich der geistigen Planung betonte Dr. Maunz, der Wissenschaftsrat habe keineswegs die Abschaffung von Fakultäten gefordert, sondern lediglich vorgeschlagen, bei Neugründungen zu prüfen, ob die Ordnung der Fächer noch dem heutigen Stand der Wissenschaft entspricht und wo sich Verbindungen zu benachbarten Fächergruppen herstellen lassen. Auch der Beratungsausschuß von Bochum habe keineswegs die Fakultäten beseitigt, sondern empfohlen, die in den Strukturplänen enthaltenen verschiedenen Abteilungen als Fakultäten einzuführen. Während man in Bremen von vornherein an der Fakultätsgliederung festhalte, lasse es das Memorandum für Regensburg offen, ob man die Dinge hier nach dem Fakultäts- oder nach dem Abteilungsprinzip gestalten wolle. Das Kultusministerium stehe dem Abteilungsprinzip äußerst aufgeschlossen gegenüber. Bei den für Regensburg besonders befürworteten interdisziplinären Lehrstühlen handle es sich um solche, die zwischen mehreren Fakultäten oder Abteilungen stehen. Es empfehle sich, den Lehrstuhlinhaber solcher Fächer mehreren Fakultäten oder Abteilungen gleichzeitig zuzuteilen. (Etwas ganz anderes sei das Department-System, bei dem es für ein bestimmtes Fach auch bei mehreren Lehrstuhlinhabern nur ein Institut gibt, alle diese Lehrstuhlinhaber aber gleichberechtigt sind.)

Auf Fragen von Journalisten meinte der Minister, es sei nicht einzusehen, warum gerade Regensburg weniger attraktiv als z. B. Bochum sein solle. Man müsse „auch in der Kulturpolitik eine wagemutige Politik treiben“, und er vertraue darauf, daß es gelingen werde, für Regensburg neben jungen talentierten Wissenschaftlern auch einige Kapazitäten zu gewinnen. Das Memorandum werde bei den weiteren Maßnahmen eine wichtige Unterlage darstellen.

Für eine Beteiligung des Bundes an der Finanzierung der Universität Regensburg liegen, wie Dr. Maunz auf Befragen erklärte, zwar noch keine konkreten Zusagen vor; in einem Briefwechsel mit Bonner

Stellen sei aber auf die Regierungserklärung der Bundesregierung von 1961 hingewiesen worden, worin es allgemein hieß, daß der Bund bereit sei, sich an der Finanzierung neuer Universitäten zu beteiligen. Ministerpräsident Goppel stellte allgemein zur Frage der Finanzierung fest, man werde sich zweifellos in den nächsten Jahren bei der Erfüllung öffentlicher Aufgaben an eine gewisse Rangfolge nach der Dringlichkeit gewöhnen müssen. Über die Gesamtkosten der Universität könne heute noch nichts Verbindliches gesagt werden; sie könnten sich auf 1,1 oder 1,2 Milliarden DM belaufen, vielleicht aber auch nur auf 800 Millionen DM. Das zu berufende Kuratorium betrachte die Staatsregierung als eine Art „Pfleger“ für die in der Entscheidung begriffene Universität, der ihre Belange gegenüber dem Kultusministerium zu vertreten habe.

Die Technische Fakultät in Nürnberg wird durch das Regensburger Projekt auf keinen Fall beeinträchtigt, wie Goppel und Dr. Maunz übereinstimmend versicherten. Auch die geplante Medizinische Akademie in Augsburg werde in der vorgesehenen Weise weiterbehandelt.

Gesundheitsbuch für werdende Mütter?

Einheitlichkeit bestand im sozialpolitischen Ausschuß des Landtags darüber, daß in Bayern ein Gesundheitsbuch für werdende Mütter eingeführt werden soll. Ein einschlägiger Antrag der SPD-Abgeordneten Gerda Laufer, die mit Unterstützung ihrer Fraktion neben einem Gesundheitspaß die Schaffung von Beratungsstellen für werdende Mütter an allen staatlichen Gesundheitsämtern gefordert und die Bereitstellung von Mitteln hierfür im Staatshaushalt 1964 gewünscht hatte, wurde nach längerer Aussprache zunächst an die Fraktionen verwiesen.

Berichterstatter Otto Mohrmann (SPD) erinnerte daran, daß die Müttersterblichkeit in Deutschland recht hoch sei. Er befürwortete die Einführung eines Gesundheitspasses mit dem Hinweis, dadurch sei eine regelmäßige ärztliche Kontrolle besser als bisher gewährleistet.

Mitberichterstatterin Elisabeth Nägelsbach (CSU) wies darauf hin, daß schon 1958 ein ähnlicher SPD-Antrag dem Landtag vorgelegen habe, aber zurückgestellt worden sei. Mit dem Problem der Müttersterblichkeit sollten sich alle Verantwortlichen beschäftigen. Auch sie betonte die Notwendigkeit des Antrags, bezweifelte aber, daß sich Frauen „mit solch intimen Dingen an ein staatliches Gesundheitsamt wenden“.

Gerda Laufer (SPD) führte zur Begründung ihres Antrags aus, in Deutschland sei die Müttersterblichkeit im Vergleich zu anderen hochindustrialisierten Ländern besonders hoch. In dem von ihr geforderten Gesundheitspaß, wie er bereits in Kassel und in Nordrhein-Westfalen eingeführt sei, sollten insbesondere jeweils

Geburten, die Blutgruppe und Krankheiten eingetragen werden, ferner Beratungen durch Hebammen und Ärzte. Es gebe heute noch viele Schwangere, die sich überhaupt nicht oder doch erst sehr kurz vor der Geburt untersuchen ließen. Der Grund hierfür liege in erster Linie in der zu geringen Beratung der Frauen und Mädchen; sie solle möglichst schon in den Berufsschulen beginnen.

Oberregierungsmedizinalrätin Dr. Hedwig Brebeck vom Innenministerium wandte sich gegen die Auffassung, in Deutschland sei die Müttersterblichkeit besonders hoch. Ihre statistische Berechnung sei in den einzelnen Ländern verschieden und lasse sich nicht vergleichen. In Bayern sei die Müttersterblichkeit in den letzten Jahren laufend gesunken. Seien 1958 noch 12,8% aller Mütter (bezogen auf 10 000 lebend geborene Kinder) gestorben, so sei diese Zahl 1962 auf 8,1% gesunken. Das sei mehr als in Nordrhein-Westfalen, wo der Mütterpaß bereits eingeführt sei. Dennoch begrüße sie diesen Paß, weil in ihm die gesamte Anamnese und der Verlauf der Geburt festgehalten werden könne. Zur Aufklärung der werdenden Mütter habe das Innenministerium in den letzten Jahren mehrfach Broschüren und Merkblätter herausgegeben. Dr. Brebeck war ebenfalls der Auffassung, die Gesundheitsämter seien nicht die geeigneten Stellen, schwangere Frauen zu untersuchen und zu beraten. Insbesondere sei es unmöglich, Beratungsstellen der Gesundheitsämter vorübergehend etwa in einem Dorfgasthof einzurichten, obwohl die Anzahl der Frauen, die sich bisher nicht untersuchen ließen, auf dem Land wohl besonders hoch sei. Hier sollten freipraktizierende Ärzte und Hebammen eingeschaltet werden.

Übereinstimmend forderten auch Dr. Klaus Dehler (FDP) und Dr. Rudolf Soenning (CSU), die Beratungsstellen nicht bei den staatlichen Gesundheitsämtern einzurichten. „Das Vertrauen zu einem Arzt ist bei solchen Fragen ungeheuer wichtig“, betonte Dr. Dehler. Er forderte die Regierung auf, Mittel für den Gesundheitspaß, den er aus psychologischen Gründen lieber Gesundheitsbuch nennen möchte, bereitzustellen. Ferner sollte die Aufklärungsarbeit verstärkt und insbesondere eine Blutgruppenuntersuchung, und zwar nicht nur bei den werdenden Müttern, sondern auch bei den Vätern, durchgeführt werden.

In der weiteren Aussprache einigte sich der Ausschuß auf den Ausdruck „Gesundheitsbuch“ statt „Gesundheitspaß“. Gerda Laufer zog den zweiten Teil ihres Antrags hinsichtlich der Zuständigkeit der Gesundheitsämter zurück und will hierzu einen neuen Antrag einbringen. Auf Vorschlag des amtierenden Vorsitzenden, Dr. Fritz Pirkl (CSU), wurde der Antrag an die Fraktionen verwiesen. Weiterhin soll sich zunächst der Landesgesundheitsrat mit der Frage der Blutgruppenuntersuchung beschäftigen.

Cefasabal[®]

TROPFEN · TABL · AMP.



CEFAK · KEMPTEN

Pyelitis Cystitis
Prostatitis
Prostatahypertrophie

Feuilleton**Heilmittel durch Selbstbedienung**

Kommt die Flut der freien Zubereitungen? — Schwere Sorgen auf dem Deutschen Apothekertag

Von Dr. Wolfgang Gubalke

Allzuleicht vergessen Kunde und Patient, daß der Apotheker die wichtigsten und oft lebensrettenden Arzneimittel zur Verfügung halten, in ihrer Wirksamkeit verfallene auf eigene Kosten aussondern muß und alte, die durch neue verdrängt werden, nicht ausverkaufen kann. Sein eigentlicher Verkäufer ist von Rechts wegen in den meisten Fällen der Arzt, der die Mittel verordnet. Um solch unrentables Geschäft überhaupt ermöglichen zu können, ist der Apotheker auch auf den Umsatz der sog. „gängigen“ Mittel angewiesen, mit denen sich andere Kaufleute allein abgeben (im Interesse der Arzneiversorgung der Bevölkerung). Sowohl aus medizinischen, aber auch kommerziellen Gründen sprach sich der BGH für das sog. „natürliche Apothekenmonopol“ aus, das auch im Arzneimittelgesetz grundsätzlich gewahrt werden sollte. Um so schockierender wirkte das Referat des RA Günther Blanke, Syndikus der ABDA („Arbeitsgemeinschaft der Berufsvertretungen deutscher Apotheker“), auf dem jüngsten Deutschen Apothekertag in Bad Wiessee über die Änderungsentwürfe zum Arzneimittelgesetz. Die im AMG vorgesehene Rechtsverordnung über die Rezeptpflicht bzw. Freiverkäuflichkeit, wolle rund 250 Stoffe und Zubereitungen, von denen über zwei Dutzend bisher noch rezeptpflichtig sind, freigeben. „Das ist das Ende!“, „Wo bleibt denn da das Monopol?“, „Das wird eine Katastrophe für die Volksgesundheit!“ und ähnliche Ausrufe konnte man hören. Blanke berichtete weiter von Symptomen, die vermuten ließen, daß nun Handelsketten und Supermärkte aus den freien Stoffen „Allerweltsmittel“ mit Phantasienamen für den eigenen Umsatz herstellen und den Apotheken vorenthalten würden. Dann gäbe es Universal-Tees und Tabletten durch die „Selbstbedienung“. Eine neue Flut freier Mittel zeige sich am Horizont und werde das Fundament der Apotheken aushöhlen. Das Gesetz werde in sein Gegenteil verkehrt.

Sucht — Mißbrauch — Mehrverbrauch ...

Von der Produktion der pharmazeutischen Industrie setzen die Apotheken nur einen, und zwar den kontrollierbaren Teil ab. Im Hinblick auf den im Verlauf der Konjunktur in vielen Branchen gestiegenen Absatz ist es müßig, den Mehrverbrauch als „Mißbrauch“ anzusehen. Für eine Gesundheitsgefährdung wesentlich kann nur eine krank-, statt gesundmachende Sucht sein. „Ich stelle in der Bundesrepublik eine Sucht in Abrede. Mißbrauch liegt mehr in der Nachlässigkeit“, konstatierte Prof. Dr. Schlemmer, der Leiter des Deutschen Arzneiprüfungsinstituts. „Warum denn nicht, wenn man Kopfweh hat, das Übel mit einer Tablette beseitigen?“ Es sei aber Unsinn, Tabletten in Automaten zu verkaufen oder sie haufenweise im Betrieb verteilen zu lassen, wo sie dann wie Zigaretten konsumiert werden. Wissenschaftliche Untersuchungen über Arzneimittelverbrauch stammen meist aus neurologischen Kliniken und Zentren besonderer Anfälligkeit. Vor allem dürfe man den Bezug von Arzneimitteln nicht zu leicht machen. Die Sucht bei Alkohol- und

Nikotinkonsum gäbe viel mehr Anlaß zur Bekämpfung, fügte Apotheker Fellmann, MdL, hinzu.

Nach den Feststellungen der ABDA würden zur Zeit in der Bundesrepublik pro Kopf 45 DM ausgegeben, in Spanien 20 DM, in Holland 35 DM, in Dänemark 38 DM, in Belgien 47 DM und in Italien 48 DM. Es zeige sich, daß in Ländern mit wirklich strenger Registrierung und Zulassung die Zahl der Spezialitäten viel geringer sei, „ohne daß dadurch der Zustand der Bevölkerung ein schlechterer ist“. Die Hypochondrie wächst offenbar mit der Zahl der Spezialitäten. In der Bundesrepublik stellten nach einer Verlautbarung des Bundesgesundheitsamtes rund 2000 Firmen — 55 000 her!!!, die sich zum größten Teil unter verschiedenen Namen ähnelten. Die nach dem AMG vorgesehene eindeutige Deklaration der Zusammensetzung der Mittel und ihre Kennzeichnung als apothekenpflichtig, müsse erst nach Abschluß der Registrierung — die übrigens bei uns nur eine rein formale Erfassung ist — vorgenommen werden. „Das wird beim jetzigen Tempo der Registrierung 15 bis 20 Jahre dauern“, erklärte Dr. Hans Mayer, Tagungsleiter und ABDA-Vorstand, sarkastisch. Seit 1961 hat die Industrie nur 1771 neue Spezialitäten registrieren lassen!

„Kopfschmerz wird erst schön durch Pillen!“ ...

Das Verantwortungsgefühl der Apotheker gegenüber der Volksgesundheit erweist sich in fast „selbstmörderischer“ Form in ihrem Kampf gegen eine hemmungslose und über die reine Information hinausgehende Werbung. Der neue Entwurf der Bundesregierung für ein Heilmittelwerbegesetz verbietet in seinem § 1 „den Entschluß zum Kauf, zur Verschreibung oder Verwendung eines Arzneimittels unsachlich zu beeinflussen“. Eine „unsachliche Beeinflussung“ liegt bei Werbung mit bildlichen Darstellungen und Texten vor, „die keine Beziehung zum Arzneimittel haben und Angstgefühle hervorrufen sollen und ihm Wirkungen zuschreiben, die sie, nach wissenschaftlichen Erkenntnissen oder praktischen Erfahrungen, nicht haben“. Als Irreführung gilt auch eine Andeutung, daß ein Erfolg mit Sicherheit erwartet werden kann. Es soll verboten werden, über Funk und Fernsehen für Arzneimittel zu werben. Die Apothekerschaft steht ganz hinter diesem Entwurf (obwohl ihr gerade eine Funk- und Fernsehwerbung Geschäfte zu bringen pflegt). Sie will aber keinen Mißbrauch fördern helfen, wogegen die Industrie „ersatzlose Streichung“ des Verbots der Funk- und Fernsehwerbung fordert. Dann erleben wir noch nach dem Vorbild „Bier macht Durst erst schön“ Werbesprüche, wie „Kopfschmerz wird erst schön durch Pillen“, meinte RA Blanke mit sarkastischem Humor. Argumente, daß ein Mittel im Gebrauch risikolos sei, wären widersinnig. Im Streitfall müßten Werbebehauptungen durch den bewiesen werden, der sie aufstellt, und nicht die Stellen, die sie beanstanden, das Gegenteil beweisen.

Blanke zweifelte die Lust der Firmen, die teure Funk- und Fernsehwerbung zu betreiben, die nur da-

durch provoziert würde, daß die Konkurrenz mit ihr beginne. Für den Fall aber, daß es bei der Funk- und Fernsehwerbung bleiben soll, wurde in der Diskussion der fragwürdige Vorschlag gemacht, die Gesundheitsämter sollten „Gegen-werben“. Mangels ausreichender Bestimmungen drohe, wie Blanke schloß, ein „Grauer Markt“ dort zu entstehen, wo Lebens- und Arzneimittel nicht deutlich getrennt aufzutreten, so daß für diese „Bastarde“ hemmungslos geworben werden könne.

Wieder einmal sind Sorgen und Hoffnungen der Apothekerschaft nach Karlsruhe gerichtet, wo das Bundesverfassungsgericht demnächst darüber zu entscheiden hat, ob ein Apotheker mehrere Apotheken betreiben kann, und dies persönlich und verantwortlich. Hinter diesem Bestreben, Filial-Konzerne aufzubauen, sollen ausländische Konzerne stehen. Dabei geht es auch darum, ob es erlaubt werden soll, nur die be-

stimmte Auswahl eines Großhändlers bevorzugt anzubieten. Entspräche das BVG diesen Bemühungen, müßte von den deutschen Apotheken „nur ein Trümmerhaufen übrigbleiben“, schätzte ABDA-Präsident E. Ries mit großer Sorge.

Unter den zahlreichen Resolutionen, die die Hauptversammlung (auch zur Beseitigung der Personalnot und Erhebung der Rezeptblattgebühr) beschloß, steht die Forderung an der Spitze, einer weiteren Merkantilisierung des Arzneimittels durch Wahrung unbedingter Apothekenpflicht zu begegnen, „wie sie sich in anderen Ländern Europas mit Erfolg bewährt“. Auch sollten keine Arzneispezialitäten, die nur Nachahmungen bereits im Handel befindlicher Präparate sind und nicht auf eigener Forschung beruhen, unterbunden werden.

Anschr. d. Verf.: 8 München 23, Martiusstr. 2.

AMTLICHES

Bekanntmachung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns hat in ihrer Sitzung am 26. 10. 1963 folgende Änderungen der Satzung der KVB vom 1. 4. 1956 (Bayer. Staatsanzeiger Nr. 12/1956) beschlossen, die mit Entschließung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und soziale Fürsorge vom 5. 11. 1963, Nr. IV/4684/45/63 genehmigt wurden.

1. § 14 Abs. 4 wird gestrichen, Abs. 5 wird Abs. 4.
2. In § 8 Abs. 5 Buchst. e wird das Wort „Rahmen-Honorarverteilungsmaßstab“ durch das Wort „Honorarverteilungsmaßstab“ ersetzt.
3. In § 13 Abs. 2 Buchst. b werden die Worte „und des Honorarverteilungsmaßstabs“ gestrichen.
4. In § 13 Abs. 4 Buchst. c werden die Worte „den Honorarverteilungsmaßstab und“ gestrichen.

München, den 11. 11. 1963

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
gez. Dr. Völlinger, Vorstandsvorsitzender

Überleitungsabkommen zwischen der Bayer. Versicherungskammer, Bayer. Ärzteversorgung und der Ärztekammer Nordrhein, Nordrheinische Ärzteversorgung

1. Mitglieder der oben aufgeführten Versorgungseinrichtungen, die sich als angestellte Ärzte auf Grund des § 7 Abs. 2 AVG n. F. zugunsten dieser Versorgungseinrichtungen von der Angestelltenversiche-

rungspflicht haben befreien lassen und die in den Bereich der anderen Versorgungseinrichtungen verziehen und die Befreiung von der Angestelltenversicherungspflicht weiter aufrechterhalten, können auf Antrag die bei der bisherigen Versorgungseinrichtung geleisteten Beiträge ungekürzt an die Versorgungseinrichtung ihres neuen (Wohnsitzes oder) Arbeitsplatzes überleiten lassen. Die dann zuständige Versorgungseinrichtung gewährt diesen Mitgliedern das Recht auf alle von ihr zu erbringenden satzungsmäßigen Leistungen in der Höhe, als wären die bei der bisherigen Versorgungseinrichtung geleisteten Beiträge zu denselben Zeiten bei ihr entrichtet worden.

2. Für angestellte Ärzte, die wegen Überschreitens der Jahresarbeitsverdienstgrenze nach dem AVG n. F. nicht mehr der Angestelltenversicherungspflicht unterliegen, und bei denen die sonstigen Voraussetzungen der Ziff. 1 gegeben sind, gilt Punkt 1 dieses Abkommens entsprechend, wenn sie beim Wechsel des (Wohnsitzes oder) Arbeitsplatzes das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten und bei ihrem 40^{1/2}sten Lebensjahr Mitglieder ihrer bisherigen Versorgungseinrichtung waren.
3. Das umziehende Mitglied hat Antrag auf Überleitung an beide Versorgungseinrichtungen zu stellen, und zwar innerhalb von drei Monaten nach Wechsel des (Wohnsitzes oder) Arbeitsplatzes.
4. Ärzte, die im Zeitpunkt des Überwechslens bei ihrer bisherigen Versorgungseinrichtung einen Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente gestellt haben oder zu die-

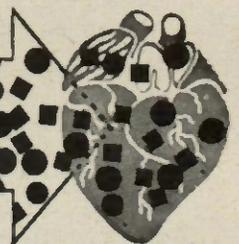
● Magnesiumperarginat

◆ Kaliumperarginat

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

TROMCARDIN[®]
zur Basis-Therapie der myogenen Herzinsuffizienz

M. TROMMSDORFF · AACHEN



sem Zeitpunkt bereits berufsunfähig waren, können keine Überleitungsanträge stellen.

5. Die bisherige Versorgungseinrichtung überweist sämtliche Beiträge, die der antragstellende Arzt abgeführt hat, unter Beifügung einer Aufstellung, aus der die Höhe und der Zeitpunkt der Leistung der Teilbeträge zu ersehen sind.

Etwaige Beitragsrückstände werden vom bisherigen Versorgungswerk beigesteuert und nach Eingang alsbald dem neu zuständigen Versorgungswerk weitergeleitet, das hierbei gegebenenfalls Amtshilfe leistet.

6. Der geldliche Ausgleich zwischen den Versorgungswerken wird unmittelbar nach Erstellung der Überleitungsabrechnung vorgenommen.

Der Risikoübergang erfolgt am dritten Kalendertag 00.00 Uhr nach Absendung der Überleitungsabrechnung. Maßgebend für den Absendetag ist der Stempel des Postamtes (nicht Selbstfrelmacher).

7. Dieses Überleitungsabkommen tritt anstelle des Überleitungsabkommens vom 10. 12. 1959 — genehmigt am 15. 2. 1960 — sowie des Zusatzvertrages zum Überleitungsabkommen vom 30. 11. 1960 — genehmigt am 5. 5. 1961. — Es tritt in Kraft, sobald die Aufsichtsbehörden die Genehmigung erteilt haben. Anschließend ist es im Rheinischen Ärzteblatt und im Bayerischen Ärzteblatt zu veröffentlichen.

Dieses Abkommen kann von beiden Seiten mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderjahres durch eingeschriebenen Brief gekündigt werden.

Vor Ablauf der Kündigungsfrist beantragte Überleitungen sind durchzuführen.

Für die Bayerische Versicherungskammer

München, den 1. August 1963

I. V.

(Dr. Mayer)

Oberregierungsdirektor

Für die Ärztekammer Nordrhein

Der Präsident

(Dr. Consten)

Genehmigt

Düsseldorf, den 30. September 1963

Der Innenminister des Landes Nordrhein-Westfalen

In Vertretung

(Adenauer)

Ministerialentschließung zur Ausbildung und Prüfung von Röntgenhelferinnen

Das Bayerische Staatsministerium des Innern hat am 16. Oktober 1963 mit folgender Ministerialentschließung — III 6 — 5370/58 — 2/63 — dem Beschluß des Vorstandes der Bayer. Landesärztekammer (s. BÄBl. 10/63/S. 772) zugestimmt:

Das Staatsministerium des Innern begrüßt es, daß die Bayer. Landesärztekammer Kurse für Röntgenhelferinnen durchführt. Den in der Sitzung des Vorstandes der Bayer. Landesärztekammer am 5. 10. 1963 beschlossenen Vorschriften über die „Ausbildung und Prüfung von Röntgenhelferinnen durch die Bayer. Ärztekammer“ wird zugestimmt.

Die Vorschriften über die Ausbildung und Prüfung von Röntgenhelferinnen lauten nunmehr wie folgt:

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

(Zustimmung des Bayer. Staatsministerium des Innern mit Ministerialentschließung vom 16. Oktober 1963 — III 6 — 5370/56 — 2/63)

§ 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
6. 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.

Vereinbarung

zwischen

dem Vorstand der **Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB)**, Frankfurt,

und

der **Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)**, Köln — im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer, Köln —,

betr. Abänderung der Ziffer 12a) des Abschnittes I und Neufassung des Abschnittes IV der Anlage A zum Vertrag über die ärztliche Betreuung der Mitglieder der Beitragsklassen I und II der Krankenversorgung der Bundesbahnbeamten (KVB) vom 22. Februar 1958.

1. Die Ziffer 12a) des Abschnittes I der Anlage A wird wie folgt neu gefaßt:

„Für das ärztliche Honorar die Sätze des Röntgentarifs vom 1. 6. 1930 zuzüglich 90 Prozent.“

2. Abschnitt IV der Anlage A wird wie folgt neu gefaßt:

„Für die nachfolgend genannten Leistungen gilt nur der Mindestsatz der Amtlichen Gebührenordnung, jedoch mit einem Teuerungszuschlag von 20 Prozent — jeweils auf volle fünf Pfennig aufgerundet: 20f, 21b, 21c, 21f, 23, 24, 25, 27a, 27b, 27c, 28.

Neben einem Hausbesuch wird eine intravenöse Injektion einschließlich des Teuerungszuschlages mit 3,85 DM, eine Blutdruckmessung mit 3 DM vergütet.

Liegt die Gebühr für eine besondere ärztliche Verrichtung unter der Gebühr für die dabei notwendige Beratung und Untersuchung (I, 1 dieser Anlage), so kann anstelle der besonderen ärztlichen Verrichtung die Beratungsgebühr berechnet werden.“

3. Diese Vereinbarung ist gültig vom 1. Januar 1964 an.

Bekanntmachung des Bayer. Staatsministeriums des Innern vom 11. 10. 1963, Nr. P 4 — 5135/1 — 3/63.

Stellenausschreibung für die staatlichen Gesundheitsämter

Bei den Staatlichen Gesundheitsämtern Amberg, Aschaffenburg, Coburg, Bad Kissingen, Burglengenfeld, Fürth, Landshut, Kitzingen, Nabburg (Nebenstelle Oberviechtach), Neustadt a. d. Waldnaab, Sonthofen, Tirschenreuth und Wunsiedel sind Stellen für beamtete Ärzte zu besetzen. Um solche Stellen können sich in der Regel nur Ärzte bewerben, die die Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst abgelegt haben und in der Anwärterliste für den öffentlichen Gesundheitsdienst geführt werden. Zur Zeit stellt aber das Bayer. Staatsministerium des Innern auch ungeprüfte Bewerber ein, wenn sie an der Laufbahn des Amtsarztes ernsthaft interessiert sind

und sich verpflichten, die Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst nachzuholen. Bewerbungsgesuche mit den üblichen Unterlagen können beim Bayer. Staatsministerium des Innern, München 22, Odeonsplatz 3, eingereicht werden.

Die Bewerber werden zunächst als Angestellte mit Vergütung nach BAT beschäftigt. Während des Lehrgangs, in dem sie auf die Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst vorbereitet werden, laufen ihre Dienstbezüge weiter. Daneben wird Beschäftigungsvergütung gewährt. Nach der Prüfung werden die Bewerber zum Beamten (Regierungsmedizinalrat, Besoldungsgruppe A 13) ernannt. Als Beamte können sie in die Besoldungsgruppe A 13a (Obermedizinalrat) und A 14 (Oberregierungsmedizinalrat) aufsteigen.

