B 1611 E

12/1963

BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

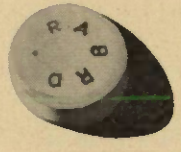
Nummer 12 | München, Dezember 1963 | 18. Jahrgang

RABRO®-Magentabletten

In fast allen Fällen auch zur ambulanten Behandlung. — Auffallend schnelle subjektive Schmerzbefreiung schon nach kurzer Zeit ohne Belladonna.

Indikationen: Ulcus ventriculi et duodeni; Gastritis et duodenitis; Zustand nach Magenresektion mit und ohne peptischem Geschwür. Nervöse Magenbeschwerden, Spasmen, Gastralgien, Schwangerschaftsgastritis, auch bei Hyper-, Sub- und Anacidität.

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



Dosierung: Täglich 3x1 bis zu 2 Tabletten nach dem Essen.

RABRO-MAGENTABLETTEN® Seit über 10 Jahren bewährt. Keine unerwünschten Nebenerscheinungen, die umfangreiche Literatur beweist es.

H. TROMMSDORFF · AACHEN · GEGRÜNDET 1797

TROMMSDORFF

IDEE KAFFEE

Der coffeinhaltige Idee-Kaffee

stützt Herz und Kreislauf

dank seinem vallen natürlichen Caffeingehalt. Idee-Kaffee schant auch Magen, Leber, Galle, weil er var dem Rästen (ahne Anwendung van Chemikalien) van Reizstaffen befreit wird.

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

Auf Wunsch Literatur und Auskünfte van J. J. Darbaven Hamburg 1 Abteilung Ärztedienst

---

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

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

DORSCH & CO., KG. 8 MÜNCHEN 55

Hustenblocker und Expectorans zugleich

TUSSOMPIN®

mit Vitamin C

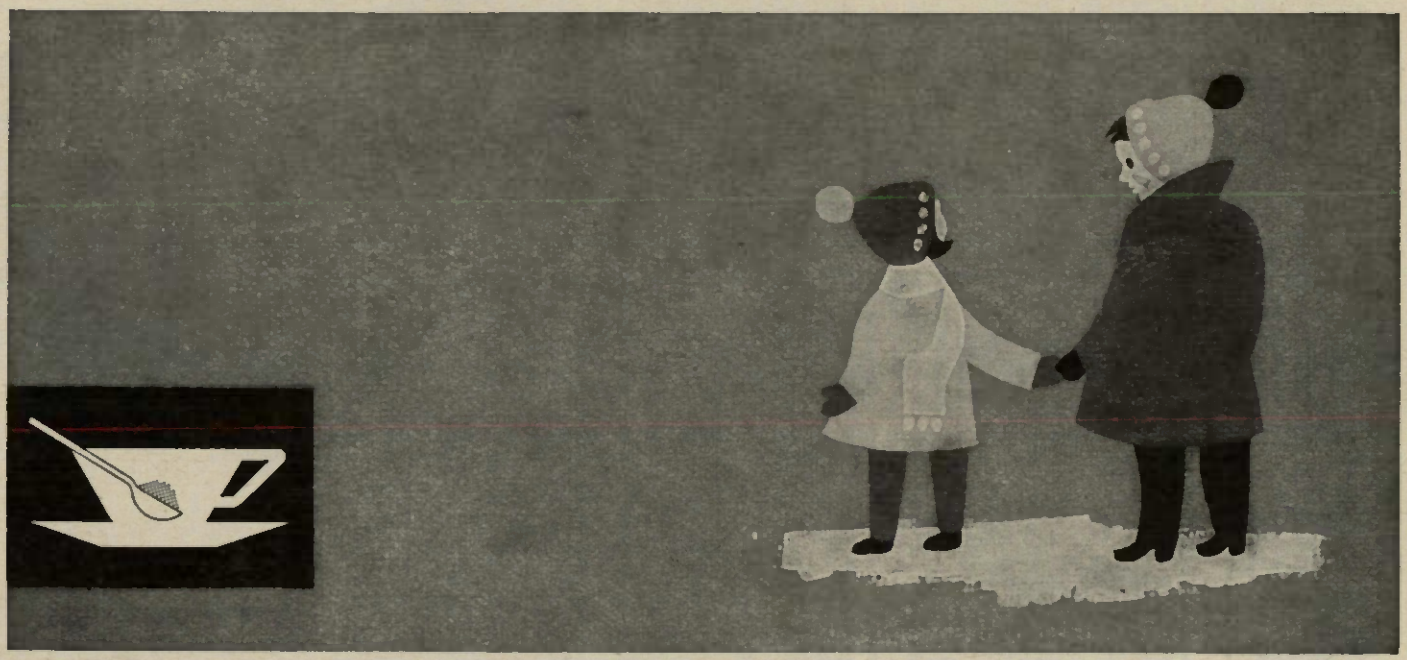
Bei hartnäckigem Reiz- und Krampfhusten

jeder Genese - in jedem Lebensalter

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

DM 2.80 o. U.