Auch künftig werden im amtsärztlichen Dienst fortlaufend Stellen frei werden. Für solche Stellen können sich interessierte Ärzte jederzeit unverbindlich beim Bayer. Staatsministerium des Innern vormerken lassen. Dort können sie auch weitere Auskünfte erhalten.

Bekanntmachung des Bayer. Staatsministeriums der Justiz vom 14. Oktober 1963, Nr. 2413 — VIIa — 2379/63.

Stellenausschreibung für hauptamtliche Ärzte bei den Justizvollzugsanstalten

Bei den Strafanstalten Bayreuth, Kaisheim und Straubing ist je eine Arztstelle neu zu besetzen. Um solche Stellen können sich in der Regel nur Ärzte bewerben, die die Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst bereits abgelegt haben. Zur Zeit stellt aber das Bayer. Staatsministerium der Justiz auch ungeprüfte Bewerber ein, wenn sie sich verpflichten, die Prüfung nachzuholen.

Die Bewerber werden zunächst als Angestellte beschäftigt (Vergütungsgruppe III BAT). Die Probezeit beträgt sechs Monate. Während des Lehrgangs, in dem die Bewerber auf die Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst vorbereitet werden, laufen ihre Dienstbezüge weiter. Nach der Prüfung können sie zum Beamten (Regierungsmedizinalrat) ernannt werden. Als Beamte steht ihnen der Aufstieg in die Besoldungsgruppe A 13 (Obermedizinalrat) und A 14 (Oberregierungsmedizinalrat) offen.

Die Arztstelle bei der Strafanstalt Bayreuth kann auch mit einem Lungenfacharzt besetzt werden. Zu seiner Verbeamtung bedarf es keiner weiteren Prüfung.

Bewerbungen können bis zum 15. Dezember 1963 beim Bayer. Staatsministerium der Justiz eingereicht werden. Den Gesuchen sind Ausbildungsnachweise und Bescheinigungen über bisherige praktische Tätigkeiten in Urschrift oder beglaubigter Abschrift sowie ein handgeschriebener Lebenslauf und ein Lichtbild aus neuerer Zeit beizufügen.

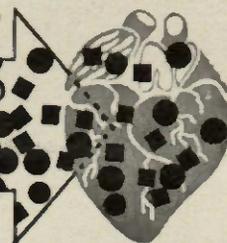
● Magnesiumspareginol

◆ Kaliumspareginol

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

TROMCARDIN[®]
zur Basis-Therapie der myogenen Herzinsuffizienz

H. TROMMSDORFF · AACHEN



Bekämpfung des Lärms

Gemeinsame Entschließung der Bayer. Staatsministerien des Innern und für Wirtschaft und Verkehr vom 20. 9. 1963 Nr. IV F 3 — 9322/10, Nr. I C 2 — 2530/21 — 19 und Nr. 1070 — Gd — 38667

Es ist Aufgabe der Behörden der allgemeinen inneren Verwaltung, der Polizei und, was den Erlaß von Kreisverordnungen angeht, auch der Landkreise, unnötigen oder übermäßigen Lärm nach Kräften zu bekämpfen. Das geschieht durch Gemeinde- und Kreisverordnungen und durch Anordnungen zur Verhütung, Unterbindung und Verfolgung mit Strafe oder mit Geldbuße bedrohter lärmender Handlungen.

Nachstehend wird auf die wesentlichen Vorschriften hingewiesen, die — in Verbindung mit Art. 5 AGStPO, dem PAG und der StPO — Rechtsgrundlagen zur Lärmbekämpfung enthalten. In den Anlagen zu dieser Entschließung werden umfassende technische Richtlinien zur Lärmbekämpfung bekanntgegeben.

I. Rechtsgrundlagen

1. Allgemeine Vorschriften

a) § 360 Abs. 1 Nr. 11 StGB bedroht die ungebührliche Erregung ruhestörenden Lärms mit Strafe.

Ungebührlicherweise wird der Lärm erregt, wenn er ohne berechtigten Anlaß hervorgerufen wird. Daher ist der von einem erlaubten Gewerbebetrieb ausgehende normale Lärm nicht ungebührlich; er wird es aber, sofern das Maß des Notwendigen überschritten wird. Das kann z. B. der Fall sein, wenn geräuschvolle Arbeiten unnötigerweise zur Nachtzeit verrichtet werden oder der Inhaber des Betriebes zumutbare Schutzmaßnahmen nicht ergreift. Im übrigen ist es für § 360 Abs. 1 Nr. 11 StGB nicht erforderlich, daß der Lärm zur Nachtzeit erregt wird; auch am Tage kann ungebührlicher Lärm vorkommen.

Ruhestörend ist ein Lärm bereits dann, wenn er geeignet ist, die Ruhe einer unbestimmten Zahl von Menschen zu stören; es ist nicht erforderlich, daß eine Ruhestörung tatsächlich eingetreten ist.

Nach der Rechtsprechung können unter diese Bestimmung z. B. fallen: die Vornahme von Tagesarbeiten zur Nachtzeit, das Hämmern bei offenen Türen und Fenstern oder auf dem Hofe, das Dulden ständigen und übermäßigen Bellens eines Hundes und der lautstarke Betrieb von Lautsprechern bei offenen Fenstern, vor allem zur Nachtzeit. Der für andere lästige Betrieb von Kofferradlos und ähnlichen Tonübertragungsgeräten kann ungebührlichen ruhestörenden Lärm darstellen.

b) Nach § 5 Abs. 1 des Gesetzes über den Schutz der Sonn- und Feiertage (FTG) vom 15. Dezember 1949 (BayBS I S. 380) i. d. F. vom 22. Dezember 1980 (GVBl. S. 295) sind an den Sonntagen und den gesetzlichen Feiertagen grundsätzlich alle öffentlich bemerkbaren Arbeiten verboten, die geeignet sind, die äußere Ruhe des Tages zu beeinträchtigen. Das gleiche gilt nach § 9 Abs. 1 FTG während der ortsüblichen Zeit des Hauptgottesdienstes an den staatlich geschützten Feiertagen. Weiter sind nach § 6 Abs. 1 Ziff. 1 und 4 und § 9 Abs. 1 FTG während der ortsüblichen Zeit des Hauptgottesdienstes an den Sonntagen, den gesetzlichen und den staatlich geschützten Feiertagen alle vermeldbaren lärmregenden Handlungen in der Nähe von Kirchen

und sonstigen dem Gottesdienst dienenden Räumen und Gebäuden, ferner lärmendes Zechen und Spielen und lärmende Zusammenkünfte und Lustbarkeiten in Wirtschaftslokalitäten verboten. Zuwiderhandlungen gegen diese Vorschriften sind nach § 366 Nr. 1 StGB mit Strafe bedroht (§ 18 FTG).

2. Lärm durch Kraftfahrzeuge im Straßenverkehr

a) Nach § 1 der Straßenverkehrsordnung (StVO) hat jeder Verkehrsteilnehmer am öffentlichen Straßenverkehr sich so zu verhalten, daß kein anderer gefährdet, geschädigt oder mehr als nach den Umständen unvermeidbar behindert oder belästigt wird. Nach § 30 der Straßenverkehrs-Zulassungs-Ordnung (StVZO) müssen Fahrzeuge so gebaut und ausgerüstet sein, daß ihr verkehrüblicher Betrieb niemanden schädigt oder mehr als unvermeidbar gefährdet, behindert oder belästigt.

Unter das Verbot des § 1 StVO fällt das andauernde Hln- und Herfahren ohne triftigen Grund, das unnötige Signalgeben, das Fahren mit übermäßig hoher Tourenzahl des Motors und jede Belästigung, die nicht aus den notwendigen Bedürfnissen des Straßenverkehrs gerechtfertigt und nach Einrichtungen, Ausrüstung und Bauart des Fahrzeugs unvermeidbar ist.

b) Nach § 4 StVO können die Kreisverwaltungsbehörden Verkehrsverbote und Verkehrsbeschränkungen anordnen, um vermeidbare Belästigungen durch den Kraftfahrzeugverkehr — hierunter fällt insbesondere der Verkehrslärm — zu verbüßen. Maßnahmen dieser Art sind in Badeorten, heilklimatischen Kurorten und Luftkurorten, in Erholungsorten von besonderer Bedeutung, in Ortsteilen, die überwiegend der Erholung der Bevölkerung dienen, in der Nähe von Krankenhäusern und Pflegeanstalten und in unmittelbarer Nähe von Erholungsstätten außerhalb geschlossener Ortschaften zulässig.

Die nach § 4 Abs. 3 StVO erforderliche Zustimmung der Bayer. Staatsministerien für Wirtschaft und Verkehr und des Innern für Verbote und Beschränkungen dieser Art kann für „Erholungsorte von besonderer Bedeutung“ allerdings nur in Aussicht gestellt werden, wenn diese Orte eine siebentägige oder längere Aufenthaltsdauer für mindestens eintausendfünfhundert gemeldete Gäste in einem der beiden letzten Jahre aufweisen können.

c) Nach § 4 a StVO dürfen an Sonn- und gesetzlichen Feiertagen in der Zeit von 0 bis 22 Uhr zur Beförderung von Gütern bestimmte Kraftfahrzeuge mit einem zulässigen Gesamtgewicht von 7½ t und darüber und Anhänger hinter Lastkraftfahrzeugen auf öffentlichen Straßen nicht verkehren. Dieses Verbot gilt nach einer Entscheidung des Bayerischen Obersten Landesgerichts nicht für die sogenannten konfessionellen Feiertage; vgl. ME vom 29. Juni 1957 (BayBSVI III S. 637).

d) Nach § 49 StVZO müssen Kraftfahrzeuge so beschaffen sein, daß die Geräuschentwicklung — insbesondere das Auspuff- und Fahrgeräusch — das nach dem Stand der Technik unvermeidbare Maß nicht übersteigt. Die zulässigen Lautstärkewerte ergeben sich aus den jeweiligen Richtlinien des Bundesministers für Verkehr (zuletzt vom 14. Juli 1958, Vkl. S. 447).

Besteht Anlaß zur Annahme, daß die Geräusentwicklung eines Kraftfahrzeuges das zulässige Maß übersteigt, so muß der Fahrzeugführer nach § 49 StVZO auf Weisung einer zuständigen Stelle die Geräusentwicklung durch ein Geräuschmeßgerät feststellen lassen, es sei denn, daß er einen Umweg von mehr als 6 km zur Meßstelle zurücklegen müßte. Die Kosten der Messung fallen dem Fahrzeughalter zur Last, wenn festgestellt wird, daß das Fahrzeug den zulässigen Geräuschwert überschreitet.

Stellt die Polizei fest, daß ein Kraftfahrzeug übermäßigen Lärm entwickelt, so ist die ME vom 30. Juni 1958 (MABl. S. 414) i. d. F. vom 12. Juni 1959 (MABl. S. 460) anzuwenden. Nach § 35 e StVZO müssen Türen und Türverschlüsse so beschaffen sein, daß beim Schließen störende Geräusche vermeidbar sind.

e) Nach § 12 Abs. 1 StVO dürfen Warnzeichen zu anderen Zwecken als zur Warnung gefährdeter Verkehrsteilnehmer nicht gegeben werden. Innerhalb geschlossener Ortschaften ist es nach § 12 Abs. 4 StVO verboten, die Absicht des Überholens durch Schallzeichen kundzutun.

Nach § 55 Abs. 2 StVZO dürfen an Kraftfahrzeugen — ausgenommen die in § 52 Abs. 3 StVZO aufgeführten — als Schallzeichenvorrichtung nur Hupen und Hörner angebracht sein, die einen in der Tonhöhe gleichbleibenden Klang erzeugen, der frei von Nebengeräuschen ist. Die Lautstärke darf in 7 m Entfernung 104 DIN-phon nicht übersteigen. Warnvorrichtungen mit einer Folge verschieden hoher Töne dürfen nur im Rahmen des § 48 Abs. 3 StVO verwendet werden (§ 21 StVO).

f) Nach § 19 StVO muß die Ladung eines Fahrzeuges so verstaut sein, daß sie niemanden gefährdet oder schädigt oder mehr als unvermeidbar behindert oder belästigt. Eine Belästigung kann insbesondere durch übermäßige Geräusche verursacht werden, die schlecht befestigte Gegenstände auf der Ladefläche hervorrufen.

3. Lärm durch Kraftfahrzeuge außerhalb der öffentlichen Verkehrsflächen

Nach § 24 der Garagenverordnung vom 1. August 1962 (GVBl. S. 207, ber. S. 250) sind das Hupen, lautes Laufenlassen der Motoren und sonstiger Lärm in und vor Garagen, auf Stellplätzen und auf Zu- und Abfahrten verboten, wenn dadurch die Nachbarschaft unzumutbar belästigt wird. § 24 Garagenverordnung selbst ist nicht bewehrt; doch wird ein Verstoß gegen diese Vorschrift fast immer nach § 360 Abs. 1 Nr. 11 StGB strafbar sein.

4. Lärm durch Luftfahrzeuge

a) Nach § 2 Abs. 1 des Luftverkehrsgesetzes i. d. F. vom 10. Januar 1959 (BGBl. I S. 9) und vom 8. Februar

1961 (BGBl. I S. 69) werden deutsche Luftfahrzeuge zum Verkehr nur zugelassen, wenn die technische Ausrüstung des Luftfahrzeuges so gestaltet ist, daß das durch seinen Betrieb entstehende Geräusch das nach dem Stand der Technik unvermeidbare Maß nicht übersteigt. Zuständig ist das Luftfahrt-Bundesamt.

b) Die Errichtung und der Betrieb von Flughäfen und Landeplätzen bedürfen der Genehmigung. In dem Genehmigungsverfahren ist auch zu prüfen, ob die öffentliche Sicherheit oder Ordnung (z. B. durch übermäßige Lärmerregung in Wohngebieten) gefährdet würde (§§ 6 ff. Luftverkehrsgesetz). Zuständig ist das Staatsministerium für Wirtschaft und Verkehr (Gesetz vom 10. Juli 1961, GVBl. S. 182).

c) Es ist Aufgabe der Luftfahrtbehörden, durch die Luftfahrt verursachte Gefahren für die öffentliche Sicherheit oder Ordnung — hierzu gehört auch übermäßiger Lärm — abzuwehren. Sie können nach § 29 Abs. 1 des Luftverkehrsgesetzes zur Ausübung der Luftaufsicht Verfügungen erlassen (Zuständigkeit: Gesetz vom 10. Juli 1961 a. a. O., V vom 13. Februar 1962, GVBl. S. 21).

d) Nach § 1 der Luftverkehrsordnung (LuftVO) vom 10. August 1963 (BGBl. I S. 652) hat sich jeder Teilnehmer am Luftverkehr so zu verhalten, daß Sicherheit und Ordnung im Luftverkehr gewährleistet sind und kein anderer gefährdet, geschädigt oder mehr als nach den Umständen unvermeidbar behindert oder belästigt wird (Abs. 1). Der Lärm, der bei dem Betrieb eines Luftfahrzeugs verursacht wird, darf nicht stärker sein, als es die ordnungsgemäße Führung oder Bedienung unvermeidbar erfordert (Abs. 2).

Nach § 6 LuftVO haben Luftfahrzeuge — außer bei Start, Landung oder mit besonderer Erlaubnis — als Sicherheitsmindesthöhe eine Höhe einzuhalten, bei der u. a. keine unnötige Lärmbelästigung zu befürchten ist. Über Städten, anderen dichtbesiedelten Gebieten und Menschenansammlungen dürfen Luftfahrzeuge eine Höhe von 300 m (1000 Fuß) über dem höchsten Hindernis in einem Umkreis von 600 m, in allen übrigen Fällen eine Höhe von 150 m (500 Fuß) über Grund oder Wasser nicht unterschreiten. Luftfahrzeuge, die nach Instrumentenflugregeln fliegen, dürfen eine Höhe von 300 m (1000 Fuß) über der höchsten Erhebung, von der sie weniger als 8 km entfernt sind, nicht unterschreiten (§ 36 LuftVO). Auf die Anlage zum Schreiben des BMV vom 20. November 1958 (vgl. Anlage 2) wird verwiesen.

Wegen Meldungen über niedrig fliegende militärische Flugzeuge wird auf die IME vom 27. April 1961 (I C 2 - 2547/32 - 3) hingewiesen.

5. Lärm durch Wasserfahrzeuge

a) Nach Art. 27 Abs. 4 des Bayerischen Wassergesetzes (BayWG) darf auf Gewässern, die nicht allgemein zur

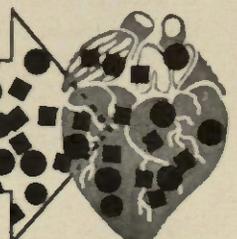
Kationen-„Schlepper“
zur Behandlung der Ischämie.
Prophylaxe, Soforttherapie, Nachbehandlung
des Myocardinfarctes.

TROMCARDIN®
zur Basis-Therapie der myogenen Herzinsuffizienz

H. TROMMSDORFF · AACHEN

● Magnesiumperoginat

◆ Kalliumperoginat



Schliff- und Floßfahrt zugelassen sind, also auch auf den bayerischen Seen, die Schiff- und Floßfahrt nur mit Genehmigung der Kreisverwaltungsbehörde ausgeübt werden; dient die Schifffahrt dem öffentlichen Verkehr, so ist die Genehmigung des Staatsministeriums für Wirtschaft und Verkehr erforderlich. Wenn die öffentliche Ruhe es erfordert, kann die Genehmigung versagt, an Bedingungen und Auflagen geknüpft oder zurückgenommen werden. Für Gewässer, die an Wohn- und Erholungsgebieten grenzen, ist ein besonders strenger Maßstab anzulegen; die Kreisverwaltungsbehörden dürfen Genehmigungen für motorbetriebene Boote nur ausnahmsweise und nur widerruflich erteilen. Zuwiderhandlungen sind nach Art. 95 Abs. 1 Nr. 2 Buchst. a BayWG mit Geldbuße bedroht.

b) Nach § 3 Abs. 7 der Schifffahrtsordnung auf Seen vom 13. Juni 1958 (GVBl. S. 139) müssen durch Maschinenkraft angetriebene Wasserfahrzeuge mit ausreichenden Schalldämpfungseinrichtungen versehen sein. Die zulässigen Lautstärkewerte ergeben sich aus der ME vom 8. Mai 1958 (WVMBL S. 66, siehe Anlage 2). Nach § 10 Abs. 1 der Verordnung haben alle Verkehrsteilnehmer auf Seen ihr Verhalten so einzurichten, daß Dritte nicht geschädigt oder mehr als nach den Umständen unvermeidbar behindert oder belästigt werden. Zuwiderhandlungen sind nach Art. 95 Abs. 1 Nr. 3 Buchst. b, Art. 102 des Bayer. Wassergesetzes als Ordnungswidrigkeiten mit Geldbuße bedroht.

e) Nach § 1 Abs. 1 der Landesverordnung über die Beschränkung des Bootsverkehrs im Uferbereich des Bodensees vom 15. Februar 1961 (GVBl. S. 55) müssen von Motorkraft angetriebene Boote — ausgenommen Motorboote im planmäßigen Linienverkehr, Boote von Berufsfischern und Elektroboote bestimmter Bauart — auf dem Bodensee in der Zeit vom 1. Mai bis zum 30. September jeden Jahres auf der Fahrt einen Abstand von 200 m vom bayerischen Ufer einhalten. In diesem gesperrten Bereich ist das Schleppen von Wasserskifahrern verboten. Das Ufer muß möglichst im rechten Winkel und darf höchstens mit einer Geschwindigkeit von 10 km/h verlassen und angefahren werden. Läßt die Kreisverwaltungsbehörde nach § 1 Abs. 2 der Verordnung Ausnahmen zu, so hat sie das Bedürfnis der Erholungsuchenden nach Ruhe besonders zu berücksichtigen. Nach § 3 dieser Verordnung haben sich die Führer von Booten so zu verhalten, daß Badegäste nicht gefährdet oder mehr als nach den Umständen unvermeidbar belästigt werden. Zuwiderhandlungen sind nach § 4 strafbar.

6. Betriebslärm

a) Nach Art. 34 Abs. 1 des Landesstraf- und Verordnungs-gesetzes (LStVG) können die kreisfreien Gemeinden und die Landkreise durch Verordnung die Errichtung von Anlagen und die Benützung von Geräten, die durch Lärm erhebliche Gefahren oder Nachteile für die Gesundheit herbeiführen können, in bestimmten Gemeindetellen verbieten oder von Sicherungsvorkehrungen abhängig machen. Das gilt auch für Betriebe, die nach der Gewerbeordnung genehmigungspflichtig sind.

b) Die Erlaubnis für den Betrieb einer Gast- oder Schankwirtschaft kann nach § 2 Abs. 1 Ziff. 3 des Gaststättengesetzes versagt werden, wenn die zum Betrieb des Gewerbes bestimmten Räume wegen ihrer Be-

schaffenheit oder Lage den Anforderungen der öffentlichen Sicherheit und Ordnung nicht genügen. Das ist auch der Fall, wenn die Umgebung durch den Lärm der Gaststätte unverhältnismäßig schwer gestört würde. Weiter kann die Erlaubnisbehörde dem Inhaber einer Gast- oder Schankwirtschaft nach § 11 Abs. 1 Buchst. c des Gaststättengesetzes bei oder nach Erteilung der Erlaubnis zum Schutz der Bewohner des Grundstücks und der Nachbargrundstücke und der Bevölkerung gegen erhebliche Nachteile oder Belästigungen Auflagen machen.

c) Nach § 5 Abs. 3 der Landesverordnung über die Sperrstunde l. d. F. vom 31. Juli 1957 (GVBl. S. 187, ber. S. 211) können die kreisfreien Gemeinden und die Landratsämter für einzelne Gast-, Schank- und Speisewirtschaften, die wiederholt wegen Ruhestörung zu beanstanden waren, den Beginn der Sperrstunde früher oder das Ende der Sperrstunde später festsetzen, als sie sonst gelten.

d) Vor der Genehmigung von Anlagen nach § 16 der Gewerbeordnung (GewO) ist gemäß § 18 GewO zu prüfen, ob die Anlage erhebliche Gefahren, Nachteile oder Belästigungen für das Publikum herbeiführen kann. Wenn nötig, ist die Genehmigung zu versagen oder nur unter Bedingungen zu erteilen.

e) Für Anlagen, die nicht unter § 16 GewO fallen, deren Betrieb aber mit ungewöhnlichem Geräusch verbunden ist, ist unter den Voraussetzungen des § 27 GewO zu prüfen, ob die Ausübung des Gewerbes an der gewählten Betriebsstätte zu untersagen oder nur unter Bedingungen zu gestatten ist.

f) Nach Art. 12 Abs. 4 der Landeswohnungsordnung vom 8. Februar 1937 (BayBS II S. 463) ist es verboten, innerhalb eines Grundstücks in der unmittelbaren räumlichen Nähe von Wohn- oder Schlafräumen Maschinen und ähnliche Einrichtungen aufzustellen, wenn durch ihre Geräusche eine erhebliche Belästigung für diese Räume entsteht.

g) Für Anlagen und Geräte, auf welche die unter b bis f genannten Vorschriften zwar nicht zutreffen, die aber durch Lärm erhebliche Gefahren oder Nachteile für die Gesundheit herbeiführen, können nach Art. 34 Abs. 2 LStVG die kreisfreien Gemeinden und die Landratsämter durch Anordnung für den Einzelfall vorschreiben, daß die von ihnen ausgehenden Störungen vermindert oder beseitigt werden müssen. Die Regierungen können den Betrieb solcher Anlagen und Geräte an bestimmten Tagen oder zu bestimmten Stunden verbieten. Diese Vorschriften gelten jedoch nicht für Anlagen und Geräte, die nach den Bestimmungen der Gewerbeordnung der Genehmigung bedürfen.

7. Lärm bei Vergnügungen

a) Nach Art. 20 Abs. 5 LStVG können die Gemeinden zur Aufrechterhaltung der öffentlichen Ruhe Verordnungen erlassen, die bei öffentlichen Vergnügungen zu beachten sind. Sie können insbesondere durch Verordnung eine Zeit festsetzen, bis zu der geräuschvolle Vergnügungen beendet sein müssen; das gilt auch für Vergnügungen, die nicht öffentlich sind, aber zu einer Belästigung der Öffentlichkeit führen können.

Diese Vorschrift bezieht sich insbesondere auch auf den Gebrauch von Rundfunkgeräten oder Musikapparaten in den Gärten von Kaffeehäusern oder Vergnügungsbetrieben, wenn dadurch die Umgebung be-

lästigt wird. Die nach Art. 20 Abs. 5 LStVG festzusetzende Schlußzeit wird in der Regel erheblich vor der Sperrstunde zu liegen haben, weil die öffentliche Ruhe durch Musik und Unterhaltung im Freien wesentlich stärker beeinträchtigt wird als in geschlossenen Räumen.

b) Nach Art. 20 Abs. 1 LStVG ist zur Veranstaltung öffentlicher Vergnügungen eine Erlaubnis erforderlich; mit dieser können nach Art. 20 Abs. 2 LStVG zur Verhütung von Gefahren für die Gesundheit, also auch zur Lärmbekämpfung, Auflagen verbunden werden.

c) Nach den §§ 33 a, 33 i und 60 a GewO ist für die Veranstaltung der dort genannten Vergnügungen eine Erlaubnis erforderlich; im Erlaubnisverfahren nach diesen Vorschriften können auch Auflagen aus Gründen der öffentlichen Sicherheit und Ordnung, einschließlich der Lärmbekämpfung, festgesetzt werden. Zu § 60 a GewO wird auf die Vollzugsanweisung zu Titel III der Gewerbeordnung verwiesen.

d) Nach Art. 40 Abs. 1 Ziff. 3 LStVG bedarf — mit Ausnahme der in Abs. 2 dieser Vorschrift aufgeführten Fälle — der Erlaubnis, wer an bewohnten oder von Menschen besuchten Orten Feuerwerkskörper abbrennen will. Dabei können nach Abs. 3 Satz 2 Auflagen zum Schutz der Gesundheit, also auch zur Verhütung starken Lärms, gemacht werden. Wer Feuerwerkskörper an solchen Orten ohne Erlaubnis abbrennt oder die Auflagen nicht erfüllt, ist nach § 367 Abs. 1 Nr. 8 StGB in Verbindung mit Art. 40 Abs. 5 LStVG strafbar.

8. Sonstige Vorschriften

a) Nach Art. 13 Abs. 1 Ziff. 4 LStVG können die Gemeinden und die Landkreise Verordnungen über die zeitliche Beschränkung ruhestörender Hausarbeiten erlassen.

b) Nach Art. 30 Abs. 1 LStVG können die Gemeinden u. a. zur Aufrechterhaltung der öffentlichen Ruhe Verordnungen über das Verhalten beim Zelten und über die Einrichtung, den Betrieb und die Benutzung von Zeltlagerplätzen erlassen. Nach Abs. 2 gilt das entsprechend für Verordnungen über das Aufstellen von Wohnwagen.

c) Nach § 5 Abs. 1 Nr. 3 StVO bedarf der Betrieb von Lautsprechern, der sich auf öffentliche Straßen auswirkt, der Erlaubnis der Straßenverkehrsbehörde. Nach Abs. 5 der AVV zu dieser Vorschrift darf die Erlaubnis nur erteilt werden, wenn ein überwiegendes Interesse der Allgemeinheit vorliegt.

d) Nach § 42 Abs. 2 StVO ist das Anbleten (und damit auch das Ausrufen) von gewerblichen Leistungen, Waren u. dgl. auf den Straßen verboten. Eine Ausnahme besteht — außer bei besonderer Zulassung — lediglich für das Ausrufen von Zeitungen, Zeitschriften und Extrablättern, wenn der Verkehr dadurch nicht behindert oder belästigt wird (§ 42 Abs. 3 StVO).

9. Daneben dienen auch Vorschriften des Baurechts und die Ortsplanung der Verhütung von Lärm.

II. Technische Richtlinien

Da der Lärm vielfach technischen Ursprungs ist und nur mit technischen Mitteln gemessen, vermindert oder beseitigt werden kann, werden den Vollzugsbehörden in der Anlage 1 allgemeine technische Richtlinien und in der Anlage 2 besondere technische Richtlinien (für

Beachten Sie die

14. Wissenschaftliche Ärztetagung

in Nürnberg

vom 13. – 15. 12. 1963

Kraftfahrzeuge, Schiffe und Flugzeuge) an die Hand gegeben.

Die technischen Richtlinien enthalten insbesondere Angaben darüber, mit welchen Maßstäben störende Geräusche bewertet werden sollen, wann ein Lärm als „gefährlich“ anzusehen ist, unter welchen Voraussetzungen Lärm einen erheblichen „Nachteil“ für Leben oder Gesundheit bedeuten kann und welche technischen Maßnahmen gegen Lärm möglich und wirtschaftlich vertretbar (vgl. § 25 Abs. 3 GewO) sind.

III. Gutachterstellen

Zur Begutachtung technischer und wirtschaftlicher Fragen der Lärmbekämpfung und für Lautstärke-Messungen können folgende sachverständige Stellen zugezogen werden:

Bayer. Landesgewerbeanstalt Nürnberg,
Nürnberg, Gewerbemuseumsplatz 2, Tel. 20 33 01

Bayer. Landesinstitut für Arbeitsschutz,
München 22, Pfarrstr. 3, Tel. 22 19 56

Technischer Überwachungs-Verein Bayern e. V.,
München 23, Kaiserstr. 14, Tel. 1 65 31.

Diese Stellen verrechnen die ihnen zustehende Entschädigung nach eigenen Gebührensätzen. Solche Entschädigungen sind, wenn eine kostenpflichtige Amtshandlung vorgenommen wird, Auslagen i. S. des Art. 13 Abs. 1 Nr. 1 Kostengesetz.

Wegen der gutachtlichen Tätigkeit des Bayer. Landesinstituts für Arbeitsschutz wird auf die ME vom 19. 2. 1960 (MABL S. 217) verwiesen.

In besonders schwierigen Fällen ist unter Aktenvorlage eine Stellungnahme der Obersten Baubehörde einzuholen.

IV. Die ME vom 14. Mal 1957 (BayBSVI III S. 396) wird aufgehoben.

Mitteilung d. Bayer. Staatsministeriums des Innern

In zunehmendem Maße werden neben süßen Mandeln auch bittere Mandeln als Lebensmittel vertrieben. Die bitteren Mandeln, die in der Regel als solche ausdrücklich bezeichnet sind, enthalten Blausäure und können lebensgefährliche Vergiftungen hervorrufen. Bei Kindern wurden schon nach dem Genuß von drei bitteren Mandeln schwere Vergiftungserscheinungen beobachtet.

Das Bayerische Staatsministerium des Innern bittet daher alle Verbraucher, bittere Mandeln nur in ganz geringen Mengen zu verzehren. Es empfiehlt allen Gewerbetreibenden dringend, auf den Packungen folgenden Hinweis anzubringen:

„Vorsicht. Bittere Mandeln enthalten Blausäure. Verzehr in größeren Mengen lebensgefährlich. Für Kinder unzugänglich aufbewahren.“

GESETZES- UND RECHTSFRAGEN

Chefarzt und Zulassung

Urteil des Bayer. Landessozialgerichts vom 26. 3. 1963
Az. L 1/Ka 17/60

Sachverhalt:

Dr. med. X. ist seit 1936 als Allgemeinpraktiker zur Tätigkeit für die gesetzlichen Krankenkassen in Y. zugelassen. Von Anfang an betreute er auch das Krankenhaus in Y., das damals ca. 45 Betten umfaßte. Im Laufe der Jahre, insbesondere nach dem Kriege, wurde die Tätigkeit des Dr. X. im Krankenhaus immer umfangreicher. 1958 entzog der Zulassungsausschuß dem Dr. X. die Zulassung zur Kassenpraxis, weil die ärztliche Betreuung von rund 100 Krankenhausbetten täglich die Ausübung freier Kassenpraxis in dem notwendigen Maße nicht mehr ermöglichen. Der Berufungsausschuß bestätigte diese Entscheidung, das Sozialgericht wies die Klage des Dr. X. ab. Auch die Berufung des Dr. X. hatte keinen Erfolg.

Aus den Gründen:

Der Senat hatte zu prüfen, ob die vom BA bestätigte Entscheidung des ZA, mit der dem Kläger die Zulassung entzogen worden ist, rechtmäßig ist. Er hat dies bejaht.

Entgegen der Meinung des Bevollmächtigten des Klägers war die Entziehung der Zulassung nicht etwa schon im Hinblick auf das sogenannte Ärzte-Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 23. März 1960 unzulässig. Dessen Entscheidung hat, wie der erkennende Senat bereits im Urteil vom 30. Juni 1960 (L 1/Ka 11/59) entschieden hat, die Vorschriften über die Entziehung der Zulassung unberührt gelassen. Es kann ferner dahingestellt bleiben, ob der sehr weitgehenden, mit der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (vgl. Neue Juristische Wochenschrift 1952, Seite 865; 1953, Seite 1137) nicht ohne weiteres zu vereinbarenden und im Schrifttum nicht unwidersprochen gebliebenen Auffassung des BSG (vgl. Entscheidung des BSG, Band 5, S. 40), daß das durch Zulassung begründete Recht auf Ausübung der Kassenpraxis den Eigentumsschutz des Grundgesetzes genießt, gefolgt werden kann; denn selbst nach der Rechtsprechung des BSG kann solches „Eigentum“ nur nach Maßgabe der bei Erteilung der Zulassung geltenden Zulassungsbedingungen erworben werden. Nach der im Jahre 1936 geltenden Zulassungsordnung vom 17. Mai 1934 (Reichsgesetzblatt 1, Seite 399, neugefaßt am 23. Oktober 1934 — Reichsgesetzblatt 1, Seite 1066) war indessen unter bestimmten Voraussetzungen die Entziehung der Zulassung zulässig; insbesondere waren Ärzte, die in Auswirkung eines Angestelltenverhältnisses regelmäßig Einkommen in bestimmter Höhe erzielten, von der Ausübung kassenärztlicher Tätigkeit ausgeschlossen. Darüber hinaus war nach der damaligen Spruchpraxis (vgl. Entscheidung des Reichszulassungsausschusses vom 20. Februar 1935, veröffentlicht in den Entscheidungen und Mitteilungen des Reichsversicherungsamts, Band 38, Seite 452) allgemein klaggestellt, daß auch selbsterzeit schon die Kassenpraxis nur von einem hauptberuflich freipraktizierenden Arzt ausgeübt werden konnte, daß also einem angestellten Arzt, der sich nur wenige Stunden am Tage, die ihm sein Dienst freiließe, zur Ausübung von Kassenpraxis bereit-

halten konnte, die Zulassung zu entziehen war, weil der Kassenarzt den Kassenmitgliedern und ihren behandlungsberechtigten Angehörigen notfalls zu jeder Zeit des Tages und der Nacht zur Verfügung zu stehen hatte. Der Reichszulassungsausschuß hat diese Rechtsauffassung aus dem Wesen der Kassenzulassung abgeleitet; diese enthalte nicht nur die Berechtigung, sondern auch die Verpflichtung des Kassenarztes zur Teilnahme an der kassenärztlichen Versorgung.

Ein absolut rechtliches Hindernis gegen die Entziehung der Zulassung des Klägers war für die Zulassungsinstanzen somit nicht gegeben. Deren Entscheidungen stützen sich auf § 368a Absatz 6 der Reichsversicherungsordnung (RVO), wonach die Zulassung entzogen werden kann, wenn ihre Voraussetzungen nicht oder nicht mehr vorliegen. Sonach kommt es nicht darauf an, ob der Kläger im Jahre 1936 zu Recht zugelassen worden ist und ob sich seitdem die dafür maßgeblichen Verhältnisse geändert haben. Für die Entziehung der Zulassung ist vielmehr entscheidend, ob der Kläger in seiner Person die Voraussetzungen für die Zulassung erfüllt. Es braucht daher auf die vom Bevollmächtigten des Klägers aufgeworfene Frage der Verwirkung, infolge angeblicher Duldung eines jahrzehntelangen Zustandes seitens der Zulassungsinstanzen nicht eingegangen zu werden. Als eine der Voraussetzungen für die Zulassung hat der Gesetzgeber in § 20 der gemäß § 368c RVO erlassenen Zulassungsordnung für Kassenärzte vom 28. Mai 1957 (ZO-Ärzte) das Erfordernis der Eignung aufgestellt. Nach § 20 Absatz 1 ZO-Ärzte ist ein Arzt, der wegen eines Beschäftigungsverhältnisses für die Versorgung der Versicherten persönlich nicht in erforderlichem Maße zur Verfügung steht, für die Ausübung kassenärztlicher Tätigkeit nicht geeignet. Daß die kassenärztliche Tätigkeit persönlich in freier Praxis auszuüben ist, hat der Gesetzgeber in § 32 Absatz 1 ZO-Ärzte ausdrücklich herausgehoben. Sie ist, wie der Gesetzgeber bereits in § 368c RVO zu erkennen gegeben hat und wovon auch das Bundesverfassungsgericht in seiner bekannten Entscheidung vom 23. März 1960 ausgegangen ist, grundsätzlich in freiberuflicher Tätigkeit auszuüben.

Der Kläger ist indessen in seinem Beruf als Arzt nicht im wesentlichen freiberuflich tätig. Dies gilt insbesondere für sein Wirken als Chefarzt und leitender Arzt der chirurgischen und internistischen Abteilung des Kreiskrankenhauses Y. Nach der ständigen Rechtsprechung des erkennenden Senats (vgl. dessen Urteil vom 30. September 1954, veröffentlicht im Amtsblatt des Bayer. Staatsministeriums für Arbeit und soziale Fürsorge 1955, Teil B, S. 19 und in den Ärztlichen Mitteilungen 1955, Seite 142) kann der leitende Arzt eines Krankenhauses im Angestelltenverhältnis beschäftigt sein. Der Umstand, daß Art und Weise der ärztlichen Behandlung im Einzelfall ihrer Natur nach keinem Weisungsrecht der Krankenhausverwaltung unterliegen können, steht dem nicht entgegen. Darauf, wie das Verhältnis des Chefarztes zum Krankenhausträger äußerlich gestaltet ist, ob insbesondere vereinbarungsgemäß das Bestehen eines Angestelltenverhältnisses ausdrücklich ausgeschlossen worden ist, kommt es hin-

gegen nicht an; maßgebend sind vielmehr die tatsächlichen Umstände. Diese lassen, wie die Akten, insbesondere den Auskünften des Krankenhausträgers zu entnehmen ist, erkennen, daß der Kläger Angestellter des Landkreises Z. Ist. Er ist diesem gegenüber verpflichtet, alle in das Kreiskrankenhaus aufgenommenen Patienten, die einer stationären chirurgischen oder internistischen Behandlung bedürfen, zu behandeln. Der Landkreis hat die ärztlichen Leistungen des Klägers entsprechend zu vergüten. Dieser seiner Verpflichtung kommt der Krankenhausträger allerdings nur hinsichtlich eines Teils der vom Kläger erbrachten Leistungen durch Zahlung eines sogenannten Bettengeldes nach, während er den Kläger hinsichtlich seines Vergütungsanspruchs im übrigen an die KVB verwiesen hat. Eine solche Regelung entspricht allerdings nicht den vom erkennenden Senat in seinem Urteil a. a. O. aufgestellten Grundsätzen. Sie allein kann aber nicht dazu führen, die Tätigkeit des Klägers im Krankenhaus als eine freiberufliche anzusehen. Es wäre vielmehr Aufgabe des Landkreises, die gesamte stationäre Tätigkeit des Klägers — ausgenommen die in der Privatstation des Chefarztes ausgeübte Behandlungstätigkeit — unmittelbar zu vergüten und mit den Krankenkassen, deren Mitglieder in das Krankenhaus aufgenommen werden, entsprechende Verträge auf der Grundlage des sogenannten Vollverpflegsatzes abzuschließen. Es bedarf keiner Erörterung, ob eine solche Regelung schon bei Aufnahme der chefärztlichen Tätigkeit durch den Kläger im Jahre 1936 erforderlich gewesen wäre; angesichts der damals nicht hohen Zahl von 45 Krankenhausbetten kann das Krankenhaus seinerzeit ein echtes Belegkrankenhaus gewesen sein, zumal es nach dem Beschluß des Bezirkstages Z. vom 21. Oktober 1936 den im Bezirk niedergelassenen Ärzten nach wie vor gestattet war, ihre Patienten im Krankenhaus selbst zu behandeln, wenn auch im Einvernehmen mit dem Chefarzt. Nach der vom Senat erhaltenen Auskunft des Krankenhausträgers ist aber nunmehr allein der Kläger berechtigt und verpflichtet, Personen, die einer chirurgischen oder internistischen Behandlung bedürfen, im Krankenhaus zu behandeln. Dieses Behandlungsmonopol des Klägers ist ein weiteres Zeichen dafür, daß dieser nicht als Belegarzt anzusehen ist, obwohl er sich als solcher bezeichnet und, wie aus der vom Senat erhaltenen Auskunft des Krankenhausträgers hervorzugehen scheint, vom Landkreis als solcher angesehen wird. Daß der Kläger jedoch in Wirklichkeit Chefarzt des Kreiskrankenhauses und in

dieser Eigenschaft in die Organisation des Krankenhauses eingeordnet ist, geht auch daraus hervor, daß er gegenüber dem nachgeordneten ärztlichen Dienst des Krankenhauses weisungsbefugt ist. Die am Krankenhaus tätigen Assistenzärzte sind aber offenkundig Angestellte des Landkreises. Wenn auch im übrigen angesichts des — vom Landkreis beklagten — Fehlens eines schriftlichen Arztvertrages der Kläger in der Gestaltung seines Verhältnisses zum Krankenhausträger freier ist, als dies sonst üblich ist, so ändert dies doch nichts daran, daß er nach den gegebenen Umständen Angestellter des Landkreises ist. Wäre dem nicht so, wäre der Kläger vielmehr — wie er behauptet — echter Belegarzt, d. h. auch insoweit freipraktizierender Arzt, als er seine vorher ambulant behandelten Patienten im Krankenhaus weiterbehandelt und nach Abschluß der stationären Behandlung die etwa noch erforderliche ambulante Nachbehandlung in seiner Praxis fortsetzt (vgl. die Rechtsprechung des Senats a. a. O.), so hätte dies zur Folge, daß er die auf der chirurgisch-internistischen Abteilung des Krankenhauses tätigen Assistenzärzte selbst bezahlen müßte und daß er, um sie überhaupt beschäftigen zu können, nach § 32 Absatz 2 ZO-Ärzte der Genehmigung seitens der KVB bedürfte; eine solche ist indessen vom Kläger niemals eingeholt worden. Der Senat läßt offen, ob dies allein schon für die Zulassungsinstanzen genügender Anlaß gewesen wäre, dem Kläger die Zulassung zu entziehen.

Die Größe der chirurgischen und internistischen Abteilung läßt — vor allem im Vergleich zur Bettenzahl der dem Kreiskrankenhaus noch angegliederten sonstigen Fachabteilungen (für Augen und Hals-Nasen-Ohren) — allein den Schluß zu, daß die vom Kläger im Krankenhaus geleistete Tätigkeit nur hauptberuflich ausgeübt werden kann. Wie sich aus der vom Krankenhausträger mitgeteilten Zahl der Verpflegstage ergibt, waren in der allgemeinen Abteilung des Krankenhauses im Jahre 1957 im Durchschnitt 100 Betten ständig mit Patienten belegt. Es handelt sich hierbei nicht etwa um ein Zufallsergebnis. Nach der vom Senat vom Krankenhausträger erhaltenen Auskunft ist die Zahl der Verpflegstage und damit die Belegungsdichte in den Jahren 1960 und 1961 erheblich höher gewesen; in diesen beiden Jahren waren die Betten der allgemeinen Abteilung im Durchschnitt ständig mit etwa 130 Kranken belegt. Angesichts dieser hohen Bettenzahl ist der durch seine Landessozialrichter fachkundig besetzte

Romucard

Das vorzügliche Herztonicum mit spasmolytischer Wirkung

Indikation:
 Altersherz
 Zirkulationsstörungen
 Hypertonie
 nervöse und
 kramplartige
 Herzbeschwerden



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

Zusammensetzung:

Papaverin 0,3%, Nitroglyc. 2,5 mg%, Tinct. Adonid. 7%, Tinct. Beilad. 4%, Tinct. Volelion., Extr. Costan. Vesc. fluid., Vit. B₁+C

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

Senat davon überzeugt, daß der Kläger durch seine Krankenhaus-tätigkeit voll in Anspruch genommen ist, sofern er diese in dem nach Lage der Dinge erforderlichen Umfang persönlich ausübt. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft sind in einer Vereinbarung vom 8. August 1959 (zu vergleichen Ärztliche Mitteilungen 1959, Seite 1247) davon ausgegangen, daß die obere Grenze der Bettenzahl, die ein zugelassener Arzt neben seiner ambulanten Kassenpraxis betreuen kann, bei 25 Krankenbetten liegt. Nur in diesen Grenzen nehmen sie ein echtes Belegarztverhältnis an. Zwar wird diese Zahl weder nach oben noch nach unten als eine starre Zahl anzusehen sein, da die Umstände des Einzelfalles mitzubeherrschenden sind. Jedoch kann diese von den die entsprechende Sachkenntnis besitzenden Stellen ermittelte Zahl unbedenklich als für die Anwendung im Einzelfall bedeutsame Richtzahl angesehen werden. Angesichts der vom Kläger zu betreuenden, vergleichsweise ganz erheblich höheren Bettenzahl ist somit davon auszugehen, daß der Kläger durch seine Tätigkeit im Krankenhaus derart gebunden ist, daß er daneben zu einer ordnungsgemäßen, als Hauptberuf auszuübenden freipraktizierenden kassenärztlichen Tätigkeit nicht in der Lage ist.

Der Kläger wendet gegen diese auch von den Vorinstanzen vertretene Auffassung ein, daß er seine Pflichten als Kassenarzt voll erfülle und daß insoweit noch nie Beschwerden eingegangen seien. Für die Beurteilung der Frage der Eignung nach § 20 Absatz 1 ZO-Ärzte können indessen nicht allein die vom Kläger geschaffenen Verhältnisse maßgeblich sein, es ist vielmehr in erster Linie zu prüfen, wieviel Zeit ihm bei sachgemäßer Ausübung seiner Tätigkeit als leitender Krankenhausarzt überhaupt noch für die ambulante Versorgung der gegen Krankheit versicherten Bevölkerung verbleiben kann. Wenn der Kläger — wie er behauptet — in ausreichendem Maß die Zeit aufbringt, in freier Kassenpraxis tätig zu sein, so kann dies nur auf Kosten des Behandlungsumfanges seiner stationären Patienten gehen. Wie der dem Zulassungsausschuß erteilten Auskunft des Krankenhaus-trägers zu entnehmen ist, erschöpft sich die Tätigkeit des Klägers auf der internen Station des Kreiskrankenhauses weitgehend in der Erteilung von Weisungen an seine Assistenzärzte anlässlich der Tagesvisiten, während sich seine Tätigkeit auf chirurgischem Gebiet in der Hauptsache auf die Durchführung der operativen Eingriffe beschränkt. Dies bedeutet aber nichts anderes, als daß der Kläger — entgegen den ihm als leitendem Krankenhausarzt gegenüber seinen Patienten, von denen die meisten Sozialversicherte sind, und gegenüber dem Krankenhaus-träger obliegenden Verpflichtungen — in der Chirurgie die nachgeordneten ärztlichen Einrichtungen weitgehend den ihm unterstellten Ärzten und diesen auf fachinternem Gebiet nahezu die gesamte ärztliche Tätigkeit überläßt, obwohl er als Chefarzt, wie der ZA zutreffend dargelegt hat, die Verantwortung für die in der allgemeinen Abteilung des Kreiskrankenhauses ausgeführte ärztliche Behandlung zu tragen hat. Angesichts dieser im Krankenhaus Y. vorgenommenen Aufgabenverteilung ist es dem Senat allerdings erklärlich, daß dem Kläger genügend

Zeit zur Ausübung freier Kassenpraxis verbleibt, wobei er aber auch hier sich zugegebenermaßen weitgehend seines Hilfspersonals bedient. Dabei ist die ambulante Kassenpraxis des Klägers, wie der Senat aus eigener Erfahrung zu beurteilen vermag, nicht gerade klein. Auch dem Senat fällt auf, daß — gerade bei den gegebenen ungünstigen örtlichen Verhältnissen — die Zahl der vom Kläger gemachten Hausbesuche verhältnismäßig niedrig ist. So wie aber die (ambulante) kassenärztliche Tätigkeit vom zugelassenen Arzt persönlich ausgeübt werden muß (§ 32 Absatz 1 ZO-Ärzte), muß der leitende Arzt eines Krankenhauses seine (stationären) Patienten, bei denen es sich im allgemeinen — insonderheit bei den gegebenen örtlichen Verhältnissen — überwiegend um Kassenpatienten handelt, persönlich behandeln; er wird sich hierin von seinem nachgeordneten ärztlichen Dienst zwar unterstützen lassen, der wesentliche Teil der Behandlung wird aber stets in seinen Händen zu verbleiben haben, weil er sonst die Verantwortung hierfür gar nicht übernehmen kann.

Unter diesen Umständen kann offenbleiben, welche Bedeutung der von der KVB-Bezirksstelle gemachten Aufstellung über den Wert der einzelnen vom Kläger verrichteten ärztlichen Leistungen zukommt. Ungeachtet dessen, ob auf diesen Wertansätzen auf den mit der ärztlichen Tätigkeit verbundenen Zeitaufwand geschlossen werden kann, macht die Gegenüberstellung der Einnahmen aus den vom Kläger im Krankenhaus tatsächlich erbrachten ärztlichen Leistungen gegenüber seinen Einnahmen aus ambulanter Praxis jedenfalls deutlich, wie umfassend die Tätigkeit des Klägers im Krankenhaus ist. Das Arbeitsgebiet des Klägers ist, soweit es mit seinen Aufgaben im Krankenhaus zusammenhängt und hier in dem seinen Verpflichtungen entsprechenden Maße von ihm persönlich auszuführen ist, somit derart umfangreich, daß der Kläger nicht auch noch als freipraktizierender Kassenarzt in einer dem Sinn der Zulassungsbestimmungen entsprechenden Weise tätig werden kann. Dies gilt für den Kläger um so mehr, als er als Allgemeinpraktiker zur Behandlung ambulanter Krankheitsfälle Tag und Nacht zur Verfügung zu stehen hat, andererseits aber in gleicher Weise als leitender Krankenhausarzt sich zur Behandlung stationärer Erkrankungen bereithalten muß, wobei zu berücksichtigen ist, daß die stationäre Behandlung nicht selten sofort einzusetzen hat, insbesondere wenn die Notwendigkeit einer Operation gegeben ist.

Der Gesetzgeber hat offensichtlich angesichts der Gebundenheit der leitenden Krankenhausärzte durch ihre stationäre Tätigkeit für diesen Personenkreis die besondere Rechtsform der Beteiligten gemäß § 368a Absatz 8 RVO geschaffen, um damit trotz der im allgemeinen gegebenen Zulassungsunfähigkeit der Krankenhaus-Chefärzte der versicherten Bevölkerung im Bedarfsfälle die Möglichkeit zu geben, in Krankenhäusern vorhandene besondere Behandlungsmöglichkeiten zu nutzen. Das Gegenteil läßt sich nicht etwa aus § 368g Absatz 4 und § 368n Absatz 2 Satz 1—2 RVO entnehmen. Hier handelt es sich vielmehr um Sondervorschriften, bei denen der Gesetzgeber versucht hat, unter Ausgleich der Interessen der Ärzte und der Krankenhaus-träger Honorierungs- und Vergütungsfragen zu regeln. Hingegen ist die Frage, ob ein leitender Kran-

kenhausarzt als Kassenarzt geeignet ist und damit die Voraussetzungen für die Zulassung erfüllt, in diesen beiden Vorschriften nicht geregelt worden.

Da beim Kläger die Voraussetzungen für die Zulassung nicht vorliegen, ist es nicht zu beanstanden, wenn die Zulassungsinstanzen ihm diese entzogen haben. Umstände anderer Art, welche diese hätten veranlassen müssen, davon abzusehen, sind nicht ersichtlich...

(Vgl. auch den später am 23. Juli 1963 ergangenen Beschluß des Bundesverfassungsgerichts, das die Auffassung des Bayer. Landessozialgerichts voll teilt, Bayer. ABl. 1963/699.)

RA POELLINGER, München

Der Arzt als Sachverständiger

Neuregelung der Entschädigung

(C.) Nach dem „Gesetz über die Entschädigung von Zeugen und Sachverständigen“ vom 26. 9. 1963, das ab 1. Oktober 1963 Gültigkeit hat, werden Zeugen und Sachverständige entschädigt, die von dem Gericht oder dem Staatsanwalt zu Beweis Zwecken berangezogen werden. Die Entschädigung erfolgt nur auf Verlangen.

Entschädigung von Zeugen

Zeugen werden für ihren Verdienstausfall entschädigt. Dies gilt auch bei schriftlicher Beantwortung einer Beweisfrage. Die Entschädigung beträgt für jede Stunde der versäumten Arbeitszeit wenigstens 1 DM und höchstens 5 DM. Die letzte, bereits begonnene Stunde wird voll gerechnet. Die Entschädigung richtet sich nach dem regelmäßigen Bruttoverdienst. Zeugen erhalten wenigstens die nach dem geringsten Satz bemessene Entschädigung, Hausfrauen jedoch 2 DM je Stunde, es sei denn, daß der Zeuge durch die Heranziehung ersichtlich keine Nachteile erlitten hat. Die Entschädigung wird für höchstens zehn Stunden je Tag gewährt.

Entschädigung von Sachverständigen

Sachverständige werden für ihre Leistungen entschädigt. Die Entschädigung beträgt für jede Stunde der erforderlichen Zeit bis zu 7,50 DM. Erfordert das Gutachten besondere fachliche Kenntnisse, so beträgt die Entschädigung bis zu 15 DM für jede Stunde; der erhöhte Stundensatz ist für die gesamte erforderliche Zeit zu gewähren, auch wenn der Sachverständige nur während eines Teiles dieser Zeit seine besonderen fachlichen Kenntnisse zu verwerten braucht. Die letzte, bereits begonnene Stunde wird voll gerechnet.

Die zu gewährende Entschädigung kann bis zu 50 vom Hundert überschritten werden

- a) für ein Gutachten, in dem der Sachverständige sich für den Einzelfall eingehend mit der wissenschaftlichen Lehre auseinandersetzen hat, oder
- b) nach billigem Ermessen unter Berücksichtigung der Erwerbsversäumnis für eine geforderte Leistung, durch die der Sachverständige für eine zusammenhängende Zeit von wenigstens 30 Tagen seiner regelmäßigen Erwerbstätigkeit ganz oder überwiegend entzogen wird, oder
- c) nach billigem Ermessen unter Berücksichtigung der Erwerbsversäumnis, wenn der Sachverständige seine Berufseinkünfte im wesentlichen durch die Erstattung von Gutachten erzielt.

Die Erhöhungen nach den Buchstaben a) und b) sowie a) und c) können nebeneinander gewährt werden.