Durch Vitamin C: Resistenzsteigernde Wirkung gegen Infektionen



Expectorans auf pflanzlicher Basis

SOLUBIFIX®

Bronchial-Tee mit Vitamin C

Bronchitis - Asthmatische Beschwerden -

Grippale Infekte - Raucherhusten

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

DM 2.00 o. U.

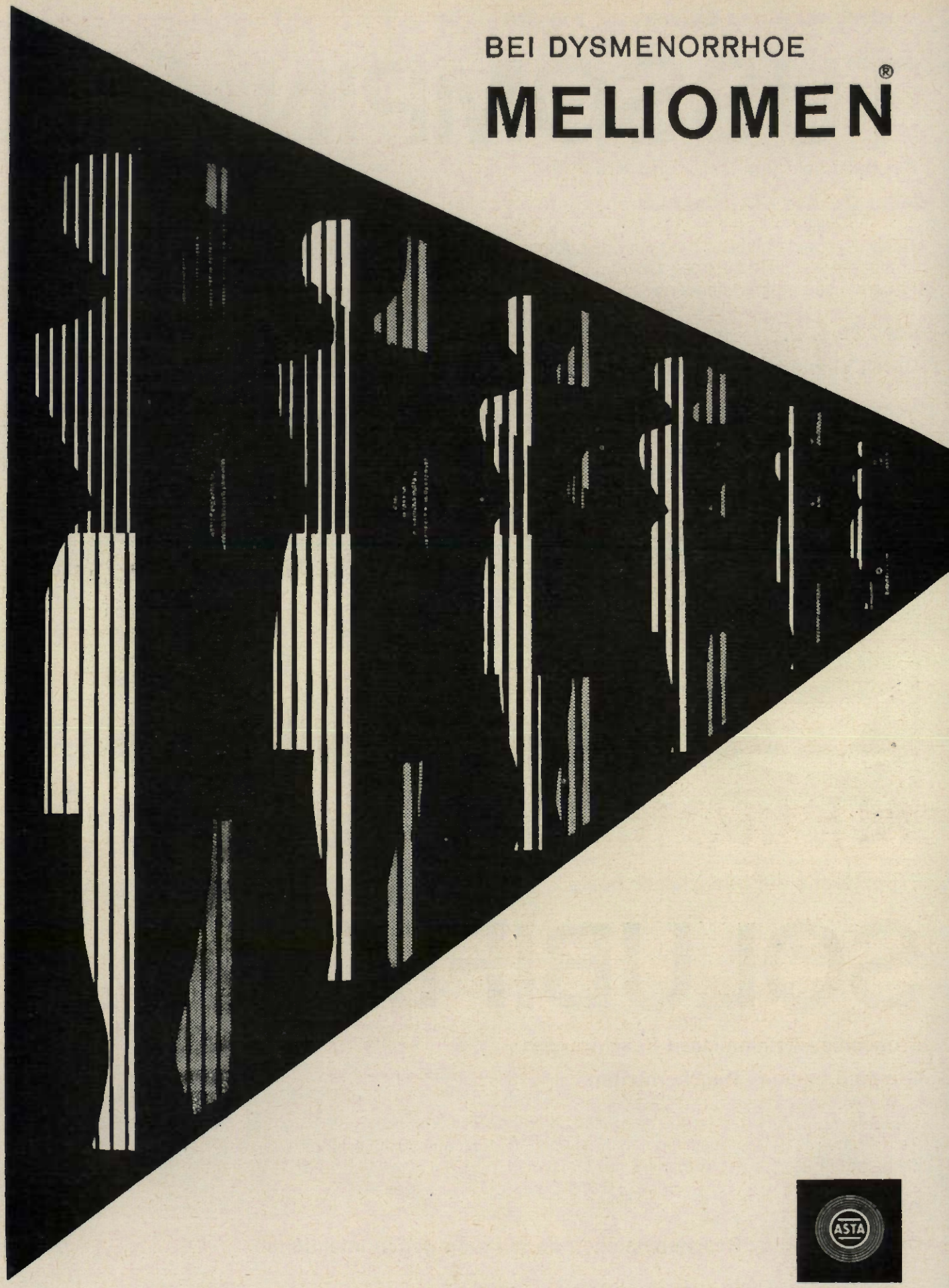
Durch Vitamin C: Resistenzsteigernde Wirkung gegen Infektionen