Bei Zeugen gilt als versäumt und bei Sachverständigen gilt als erforderlich auch die Zeit, während der sie ihrer gewöhnlichen Beschäftigung infolge ihrer Heranziehung nicht nachgehen können.

Ersatz von Aufwendungen

Dem Sachverständigen werden ersetzt

1. die für die Vorbereitung und Erstattung des Gutachtens aufgewendeten Kosten, einschließlich der notwendigen Aufwendungen für Hilfskräfte, sowie die für eine Untersuchung verbrauchten Stoffe und Werkzeuge;
2. für das schriftliche Gutachten der für Schreibgebühren im Gerichtskostengesetz bestimmte Betrag;
3. für Durchschläge, die auf Erfordern gefertigt worden sind sowie für einen Durchschlag für die Handakten des Sachverständigen 0,25 DM für jede Seite.

Fahrtkosten — Wegegeld

Zeugen und Sachverständigen werden die notwendigen Fahrtkosten ersetzt. Bei Benutzung von öffentlichen, regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln werden die wirklichen Auslagen einschließlich der Kosten für die Beförderung des notwendigen Gepäcks bis zur Höhe der Tarife, bei Benutzung der Eisenbahn oder von Schiffen bis zum Fahrpreis der ersten Wagen- oder Schiffsklasse ersetzt. Der Ersatz der Beförderungsauslagen ist nach den persönlichen Verhältnissen des Zeugen oder Sachverständigen zu bemessen.

Für Fußwege und bei Benutzung von anderen als den in Absatz 1 genannten Beförderungsmitteln werden für jeden angefangenen Kilometer des Hin- und Rückwegs 0,25 DM gewährt. Kann ein Hin- und Rückweg von zusammen mehr als 200 Kilometern mit öffentlichen, regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln zurückgelegt werden, so gilt Satz 1 nur insoweit, als die Mehrkosten gegenüber der Benutzung von öffentlichen, regelmäßig verkehrenden Beförderungsmitteln durch eine Minderausgabe an Entschädigung ausgeglichen werden; jedoch ist die Entschädigung nach Satz 1 zu gewähren, wenn Fahrtkosten für nicht mehr als 200 Kilometer verlangt werden. Kann der Zeuge oder Sachverständige wegen besonderer Umstände ein öffentliches, regelmäßig verkehrendes Beförderungsmittel nicht benutzen, so werden die nachgewiesenen Mehrauslagen ersetzt, soweit sie angemessen sind.

Entschädigung für Aufwand

Zeugen und Sachverständige erhalten für den durch Abwesenheit vom Aufenthaltsort oder durch die Wahrnehmung eines Termins am Aufenthaltsort verursachten Aufwand eine Entschädigung. Die Entschädigung ist nach den persönlichen Verhältnissen des Zeugen oder Sachverständigen zu bemessen.

Die Entschädigung für den durch Abwesenheit vom Aufenthaltsort verursachten Aufwand soll nicht den Satz überschreiten, der den Bundesbeamten der Reisekostenstufe II nach den Vorschriften über die Reisekostenvergütung der Bundesbeamten als Tagegeld zusteht. Die Vorschriften, nach denen bei Reisen, die an demselben Kalendertag angetreten oder beendet werden, sich das Tagegeld vermindert oder ein Tagegeld nicht gewährt wird, gelten entsprechend. Dem Zeugen oder Sachverständigen, der vom Aufenthalts-

ort weniger als sechs Stunden abwesend ist, sind Zehrkosten bis zu 4 DM zu ersetzen. Mußte der Zeuge oder Sachverständige außerhalb seines Aufenthaltsortes übernachten, so erhält er hierfür Ersatz seiner Aufwendungen, soweit sie angemessen sind.

Bei Terminen am Aufenthaltsort des Zeugen oder Sachverständigen sind Zehrkosten bis zu 4 DM für jeden Tag, an dem der Zeuge oder Sachverständige länger als vier Stunden von seiner Wohnung abwesend sein mußte, zu ersetzen.

Notwendige bare Auslagen, die nicht den durch den Aufenthalt außerhalb der Wohnung verursachten Aufwand betreffen, sind dem Zeugen oder Sachverständigen zu ersetzen. Dies gilt besonders von den Kosten einer notwendigen Vertretung und für die Kosten notwendiger Begleitpersonen.

Besondere Verrichtungen

Für besondere Verrichtungen erhält der Arzt außer dem Ersatz seiner Aufwendungen, Fahrtkosten und Wegegelder noch besondere Entschädigungen, die in einer Anlage zum Gesetz aufgeführt sind. Daraus interessieren vor allem die nachstehend aufgeführten Entschädigungen:

Der Arzt, der eine Leiche, Teile einer Leiche oder eine Leibesfrucht besichtigt oder bei einer richterlichen

Leichenschau mitwirkt, erhält hierfür und für seinen zur Niederschrift gegebenen Bericht 15 DM. Für mehrere solcher Verrichtungen bei derselben Gelegenheit erhält der Arzt höchstens 40 DM.

Sind Berichte schriftlich zu erstatten oder nachträglich zur Niederschrift zu geben, so erhält der Arzt für jeden Bericht 7 DM, höchstens 25 DM.

Jeder Obduzent erhält für die Leichenöffnung 50 DM, für die Sektion von Teilen einer Leiche oder die Öffnung einer nicht lebensfähigen Leibesfrucht 25 DM, bei besonders ungünstigen äußeren Bedingungen 60 bzw. 35 DM.

Der Arzt erhält für die Ausstellung des Befundscheins oder die Erteilung einer schriftlichen Auskunft ohne nähere gutachtliche Äußerung 5 bis 15 DM.

Der Arzt erhält für das Zeugnis über einen ärztlichen Befund mit kurzer gutachtlicher Äußerung oder für ein Formbogengutachten, wenn sich die Fragen auf Vorgeschichte, Angaben und Befund beschränken und nur ein kurzes Gutachten erfordern, 10 bis 20 DM.

Für die röntgenologische oder elektrophysiologische Untersuchung eines Menschen einschließlich einer kurzen gutachtlichen Äußerung beträgt die Entschädigung, auch wenn mehrere Aufnahmen erforderlich sind, 8 bis 50 DM. Für jede Blutentnahme beträgt die Entschädigung 3 DM.

STEUERFRAGEN

Beiträge zur Unfallversicherung

Beiträge zu einer allgemeinen Unfallversicherung sind bei einem praktischen Arzt in der Regel keine abzugsfähigen Betriebsausgaben (sie rechnen zu den beschränkt abzugsfähigen Sonderausgaben).

Der BFH bestätigte mit dem Urteil vom 16. 5. 1963 (BStBl. 63 III S. 399) die Entscheidung des Finanzgerichts, womit von den 5 115,15 DM, welche eine praktische Ärztin in 1955 für eine Berufsunfallversicherung mit Prämienrückgewähr leistete, nur die Versicherungssteuer und die Kosten mit zusammen 244 DM als Betriebsausgaben anerkannt wurden, während der Rest von 4 871,— DM im Rahmen des Sonderausgaben-Höchstbetrages zu den Sonderausgaben rechnete. Bei der Tätigkeit einer praktischen Ärztin könne „nicht von einer besonders gefahrerhöhenden Art, wie z. B. bei Beschäftigung auf Dächern, in Bergwerken, Steinbrüchen usw.“ gesprochen werden, weshalb die Unfallversicherung, welche auch private Risiken decke, zu den privaten Lebenshaltungskosten gerechnet werden müsse. Dabei sei zu berücksichtigen, daß die für den Arzt wohl häufigsten Risiken, nämlich Gefährdung durch die Berührung mit Krankheiten, Heilmitteln und Heilmethoden, insbesondere z. B. Strahlen, fast völlig aus dem Schutz der Unfallversicherung herausgenommen sind.

Der versicherte Anteil an der Betriebsgefahr sei somit im Verhältnis zur Gesamtgefährdung unerheblich.

Anmerkung

Dringend abzuraten ist, die Prämien für eine Unfallversicherung als Betriebsausgabe zu behandeln. Erkennt das Finanzamt diese Betriebsausgaben an, so gehört die Versicherung zum Betriebsvermögen und die Leistungen der Versicherung sind im Schadensfall „Betriebseinnahmen“, die mit den anderen Einnahmen versteuert werden müssen. Der mit der Versicherung beabsichtigte Schutz wäre dann gemindert um die auf die Zahlungen der Versicherung entfallende Steuer. HB

Einkommensteuer: Gehaltszahlungen an nahe Angehörige

(C.) Nach der Verkehrsauffassung ist in Fällen von Gehaltszahlungen an Familienangehörige und nahe Verwandte grundsätzlich von dem auszugehen, was die betreffenden Personen verlangen würden, wenn es sich um Arbeitsverhältnisse eines Unternehmers zu einem fremden Angestellten handeln würde, mit anderen Worten, was z. B. der Schwiegersohn bzw. die Tochter unter Berücksichtigung ihrer Leistungen, Kenntnisse sowie des Umfangs und der Art ihrer Tätigkeit im Betrieb eines anderen erhalten würden. Hierbei ist

Ulcrrurisan®

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



CHEMISCHE FABRIK
»BAVARIA«
MÜNCHEN-GRAFELFING

grundsätzlich ein objektiver Maßstab anzulegen und bei der Höhe der Vergütungen auf das Urteil eines verständigen und seine Geschäftsinteressen in vernünftiger Weise wahrnehmenden Steuerpflichtigen abzustellen.

Im Wirtschaftsleben ist es durchaus üblich, daß bei der Einstellung von Arbeitskräften nicht nur Leistung und Erfolg (was gegebenenfalls erst später beurteilt werden kann), sondern auch Alter, Familienstand und Vorbildung für die Bemessung der Vergütungen berücksichtigt werden. Wenn es auch zutreffen mag, daß unter Umständen bei einem Beruf die Vorbildung weniger ins Gewicht fällt, sondern vielmehr persönliche Geschicklichkeit, Gewandtheit und Unverdrossenheit im Vordergrund stehen, so wird ein vernünftig abwägender Kaufmann bei der Einstellung und der Bemessung des Anfangsgehalts eines Branchenunkundigen in aller Regel auch Alter und bisherige Berufserfahrungen berücksichtigen (Urteil des Bundesfinanzhofs — Aktenz. IV 28/59).

Rechtsmittel: Wann gilt es als eingelegt?

(C.) Ein Rechtsmittel gilt als eingelegt, wenn aus dem Schriftstück oder aus der Erklärung hervorgeht, daß sich der Erklärende durch die Entscheidung beschwert fühlt und Nachprüfung durch die nächsthöhere Instanz begehrt. Für die Entscheidung der Frage, was gewollt ist und ob ein Rechtsmittel als eingelegt gelten kann, spielt der Bildungsgrad des Erklärenden eine gewisse Rolle (Urteil des Bundesfinanzhofs — IV 429/60).

Beginn der Absetzungen für Abnutzung bereits bei Anschaffung des Wirtschaftsgutes, auch wenn dieses erst später in Gebrauch genommen wird

(C.) Die Anschaffungs- oder Herstellungskosten für abnutzbare Wirtschaftsgüter sind nach § 7 des Einkommensteuergesetzes in Form der jährlichen Absetzung für Abnutzung (AfA) auf die Nutzungsdauer des Wirtschaftsgutes zu verteilen. Aus dem Gesetzeswortlaut läßt sich nicht eindeutig entnehmen, ob die AfA bereits vom Zeitpunkt der Anschaffung oder Herstellung des Wirtschaftsgutes oder erst vom Zeitpunkt seiner Ingebrauchnahme an vorgenommen werden darf. In Abschnitt 43 Abs. 8 der Einkommensteuer-Richtlinien 1961 ist für die im Laufe eines Wirtschaftsjahres angeschafften Wirtschaftsgüter aus Vereinfachungsgründen zugelassen worden, daß als erste AfA bei Anschaffung oder Herstellung im ersten Halbjahr der volle Jahresbetrag und bei Anschaffung oder Herstellung im zweiten Halbjahr der halbe Jahresbetrag der AfA abgesetzt wird.

In Anlehnung an diese Regelung soll es nach einem Beschluß der Steuerreferenten der Länder nicht beanstandet werden, wenn mit der AfA regelmäßig schon vom Zeitpunkt der Anschaffung oder Herstellung des

Wirtschaftsgutes an begonnen wird, auch wenn das Wirtschaftsgut erst später in Gebrauch genommen wird.

Beispiel: Ein im Dezember 1962 angeschaffter Kraftwagen wird erst im Januar 1963 polizeilich zugelassen und in Betrieb genommen. Es kann bereits für 1962 der halbe Jahresbetrag der AfA abgesetzt werden (Bescheid des Bundesministers der Finanzen vom 8. 12. 1962 — IV B/1 — S 2130 — 34/62 II. Ang.).

Dienstfreier Sonnabend und Rechtsmittelfrist

(C.) Nach dem rechtskräftigen Urteil des Finanzgerichts Kassel (III 20/62) ist ein Rechtsmittel verspätet eingelegt, wenn die Rechtsmittelfrist am dienstfreien Sonnabend abläuft, die Rechtsmittelschrift dem Finanzamt (FA) aber erst am folgenden Montag übergeben wird. Aus den Entscheidungsgründen:

Der Steuerpflichtige kann sich nicht darauf berufen, daß die Beamten des FA am dienstfreien Sonnabend nicht anwesend waren. Denn die Einlegung des Rechtsmittels ist dann bewirkt, wenn es in die Verfügungsgewalt des FA gelangt. Diese Voraussetzung wäre durch Einwurf des Schriftstückes in den Briefkasten des FA erfüllt gewesen. Eine Verlängerung der Rechtsmittelfrist wie bei einem Sonntag oder gesetzlichen Feiertag tritt dadurch, daß der Sonnabend beim FA wie auch bei anderen Behörden dienstfrei ist, nicht ein.

Der Steuerpflichtige konnte sich auch nicht darauf berufen, daß der Briefkasten im allgemeinen erst Montag früh geleert wird und die darin befindliche Post üblicherweise den Stempel vom Sonnabend erhält. Hierbei wird unterstellt, daß die Schriftstücke jedenfalls vor Ablauf des Sonnabends eingeworfen worden sind. Dies kann aber dann nicht gelten, wenn ein Schriftstück nachweislich erst am Montag abgegeben wird (EFG 11/1962 S. 518).

Einmalprämien für Lebensversicherungen

(C.) Einmalprämien für Lebensversicherungen können ebenso wie Einzahlungen auf Kapitalansammlungsverträge während einer Steuerstundung nicht als Sonderausgaben berücksichtigt werden (Urteil des Bundesfinanzhofs vom 1. März 1963 — VI 68/61 U.).

Es ist auch ohne Bedeutung, daß der Steuerpflichtige während des ganzen Zeitraums der Stundung ausreichende Mittel besessen hat, um sowohl die gestundeten Steuern als auch die Lebensversicherungsprämie zu bezahlen. Ob die Stundung unter diesen Umständen überhaupt gerechtfertigt war, braucht nicht untersucht zu werden, da es hier lediglich um den Abzug der Prämie als Sonderausgabe geht. Ohne Bedeutung ist auch, ob der gestundete Betrag nach etwa 2½ Jahren vom Finanzamt ganz oder teilweise erstattet wurde. Entscheidend ist lediglich, daß der Steuerpflichtige die Prämie während des Laufs einer Steuerstundung geleistet hat. Diese Tatsache schließt einen Abzug als Sonderausgabe aus.



Chinin- Veralgit

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

-Dragées

Welche Voraussetzungen müssen zur Geltendmachung der Steuervergünstigung des nicht entnommenen Gewinns gemäß § 10a EStG vorliegen?

Bei einem Arzt, der seinen Gewinn nach § 4 Abs. 1 EStG ermittelt, ist die Buchführung nicht ordnungsmäßig, wenn seine Honorarforderungen nicht in einem Grundbuch und einem Geschäftsfreundebuch verbucht, sondern lediglich Rechnungsdurchschriften gesammelt werden, anhand deren bei der Aufstellung der Bilanz die am Bilanzstichtag vorhandenen Außenstände festgestellt werden.

Ein Facharzt für Chirurgie beantragte, nicht entnommenen Gewinn gemäß § 10a EStG 1958 mit dem zulässigen Höchstbetrag von 20 000,— DM steuerfrei zu lassen. Weder das Finanzamt noch das Finanzgericht sahen die Buchführung als ordnungsmäßig an, weil der Facharzt die unbaren Geschäftsvorfälle nicht fortlaufend in einem Grundbuch und einem Kontokorrentbuch festgehalten hatte. Auch der Bundesfinanzhof entschied in diesem Sinne und schickte seinem Urteil vom 14. 6. 1963 voraus: Angehörige der freien Berufe sind zu Gewinnermittlungen nach § 4 Abs. 1 EStG nicht verpflichtet. Sie können als Gewinn nach § 4 Abs. 3 EStG den Überschuß der Betriebseinnahmen über die Betriebsausgaben versteuern. Es steht jedoch jedem Angehörigen der freien Berufe frei, einen Vermögensvergleich nach § 4 Abs. 1 EStG vorzunehmen. Zwischen beiden Arten der Gewinnermittlung können sie wählen (BFH-Urteil vom 24. 11. 1959 in BStBl. 1960 III, 188).

Nachdem der Facharzt sich zur Gewinnermittlung nach § 4 Abs. 1 EStG entschlossen hatte, konnte er die Steuervergünstigung des nicht entnommenen Gewinns nur in Anspruch nehmen, wenn seine Buchführung als ordnungsgemäß im Sinne dieser Bestimmung anzusehen gewesen wäre. Dies wäre der Fall gewesen, wenn sie den Anforderungen des § 161 Abs. 1 AO entsprochen hätte und die allgemeinen Regeln einer kaufmännischen Buchführung beachtet worden wären.

Mit seinem Urteil vom 14. 6. 1963 ist der BFH seiner früheren Entscheidung vom 24. 6. 1954 (BStBl. 1954 III, 282) treu geblieben, in der er erkannt hatte, daß bei einem Arzt, der seinen Gewinn nach § 4 Abs. 1 EStG ermittelt, die Buchführung nicht ordnungsgemäß ist, wenn die am Jahresende ausstehenden Honorarforderungen in ihr nicht ausgewiesen sind. Es genüge auch nicht lediglich ein Ausweis dieser Forderungen in den Bilanzen. Spätestens mit der Erteilung der Rechnung müsse die Entstehung der Forderung (des Honorars) in der Buchführung ihren Niederschlag finden. Geschäfte dies erst bei Eingang der Zahlung, so entspreche dies nicht den Grundsätzen einer ordnungsmäßigen Buchführung. Insoweit müssen die freien Berufe sich an die gleichen Grundsätze halten, die für Gewerbebetriebe bei der Behandlung ihrer Geschäftsvorfälle gelten. Hiervon könne nur in Ausnahmefällen abgesehen werden, wenn

der laufende unbare Geschäftsverkehr mit Geschäftsfreunden verhältnismäßig gering sei (BFH-Urteil vom 23. 2. 1951 — BStBl. 1951 III, 75). Der BFH stellt aber in dem vorliegenden Urteil vom 14. 6. 1963 fest, daß die Außenstände des Facharztes jeweils am Jahresende verhältnismäßig hoch gewesen seien und hat mit den anderen Instanzen die Buchführung desselben als nicht ordnungsmäßig angesehen und die Steuervergünstigung des nicht entnommenen Gewinns abgelehnt.

(§ 4 Abs. 1 und 3, §10a EStG 1958 — BFH-Urteil vom 14. 6. 1963 in BStBl. 1963 III, 381.)

Einkommensteuerliche Behandlung eines von einem Arzt geleiteten Kurheims

Der Betrieb eines Kurheims durch einen Arzt ist unter zwei Voraussetzungen nicht als Gewerbebetrieb, sondern als Ausübung freiberuflicher Tätigkeit anzusehen: (1) Die Anstalt muß ein notwendiges Hilfsmittel für die ärztliche Tätigkeit sein; (2) darf aus der Beherbergung und Verpflegung der Kranken kein besonderer Gewinn erstrebt werden, d. h. der Betrieb darf keine besondere Einnahmequelle neben dem ärztlichen Beruf bilden. Letzteres ist im allgemeinen dann nicht anzunehmen, wenn die Einnahmen aus dem Anstaltsbetrieb, insbesondere für Unterkunft und Verpflegung, nur die Kosten der Anstalt decken oder, falls die ärztliche Behandlung im Verpflegungssatz inbegriffen ist, wenn die erzielten Überschüsse das Maß der üblichen Vergütung für die geleisteten ärztlichen Dienste nicht übersteigen. Dabei ist die Frage, ob aus dem Anstaltsbetrieb ein besonderer Gewinn erstrebt wird, nach den tatsächlichen Verhältnissen mehrerer Jahre zu beurteilen. § 18 Abs. 4 EStG, § 2 Abs. 1 GewStG — BFH-Urteil — I 375/61 — vom 19. 6. 1963.

Sparen und anlegen

Selber in die Hauptversammlung gehen?

Von Bernd Baehring

Einmal jährlich muß jede Aktiengesellschaft eine Hauptversammlung ihrer Aktionäre durchführen, in deren Mittelpunkt der — gedruckte — Bericht des Vorstandes über das abgelaufene Geschäftsjahr zusammen mit der Gewinn- und Verlustrechnung und der Bilanz auf den letzten Tag des Geschäftsjahres steht. Das ist sozusagen die große Stunde der Aktionäre, und daß diese ihnen nicht allzu lange vorenthalten werde, ist eine der Sorgen des Gesetzgebers: er verlangt, daß diese Hauptversammlung nicht später als fünf, allerhöchstens aber sieben Monate nach Ende des Geschäftsjahres stattfinden muß. Gelegentlich freilich wird auch diese äußerste Frist noch übertreten, ohne daß das Gericht eingreift; es handelt sich dabei dann meist um Gesellschaften, die ziemlich wirtschaftliche, juristische u. a. Schwierigkeiten haben und erst vor ihre

Geratol

seit über 50 Jahren

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

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

Aktionäre treten wollen, wenn diese beliegt bzw. durchschaubarer geworden sind. Wir wollen daraus eine Schlußfolgerung ziehen: Kein Spargeld für Aktiengesellschaften, die ungebührlich lange auf ihre Hauptversammlung warten lassen!

Wir sprachen von der „großen Stunde“ der Aktionäre. Das stimmt, weil die HV das Forum ist, in dem jeder einzelne Aktionär mit Anregungen, Anfragen usw. öffentlich zur Verwaltung der Aktiengesellschaft sprechen kann und in dem die Verwaltung jedem anfragenden Aktionär innerhalb der Grenzen, die das Interesse der Gesellschaft selbst setzt, Rede und Antwort zu stehen hat. Unzufriedene Aktionäre können dann auch „Protest zu Protokoll“ geben, eigene Anträge zum Ablauf der Veranstaltung, zur Höhe der Dividende oder gar zur Einsetzung von Sonderprüfern usw. stellen. Hauptrecht der Aktionäre in der Hauptversammlung aber ist das Recht, über die Vorschläge der Verwaltung abzustimmen. Prinzipiell gewährt jede Aktie — heute meist im Nennbetrag von 100DM — eine Stimme. Es gibt aber auch Mehrstimmrechtsaktien, die bestimmten Aktionären — etwa Mitgliedern von Gründerfamilien — einen besonders großen Einfluß in der Hauptversammlung sichern (Schutz vor Überfremdung); auf der anderen Seite ist das sog. Höchststimmrecht möglich, wie es bei der Privatisierung von Preußag und Volkswagenwerk eingeführt worden ist und dem einzelnen Aktionär, gleich wie groß sein Aktienbesitz ist, nur eine bestimmte Höchststimmzahl gewährt (Schutz vor „Beherrschung“ der Gesellschaft). Schließlich haben wir die „Vorzugsaktie“ ohne Stimmrecht, deren Vorzug darin besteht, daß sie bei der Gewinnausschüttung vorweg bedient werden muß; Vorzugsaktien sind relativ häufig; im Kurs pflegen sie etwas, gelegentlich auch fühlbar, unter den sog. Stammaktien mit normalem Stimmrecht zu rangieren.

Als Stammaktionär mit Stimmrecht ausgestattet kann man mitentscheiden bei Satzungsänderungen — deren wichtigste die Erhöhung oder auch Herabsetzung des Aktienkapitals ist —, bei der Beschlußfassung über die Dividende, über die Wahl von Aufsichtsratsmitgliedern, über die Bestellung des Abschlußprüfers und etwaiger Sonderprüfer (wenn Unregelmäßigkeiten in der Geschäftsführung gesehnt werden) usw. Auch die „Entlastung“ von Vorstand und Aufsichtsrat gehört zu den Rechten der Aktionäre, die damit den Gesellschaftsorganen ihr Vertrauen aussprechen — bzw., wird die Entlastung nicht erteilt, auch versagen können.

Eines aber können die Aktionäre in der Regel nicht: Dem Vorstand und dem Aufsichtsrat in die sog. Feststellung des Jahresabschlusses hineinreden. Der Jahresabschluß steht fest, wenn die Hauptversammlung zusammengerufen wird; die Aktionäre können dann an der Verteilung des erzielten Geschäftsgewinns auf stille Reserven, offene Rücklagen und ausschüttungsfähigem

Reingewinn nichts mehr ändern. Insbesondere auch Wünsche nach Dividendenerhöhung, wie sie in Hauptversammlungen öfters geäußert werden, haben dann keine Chance, auch nur die Form eines offiziellen Antrags zu erhalten. So ist es die Regel. Von ihr gibt es die Ausnahme, daß der Vorstand und Aufsichtsrat von sich aus entscheiden, die Feststellung des Jahresabschlusses sei der Hauptversammlung der Aktionäre zu überlassen — die damit im Grunde erst „souverän“ wird. Gegen diese „Souveränität“ freilich kann geltend gemacht werden, daß die Entscheidung der Frage, in welcher Höhe der erzielte Gesamtgewinn den Reserven — den offenen und den stillen — zugeführt werden soll, eine rein unternehmerische Entscheidung ist, die die Hauptversammlung dem Vorstand und dem Aufsichtsrat nicht abnehmen kann und soll. Das erscheint sinnvoll, trägt doch die Verwaltung des Unternehmens die Verantwortung für das Wohlergehen der Gesellschaft; der Hauptversammlung kann diese Verantwortung schon deshalb nicht übertragen werden, weil die Aktionäre einen anonymen Eigentümerkreis bilden, dessen Zusammensetzung sich ständig ändert, und weil die Aktionäre juristisch überhaupt keine Eigentumsrechte an der Gesellschaft selbst haben, sondern nur Mitgliedschaftsrechte an dem Aktien-Verein, der das Unternehmen trägt. Ein Aktionär ist nur Eigentümer seiner Aktie; diese Rolle bestimmt und begrenzt seine Rechte, Pflichten und Möglichkeiten.

Legen wir uns nach diesem allgemeinen Überblick nun die Frage vor, ob man selber, als Aktionär mit einer Stimme oder wenigen Stimmen, in die Hauptversammlung „seiner“ Gesellschaft gehen soll. Die Antwort lautet prinzipiell unbedingt ja. Wer Rechte hat, soll von diesen Gebrauch machen. Der kleine Aktionär wird zwar mit seinem Stimmrecht den Gang der Abstimmung nicht verändern, aber er erhält einen Eindruck von den Männern, denen er mit dem Kauf seiner Aktie immerhin Vertrauen bekundet hat, und er kann sich, wie gesagt, an Diskussionen mit der Unternehmensverwaltung beteiligen. Dabei kann er auch sehen, wie die in größeren Hauptversammlungen nun schon fast regelmäßig auftretenden Vertreter von Wertpapiersparer-Schutzvereinigungen argumentieren — ob sie ernst und sachlich sind, oder ob sie es vor allem darauf anlegen, unter den kleinen Aktionären bei solcher Gelegenheit Mitglieder zu werben, also Reden bewußt „zum Fenster hinaus“, manchmal vielleicht sogar betont polemisch, zu halten usw.

In die Hauptversammlungen mancher Gesellschaften kommen viele Kleinaktionäre auch nur, weil es bei dieser Gelegenheit eine schlichte Brotzeit, ein Bonbonpäckchen usw. gibt.

Hauptversammlungen großer Publikumsgesellschaften füllen riesige Kinosäle oder ausladende Kongreßhallen und kommen ohne Mikrophananlagen und

-Heel

Bei Schwindel jeder Genese,
Menière, Reisekrankheiten —

Vertigoheel®

-Heel

Grippe. Erkältungskrankheiten

Gripp-Heel®

Tabletten Ampullen

Fernsehübertragungen nicht aus — nicht nur in Amerika, sondern auch bei uns. Ein Unternehmen wie Siemens zum Beispiel hat hunderttausend Aktionäre, zahlreiche andere haben noch mehr — bis hinauf zum Volkswagenwerk mit seinen 1,2 Millionen Aktionären. Da braucht nur ein Bruchteil zu kommen, und wahre Massenversammlungen sind fertig. Für den normalen kleinen Aktionär fragt es sich, ob Zeit und — sofern Reisen zum Ort der Hauptversammlung notwendig wären — evtl. auch Geld aufgewendet werden sollen, damit er dabei sein kann, wenn abgestimmt und diskutiert wird.

Im allgemeinen stimmt der kleine Aktionär ab, indem er eine Aktie kauft oder verkauft. Bei diesen Entscheidungen hilft ihm die Lektüre großer Zeitungen, die in ihren Wirtschaftsteilen sorgfältige Analysen der Jahresabschlüsse aller bedeutenden Aktiengesellschaften geben und auch ausführlich über den Verlauf der Hauptversammlung berichten. Außerdem müssen die Aktiengesellschaften, deren Aktien an einer Börse eingeführt sind, ihre Bilanzen und Gewinn- und Verlustrechnungen in bestimmten Tages- und Wirtschaftszeitungen, die auszuwählen ihnen innerhalb gewisser Grenzen freisteht, veröffentlichen. Die „Publizität“ der Aktiengesellschaften ist also recht groß, und zwar nicht nur aufgrund des Gesetzes, das ja immer nur gewisse Mindestnormen erfüllt sehen will, sondern sehr oft und

in stetigender Zahl auch freiwillig: So lassen einige Gesellschaften ihren Aktionären — über die Banken — ihre Geschäftsberichte noch vor der Hauptversammlung zugehen und fast alle großen Publikums-gesellschaften besprechen ihre Jahresabschlüsse mit der Presse, um den Zeitungen nicht nur die Möglichkeit einer sehr fundierten Urteilsbildung über das Unternehmen zu geben, sondern auch, um die Aktionäre und die weitere Öffentlichkeit über den allerjüngsten Stand der Gesellschaft, ihrer Marktpositionen, die Finanzierungslage, über technische Erfindungen usw. zu unterrichten. Und schließlich informieren die Zeitungen ihre Leser auch, wenn ein Aktionär oder Aktionärvertreter in einer bevorstehenden Hauptversammlung gegen die Verwaltung opponieren will; solche „Oppositionsanmeldungen“ müssen dem Bundesverband des privaten Bankgewerbes mit der Angabe von Gründen bekanntgegeben werden, damit sie den Aktionären über die einzelnen Depotbanken mitgeteilt werden können.

Damit kommen wir zum — sehr bedeutsamen — Thema Stimmrechtsvertretung in der Hauptversammlung. Dieses Thema spielt vor allem für das Verhältnis zwischen Aktionär und Bank eine Rolle. Es soll in der nächsten Folge dieser Reihe behandelt werden.

Anschr. d. Verf.: Bernd Baehring, 8 München 25, Krüner Straße 57.

MITTEILUNGEN

Ergebnisse des Deutschen Apothekertages 1963

Für ein Apothekengesetz — für eine Novelle zum Arzneimittelgesetz — für ein Heilmittelwerbegesetz und für eine einheitliche Kostenbeteiligung der Versicherten an den Arzneikosten.

(PPI) — Frankfurt/Main. Zum Abschluß des Deutschen Apothekertages 1963 erklärten die in Bad Wiessee zusammengekommenen Delegierten des deutschen Apothekerstandes in einer EntschlieÙung, daß im Interesse einer ordnungsgemäÙen Arzneiverordnung und der Erfüllung der Aufgabe der deutschen Apotheke an den im Apothekengesetz aufgestellten Grundsätzen unbedingt festgehalten werden müsse. Der Deutsche Apothekertag sieht in den Vorschriften, nach denen jedem Apotheker nur eine Erlaubnis zur Errichtung und zum Betrieb einer Apotheke erteilt werden darf und jeder Apotheker verpflichtet ist, seine Apotheke in persönlicher Verantwortung zu führen, die Grundpfeiler des deutschen Apothekengesetzes. Darüber hinaus ist der Apothekerstand der Ansicht, daß auf Vorschriften zur notwendigen Überwachung einer ordnungsgemäÙen Funktion der Apotheke nicht verzichtet werden kann.

In einer weiteren EntschlieÙung forderte die Apothekerschaft eine schärfere Prüfungspflicht für neue Arzneistoffe durch die Hersteller sowie Maßnahmen zur Eindämmung der Arzneispezialitätenflut. Eine Erweiterung der Verkaufsmöglichkeit von Arzneimitteln außerhalb der Apotheke wird abgelehnt, da nur die unbedingte Apothekenpflicht einen Arzneimittelmisbrauch und eine weitere Merkantilisierung des Arzneimittels verhindern kann. Als eine weitere geeignete Maßnahme, einem Arzneimittelmisbrauch entgegen-

zutreten, betrachtet der Apothekerstand ein strenges Heilmittelwerbegesetz.

Der Apothekertag richtete ferner an die zuständigen Bundesministerien die dringende Bitte, beschleunigt eine Revision der Deutschen Arzneitaxe vorzunehmen. Die zur Zeit bestehende Arzneitaxe ist kein angemessenes Entgelt für die verantwortungsvolle Tätigkeit des Apothekers, da sie ihm zumutet, mit Gebühren, Nutzungssätzen und Arbeitspreisen zu arbeiten, die vor 30 Jahren Geltung hatten.

Zum Krankenversicherungs-Neuregelungsgesetz nahmen die Apotheker erneut Stellung. Sie lehnen eine prozentuale Beteiligung der Versicherten an den Arzneikosten ab und schlagen demgegenüber eine Rezeptblattgebühr in Höhe von 1 DM vor, von der die Rentner befreit werden sollen.

EntschlieÙungen des Deutschen Apothekertages 1963: Bundes-Apothekengesetz

Der Deutsche Apothekertag 1963 hält folgende, bereits im Bundesapothekengesetz aufgestellten Grundsätze für eine ordnungsgemäÙe Arzneiversorgung und für die Erfüllung der Aufgabe der deutschen Apotheke für unabdingbar:

1. Jedem approbierten Apotheker darf nur eine Erlaubnis zur Errichtung und zum Betrieb einer Apotheke erteilt werden;
2. jeder Apotheker ist verpflichtet, seine Apotheke in persönlicher Verantwortung zu führen;
3. auf Vorschriften zur notwendigen Überwachung einer ordnungsgemäÙen Funktion der Apotheke kann nicht verzichtet werden;

Forts. a. S. 926

Die meldepflichtigen, übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat September 1963

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

Wie im September vorigen Jahres wurden auch im Berichtsmontat Erkrankungen an Scharlach wieder häufiger als im Vormonat gemeldet. Die Erkrankungsziffer (auf 100 000 der Bevölkerung und ein Jahr) stieg von 36 auf 60. Bereits seit einigen Monaten ist diese Ziffer höher als um die gleiche Zeit des Vorjahres, im August 1962 z. B. betrug sie 25, im September 35. Auch Erkrankungen an Hepatitis infectiosa (übertragbare

Leberentzündung) kamen häufiger als im Vormonat und im September 1962 zur Anzeige. Auf 100 000 der Bevölkerung trafen 47 Fälle. An Salmonellose (übertragbare Dünndarmentzündung) erkrankten ebenfalls etwas mehr Personen als im August.

Zwei Fälle von übertragbarer Kinderlähmung wurden bekannt.

Die meldepflichtigen, übertragbaren Krankheiten in Bayern

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 1. bis 28. September 1963 (Vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11			
	Diphtherie		Scharlach		Übertragbare										Tuberkulose *) der				Typhus abdominalis		Paratyphus A und B			
					Kinderlähmung dar. parat. Fälle		Hirnhautentzündung				Gehirnentzündung		Atmungsorgane (aktive Form)		Haut		Übrigen Organe							
	E 4)		ST 5)		E		ST		E		ST		E		ST		E		ST		E		ST	
Oberbayern	1	—	109	—	—	—	—	—	7	—	4	—	2	—	142	26	—	—	21	1	9	—	6	—
Niederbayern	—	—	18	—	1	1	—	—	—	—	2	—	—	—	85	9	—	—	15	2	2	—	1	—
Oberpfalz	—	—	33	—	1	1	—	—	4	—	—	—	—	—	66	12	1	—	6	—	—	—	—	—
Oberfranken	3	—	67	—	—	—	—	—	5	—	5	—	1	1	55	15	1	—	5	1	5	—	—	—
Mittelfranken	—	—	99	—	—	—	—	—	5	1	—	—	—	—	73	21	—	—	11	—	1	—	—	—
Unterfranken	1	—	45	—	—	—	—	—	7	—	1	—	—	—	87	13	1	—	14	—	3	—	2	—
Schwaben	—	—	81	—	—	—	—	—	4	—	1	—	1	—	80	7	3	—	12	4	3	—	2	—
Bayern	5	—	452	—	2	2	—	—	32	1	13	—	4	1	588	103	6	—	84	8	23	—	11	—
München	—	—	50	—	—	—	—	—	1	—	3	—	—	—	67	12	—	—	14	1	4	—	1	—
Nürnberg	—	—	34	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	36	12	—	—	2	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	15	2	—	—	—	1	—	—	—	—
Regensburg	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	6	1	—	—	—	1	—	—	—	—
Würzburg	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	6	2	1	—	4	—	—	—	1	—

Gebiet	12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		
	Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa				Botulismus		Hepatitis infectiosa		Verdachtsfälle von Tollwut 4)		Bang'sche Krankheitsform		Leptospirose (übrige Formen)		Malaria-Erkrankung		Toxoplasmosis		Wundstarrkrampf		
			Salmonellose		Übrige Formen																		
	E		ST		E		ST		E		ST		E		ST		E		ST		E		ST
Oberbayern	6	—	43	—	1	—	—	—	72	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	
Niederbayern	2	—	9	—	—	—	—	—	18	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	2	
Oberpfalz	12	—	10	—	—	—	—	—	19	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Oberfranken	—	—	11	1	—	—	—	—	172	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	
Mittelfranken	—	—	34	—	—	—	—	—	19	—	10	—	2	—	—	—	—	—	—	—	1	—	
Unterfranken	—	—	23	—	—	—	1	—	42	—	41	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	
Schwaben	—	—	4	—	—	—	—	—	9	1	2	—	—	—	1	—	—	—	1	—	1	1	
Bayern	20	—	134	1	1	—	1	—	351	1	62	—	3	—	1	—	1	—	2	—	7	3	
München	3	—	33	—	—	—	—	—	40	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Nürnberg	—	—	13	—	—	—	—	—	8	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	
Augsburg	—	—	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Regensburg	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Würzburg	—	—	4	—	—	—	—	—	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) Verletzungen durch ein tollwutkrankes oder tollwutverdächtiges Tier sowie Berührungen eines solchen Tieres oder Tierkörpers

Anmerkung: Ein in der 33. Berichtswoche gemeldeter Erkrankungsfall an Typhus abdominalis (München-Land) ist zu streichen.

4. kein Apotheker darf bestimmte Arzneimittel ausschließlich bevorzugt anbieten oder angeben.

Der Deutsche Apothekertag sieht in diesen Vorschriften die Grundpfeiler des deutschen Apothekengesetzes. Ihre Beseitigung würde nicht nur zahlreichen angestellten Apothekern die Möglichkeit nehmen, zu einer Selbständigkeit zu gelangen, sie würde auch die Auslieferung des Arzneimittels an eine merkantile Ausnutzung bedeuten.

Krankenversicherungs-Neuregelungsgesetz

Die Hauptversammlung der Deutschen Apotheker 1963 beauftragt den Vorstand der ABDA in Sachen der Arzneikostenbeteiligung der Versicherten in einem Krankenversicherungs-Neuregelungsgesetz folgende Grundsätze zu vertreten:

1. Der Deutsche Apothekertag 1963 erwartet, daß eine Kostenbeteiligung in einem Krankenversicherungs-Neuregelungsgesetz so geregelt wird, daß sie den Grundsätzen einer Rationalisierung, wie sie heute im Wirtschaftsleben aus Gründen des Personalmanagements und der Kostenersparnis angewandt werden müssen, Rechnung trägt.
2. Eine solche Regelung ist die Erhebung einer Rezeptblattgebühr, wie sie seit 1930 eingeführt ist.
3. Die in dem Entwurf eines KVNG vorgesehene unterschiedliche Kostenbeteiligung für Arznei- und Verbandsmittel einerseits und für Heilmittel andererseits ist nicht praktikabel und wird abgelehnt.
4. Sollte eine Kostenbeteiligung von DM—,50 für jedes verordnete Arzneimittel eingeführt werden, dann müssen Verbandsmittel, Pflaster und sog. kleine Heilmittel (z. B. Augenklappen, Armtragtücher) von jeder Kostenbeteiligung freigestellt werden.

Arzneimittelgesetz — Rechtsverordnung nach § 30 Heilmittelwerbegesetz

Der deutsche Apothekerstand begrüßt den Entwurf eines Zweiten Änderungsgesetzes zum Arzneimittelgesetz.

Er hält eine schärfere Prüfungspflicht für neue Arzneistoffe durch die Hersteller für erforderlich. Er hält darüber hinaus Maßnahmen für erforderlich, welche der Flut von Arzneispezialitäten in der Bundesrepublik Deutschland Einhalt gebieten. Insbesondere sollten Bestimmungen getroffen werden, um das Inverkehrbringen von Arzneispezialitäten, die nicht auf eigener Forschung beruhen, sondern nur Nachahmungen bereits im Handel befindlicher Präparate bzw. Mischungen sind, zu unterbinden. Der deutsche Apothekerstand sieht als notwendigen Schritt zur Verhütung eines Arzneimittelmissbrauchs und einer weiteren Merkantilisierung des Arzneimittels die unbedingte Apothekenpflicht an, wie sie sich in anderen Ländern Europas mit Erfolg bewährt. Er lehnt deshalb jede Erweiterung

der Verkaufsmöglichkeiten von Heilmitteln außerhalb der Apotheken ab. Er erwartet von den zuständigen Ministerien des Bundes und der Länder, daß sie der Entschließung des Deutschen Bundestages zum Arzneimittelgesetz, den Empfehlungen des Bundesverfassungsgerichtes in seinem Apothekenurteil vom 11. Juni 1956, Rechnung tragen und den in dem Apothekengesetz aufgestellten Grundsatz, daß die Arzneimittelversorgung der Bevölkerung Aufgabe der Apotheken ist, nicht aushöhlen.

Der deutsche Apothekerstand sieht in einem strengen Heilmittelwerbegesetz eine geeignete Maßnahme, um einem Arzneimittelmissbrauch entgegenzutreten und die Bevölkerung vor Gesundheitsschäden zu bewahren.

Die deutschen Apotheker sind sich ihrer Verantwortung gegenüber der Bevölkerung bewußt und sind bereit, Pflichten zu übernehmen, die nur sie als die Fachleute für das Arzneimittel tragen können.

Wirtschaftliche Situation der Apotheke und Deutsche Arzneitaxe

Der deutsche Apotheker ist nicht nur Verkäufer von Arzneimitteln; er erbringt eine Leistung, die durch sein Wissen um das Arzneimittel, durch die von ihm zu übernehmende Verantwortung und durch seine stete Dienstbereitschaft bedingt ist. Er hat demzufolge Anspruch auf ein angemessenes Entgelt für seine Tätigkeit.

Die Deutsche Arzneitaxe trägt dem nicht Rechnung. Sie mutet dem Apotheker zu, mit Gebühren, Nutzensätzen und Arbeitspreisen für die Anfertigung von Arzneimitteln zu arbeiten, die vor 30 Jahren Geltung hatten. Der Deutsche Apothekertag richtet daher an den Bundesminister für Wirtschaft und an den Bundesminister für Gesundheitswesen die dringende Bitte, beschleunigt eine Revision der Deutschen Arzneitaxe voranzutreiben, für die von den Spitzenorganisationen des deutschen Apothekerstandes angemessene Vorschläge unterbreitet sind.

Mehr Darlehen statt Stipendien

Die Studienförderung nach dem „Honnefer Modell“ soll in Zukunft in verstärktem Maße in Form von Darlehen erfolgen. Der Haushaltsausschuß des Bundestages hat vorgeschlagen, daß der Grundbetrag der Studienförderung in Zukunft 250 DM monatlich betragen soll, während bisher in den Anfangssemestern 195 und in den fortgeschrittenen Semestern 245 DM gezahlt wurden. In Zukunft soll die Förderung in den ersten beiden Semestern als Stipendium, in den folgenden Semestern jedoch zu 60 v. H. als Stipendium und zu 40 v. H. als Darlehen gewährt werden, wobei nach erfolgreichem Examen ein Teil der Darlehensverpflichtung gestrichen werden kann. API

Wenn Haut
zu heilen -

Lyssia Salbe

Zur Weltausstellung nach New York

Die Bayerische Landesärztekammer kann in Zusammenarbeit mit der DEUTSCHEN LUFTHANSA den in Bayern tätigen Kollegen folgende verbilligten Flugreisen München — New York und zurück z. Z. der Weltausstellung (Eröffnung 22. April 1964) anbieten:

1. Flug mit einer Chartermaschine vom Typ Boeing 707, Preis für Hin- und Rückflug pro Person DM 840,—. Dieser Preis setzt aber voraus, daß alle 148 Sitzplätze der Maschine gebucht werden. Freibleibende Plätze erhöhen den Flugpreis entsprechend. Abflug ist Ende April, Rückflug Mitte Mai oder
2. eine Gruppenreise von München nach New York und zurück. An diesem Gruppenflug müssen mindestens 25 Personen teilnehmen, der Preis hierfür beträgt DM 1468,— pro Person.

An diesen Reisen können nach den internationalen Bestimmungen für Charter- und Gruppenflüge nur Ärzte, deren Gatten, Kinder und Eltern teilnehmen.

Hotelreservierungen und etwaige gewünschte Anschlußbuchungen über New York hinaus können über die DEUTSCHE LUFTHANSA erfolgen.

Weitere Auskünfte und Anmeldungen durch die Bayer. Landesärztekammer, Pressestelle, 8 München 23, Königinstraße 85, Telefon 36 11 21.

Freie Berufe lehnen die Umsatzsteuer in jeglicher Form ab

Jahresmitgliederversammlung des Bundesverbandes der freien Berufe in Bremen

Gegen die Einbeziehung der freien Berufe in jegliche Art von Umsatzsteuer hat sich die Jahresmitgliederversammlung des Bundesverbandes der freien Berufe am 19. Oktober in Bremen gewandt. Ohne Gegenstimmen faßten die Delegierten der Mitgliedsverbände des Bundesverbandes die folgende Entschleßung:

„Der Bundesverband der freien Berufe appellierte an den Deutschen Bundestag, die freiberuflichen Leistungen von jeglicher Art von Umsatzsteuer, gleich welchen Namens und welcher Form, auszunehmen. Die freien Berufe vertreten nach wie vor die Auffassung, daß die freiberufliche Leistung weder in das System der heutigen Umsatzsteuer noch in das System der Mehrwertsteuer hineingehört. Diese Auffassung entspringt nicht kommerziellen Überlegungen, wie der Abwägung der Vor- und Nachteile einer Mehrwertsteuer, sondern der festen Überzeugung, daß die freiberufliche geistige Leistung steuerlich nicht mit gewerblichen Warenumsätzen gleichgesetzt werden kann.“

In einem Referat, das eine ausgiebige Diskussion über den Mehrwertsteuer-Gesetzentwurf der Bundesregierung einleitete, hatte der Hauptgeschäftsführer des Bundesverbandes der freien Berufe, Rechtsanwalt Dr. Ernst BRANDI (Düsseldorf), unter anderem darauf hingewiesen, daß ein wesentliches Motiv für den geplanten Systemwechsel in der Umsatzsteuer die bevorstehende Harmonisierung der Verbrauchsbesteuerung in der EWG sei. Aus diesem Grunde sei das französische Mehrwertsteuersystem als Vorbild verwendet worden, das sich in der gewerblichen Wirtschaft Frankreichs durchaus bewährt habe.

Jedoch seien in Frankreich die Dienstleistungen nicht der Mehrwertsteuer unterworfen, und die Dienstleistungssteuer, die bei zahlreichen Berufen an die Stelle der Mehrwert-Umsatzsteuer tritt, werde auf die freien Berufe ebenfalls nicht angewandt.

Das Referat von Dr. Brandi und die Diskussion der Mitgliederversammlung zeigten, daß der Übergang von der jetzigen Allphasen-Umsatzsteuer zu der Mehrwert-Umsatzsteuer mit Vorsteuerabzug nach den Vorschriften des Regierungsentwurfs sich in den verschiedenen Berufsgruppen unterschiedlich auswirken würde.

So könnten beispielsweise die Rechtsanwälte und Notare, die auf Grund ihrer Gebührenordnung auch heute weitgehend die Umsatzsteuer auf ihre Klienten überwälzen, damit rechnen, daß die finanzielle Auswirkung eines Systemwechsels gering sein wird.

Die Ärzte und Zahnärzte sind der Auffassung, daß eine Überwälzung der Steuer auf den Patienten unmöglich ist; für sie ist nicht zuletzt wichtig, daß, wie der Leiter der Rechtsabteilung von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung Rechtsanwalt Dr. Heß mitteilte, die Zahl der Buchungsvorgänge in der ärztlichen Praxis sich um ungefähr 60 v. H. erhöhen würde — eine Arbeit, die im allgemeinen die Ehefrau des Arztes für den Fiskus leisten müßte.

Andere Berufsgruppen, insbesondere solche, die wenige, aber im einzelnen hohe Honorare erhalten, würden sich unter Umständen bei einem Systemwechsel finanziell besserstellen. Das gilt insbesondere auch wegen der dort geltenden Steuerpräferenzen für verschiedene Berufsgruppen in Berlin.

Im Grunde stellte die Diskussion jedoch klar, daß die Mehrwert-Umsatzsteuer prinzipiell genau das gleiche ist wie die zur Zeit erhobene Allphasen-Umsatzsteuer: eine Besteuerung der Umsätze von Waren und gewerblichen Dienstleistungen.

Die Argumente, mit denen sich die freien Berufe gegen ihre Unterwerfung unter diese ihnen wesensfremde Umsatzsteuer gewandt haben, gelten unverändert auch für die Mehrwert-Umsatzsteuer:

Die geistige Leistung, die persönliche Beratung und Hilfeleistung an den einzelnen ist ein Vorgang, der nicht mit der Produktion und dem Verkauf von Ware

Strophoperm

zur perlingualen Herztherapie

Salistoperm

zur percutanen Heilanaesthesie

zu vergleichen ist; der Klient oder Patient ist kein Verbraucher.

Die Entschließung besagt somit, daß die Forderung auf Aufhebung der Umsatzbesteuerung der freien Berufe auch dann bestehen bleibt, wenn dies im Einzelfall sogar eine materielle Schlechterstellung mit sich bringt.

Dr. Brandt betonte darüber hinaus, daß das Schicksal des zur Zeit dem Bundesrat vorliegenden Gesetzentwurfes über die Mehrwertsteuer durchaus ungewiß sei; um so mehr müßten die freien Berufe darauf bestehen, daß der seit langem dem Finanzausschuß des Bundestages vorliegende Antrag auf Aufhebung der jetzigen Umsatzsteuer für die freien Berufe, für den an sich eine Mehrheit in Sicht sei, nunmehr endlich behandelt werde.

API

Das Hochschulbau-Programm in Nordrhein-Westfalen

Einen Finanzbedarf für den Ausbau der wissenschaftlichen Hochschulen des Landes von insgesamt rund 2,85 Milliarden DM in den Jahren von 1964 bis 1970 hat die Landesregierung von Nordrhein-Westfalen ermittelt. Davon entfallen, wie Ministerpräsident Meyers im Hauptausschuß des Landtages mitteilte, auf fortdauernde Ausgaben rund 1,94 Milliarden, auf Bauausgaben und Erstausrüstungen rund 910 Millionen DM.

Im einzelnen sieht die Berechnung der Landesregierung unter anderem folgende Positionen vor:

Für die neue Ruhr-Universität in Bochum sind bis zum Jahre 1975 etwa 2,14 Milliarden DM erforderlich; bis zum endgültigen Ausbau rechnet man allein mit Investitionen in der Höhe von 1,5 Milliarden DM.

Für die geplante Technische Hochschule in Dortmund sind bis 1976 rund 1,44 Milliarden DM veranschlagt, davon 1,15 Milliarden DM für Bau und Erstausrüstung.

Die Medizinische Akademie Düsseldorf erfordert bis 1975 etwa 340 Millionen DM.

Das II. Klinikum der Ruhr-Universität in Essen wird mit 65 Millionen DM bis zum Jahre 1971 veranschlagt.

Für die Medizinische Akademie in Aachen ist bis zum Jahre 1975 mit einem Aufwand von 317 Mill. DM zu rechnen, der sich allerdings verringert, falls nicht eine selbständige Medizinische Akademie, sondern eine Medizinische Fakultät an der Technischen Hochschule in Aachen eingerichtet wird. Für diese Lösung sprechen nach Ansicht des Rektors der TH Aachen zahlreiche praktische und wissenschaftliche Gesichtspunkte.

Ferner enthält die Rechnung der Landesregierung noch die Aufwendungen für den Ausbau der Pädagogischen Hochschulen, die bis zum Jahre 1970 mit 202 Millionen DM angegeben werden.

API

München – größte Universität

Unter den 17 Universitäten im Bundesgebiet, ohne Berlin-West, mit ihren insgesamt 176 759 Studierenden, war, wie das Bayerische Statistische Landesamt mitteilt, im Wintersemester 1962/63 die Münchener Universität mit 23 112 Studierenden (13,1 Prozent) die größte. Die Universität Erlangen-Nürnberg stand mit 9675 Studierenden (5,6 Prozent) an neunter, die Universität Würzburg mit 7411 Studierenden (4,2 Prozent) an zwölfter Stelle. Die Technische Hochschule München war nach der in Aachen die zweitgrößte der sieben Technischen Hochschulen der Bundesrepublik; an ihr waren 7951 (17,1 Prozent von insgesamt 45 970) eingeschrieben. Die Akademie der bildenden Künste in München hatte unter den neun gleichartigen Hochschulen mit 731 Studierenden (27,8 Prozent) den größten Anteil an den insgesamt 2621 Kunststudierenden zu verzeichnen. Die Nürnberger Akademie befand sich mit 183 Studierenden (7 Prozent) an sechster Stelle. Die Hochschule für Musik in München war nach Köln und Hamburg die drittgrößte unter den 13 deutschen Musikhochschulen; sie wurde von 474 (12,5 Prozent) der insgesamt 3978 Studierenden besucht.

h/S

Die Universität Wien rüstet zum Jubiläumsjahr 1965

in dem die Alma mater Rudolphina, die älteste bestehende Universität des deutschsprachigen Raumes, ihre 600-Jahr-Feier abhalten wird. Die Hauptfeierlichkeiten sind für den 24.—26. Mai 1965 anberaumt.