HEUMANN Heilmittel

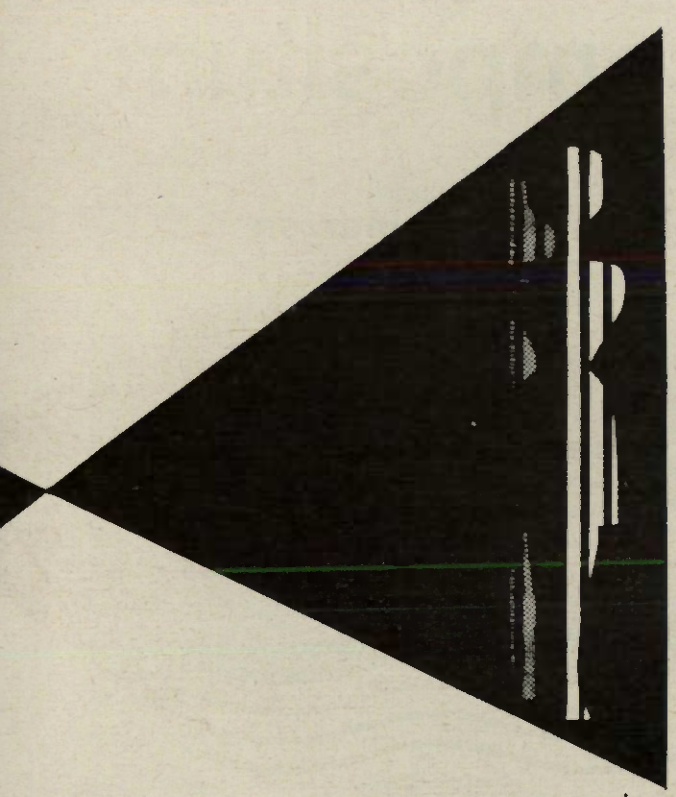
LUDWIG HEUMANN & CO. · NÜRNBERG · CHEM.-PHARM. FABRIK

BEI DYSMENORRHOE

MELIOMEN®



ASTA



BEI DYSMENORRHOE

MELIOMEN®

Dimethylaminophenazon 100 mg, AVACAN ® 50 mg, Koffein 25 mg

Rasche Beseitigung der Schmerzen

Beseitigung von Ermüdungserscheinungen Steigerung des Wohlbefindens

20 Dragees DM 2,20 o.U. · Ärztemuster auf Anforderung

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

Inhaltsverzeichnis

Weihnachtsaufruf der ärztlichen Organisationen für die Stiftung „Ärzte helfen Ärzten" 949

Erhardt: Psychiatrie und Recht 950

Forel: Psychiatrie und Politik 964

Adam: Zur Frage der Aufklärung Krebskranker 970

Petri: Arzt und Arbeitsmedizin 975

Der Ehrendoktor und die Ärzte 979

AUS DEM STANDESLEBEN 982

32. Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin — Italienische Auszeichnung für Dr. Fromm — Vorsorgeuntersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz — Zum Antrag auf Erhöhung der Mindestsätze amtlicher Gebührenordnung für Ärzte — Aus der Hauptversammlung des Hartmannbundes 1963 — Drei Ärzte erhielten die Hartmann-Thieding-Plakette — Die Aufgaben der freien Verbände im demokratischen Staat

PERSONALIA 991

Dr. Hein — Dr. Forchheimer 70 Jahre alt

AUS DER GESCHICHTE DER MEDIZIN 991

Koerting: Lückenhafte Geschichtsschreibung

AUS DER BUNDESPOLITIK 995

Das Gesundheitswesen im Deutschen Bundestag — Bundesrat wünscht Verschärfung des Heilmittelwerbegesetzes — SPD beantragt Sachverständigenkommission für die Sozialreform — Richtlinien für Zuschüsse aus Bundesmitteln

AUS DER LANDESPOLITIK 1000

Haus des Arbeitsschutzes — Maßnahmen zur Unterbringung Pockenkranker — Einrichtung von Hilfsschulsonderklassen — 1,37 Milliarden DM für kulturelle Zwecke

FEUILLETON 1002

Friton: Baisse des Schöpferischen

AMTLICHES 1007

Besetzung des Berufsgerichts für die Heilberufe beim OLG München — Aufnahme der Anschrift von Ärzten in Sonderverzeichnissen — Warnung vor einem offensichtlich Rauschgiftsüchtigen