Wiedererrichtung einer Universität in Salzburg

Nachdem die Wiedererrichtung einer Universität in Salzburg durch österreichisches Bundesgesetz vom Juli 1962 beschlossen worden ist, gliedert sie sich vorläufig in eine Katholisch-Theologische und eine Philosophische Fakultät. Der Zeitpunkt, in dem dieser Universität auch eine Rechts- und Staatswissenschaftliche bzw. eine Medizinische Fakultät angegliedert werden wird, wird durch besondere Bundesgesetze bestimmt.

Die Geisteswissenschaftliche Abteilung der Philosophischen Fakultät wird in einem stufenweisen Aufbau innerhalb von 3 Jahren aufgebaut. In der ersten Aufbaustufe des Studienjahres 1963/64 werden folgende Lehrkanzeln errichtet: Philosophie, Pädagogik, Geographie, Geschichte, Germanistik, Anglistik.

Die Berufung der Ordinarien steht unmittelbar vor dem Abschluß, so daß sie noch im Wintersemester 1963/64 mit dem Aufbau ihrer Institute und ihren Vorlesungen beginnen können. Es besteht begründete Aussicht, daß auch bereits in dieser ersten Aufbaustufe eine Lehrkanzel für Staatsphilosophie errichtet wird.

RECORSAN®

RECORSAN-LIQUID c. Rutin
zur Crataegus – Kombinationstherapie des Altersherzens

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

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

Das Österreichische Krebsforschungsinstitut

das im Mai 1963 eröffnet wurde, konnte in diesem Sommersemester sein 10jähriges Bestehen feiern. Obwohl die Pläne dazu bereits 1914 fertig und die Finanzierung gesichert waren, konnte infolge des 1. Weltkrieges und der folgenden Geldentwertung erst 1951 von öffentlichen Stellen und Verbänden neues Kapital aufgebracht werden. Mit einer biochemischen und einer experimentell-pathologischen Laborgruppe, einer Bibliothek und mit Räumen für die zu Versuchszwecken benötigten Kleintiere wurde begonnen. 1958/59 kamen Laborgruppen für experimentelle Biologie, Isotopenforschung und Gewebezüchtung hinzu.

Der gegenwärtige Forschungsstab unter der Leitung von Professor Wolfgang Denk widmet sich speziellen Aufgaben auf den Gebieten der Stoffwechseluntersuchung an Krebszellen, Experimenten zur Ermittlung neuer diagnostischer und therapeutischer Methoden der Differenzierungsmöglichkeit von Tumorzellen und der medikamentösen Krebsbehandlung. Die chemo-therapeutischen Forschungen haben zur Zusammenarbeit mit 20 Kliniken und Krankenabteilungen geführt, in denen Chemo-Therapie in Kombination mit der Operation oder Strahlenbehandlung zur Verhütung von Rückfällen durchgeführt wird. Weitere Arbeiten beschäftigen sich mit Fragen des Berufskrebses, mit den Einflüssen von Umweltfaktoren und Lebensgewohnheiten auf die Krebsentstehung sowie die Krebssterbestatistik. Bisher sind in dem Institut über 100 wissenschaftliche Arbeiten fertiggestellt worden.

Mieten der öffentlich geförderten Wohnungen

Am 1. November 1963 tritt in den weißen Kreisen zusammen mit der allgemeinen Mietpreisfreigabe auch der § 3 des Wohnungsbindungsgesetzes in Kraft. Dieser sieht vor, daß in den weißen Kreisen auch die Mieten der öffentlich geförderten Wohnungen, soweit sie bisher unwirtschaftlich waren, auf die Kostenmiete nach der Zweiten Berechnungsverordnung angehoben werden können. Dabei verbleibt es natürlich bei den ursprünglichen Bau- und Grundstückskosten. Der Bauherr kann aber Kostenansätze, die ihm seinerzeit infolge der ungünstigen Lage bei der Bewilligung der öffentlichen Baudarlehen und der Festsetzung der Richtsatzmiete nicht zuerkannt werden konnten, nachholen. Es handelt sich vor allem um die Nachholung einer zu geringen Verzinsung der Eigenleistung oder eines zu geringen Ansatzes der Bewirtschaftungskosten (Instandhaltungskosten, Betriebskosten, Abschreibung, Mietausfallwagnis, Verwaltungskosten). Insgesamt soll aber durch die Umstellung der bisherigen Richtsatzmiete auf die Kostenmiete nach der Zweiten Berechnungsverordnung keine größere Mieterhöhung als höchstens 25 v. H. eintreten. Die derzeitige Miete der Richtsatzmietewohnungen in den weißen Kreisen liegt etwa bei 1,20 DM für den Quadratmeter Wohnfläche monatlich oder etwas darüber; in den meisten Fällen jedoch eher darunter. Eine Mieterhöhung von nicht mehr als 25 v. H. kann also in der Regel nur zu Mieterhöhungen von 0,20 bis 0,30 DM je qm Wohnfläche monatlich führen.

Nach § 3 des Wohnungsbindungsgesetzes haben die zuständigen Behörden, d. s. in Bayern die Bewilli-



gungsstellen bei den Regierungen und den Städten München, Nürnberg, Würzburg und Augsburg, den Übergang von der Richtsatzmiete zur Kostenmiete auf Grund eines Antrags des Vermieters ausdrücklich zuzulassen. Diese Zulassung bedeutet nicht, daß in allen Fällen eine Mieterhöhung von 25 v. H. erfolgen kann, sondern nur, daß der Übergang zur Kostenmiete äußerstenfalls in dieser Höhe begrenzt ist. Zur vertraglichen Durchsetzung der Mieterhöhung hat der Vermieter dem Mieter noch eine Erklärung nach § 18 des Ersten Bundesmietengesetzes zu senden und darin den Betrag der Mieterhöhung zu berechnen. Dabei kann er sich der Zusatzberechnung nach § 39a der Zweiten Berechnungsverordnung bedienen. Der Mieter ist in der Lage, Mieterhöhungen zurückzuweisen, welche nicht der tatsächlichen Kostenmiete entsprechen. Die Entscheidung hierüber obliegt den ordentlichen Gerichten; doch sind auch die Bewilligungsstellen für öffentliche Baudarlehen verpflichtet, bei Beanstandungen die Wirtschaftlichkeitsberechnung eines Vermieters öffentlich geförderter Wohnungen nachzuprüfen.

Auch nach dem Übergang zur Kostenmiete der Zweiten Berechnungsverordnung wird sich also die Miete der in der Zeit von 1948 bis 1. Januar 1957 öffentlich geförderten Wohnungen in der Regel nicht über 1,50 DM je qm Wohnfläche monatlich, in den meisten Fällen aber wesentlich darunter, bewegen und damit noch beträchtlich unter den Mieten liegen, welche auf Grund der gestiegenen Baupreise für die öffentlich geförderten Wohnungen des Jahres 1963 zu zahlen sind. Mieter, denen es schwer fällt, die erhöhte Miete zu tragen, haben Anspruch auf Wohnbeihilfen nach dem Wohnbeihilfengesetz.

Die Mieterhöhungen nach § 3 des Wohnungsbindungsgesetzes können frühestens durch Erklärung nach § 18 des Ersten Bundesmietengesetzes ab 1. November 1963 zum 1. Dezember 1963 gefordert werden.

RUNDSCHAU

Ärzte in Paragraphenschlinge. („Salzburger Nachrichten“, 9. 11. 1963): Seit 1956 verhandelten Ärztekammer und Sozialministerium über die Novellierung des Ärztegesetzes. Ein halbes Dutzend Entwürfe wechselten zwischen Ministerium und Kammer. Der letzte Entwurf dieser Verhandlungsphase stammte aus dem April 1961, der Gegenvorschlag der Ärztekammer wurde im Oktober 1961 überreicht. Dann kam der „Wiener Ärztektrug“, der Vorstoß der Wiener Landesregierung beim Verfassungsgerichtshof, dessen Erkenntnis — und eine Kehrtwendung des Sozialministeriums. Im Oktober d. J. knallte dieses einen Gesetzesentwurf auf den Tisch, der alle bisherigen Verhandlungsergebnisse und alle Vorschläge der Ärztekammern übergibt, wenn nicht geradezu in ihr Gegenteil verkehrte. Da der Verfassungsgerichtshof — wir berichten untenstehend in unserer Meldung aus Graz darüber — für die Novellierung eine Frist gesetzt hat, sieht das Sozialministerium offenbar seine Stunde gekommen.

Die Ärzte sind in der Paragraphenschlinge. Ihrer gesetzlichen Ständevertretung soll, was z. B. bei den Rechtsanwälten selbstverständlich ist, die Führung der Berufslisten entzogen werden. Auch die Disziplinargerichtsbarkeit will man ihren Kammern entziehen. Das will jenes Sozialministerium, dessen Chef so viel von den Arbeiterkammern hält, deren Präsident es sich erst dieser Tage in Zusammenhang mit dem Opernkonflikt sehr verboten hat, daß einem Betriebsrat auch nur das winzigste Rechtchen entzogen würde!

Bewegt sich das Ministerium in diesen Fragen noch gedeckt im Paragraphenschlingel, so tritt es mit seiner Neukonstruktion der Österreichischen Ärztekammer auf die baumlose Fläche des politischen Machtkampfes. Denn zu diesen, von den Ärzten bereits 1961 abgelehnten und mit einem Gegenentwurf beantworteten Änderungen, ist nicht der geringste sachliche Grund zu finden. Es ist deshalb kein Wunder, daß das Sozialministerium in den Verdacht gerät, nichts anderes zu bezwecken, als die Ständevertretung der Ärzte zu entmachten. In wessen Interesse wohl? htp

Ärzte zum Kampf für Kammerautonomie bereit. („Salzburger Nachrichten“, 9. November 1963.) Graz (SN): Eine Vollversammlung der steirischen Bezirksärztevertreter wurde vom Präsidium der Ärztekammer über den vom Sozialministerium ausgearbeiteten Entwurf einer Novellierung des Ärztegesetzes, der Ende Oktober mit einer Begutachtungsfrist bis 22. d. M. ausgeschickt worden ist, informiert. Das Präsidium der steirischen Ärztekammer bat die Versammlung, den steirischen Ärzten den Ernst der Situation darzustellen. Mit Empörung nahmen die Bezirksärztevertreter zur Kenntnis, daß der Novellierungsentwurf die Autonomie der Ärztekammern und ihre Vertretungsbefugnis beschränken will. Die Bezirksärztevertreter, denen sich auch die Vertreter der Fachärzte und der Zahnärzte angeschlossen, kamen überein, an den Rechten ihres Standes und ihrer Selbstverwaltung nicht rütteln zu lassen. Sie versicherten dem Kammerpräsidium, auch zu Kampfmaßnahmen bereit zu sein.

Durch drei Erkenntnisse des Verfassungsgerichtshofes vom 17. Oktober 1962 und vom 27. März d. J. ist das Sozialministerium verpflichtet, bis 29. Februar 1964 das Ärztegesetz in einigen Punkten — Führung der Ärztelisten durch die Ärztekammern, Disziplinarverfahren — zu novellieren, weil der Verfassungsgerichtshof auf An-

trag der Wiener Landesregierung diese Bestimmungen aus formalen Gründen aufgehoben hat; entgegen dem Wiener Antrag, der im Zuge des seinerzeitigen turbulenten Wiener Ärztekongresses gestellt worden war, hatte der Verfassungsgerichtshof allerdings die Verfassungsmäßigkeit der Österreichischen und der Länders-Ärztekammern ausdrücklich festgestellt. Die Aufhebung der genannten Bestimmungen erfolgte nur deshalb, weil eine formelle Verfassungsbestimmung fehlt, die die Ärztekammern „mit Aufgaben nach Art. 10 B-VG betraut“; Art. 10 erklärt das Gesundheitswesen in Gesetzgebung und Vollziehung zur Bundessache, dem die Führung der Ärztelisten durch die nach Art. 11 (Gesetzgebung Bundessache, Vollziehung Landessache) eingerichteten Landes-Ärztekammern widerspricht. Statt nun, wie die Ärzte, auf etliche Verfassungsvorbilder verweisend, verlangen, die Führung der Ärztelisten durch die Landeskammern mit einer Verfassungsbestimmung zu fundieren, entzieht der Ministerialentwurf den Ärztekammern diese Selbstverwaltungsaufgabe und weist sie der politischen Behörde Landeshauptmann zu. Ebenso verfuhr das Ministerium im Disziplinarverfahren, deren alte Bestimmungen vom Verfassungsgerichtshof aufgehoben worden sind, weil es verfassungswidrig ist, die erste Instanz auf Landesebene und den Berufungssenat auf Bundesebene zu installieren. Entgegen dem Verlangen der Ärztekammer, die Sanierung so vorzunehmen, daß der Disziplinarrat bei der Landeskammer bleibt und als Berufungsinstanz ein Senat beim Landeshauptmann, wenn das Ministerium wünsche, sogar eine dritte Instanz in Form einer unabhängigen Kommission beim Sozialministerium eingerichtet werde, will der Ministerialentwurf das Disziplinarverfahren völlig zentralisieren: erste Instanz bei der Österreichischen Ärztekammer, zweite beim Ministerium.

Als komplett sehen die Ärzte die völlige Aushöhlung ihrer Ständevertretung durch die im Entwurf des Sozialministeriums vorgesehene neue Konstruktion der Österreichischen Ärztekammer an, die von den Landeskammern getrennt werden soll.

Ärzte und Kassen in Frankreich (Alfred Frisch in „Südd. Ztg.“, München, 18. 10. 1963): Die französische Regierung spielt mit dem Gedanken, die Sanierung des finanziell notleidenden Sozialversicherungssystems mit einer schrittweisen Entrechtung der Ärzte, die ihre bisherige Freiheit einbüßen sollen, zu verbinden. Während langer Jahre durften die französischen Ärzte ihre Honorare frei bestimmen — ohne Rücksicht auf die Rückzahlungssätze der Sozialversicherung. Als nach und nach diese Rückvergütung fast nur noch symbolisch wurde, entstand natürlich die Forderung nach einer Verbesserung der Leistungen der Kassen im Geiste sozialer Gerechtigkeit. Daraufhin wandte sich der Staat an die Ärzte mit der Aufforderung, sich an vereinbarte Honorare zu halten, damit sich regelmäßig der Rückvergütungssatz der Kassen auf 80 Prozent der Auslagen der Patienten beläuft. In den einzelnen Departements sollten die Ärzte mit den Kassen in diesem Sinne eine Art von Kollektivverträgen abschließen. Dort, wo sie nicht zustande kamen, waren individuelle Vereinbarungen zulässig.

Bisher haben sich rund vier Fünftel der Ärzte diesem neuen Verfahren unterworfen, hauptsächlich, weil sie zur Erhaltung ihrer wirtschaftlichen Existenz gezwungen waren, denn die Patienten von unabhängig bleibenden Ärzten dürfen nur mit den alten bescheidenen Rückvergütungssätzen rechnen.

In der Ärzteschaft erregte dieses Verfahren jeden-

Lyobalsam[®]

★
Percutanes
Expectorans
und Inhalat

»NEOS«-DONNER KG · 1 BERLIN 36

falls starke Unzufriedenheit. Man spricht mehr und mehr von einer Bedrohung der freien Medizin. Nicht wenige Ärzte unterliegen der Versuchung, diese Kasernenpatienten, die ihnen verhältnismäßig wenig einbringen, sehr schnell abzufertigen.

Die Sozialversicherung steht ihrerseits einem schwierigen Problem gegenüber, weil die Ärzte dazu übergehen, die Patienten häufiger kommen zu lassen. Außerdem werden — großzügiger als bisher — schon im Interesse der beschleunigten und risikolosen Abfertigung, Arbeitsunterbrechungen bewilligt. — Andererseits gibt es jetzt auch schon in Arbeiterkreisen Patienten, die gingen nicht mehr zu den „gebundenen Ärzten“, sondern wollten sich von einem freien Arzt, dem sie größeres Vertrauen entgegenbrächten, behandeln lassen.

Der Staat ging in der Zurückdrängung der freien Medizin vor kurzem noch einen Schritt weiter, indem er den nicht gebundenen Ärzten die Behandlung von Patienten in den mit der Sozialversicherung vertraglich verbundenen Privatkliniken untersagte. Auf diese Weise will man auf die Ärzte weiteren Druck ausüben, damit sie sich möglichst restlos den Regeln der Sozialversicherung unterwerfen.

Die Sozialversicherung selbst ist dem doppelten Druck einer mit ihren Leistungen chronisch unzufriedenen Mitgliedschaft und ihres fast ebenso chronischen Fehlbetrages ausgesetzt. Das finanzielle Gleichgewicht konnte bisher nur dadurch hergestellt werden, daß man die Überschüsse der Familienkassen zur Deckung der Fehlbeträge der Kranken- und Invalidenversicherung verwandte. Voraussetzung hierfür war eine sehr vor-

sichtige Behandlung der Familienzulagen, die schon seit Jahren der Kaufkraft und Preisentwicklung nicht ausreichend angepaßt werden. Künftig entsteht ein weiteres Loch durch die schrittweise sich auswirkende Altersversicherung, die angesichts der französischen Bevölkerungspyramide eine erhebliche Belastung darstellt. Für 1964 scheint man die Krankenversicherung dadurch zu retten, daß man die Mutterschaftversicherung, die rund 500 Mill. NF kostet, auf die Familienkassen abwälzt. Von 1965 an dürfte man sich jedoch mit diesen Balanceakten nicht mehr helfen können. Für dieses Jahr wird ein Gesamtfehlbetrag von 2,5 Md. NF erwartet. — Man erwägt daher, die Sozialversicherung wenigstens teilweise durch Steuern finanzieren zu lassen. Der erwogene Plan ist recht einfach: Man verringert die Unternehmerbeiträge etwa um die Hälfte und erhöht die Umsatzsteuer, um auf diese Weise dem Sozialversicherungssystem eine zusätzliche und regelmäßige Einnahme zu sichern. Nur ist man sich über die Rückwirkungen einer derartigen Reform auf das Preisgefüge noch nicht ganz klar; allgemein wird eine Verschärfung der in Frankreich stets vorhandenen Inflationstendenz befürchtet, weshalb man die ganze Angelegenheit mit äußerster Vorsicht behandelt, allerdings auch im Bewußtsein, daß sich das Land einen Zusammenbruch seines Sozialversicherungssystems schon aus politischen Gründen nicht leisten kann. Eine vernünftige Lösung würde wahrscheinlich eine neue Art der Zusammenarbeit zwischen Kassen und Ärzten voraussetzen, denn zweifellos wird zur Zeit mit Medikamenten und Krankenscheinen viel Mißbrauch getrieben. (Fortsetzung auf Seite 937)

Die Sterbefälle in Bayern im Jahre 1962 nach Todesursachen, Alter und Geschlecht

(Bayer. Statistisches Landesamt)

Nr. 1)	Todesursache	Sterbefälle				
		männlich	weiblich	insgesamt		
				Zahl	auf 100 000 d. Bev.	auf 100 Gestorbene
00-03	Tuberkulose	1 140	373	1 513	15,6	1,4
00,01	dav. Tuberkulose der Atmungsorgane	1 062	328	1 420	14,7	1,3
02,03	Tuberkulose sonstiger Organe	48	45	93	1,0	0,1
20-24	Bösartige Neubildungen	10 405	10 536	20 941	216,6	19,2
21	dar. der Verdauungsorgane	5 984	5 589	11 573	119,7	10,6
22	der Atmungsorgane	2 173	425	2 598	26,9	2,4
23	der Brustdrüse sowie der Harn- und Geschlechtsorgane	1 439	3 520	4 959	51,3	4,5
37,40-49	Herz-, Gefäß- und Kreislaufkrankheiten	21 548	23 452	45 000	465,4	41,2
371	dar. Gehirnblutung und sonstige Gefäßstörungen des Zentralnervensystems	5 732	7 787	13 519	139,8	12,4
42-45	Herzkrankungen	11 943	10 354	22 297	230,6	20,4
422,432,452	dar. Herzmuskelerkrankungen	3 749	5 062	8 811	91,1	8,1
455	Erkrankungen der Herzkranzgefäße	6 643	3 633	10 276	106,3	9,4
52	Grippe	420	632	1 052	10,9	1,0
53,844	Pneumonie	1 286	1 366	2 652	27,4	2,4
75-77	Komplikationen in der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett	-	146	146	81,0 ²⁾	0,1
891,892	Altersschwäche mit und ohne Geistesstörung	1 596	2 601	4 197	43,4	3,8
90-96	Unfälle aller Art	3 374	1 483	4 857	50,2	4,4
901	dar. Kraftfahrzeugunfälle	1 848	549	2 397	24,8	2,2
97	Selbstmord	1 075	605	1 680	17,4	1,5
	Sterbefälle insgesamt	55 846	53 436	109 282	1 130,2	100

1) Nr. des deutschen Todesursachenverzeichnisses 1958; zweistellige Ziffer = Hauptgruppe, dreistellige Ziffer = Untergruppe. 2) Auf 100 000 Lebendgeborene.

Die Sterbefälle 1962 nach Todesursachen,

Nr. 1)	Todesursache	Gestorbene männliche Personen					
		ins- gesamt	davon im Alter				
			0	1	5	15	30
			bis unter				
		1	5	15	30	45	
0-1	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	1 445	48	51	20	27	141
00-03	dar. Tuberkulose	1 140	-	6	3	16	122
00,01	dar. der Atmungsorgane	1 092	-	-	-	13	116
151,152	Übertragbare Kinderlähmung	5	-	-	-	1	2
2	Neubildungen (Tumoren)	11 631	13	38	51	128	329
20-24	dar. Bösartige Neubildungen	10 405	3	13	15	71	233
212	dar. des Magens	3 494	1	-	1	8	66
22	der Atmungsorgane	2 173	-	3	-	8	34
23	der Brustdrüse sowie der Harn- und Geschlechtsorgane	1 439	1	5	1	20	34
253	Leukämie und Aleukämie	290	2	12	19	18	25
3	Allergische Krankheiten, Stoffwechsel- und Ernährungs- krankheiten, Störungen der inneren Sekretion, Psychoosen, Psychosen und Persönlichkeitsstörungen, sowie Krank- heiten des Nervensystems	8 978	86	52	39	97	179
301	dar. Asthma bronchiale	790	-	-	-	4	10
371	Gehirnblutung und sonstige Gefäßstörungen des Zentralnervensystems	5 732	4	5	-	7	52
372	Cerebralsklerose	1 041	-	-	-	-	1
4	Krankheiten des Kreislaufsystems	14 775	11	4	6	77	350
42-45	dar. Herzerkrankungen	11 943	10	3	2	67	315
422,432,452	dar. Herzmuskelerkrankungen	3 749	4	-	1	8	25
455	Erkrankungen der Herzkranzgefäße	6 643	-	-	-	26	207
46	Bluthochdruck	536	1	-	1	3	12
481	Allgemeine Arteriosklerose	1 689	-	-	-	-	1
5	Krankheiten der Atmungsorgane	3 461	289	66	12	37	48
52	dar. Grippe	420	22	13	4	11	10
53	Pneumonie der Personen im Alter von 4 Wochen und darüber	1 222	193	30	1	17	12
6	Krankheiten der Verdauungsorgane	3 602	79	58	27	75	191
63	dar. Blinddarmentzündung	214	2	17	15	22	21
67	Krankheiten der Leber	1 465	3	-	1	12	69
7	Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane, Komplikatio- nen in der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochen- bett, Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes	1 983	5	3	7	36	71
75-77	dar. Komplikationen in der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett	-	-	-	-	-	-
8	Krankheiten der Knochen und Bewegungsorgane, angeborene Mißbildungen, besondere Krankheiten der frühesten Kind- heit, Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe, Krankheiten der Sinnesorgane, Altersschwäche, sowie mangelhaft bezeichnete Krankheiten und Todesursachen	5 444	2 659	55	29	39	66
891,892	dar. Altersschwäche mit und ohne Geistesstörung	1 596	-	-	-	-	-
9	Unfälle, Vergiftungen und Gewalteinwirkungen (nach äußeren Ursachen)	4 527	48	179	195	1 133	675
90-96	dar. Unfälle aller Art	3 374	44	176	184	899	450
97	Selbstmord und Selbstbeschädigung	1 075	-	-	6	225	206
	Sterbefälle insgesamt	55 846	3 238	506	386	1 649	2 060

1) Nr. des deutschen Todesursachenverzeichnisses 1958; einstellige Ziffer = Obergruppe, zweistellige Ziffer = Hauptgruppe, dreistellige Ziffer = Untergruppe.

Alter und Geschlecht

von Jahren			Gestorbene weibliche Personen									Nr. 1)
45	60	70 und mehr	ins- gesamt	davon im Alter von Jahren								
				0	1	5	15	30	45	60	70 und mehr	
60	70	bis unter										
			1	5	15	30	45	60	70			
437	417	304	629	34	36	15	23	68	119	138	196	0-1
376	360	257	373	3	2	3	15	50	78	93	129	00-03
368	350	245	328	1	-	-	13	43	71	84	116	00, 01
-	2	-	5	-	-	-	1	1	3	-	-	151, 152
2 339	3 857	4 876	11 736	13	35	44	112	620	2 634	3 206	5 072	2
2 024	3 518	4 528	10 536	2	8	18	64	509	2 348	2 938	4 649	20-24
603	1 136	1 679	3 000	-	-	-	7	58	392	784	1 759	212
601	970	557	425	1	-	1	4	18	97	135	169	22
170	397	811	3 520	1	3	3	22	303	1 191	967	1 030	23
78	64	72	260	4	22	14	22	23	67	53	55	253
942	1 953	5 630	11 646	65	38	35	78	182	838	2 134	8 276	3
111	265	400	432	-	1	1	3	10	50	99	268	301
519	1 225	3 920	7 787	4	1	-	9	56	450	1 414	5 853	371
17	133	890	1 415	-	-	-	1	3	12	108	1 291	372
2 419	4 010	7 898	14 250	9	8	3	47	224	1 054	2 609	10 296	4
2 218	3 527	5 801	10 354	9	4	3	37	183	882	2 092	7 144	42-45
329	808	2 574	5 062	6	3	-	1	27	225	741	4 059	422, 432, 452
1 572	2 269	2 569	3 633	-	-	1	18	54	380	992	2 188	455
76	150	293	818	-	-	-	1	8	60	194	555	46
33	170	1 485	2 112	-	-	-	-	-	10	99	2 003	481
310	715	1 984	3 203	201	56	12	26	46	142	445	2 355	5
25	56	279	632	19	11	4	9	3	21	89	476	52
94	181	694	1 328	136	30	4	10	21	59	183	885	53
864	1 005	1 303	2 937	68	27	24	44	110	461	713	1 490	6
46	52	39	188	1	7	14	13	17	42	40	54	63
407	481	492	861	4	1	1	6	33	149	211	456	67
197	329	1 335	1 055	10	6	7	85	154	204	220	379	7
-	-	-	146	-	-	-	52	91	3	-	-	75-77
208	311	2 077	5 761	1 908	62	30	39	41	145	267	3 269	8
1	20	1 575	2 601	-	-	-	-	-	1	23	2 577	891, 892
991	575	731	2 129	44	108	66	235	226	380	296	774	9
646	384	591	1 483	38	101	61	155	91	163	185	689	90-96
318	183	137	605	-	-	3	71	129	212	106	84	97
8 707	13 172	26 138	53 436	2 352	376	236	689	1 671	5 977	10 028	32 107	

Säuglingssterblichkeit 1962

Todesursache (Nr. des deutschen Todesursachenver- zeichnisses 1959)	Gestorbene Säug- linge insgesamt		davon starben im Alter von							
	Zahl	auf 1 000 Lebend- ge- borene	0 bis unter 1 Tag		1 bis unter 7 Tagen		7 bis unter 28 Tagen		28 Tagen bis unter 1 Jahr	
			Zahl	auf 1 000 Lebend- ge- borene	Zahl	auf 1 000 Lebend- ge- borene	Zahl	auf 1 000 Lebend- ge- borene	Zahl	auf 1 000 Lebend- ge- borene
Frühgeburt (852) ..	1 588	8,8	1 123	6,2	341	1,9	77	0,4	47	0,3
Angeborene Lebens- schwäche (851) ..	303	1,7	217	1,2	56	0,3	18	0,1	12	0,1
Angeborene Mißbil- dungen (830-839) ..	752	4,2	188	1,0	139	0,8	146	0,8	279	1,6
Geburtsverletzungen (841) ..	515	2,9	304	1,7	165	0,9	33	0,2	13	0,1
Lungenentzündung (531,533,538,844)	431	2,3	19	0,1	42	0,2	41	0,2	329	1,8
Entzündliche Darw- krankheiten und chron. Ernährungs- störungen (661,843,847) ..	211	1,2	-	-	4	0,0	34	0,2	173	1,0
Alle übrigen Todes- ursachen ..	1 790	9,9	701	3,9	229	1,3	140	0,8	720	3,9
Insgesamt	5 590	31,0	2 552	14,1	976	5,4	489	2,7	1 573	8,8

Tödlich Verunglückte 1961 und 1962 nach Alter und Geschlecht

Altersgruppe in Jahren	Tödlich Verunglückte											
	männlich				weiblich				zusammen			
	Zahl		auf 100 000 Personen 1)		Zahl		auf 100 000 Personen 1)		Zahl		auf 100 000 Personen 1)	
	1961	1962	1961	1962	1961	1962	1961	1962	1961	1962	1961	1962
Durch Unfälle aller Art (90 - 96) 2)												
0 bis unter 20 ..	654	642	46,3	45,4	257	264	19,0	19,5	912	906	32,9	32,8
20 " " 25 ..	442	413	105,6	98,7	49	55	12,0	13,5	491	468	59,4	56,6
25 " " 30 ..	230	249	74,0	77,1	33	36	10,5	11,5	271	284	42,6	44,7
30 " " 40 ..	328	317	56,0	54,1	59	55	8,4	7,8	387	372	30,0	28,8
40 " " 50 ..	203	281	60,4	59,9	78	81	12,1	12,6	361	362	32,4	32,5
50 " " 60 ..	506	498	86,5	85,2	125	118	17,2	16,2	631	616	48,1	47,0
60 " " 70 ..	403	384	104,5	99,6	194	185	35,5	33,9	597	569	64,1	61,1
70 " " 80 ..	343	353	178,2	183,4	350	314	120,4	108,1	693	667	143,5	138,1
80 und mehr ..	181	230	323,7	425,7	376	375	470,8	469,5	557	613	410,2	451,5
Insgesamt	3 370	3 374	76,3	76,3	1 521	1 483	30,0	29,3	4 899	4 857	51,6	51,2
Darunter durch Kraftfahrzeugunfälle (90I) 2)												
0 bis unter 20 ..	322	320	22,8	22,6	105	116	7,8	8,6	427	436	15,4	15,8
20 " " 25 ..	317	303	75,7	72,4	40	32	9,8	7,8	357	335	43,2	40,5
25 " " 30 ..	158	168	49,1	52,2	24	24	7,6	7,6	182	192	28,6	30,2
30 " " 40 ..	209	184	35,7	31,4	41	32	5,8	4,5	250	216	19,4	16,7
40 " " 50 ..	163	179	34,8	38,2	50	56	7,7	8,7	213	235	19,1	21,1
50 " " 60 ..	289	256	49,4	43,8	68	63	9,4	8,7	357	319	27,2	24,3
60 " " 70 ..	215	202	55,8	52,4	86	80	15,7	14,6	301	282	32,2	30,3
70 " " 80 ..	144	162	74,3	84,2	111	99	38,2	34,1	255	261	52,8	54,0
80 und mehr ..	56	74	100,2	132,4	40	47	50,1	58,8	96	121	70,7	89,1
Insgesamt	1 873	1 848	42,3	41,7	565	549	11,1	10,8	2 438	2 397	25,7	25,2

1) Gleichen Alters und Geschlechts. — 2) Nr. des deutschen Todesursachenverzeichnisses 1958.

Gesundheitssicherung: eine Forderung zeitgemäßer Sozialpolitik. Auszug aus einem Aufsatz von Prof. Dr. Ludwig Preller in „Soziale Sicherheit“, herausgegeben vom Deutschen Gewerkschaftsbund, Heft 9, September 1963. „Als die Gesundheitsministerin, Frau Dr. Elisabeth Schwarzhaupt, im Juni zu einer Intensivierung der Bemühungen um Gesundheit aufrief, zu einer aktiven Gesundheitspolitik also, wurde der Kundige an den beschämenden Ausspruch ihres Ministerkollegen Theodor Blank erinnert, der gelegentlich der ersten Lesung des Sozialpaketes im Januar dieses Jahres unter Beifall seiner Koalitionsfreunde sich gerührt hatte, in seinem Entwurf zu einer Krankenversicherungreform steckte kein Ansatzpunkt für einen staatlichen Gesundheitsdienst. Der dialektische Kniff dieses Ausspruches, sich gegen einen ‚staatlichen Gesundheits-Dienst‘ zu verwahren, obwohl diesen — etwa nach englischem Muster — buchstäblich kein Politiker in der Bundesrepublik fordert, kann nicht darüber hinwegtäuschen, daß der Minister nicht nur einen staatlichen Gesundheitsdienst, sondern — wie aus seinen vorhergehenden Worten klar hervorgeht — jegliche Gesundheitssicherung ablehnt.

Es stimmt deshalb auch nicht, wenn jemand auf die Gegenüberstellung der Äußerungen der Gesundheitsministerin und ihres Kollegen vom Arbeitsressort erwidern wollte, die eine habe das öffentliche Gesundheitswesen, der andere das individuelle Heilwesen gemeint. Beide sind nun einmal eng miteinander verzahnt: Was nämlich individuell zu heilen ist, sind unter anderem die persönlichen Folgen, vor allem auch der Mangel der öffentlichen Hygiene, des zunehmenden Lärms, des faulenden Wassers, des unmäßigen Staubes, der Überbeanspruchung der Augen durch Reklame und natürlich auch Fernsehen und Kino. Frau Schwarzhaupt hat deshalb auch unter anderem den Vorsorgeuntersuchungen besonderes Gewicht beigemessen, die dagegen im Blankschen Krankenversicherungsentwurf so stiefmütterlich bedacht sind. Es handelt sich um jene Vorsorgeuntersuchungen, die ich bereits 1954 im Bundestag gefordert habe — was bei Freund und Gegner weithin vergessen zu sein scheint —, und zwar mit dem ausdrücklichen Hinweis, daß mit ihnen die persönliche Verantwortung für die Erhaltung der eigenen Gesundheit zu wecken sei.

In der Tat ist hier die Klammer zwischen aller öffentlichen und privaten Gesundheitsförderung, zwischen allen Maßnahmen gegen die Verschlechterungen der Bedingungen zu gesundheitlichem Leben und jenem persönlichen Willen zur Gesundheit zu suchen, ohne den alles öffentliche Wirken für Gesundheit zu scheitern verdammt ist.

Vorsorgeuntersuchungen decken auf, welchen Gefahren der einzelne unter anderem durch die Unhygiene des öffentlichen Lebens ausgesetzt ist — aber sie weisen eben diesen einzelnen zugleich darauf hin, daß ohne sein Mittun, ohne seinen aktiven ‚Willen zur Gesundheit‘ er diese weder erhalten noch wiedererlangen kann.

Wie töricht jener Stolz Theodor Blanks ist, nicht eine Gesundheitssicherung einführen zu wollen, hat vor kurzem — ohne ihn zu nennen oder auch nur mit dem Finger auf ihn zu weisen — sein ärztlicher Fraktionskollege, Bundestagsabgeordneter Dr. med. Gerhard Jungmann, indirekt, aber unmißverständlich bewiesen, als er den ‚Krankheitsbegriff der RVO‘ unter die Lupe nahm . . . Folgerichtig entwickelt Jungmann ein Schema für die Gesundheitspolitik, dessen Generalüberschriften das Wort ‚Krankheit‘ nicht mehr enthalten.

Von hier aus ist es nur noch ein konsequenter Schritt weiter zu meiner Forderung, anstelle der bisherigen ‚Krankheitsfolgenversicherung‘ eine ‚Gesundheitssicherung‘ zu setzen dadurch, daß als Versicherungsrisiko nicht mehr — wie bisher und wie wieder im § 165 des Entwurfs der Bundesregierung — die ‚Krankheit‘ erscheint, sondern der ‚Verlust der Gesundheit‘.

Der Krankheitsbegriff der Krankenversicherung ist, wie unter anderem nun auch Jungmann nachweist, nicht mehr zu halten . . .

Der Blickpunkt der Versicherungsreform muß also verändert werden: Nicht die Krankheit ist primär ins Auge zu fassen, sondern die Gesundheit; ihr sind die Versicherungsmaßnahmen einzuordnen. Juristische Einwände, die nicht selten mit der Begründung erhoben werden, der Begriff ‚Gesundheit‘ sei rechtlich nicht zu fassen (kann man dies denn etwa vom Begriff ‚Krankheit‘ behaupten?), müssen als gegenstandslos bezeichnet werden, nachdem Großbritannien bereits in seiner ersten Gesundheitssicherung, die der Liberale Lloyd George 1911 durchsetzte, die Arbeitnehmer ‚gegen den Verlust von Gesundheit‘ versichert hat.

Ich habe in meiner ‚Sozialpolitik‘, theoretische Ortung, nachzuweisen versucht, daß solcher Wandlung im Blickpunkt moderner zeitgemäßer Sozialpolitik vom Symptom (hier: der Krankheit) auf das Erstrebte hin (hier: die Gesundheit) die Wandlung entspricht. Jener Sozialpolitik nämlich, die sich nicht wie die frühere ‚klassische‘ Sozialpolitik damit begnügt, dort zu kurieren, wo ein — ‚Notstand‘ genanntes — Symptom auftritt, sondern die den Ursachen solcher Symptome nachspürt und diese zu beeinflussen trachtet. Ziel ist nun nicht mehr allein, Not zu lindern, Notständen zu begegnen, sondern Ziel ist, die Verursachung von Notständen und Not zu erkennen und diese Ursachen zu vermeiden. Moderne Sozialpolitik arbeitet somit nicht mehr von der Endstation Not aus, sondern die Ursachen aufspürend, ‚gestaltend‘: Die Not soll in ihren gesellschaftlichen und persönlichen Ursachen erkannt, und diese Ursachen sollen durch Gestaltung der gesellschaftlichen und persönlichen Verhältnisse bekämpft, bei ihrer denkbaren Entstehung bereits vermieden werden . . .

Wenn im akuten Falle des Sozialpaketes beziehungsweise der Reform der Krankenversicherung also derart moderne Sozialpolitik gefordert wird — nämlich Gesundheitssicherung statt Krankheitsversicherung —, so heißt dies beileibe nicht Utopien nachjagen. Schon auf die Ursache einwirkende, gestaltende Sozialpolitik ist das Erfordernis dieser zweiten Hälfte unseres Jahrhunderts. Sie befindet sich überall auf der Erde bereits lebhaft im Vormarsch, in Europa etwa von Skandinavien ausgehend. Was vom bundesdeutschen Arbeitsminister im Falle Reform der Krankenversicherung erwartet wird, ist sonach nicht einmal etwas Revolutionäres. Die Bundesregierung und die Abgeordneten des Bundestages werden lediglich ermahnt, das Wort von Bundeskanzler Dr. Adenauer in seiner Regierungserklärung von 1953 wahr zu machen, eine ‚umfassende Reform‘ der sozialen Verhältnisse herbeizuführen, und zwar nach den wissenschaftlich erkannten Maßstäben neuzeitlicher Sozialpolitik.“

Der Sozialbericht („Handelsblatt“, Dsdf., 7. 10. 1963): A. J. Die Regierung ist in ihren Entscheidungen unabhängig und frei. Wenn das anders wäre, würden nicht die Politiker, sondern die Professoren und Experten regieren — und zwar ohne politische Verantwortung. Diese Entscheidungsfreiheit ist ein wesentliches Element unserer Demokratie. Sie gilt auch für den Beschluß über die Anpassung der Sozialrenten, wo das Kabinett sich nicht den Empfehlungen des Sozialbeirats zur Beitragserhöhung angeschlossen hat. Der von der Bundesregierung jetzt vorgelegte Sozialbericht enthält die Begründung hierfür. Er soll gewissermaßen auch ein Dokument für die erwähnte Unabhängigkeit der Regierung sein. Wenn dem so ist, dann ist es gut. Beim Studium des Sozialberichts kommt der Leser aber leicht zu dem Eindruck, daß hier die Unabhängigkeit der Regierung gar nicht so sehr manifestiert ist. Ja, man hat das Gefühl, als ob ein Stück Opportunismus mitspielt, jener nämlich, der breiten Bevölkerung nicht die Wahrheit über unbequeme Wahrheiten zu sagen. Der Sozialbeirat hatte der Regierung vorgeschlagen, mit der Rentenanhebung gleichzeitig eine Erhöhung der Beiträge auf 15 Prozent zu verbinden, und zwar aus finanz- und konjunkturpolitischen Gründen. Das Kabinett bat sich jedoch anders entschieden — man möchte offensichtlich für die nächsten zwei Jahre politische Unannehmlichkeiten verhüten —, ob-

wohl der letzte Wirtschaftsbericht noch eine Zurückhaltung bei den Renten empfohlen hatte. Dabei weiß jeder, daß im zweiten Deckungsabschnitt erhebliche Beitragserhöhungen notwendig werden. Wenn man jetzt den Beitrag um 1 Prozent erhöhen würde, so bedeutet das eine Mehrbelastung von 1,5 Md. DM. Würde man aber mit Beginn des zweiten Deckungsabschnitts den Satz um 4 Prozent erhöhen, wie es in den ersten versicherungstechnischen Bilanzen als möglich hingestellt wurde, so würde sich die Mehrbelastung im ersten Jahr auf 7 Md. DM stellen. Ein solcher Sprung würde zu starken Reibungen führen und muß deshalb vermieden werden. Daß die Regierung vor diesen Dingen die Augen verschließt, ist einfach unbegreiflich.

Sozialpolitik aus einem Guß („Industriekurier“, 19. 10. 1963): Mit der Ankündigung einer Sozialenquete erkennt die neue Bundesregierung eine alte Forderung vieler Fachleute an, welche die Planlosigkeit sozialer Leistungsverbesserungen seit jeher korrigiert haben. Sie ist aber auch geeignet, der Kritik der Opposition zu begegnen, die dieses dem BMAuS um die Unterlassung gründlicher Untersuchungen mit wirtschaftlichen Methoden stets angekreidet hat.

Unter diesem Gesichtspunkt scheint auch die Zurückhaltung verständlich, die der Bundeskanzler in seinen Äußerungen zum „Sozialpaket“ übt. Er spricht hier lediglich von seinem Wunsch, daß die Beratungen über diese Gesetze bald befriedigend abgeschlossen werden. Der Arbeiter solle nach dem Wunsch der Bundesregierung im Krankheitsfall in gleicher Weise wirtschaftlich gesichert werden wie der Angestellte. Eine Formulierung, über deren Auslegung man sich streiten kann; denn die wirtschaftliche Sicherung des Arbeiters wäre bei einer versicherungsrechtlichen Lösung die gleiche wie bei einer sog. arbeitsrechtlichen Lösung (wenn nicht besser). Möglicherweise hat sich Erhard zu dieser vorsichtigen Formulierung veranlaßt gesehen, nachdem ihn sein Regierungspartner Mende noch am Vortag eindringlich darauf hingewiesen hatte, daß die FDP auf einer versicherungsrechtlichen Form der Lohnfortzahlung bestehe.

Zur Neuregelung der KrV wird nur die Schwierigkeit der Probleme betont, die sie aufwerfe. Vielleicht hat der Bundeskanzler das Gefühl, sie solle deshalb auch unter die Vorhaben fallen, die auf Grund seiner Sozialenquete in einer „Sozialpolitik aus einem Guß“ neu geordnet werden müßten. Mancher Parlamentarier und mancher Fachmann würde dies sicher begrüßen. Die wesentlichen Entscheidungen darüber sind allerdings nicht mehr Sache der Regierung: Den Fraktionen wird es nicht erspart bleiben, den Mut zur sachlich vernünftigen und politisch angemessenen Entscheidung selbst aufzubringen. Gelegenheit dazu ist schon am 21. 10.,

wenn die Koalitionsgespräche über das „Sozialpaket“ fortgesetzt werden.

Defizit in der DAK-Krankenversicherung („Deutsche Zeitung“, Köln, 8. 10. 1963): Ende 1962 hatte die Deutsche Angestellten-Krankenkasse, Hamburg, 2 147 085 Mitglieder, das waren 94 065 (i. V. 122 000) Mitglieder mehr als am Ende des Vorjahres. Der Anteil der DAK am gesamten Mitgliederbestand der Angestellten-Ersatzkassen erhöhte sich damit leicht auf 38,4 Prozent. Eine bemerkenswerte Entwicklung zeichnet sich bei der DAK im Verhältnis der Abgänge zu den Neuaufnahmen ab: Im Jahre 1960 machten die Abgänge nur 49,8 Prozent der Neuaufnahmen aus, 1961 dagegen 56,9 Prozent und 1962 sogar 68,3 Prozent. Die Kasse erklärt das in der Hauptsache damit, daß der Anteil der kürzer im Berufsleben bleibenden weiblichen Angestellten an den Neuaufnahmen von Jahr zu Jahr größer wurde. Größer geworden ist ferner die Quote der nichtversicherungspflichtigen Mitglieder... Die DAK kritisiert das jahrelange Verharren bei der Pflichtgrenze von monatlich 660 DM. Sie sagt, es gebe zwar Lobbyisten, die die gegenwärtige Grenze für angemessen hielten oder sogar behaupteten, sie greife der Kaufkraftentwicklung bereits voraus. Solche Behauptungen kommen aber nach Ansicht der DAK „bei den in der sozialen Wirklichkeit lebenden Angestellten schlecht an“.

Die Kasse schloß im Berichtsjahr in der reinen Krankenversicherung mit einem Defizit von 1,84 Mill. DM nach einem vorjährigen Überschuß von 3,74 Mill. DM. Die Einnahmen außerhalb der Krankenversicherung ergaben nach Abzug der entsprechenden Ausgaben einen Überschuß von 3,85 (4) Mill. DM. Insgesamt ist also das Ergebnis wesentlich schlechter als 1961, denn es minderte sich auf 2,02 (7,74) Mill. DM. Das Kapital der Kasse erhöhte sich dadurch auf 66,33 (84,31) Mill. DM. Die ungünstigere Entwicklung wird auch daran deutlich, daß die Versicherungsleistungen insgesamt um 17,8 (16,3) Prozent auf 724 Mill. DM stiegen, das bedeutet auf 92,7 (90,7) Prozent der Beitragseinnahmen. In der seit langem defizitären KrV der Rentner erhöhte sich der Fehlbetrag auf 20,2 (14,1) Mill. DM. Er errechnet sich aus einem reinen Einnahmen-Ausgaben-Vergleich und erhöht sich noch beträchtlich, wenn dieser Zweig mit den anteiligen Verwaltungskosten belastet wird.

Hinweis: Apotheker für Arzneimittelbremse („Südd. Ztg.“, München, vom 8. 10. 1963)...

Zum sozialpolitischen Teil der Regierungserklärung („Die Welt“, 19. 10. 1963: ... Auffallend war, daß Erhard zwar die einzelnen Teile des „Sozialpakets“ ansprach, es jedoch vermied, ein Junktim zwischen der Neuordnung der KrV, der Lohnfortzahlung für kranke Arbeiter und der Neuregelung des Kindergeldes herzustellen...

Bei allen
Erkrankungen
der
Atmungsorgane

Antibex[®]

SIMPLEX · FORTE · CUM EPHEDRINO

125 ccm enthalten
50 mg Dihydrokodein

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

14. Wissenschaftliche Ärztetagung in Nürnberg vom 13.—15. Dezember 1963

Tagungsort: Messehalle am Stadtpark.

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 Hauptthemen.

9.40—10.20 Uhr:

Prof. Dr. E. Letterer, Direktor des Patholog.-Anatom. Instituts der Universität Tübingen:

„Die Gerontologie aus morphologischer Sicht“

10.20—11.00 Uhr:

Prof. Dr. W. Schulte, Direktor der Universitätsnervenklinik Tübingen:

„Zum Selbsterleben des Alterskranken“

11.00—11.30 Uhr:

PAUSE zum Besuch der pharmazeutischen und medizinisch-technischen Industrie-Ausstellung.

11.30—12.10 Uhr:

Prof. Dr. L. Zukschwerdt, Direktor der Chirurgischen 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 Universitätsaugenklinik 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 medizinisch-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. Nikolowski, Direktor der Städt. Hautklinik 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 Universitätspoliklinik 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“

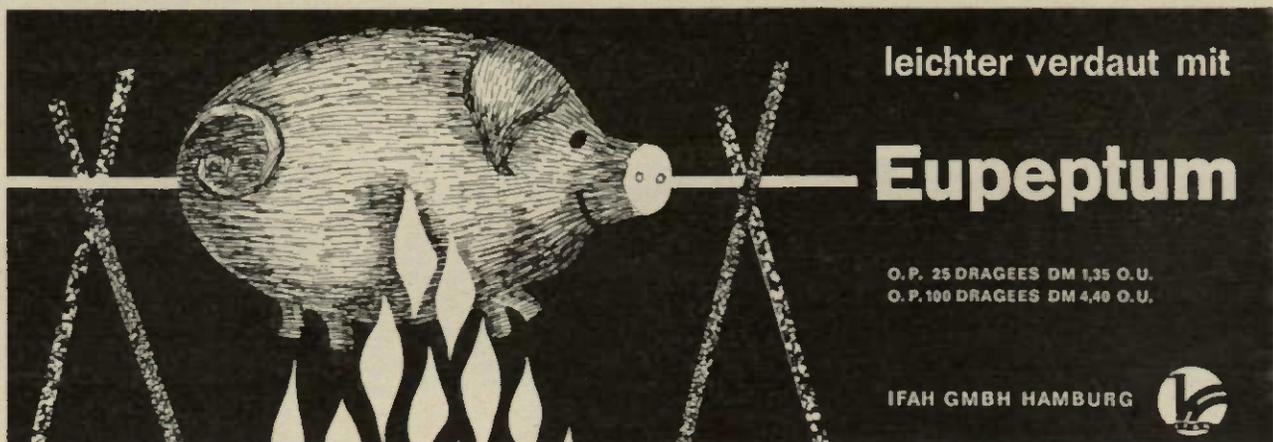
11.50—12.20 Uhr:

Prof. Dr. G. Heberer, Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik Köln:

„Chirurgische Möglichkeiten in der Hochdrucktherapie“

12.20 Uhr: Diskussion

MITTAGSPAUSE, Restaurant im Hause



leichter verdaut mit

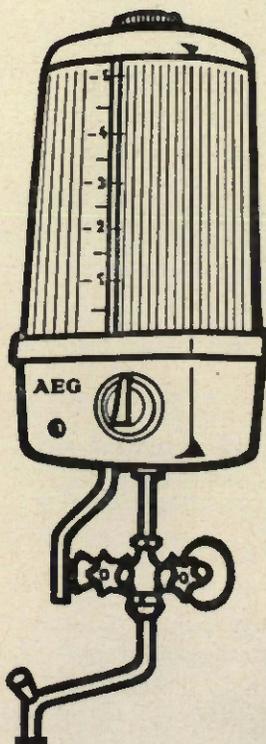
Eupeptum

O. P. 25 DRAGEES DM 1,35 O. U.
O. P. 100 DRAGEES DM 4,40 O. U.

IFAH GMBH HAMBURG



Überall gehört er hin...



Denn überall dort, wo schnell warmes, heißes oder kachendes Wasser gebraucht wird, ist der „AEG-Thermofix“ am richtigen Platz.

„AEG-Thermofix“ – das ist die moderne Art der Heißwasserbereitung: Wasser einlaufen lassen, Temperatur wählen, einschalten – und im Nu haben Sie die gewünschte Menge – einfacher geht es nicht! Einfachste Installation · stufenlose Temperaturwahl zwischen 35° und 85° C · Schaltstufe für kochendes Wasser · besonders wirtschaftlich durch Inhaltmarkierung von 1/2 bis 5 Liter. Empfohlener Preis 198,- DM einschl. Zuleitung und Spezialarmatur.

Und nach etwas:
Der AEG-Kundendienst ist immer für Sie da.

Das Kochendwassergerät „AEG-Thermofix“ erhalten Sie überall. Prospekte auch bei Einsendung untenstehenden Coupons.

AEG

Thermofix

Senden Sie mir bitte kostenlos Prospekte über AEG-Heißwassergeräte.

Name

Ort

Straße

An das
AEG-Heißwasser-
geräte-Werk,
Abt. GH 2
85 Nürnberg
Postfach 180

15.00—15.30 Uhr:

Prof. Dr. G. K r o n e b e r g, Pharmakologisches Institut der Farbenfabriken „Bayer“:

„Pharmakologie blutdrucksenkender Arzneimittel“

15.30—16.00 Uhr:

Dr. H. J. H o l t m e i e r, Medizinische Universitätsklinik Freiburg:

„Wirkung und Nebenwirkung der modernen Anti-hypertonia“

16.00—16.30 Uhr: PAUSE

16.30—17.00 Uhr:

Prof. Dr. H. H a g e r, Oberarzt der Universitäts-Augenklinik Tübingen:

„Ophthalmologische diagnostische Möglichkeiten bei der Hypertonie und Hypertoniebehandlung“

17.00—17.20 Uhr:

Dr. J. N o s s e n, 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. H e i m, Direktor des Pharmakologischen Instituts der Universität Erlangen-Nürnberg:

„Wirkungsmechanismen von Giften“

10.00—10.30 Uhr:

Prof. Dr. G. H i l l m a n n, 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. C l a r m a n n, leitender Arzt der toxikologischen Abteilung des Krankenhauses München rechts der Isar

„Gezielte Behandlungsmethoden bei akuten Vergiftungen“

11.40—12.10 Uhr:

Prof. Dr. O. H ö v e l s, Vorstand der Kinderklinik der Städt. Krankenanstalten Nürnberg:

„Soforthilfe bei Vergiftungen im Kindesalter“

12.10—12.30 Uhr:

Dr. H. L. S t a u d a c h e r, 2. Medizinische Klinik der Städt. Krankenanstalten Nürnberg:

„Notwendigkeit und Bewährung einer zentralisierten Vergiftungsstation“

12.30—12.40 Uhr:

Zur Diskussion aufgefordert:

Dr. K. A x m a c h e r, 2. Medizinische Klinik der Städt. Krankenanstalten Nürnberg:

„Therapie bei Pilzvergiftungen“

12.40 Uhr: Diskussion.

Wissenschaftliche Leitung: Prof. S c h u b e r t, Nürnberg, Städt. Krankenanstalten

Anschrift und Anmeldung:

Bayer. Landesärztekammer, München 23, Königinstr. 85

BUCHBESPRECHUNGEN

Deutscher Ärztekalendar 1964. Taschenbuch für die tägliche Praxis. 37. Jahrgang. Verlag: Urban & Schwarzenberg, München und Berlin, 718 Seiten, flexibler, lederartiger Einband, DM 9,60.

Mit dem Deutschen Ärztekalendar 1964 liegt nun der 37. Jahrgang dieses bekannten und bewährten Taschenbuches für die ärztliche Praxis vor.

Unter „Diagnostik und Therapie“ sind außer der „Diagnose und Therapie akuter Erkrankungen“ die „Wutschutzbehandlungen in der Bundesrepublik“ aufgeführt. Im Anschluß daran befindet sich eine übersichtliche Darstellung „der Veränderungen des weißen Blutbildes“ und eine tabellarische Übersicht der „Morphologischen und färberischen Veränderungen der Erythrozyten“ und „Zur Differentialdiagnose der Anämien“. Diese Beiträge stammen von Professor Begemann, München.

Die für die Praxis notwendigsten Angaben über die „Dringliche Gynäkologie“ (Prof. Büttner, Bonn) und „Einige akute Krankheiten des Säuglings und Kleinkindes“ (von Prof. Jochims, Lübeck) sowie „Geriatrische Varianten der Symptomatologie und Therapie“ (von Prof. H. Baur, München) und eine kurze Darstellung über „Komplikationen des Diabetes mellitus“ (von Prof. Stuhlfauth und Dozent Dr. Mehnert, München) sowie eine gedrängte Darstellung über „Radioaktive Isotope und Medizin“ (von Prof. Lossen und Dr. rer. nat. Wolf, Main) bilden den weiteren Inhalt dieses Abschnittes.

Zur Information über „Akute lebensbedrohliche Situationen“ sind die bisherigen bewährten Hinweise übernommen worden. Das gleiche für die „Diätetik in der Praxis“. Auf dem Gebiet der „Prophylaxe“ sind nach orientierenden Hinweisen über das „Verhalten bei Infektionen“ (Prof. Schäfer, Nürnberg) die „Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten“ und Fragen der „Immunisierung und Impfungen“ behandelt.

Die „Diagnostische und therapeutische Technik“ sowie die „Tabellen und Daten für die ärztliche Arbeit“ enthalten die für den praktischen Arzt wichtigsten Hinweise. Unter „Arzt und Recht“ ist ein sehr kurzer Auszug aus dem Bundesgesundheitsgesetz sowie die 6. Berufskrankheiten-Verordnung abgedruckt sowie Hinweise auf die Verschreibung von Betäubungsmitteln (Prof. Soehring, Hamburg) mit den Maximaldosen.

Die Amtliche Gebührenordnung und die analogen Bewertungen beschließen den redaktionellen Teil des Kalenders.

Das tyrannische Gehirn als Ursache seelisch bedingter Leiden. Von A. T. W. Simeons. Ein Buch für Ärzte und Kranke. 1962. Albert Müller Verlag AG, Rüslikon-Zürich, Stuttgart und Wien. 376 Seiten mit 9 Zeichnungen im Text. Leinen 28.80 DM.

Ein englischer Arzt, der heute am Internationalen Hospital Salvator Mundi in Rom praktiziert, hat dieses Buch geschrieben.

Es ist heute unbestritten, daß eine große Gruppe von körperlichen Krankheiten, unter denen die zivilisierte Menschheit in steigendem Maße leidet, auf psychischen Ursachen beruht. Die medizinische Wissenschaft bezeichnet sie als psychosomatische Krankheiten. Darunter fallen großenteils vor allem Magen- und Darmgeschwüre; Verdauungsstörungen; Krankheiten des Herzens und des Blutkreislaufes, vom Herzinfarkt bis zu den Krampfadern; Fettsucht und Diabetes, Rheuma, Arthritis, Gicht, Fehlfunktionen der Schilddrüse, sexuelle Störungen und viele andere Krankheiten.

Obwohl also Zusammenhänge als feststehend angenommen werden, lag bisher die Mechanik der psychischen Einwirkungen auf den menschlichen Körper, d. h. die Wege, auf denen diese Einwirkungen zustande kommen, weitgehend im Dunkel. Deshalb haben Me-

Gegen Müdigkeit am Morgen

Depression nach dem Erwachen, Erschöpfung, Arbeitsunlust, Arteriosklerose, morgens 1 Kapsel

permorgen - vitamin

Rp.: Vitamin A, Vitamin D₂, Vitamin B₆, Vitamin B₁₂, Methionin, ungesättigte Fettsäuren, Calciumlevulinat, Magnesiumthiosulfat, Natriumsilicat

Packung mit 30 Kapseln

permorgen-vitamin-schwarzhoupt DM 5.90

Gegen Müdigkeit am Abend

vorzeitigen Leistungsabfall, Schwäche, Gereiztheit, Kältegefühl, Rekonvaleszenz, Nachtblindheit, nachmittags oder abends 1 Kapsel

perabend - vitamin

Rp.: Vitamin B₁, Vitamin B₂, Vitamin K, Vitamin E, Folsäure, Nicotinsäureamid, Cholin, Inosit, Glycerin, Natriumglycerophosphat, Natriumfluorid

Packung mit 30 Kapseln

perabend-vitamin-schwarzhoupt DM 5.90

Gezielte Vitaminversorgung und spezifische Ergänzung der täglichen Nahrung!

Bitte hier abtrennen!



Bestellschein

Erbitte kostenloses Versuchsmuster von

permorgen-vitamin-schwarzhoupt

perabend-vitamin-schwarzhoupt

Persönliche Unterschrift und Stempel:

SCHWARZHAUPT-KÖLN

Bay. A.

dizin auf der einen Seite, Psychiatrie und Psychologie auf der anderen Seite bisher den gemeinsamen Weg zur Heilung der psychosomatischen Krankheiten noch nicht gefunden. Daß dieser gemeinsame Weg notwendig ist, ist die Lehre, die Dr. Simeons entwickelt.

Seine Erkenntnisse gründen auf der Tatsache, daß die psychosomatischen Leiden nur dem Menschen eigentümlich sind, und zwar ganz vorzugsweise dem zivilisierten Menschen. Seine Theorie, durch Erfahrung der Praxis erhärtet, heißt: Die Entwicklung des Gehirns hat beim Menschen zu einer Überdimensionierung der durch die Hirnrinde gesteuerten psychischen Funktionen geführt, wodurch die instinktiven Abwehrreaktionen des Körpers oft beeinträchtigt oder ganz unterbunden werden: das Gehirn ist zum Tyrann des Körpers geworden.

Der Entwicklungsgeschichte des menschlichen Gehirns ist der erste Teil des Buches gewidmet. Man liest die meisterhaft populär-wissenschaftliche Darstellung als spannenden Tatsachenbericht.

Der zweite Teil zieht die speziellen Folgerungen für die einzelnen psychosomatischen Krankheiten und gibt die Möglichkeiten ihrer Behandlung an, die Dr. Simeons in der Praxis erarbeitet hat.

Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde. Von Dr. Paul Kaiser. 10. verbesserte Auflage. Verlag Urban & Schwarzenberg, München 15. 271 S., 57 Abb., 11 Farbtafeln, Ganzin. 18 DM.

Die vorliegende 10. verbesserte Auflage des bekannten und beliebten kleinen Buches ist „als Ratgeber in der Erkennung, Wertung, Behandlung und Begutachtung der Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten für den Allgemeinarzt und Facharzt anderer Teilgebiete der Medizin“ geschrieben. Es behandelt in erstaunlicher, fast möchte man sagen „militärischer“ Kürze, aus der großen Erfahrung des Verfassers heraus (der aus der Schule von Geheimrat Stenger stammt), zunächst die wesentlichen anatomischen und physiologischen Voraussetzungen zum Verständnis der Krankheitserscheinungen und die Untersuchungsmethoden. Gewissermaßen mit einem Blick lassen sich Ursache, Entstehung, Symptome und Diagnose eines Krankheitsbildes erfassen. Die Therapie ist auf den neuesten Stand gebracht. Sie erwähnt z. B. beim Larynxoedem auch die sogenannte „intravenöse Tracheotomie“ durch Cortisonpräparate. Darüber hinaus werden allgemeine Anhaltspunkte für die Verordnung von ACTH und Nebennierenrindenhormonen, Chemotherapeutica und Antibiotica bei Erkrankungen des Ohres, der Nase und Nebenhöhlen, des Rachens, Mundes und des Kehlkopfes gegeben. Ergänzt werden diese Abschnitte u. a. durch eine kurze Beschreibung der pathologischen Voraussetzungen und Ziele der modernen Mikrochirurgie des Ohres, durch Kapitel mit dem Wichtigsten über Stimme und Sprache, durch Richtlinien für die Begutachtung mit Richtsätzen für die M. d. E. in Prozenten, Erwähnung der Gesichtspunkte bei der Berufsberatung und der Fahrtüchtigkeit von Kraftfahrzeugführern.

Selbst der Facharzt ist überrascht über die gedrängte Fülle wissenschaftlicher Tatsachen, wobei auch Hinweise über die Zuständigkeit der Behandlungen nicht fehlen. Das ein-

drucksvolle Bildmaterial wurde vermehrt. Wünschenswert wäre eine etwas ausführlichere Würdigung der im Zunehmen begriffenen Pilzkrankungen der Mundschleimhaut (z. B. Candidamykosen, Aspergillosen usw.). „Wer fertig ist, dem ist nichts recht zu machen“, aber für einen Wehenden — und wer bleibt als Arzt dies nicht bis ins hohe Alter — wird das kleine Büchlein ein wertvoller Ratgeber für die Praxis sein.
Dr. Stierlen

So lernt das Kind sich gut zu halten. Von Martha Scharll. Georg Thieme Verlag, Stuttgart. 36 Seiten, 39 Abbildungen, kartoniert 3,90 DM.

Martha Scharll demonstriert in dieser Haltungsfibel, wie wir es bei unseren Kindern erreichen können, daß eine gute Haltung zur Selbstverständlichkeit wird. Mit einfachen Mitteln werden Erzieher und Kinder auf die häufigsten Fehler und ihre wirksame Bekämpfung hingewiesen. Die erneute Auflage dieses Büchleins spricht ohnehin für seinen Erfolg, seine breite Anwendung kann nicht genügend befürwortet werden. Die eindrucksvollen Bilder mit knappem Text können als gelungene Anleitung für das „body-building“ beim Kinde in des Wortes bester Bedeutung angesehen werden. Besonders wichtig erscheint mir auch der Umstand, daß die Durchführung der Übungen praktisch ohne besondere Geräte allerorts möglich ist.
Dr. Hilgers

Beilagenhinweis

Dieser Ausgabe sind Prospekte folgender Firmen beigelegt:

Klinge, München 23
Dr. R. Reiß, Berlin
Temmler-Werke, Marburg
Dr. Kade, Berlin
Dr. Sasse, Berlin
Beiersdorf, Hamburg
Paulaner-Salvator-Thomasbräu, München
Sanol-Arzneimittel Dr. Schwarz GmbH., Monheim
A.G. für mediz. Produkte, Berlin
Chemische Fabrik v. Heyden A.G., München
Chemiewerk Homburg, Frankfurt
Alois Zettler GmbH., München
Ciba A.G., Wehr

„Bayerisches Arzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstraße 85/III, Tel. 38 11 21. Schriftleiter: Dr. med. Willy Reichstein.
Die Zeitschrift erscheint monatlich.

Bezugspreis für Nichtmitglieder der Ärztlichen Kreisverbände in Bayern DM 2,40 vierteljährlich, zuzüglich Zustellgebühr. Postcheckkonto Nr. 52 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 06 23662, Telegrammadresse: Gablerpreß. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharfingler, München. Druck: Richard Pfäum 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.



Teppich-Haus BREHM

Größtes Teppichlager

Oberfranken mit eigenen Importen

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

Beloutsch	129×95	160,—	Bidjar	221×135	880,—	Kirman, feine Knüpf.	419×296	4800,—
Mohol	195×130	260,—	Koltok Bidjar	198×129	980,—	Sherkol, fein	354×241	4550,—
Mossul	203×138	350,—	Serop	322×82	695,—	Kirman Laver, antik	375×263	9500,—
Khamsee	198×135	480,—	Korobogh, alt	410×180	3900,—	Djoshagan	322×223	1280,—
Melos, alt	189×133	850,—	Kasak, alt	468×123	2320,—	Goszwijn		
Kayserie Bild	180×120	350,—	Meshghin, alt	352×102	980,—	sehr feine Knüpfung	479×310	10 400,—
Kirman	116×57	220,—	Täbris	280×198	1980,—	Sinnah Täbris, antik,		
Torki, alt	192×161	680,—	Heris	250×350	1950,—	sehr feine Knüpfung,		
Isfohon	225×147	980,—	Heris	198×312	980,—	ohne Fehler,	759×446	36 000,—
Aroun Käschoh	210×130	980,—	Sobsewor	273×209	1980,—	Kosak, alt	220×110	2200,—

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

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

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

STELLENANGEBOTE

Für das neuerbaute

Kreiskrankenhaus Neustadt a. d. Waldnaab

des Landkreises Neustadt a. d. Waldnaab, mit 120 Betten, werden zum 1. Januar 1964 gesucht:

- a) **ein Oberarzt**
mit Facharztanerkennung f. Innere Krankheiten
Vergütungsgruppe 1b BAT
zuzüglich Bereitschaftszulage
- b) **ein Assistenzarzt**
Vergütungsgruppe IIb BAT
zuzüglich Bereitschaftszulage

Die Landkreisverwaltung wird bei der Beschaffung von Wohnraum behilflich sein.

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

An der Kinderabteilung des städt. Krankenhauses Weiden in der Oberpfalz ist ab sofort die Stelle eines

1. Assistenzarztes (Ärztin)

zu besetzen. Die Vergütung erfolgt nach Verg.-Gr. II BAT. Pädiatrische Vorbildung ist erwünscht. Bereitschaftsdienst wird zusätzlich vergütet. Außerdem wird je

- 1 Assistenzarzt für die chirurgische und
1 Assistenzarzt für die innere Abteilung

gesucht. Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden alsbald an das Hauptamt der Stadt Weiden i. d. Opf. erbeten. Bei der Beschaffung von Wohnraum ist die Stadt Weiden behilflich. Die Stadt Weiden zählt 42 000 Einwohner und ist Sitz fast aller höheren Schulen.

Stadt Weiden i. d. Oberpfalz

Für die innere Abteilung des Kreiskrankenhauses Landau a. d. Isar mit großer Röntgenambulanz wird zum 1. 2. 1964

ein Assistenzarzt(in) oder ein Medizinalassistent(in)

gesucht. Anrechnung von 1-2 Jahren auf die Facharztweiterbildung möglich. Vergütung erfolgt nach Verg.-Gr. II (Assistenzarzt) bzw. III (Medizinalassistent).

Bereitschaftsdienst wird vergütet. Bei fachlicher Voraussetzung werden Nebeneinnahmen durch den Chefarzt geboten. Bewerbungen mit Lebenslauf und Zeugnisabschriften werden erbeten an das Landratsamt Landau a. d. Isar - Personalabteilung.

Für die chirurgische Abteilung des Kreiskrankenhauses Landau a. d. Isar wird

ein Assistenzarzt (In)

zum möglichst baldigen Antritt
und

ein Medizinalassistent(in)

zum 1. 1. 1964 gesucht. Das Krankenhaus ist zur Behandlung Unfallverletzter zugelassen. Gelegenheit zum selbständigen Operieren wird gegeben. Vergütung erfolgt nach Verg.-Gr. II (Assistenzarzt) bzw. III (Medizinalassistent).

Bereitschaftsdienst wird vergütet.
Nebeneinnahmen durch den Chefarzt.

Bewerbungen mit Lebenslauf und Zeugnisabschriften werden erbeten an das Landratsamt Landau a. d. Isar (Personalabteilung).

Das Kreiskrankenhaus Würth/Donau (mit 100 Betten) sucht zum 1. 1. 1964 einen

Assistenzarzt

Bezahlung nach Vergütungsgruppe III bzw. II LKr. AT Bayern. Bewerbung mit den üblichen Unterlagen erbeten an das Kreiskrankenhaus.

Kath. Krankenhaus im Raum Duisburg

(ca. 260 Betten), sucht für die chir. wie für die allgemein med. Abteilung je

1 Assistenzarzt (Assistentin)

Für Ledige Wohnmöglichkeit in moderner Arztstation. Zeitgemäße Vergütung. 5-Tage-Woche.

Angebote mit den nötigen Unterlagen erbeten unt. Nr. 331/734 über Anzeigenverwaltung BAYER. ARZTEBLATT, 8 München 15, Sonnenstraße 29

Beim Stadtkrankenhaus Fürth (Bay.) Abteilung für innere Krankheiten

Chefarzt Prof. Dr. Hohenner

sind zum 1. Januar 1964 oder auch früher

2 Assistenzarztstellen

zu besetzen. Das Stadtkrankenhaus ist als Ausbildungsstätte für die fachärztliche Anerkennung zugelassen. Vergütung erfolgt nach BAT.

Bewerber, die eine gute Ausbildung im Fachgebiet der inneren Krankheiten nachweisen können, wollen ihre Bewerbung mit handgeschriebenem Lebenslauf und Lichtbild, Approbatonsurkunde sowie Zeugnissen über die bisherige Ausbildung und Tätigkeit umgehend beim Stadtkrankenhaus Fürth (Bay.) einreichen.

Im Städt. Krankenhaus Sonthofen (Höhenluftkurort, wirtschaftlicher Mittelpunkt im Oberallgäu) ist möglichst bald die Stelle eines

Assistenzarztes der inn. Abteilung

zu besetzen. Int. Vorbildung erwünscht, jedoch nicht Bedingung. Vergütung nach BAT II, Ortsklasse A. Gesonderte Vergütung einer Überstundenpauschale und Rufbereitschaft.

Bewerbungen an die Stadt Sonthofen (Personalabteilung).

Für die chirurgische Abteilung des Kreiskrankenhauses Trostberg/Obb. wird gesucht zum baldmöglichsten Eintritt

1 Oberarzt

mit Facharztanerkennung für Chirurgie.

Vergütung nach Gruppe 1b Lkr. A.T., Vergütung von Bereitschaftsdienst und Zuschuß für Altersversorgung, Nebeneinnahmen durch Gutachterstätigkeit und Chefvertretung, geregelte Arbeits- und Freizeit, Gewährung von Umzugskosten und Trennungentschädigung bei Verheirateten und Unterstützung bei Beschaffung einer Wohnung. Inaussichtstellung einer Neubauwohnung nach erfolgtem KH-Neubau.

Bewerbungen mit den erforderlichen Unterlagen umgehend erbeten an den leitenden Krankenhausarzt Dr. Fraunhofer, Trostberg/Obb., Kreiskrankenhaus.



**BAYERISCHE
LANDESPAUSPARKASSE**
DIE BAUSPARKASSE DER SPARKASSEN
München 2 · Karolinenplatz 1 · Telefon 228501

Gegen **Enuresis nocturna**

hol 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

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. 3-jährige 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.

Am Städt. med. Krankenhaus Freising ist die Stelle einer **med.-techn. Assistentin**

mit Ausbildung in Röntgen und Labor zu besetzen. Vergütung bei Vorliegen der tariflichen Voraussetzungen nach VI b BAT. Verpflegung kann zu günstigen Sätzen im Hause eingenommen werden. Gewährung von Beihilfen nach den Beihilfevorschriften, zusätzliche Altersversorgung.

Bewerbungen mit Lichtbild, Lebenslauf, beglaubigten Abschriften von Ausbildungs- und Berufszeugnissen sind an die Stadt Freising zu richten.



Anzeigenschluß

jeweils am 5. des Monats!

Landesversicherungsanstalt Württemberg

Bei der Stoffwechselklinik in Bad Mergentheim mit 272 Betten für Männer und Frauen (Leitender Arzt Dr. med. Leo Wannagat) ist die Stelle

eines Assistenzarztes

zu besetzen.

Vergütung nach Vergütungsgruppe III BAT; bei Erfüllung der erforderlichen Voraussetzungen II BAT. Die neu erstellte Stoffwechselklinik ist mit den modernsten Einrichtungen für die Diagnostik und Therapie ausgestattet. Die Assistenzarztstätigkeit wird auf die Dauer von zwei Jahren auf die Facharztausbildung für das Fachgebiet der inneren Medizin angerechnet.

Dienstwohnungen stehen zur Verfügung. Umzugskosten werden vergütet. Für Kinder bestehen gute Ausbildungsmöglichkeiten (Mittelschule und Oberschule am Ort).

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

Landesversicherungsanstalt Württemberg / 7 Stuttgart-W, Rotebühlstr. 133

Die Stadt Freising sucht für das Städt. chirurg. Krankenhaus (70 Betten, Unfallkrankenhaus, Ambulanz mit DA-Verfahren) ab 1. Januar 1964 einen

Assistenzarzt

Vergütung nach BAT III, Nebeneinnahmen aus Gutachten usw. Auf die Fachausbildung werden 2 Jahre angerechnet.

Bewerbungen mit Lebenslauf, Zeugnisabschriften und Lichtbild werden an die Stadt Freising erbeten.

Für eine interne Praxis im Zentrum Münchens (Nähe Siegestor) wird gesucht ab 1. 2. oder 1. 3. 1964

eine Krankenschwester oder Sprechstundenhilfe

perfekt in klin. Labor, mögl. auch EKG u. Röntgenkenntnisse. Eigene Wohnmöglichkeit, ebenfalls im Zentrum, wird geboten. Angebote unter Nr. 331/735 über Anzeigenverwaltung BAYER. ARZTEBLATT, 8 München 15, Sonnenstraße 29.

Suche älteren, praktischen Arzt

der mittlere Landpraxis (Raum Nürnberg) für einige Jahre weiterführt. Angebote unter Nr. 331/753 über Anzeigenverwaltung „BAYER. ARZTEBLATT“, 8 München 15, Sonnenstr. 29

Stellengesuche

Erfahrener, verlässlicher Arzt, mit guter int. Vorbildung, bes. Rö. u. EKG, sucht zum 1. 4. 1964

interne Assistenten-Stelle

an Klinik od. größerem Krankenhaus in Südbayern, zur Beendigung seiner Fachausbildung. Angebote unter Nr. 331/740 über Anzeigenverwaltung BAYERISCHES ARZTEBLATT, 8 München 15, Sonnenstraße 29

Arztin

Dr. med., sucht Assistenzarztstelle zum 1. 12. 63. Zuschriften unter Nr. 331/752 über BAYER. ARZTEBLATT, 8 München 15, Sonnenstraße 29.

Arzthelferin

19 Jahre alt, sucht in München oder Umgebung zum 1. 1. 64 oder 1. 4. 64 Stellung. Angebote an

Astrid Wunsch
29. Oldenburg, Rummelweg 5

Arztsekretärin

langjähr. Erfahrung im med. Beruf, arbeitsfreudig u. verantwortungsbewußt, sucht z. 1. 1. 64 nur Vertrauensstellg. Angeb. unter Nr. 331/756 über Anzeigenverwaltung BAYER. ARZTEBLATT, 8 München 15, Sonnenstraße 29

Praxis

Sehr gute, mod. eingerichtete

Landpraxis

mit ca. 10 Belegbetten, im Kreise Lindau, wegen Todesfall zum 1. 1. 1964 abzugeben. Angebote unter Nr. 331/739 über Anzeigenverwaltung BAYER. ARZTEBLATT 8 München 15, Sonnenstr. 29

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

Praxis

Guteingeführte Augenarztpraxis gesucht

bald oder später, von erfahrenem Facharzt. Grundbesitz kann evtl. übernommen werden. Vertraul. Zuschriften erbet. unt. Nr. 331/731 über BAYER. ARZTEBLATT, 8 München 15, Sonnenstraße 29

Wegen Todesfall ist eine seit Jahren guteingeführte

Kinderarztpraxis

in Augsburg in günstiger Lage sofort abzugeben. Angebote unt. 331/755 über Anzeigenverwaltung BAYER. ARZTEBLATT, 8 München 15, Sonnenstraße 29, erbeten.

Sehr gute Allgemeinpraxis

alteingeführt, in Oberbayern, ideal gelegen, aus Altersgründen abzugeben. Schöne Räume und Garten zu vermieten.

Angebote unter 331/741 über Anzeigenverwaltung BAYER. ARZTEBLATT, 8 München 15, Sonnenstraße 29

elegantes, neugebautes Hotel, als

SANATORIUM

773

hervorragend geeignet, 30 Autominuten vor München, in herrlicher, ruhiger Südhöhenlage, mit Blick über See und Gebirge, 38 Betten, exquisite Gesellschaftsräume, Sonnenterrasse, reichliche Nebenräume, nur on bestrenommierten Arzt zu außergewöhnlich günst. Bedingungen ob saf. abzugeben.

L. Wurmsam & Co. KG

Spezialagentur für Hotel- und Gaststättenbetriebe
8 München 5, Pestalazzistraße 2/IV, Telefon 59 54 49

Heirat

Einheirat

in gediegene Landpraxis mit
Krankenhaus-Belegbetten in
Bayern

Wünsche für m. Nichte, 29, MTA, kath., 170, sehr gute Erziehung, perfekte Hausfrau, Begegnung m. Chirurgen entspr. Alters, am liebsten Arzt-Sohn, zw. spät. Heirat. Einwandfr. Vergangenheit. Völlige Diskretion. Bildzuschrift (zur.) erbet. unt. Nr. 331/754 über BAYER. ARZTEBLATT, 8 München 15, Sonnenstraße 29

Verschiedenes

FUNKSPRECHGERÄTE

für Ärzte und Hilfsdienste, im Taschenformat, ab 396.— DM das Paar.

John & Bleske
6344 Ewersbach/Dillkr.

In

Bad Wiessee-Nord

ca. 3000 qm Baugrund an der Münchner Straße, 5 Minuten vom Kurhaus und See entfernt, für Klinik oder Kurheim geeignet, ohne Anzahlung auf Leibrete abzugeben. Verhandlungsbasis DM 1200.—, monatlich, Zuschriften unter Nr. 331/745 über BAYER. ARZTEBLATT, 8 München 15, Sonnenstraße 29.

Ärztl. Instrumente

zu verkaufen

Dr. F. Chapuis
8955 Altrang/Allgäu
Thingauerstraße 189, Telefon 250

Beachten Sie bitte unsere
Bellagen und unsere
Bäder-Selte!

Bei einem Wirt zu Gast

Von Bernd Baehle

244 Seiten, 70 mehrfarbige Aquarelle, z. T. fünf-
farbig gedruckt, 2., völlig neubearbeitete Auf-
lage. Ballonleinen DM 16,80.

„Wie sähe die Welt aus, wenn es darin keine gemütlichen Wirtshäuser gäbe...“ So beginnt die Einleitung des Buches, das in einer reizvollen Form Ratschläge übers gepflegte Essen und Trinken an Deutschlands Straßen gibt.

Dieses kleine Werk ist ein bibliophiler Leckerbissen für alle, die beruflich und privat viel unterwegs sind. Die Reise angenehm zu wärmen und zu wissen, wa man ein „Wirtshaus“ entdecken kann, ein Restaurant, ein Hotel, dessen kultivierte Atmosphäre, dessen gepflegte Getränke und Speisen die Rast zur wirklichen Erholung werden lassen, ist ein berechtigter Wunsch.

Ein Buch für Menschen, die zu leben verstehen.

CARL GABLER GMBH Fachbuchhandlung
8 München 2, Juttastraße 24

Ihre Kleinanzeige

wird auch entgegengenommen am Schalter der

CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT mbH.
8 München 2 · Sannenstraße 1

SPARKASSE

gibt Sicherheit in allen Geldgeschäften

... auch bei der Kreditaufnahme

RHEUMASAN[®]

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