GESETZES- UND RECHTSFRAGEN 1008

Bundesverfassungsgericht: Keine schwerwiegenden Eingriffe bei Bagatellstrafsachen — Dem AOK-Kranken sind auch häusliche Arbeiten verboten — Beschäftigung von Assistenten zur Vergrößerung der Praxis nicht erlaubt

STEUERFRAGEN 1009

Fauser: Steuerwinke zum Jahresende 1963 — Baehring: Sparen und Anlegen

MITTEILUNGEN 1013

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat Oktober 1963 1017

PRESSERUNDSCHAU 1021

KONGRESSE UND FORTBILDUNG 1028

BUCHBESPRECHUNGEN 1030

CIBA

Spasmo-Cibalgin® compositum

bei starken Schmerzen

Zäpfchen

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

Dragées

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

BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Nummer 12 | München, Dezember 1963 | 18. Jahrgang

Weihnachtsaufruf der ärztl. Organisationen für die Stiftung „Ärzte helfen Ärzten"

Sehr verehrte Frau Kollegin!

Sehr geehrter Herr Kollege!

Jedes Jahr zu Weihnachten vereinigen sich die ärztlichen und zahnärztlichen Organisationen des Bundesgebietes zu einem gemeinsamen Spendenaufruf für die Stiftung „Ärzte helfen Ärzten". Jedes Jahr hat nun schon seit vielen Jahren dieser Aufruf dazu geführt, daß eine Vielzahl von Spendern mit ihrem Opfer dazu beitrugen, daß die Hilfsmaßnahmen der Stiftung weitergeführt werden konnten.

Auch an diesem Weihnachtsfest sind es noch nahezu 1200 Arzt- und Zahnarztkinder aus der sowjetisch besetzten Zone Deutschlands, die auf unsere Hilfe angewiesen sind. Fast 400 Kollegenkinder konnten in den letzten Jahren mit Hilfe der Stiftung ihre Berufsausbildung beenden. Soweit es Ihnen möglich ist, helfen Sie jetzt mit, daß Ihren Schicksalsgenossen der Weg zum Ziel einer abgeschlossenen Ausbildung vollends ermöglicht wird. Dazu benötigen wir jeden Monat ca. DM 50 000.—. Durch Kolleginnen und Kollegen, welche für die Stiftung Daueraufträge gegeben haben und so z. T. schon seit Jahren laufend spenden, erhalten wir monatlich ca. 24 000 DM. Der notwendige restliche Geldbedarf sollte jetzt durch die Spenden anläßlich des Weihnachtsfestes gedeckt werden, damit die Unterstützungszusagen für ein ganzes Semester gegeben werden können. Wir sind ganz sicher, daß Sie uns dazu verhelfen werden.

In der sowjetisch besetzten Zone gibt es eine Vielzahl von Arzt- und Zahnarztfamilien, die keine Freunde und Verwandte in der Bundesrepublik haben. Sie alle hoffen mit uns auf den Tag der Wiedervereinigung. Sie alle sind für ein Zeichen des Gedenkens — einen Brief, eine Karte, ein Päckchen mit einem Buch — besonders dankbar.

Um so mehr, wenn ein solches Zeichen der Verbundenheit von einem Kollegen und seiner Familie kommt. Wer keine Angehörigen oder Freunde drüben hat, an die er schreiben kann, möge sich eine Anschrift von der Stiftung „Ärzte helfen Ärzten" geben lassen. Besonders an Weihnachten, aber auch während des ganzen Jahres, sollten möglichst viele persönlichen Verbindungen geschlossen werden.

Wichtiger als Geld und materielle Hilfe, die unentbehrlich sind, wird mehr und mehr die menschliche Begegnung mit unseren Kollegenkindern. Je länger die Spaltung dauert und je länger damit die Kollegenkinder von ihren Eltern getrennt sind, desto lebensnotwendiger ist es für sie, menschlichen Kontakt in einer Familie zu finden. Lassen Sie sich also auch bei dieser Gelegenheit bitten, soweit es Ihnen möglich ist, einmal ein Kollegenkind zu sich einzuladen: Ein Abendessen, ein Wochenende, vielleicht sogar ein Urlaub sind gute Möglichkeiten dafür.

Wir wissen, daß unsere Kollegen in der Zone uns vertrauen, denn sie haben uns ihre Kinder anvertraut. Diese sollen bei uns geborgen sein. Die Familie der Ärzte Deutschlands kann durch nichts gespalten werden. Also sorgen wir für unsere Kollegenkinder wie für unsere eigenen.

Mit kollegialer Begrüßung!

Dr. Fromm
Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages

Dr. Voges
1. Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

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

Dr. Grete Albrecht
Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes

Dr. Hufnagel
Medizinaldirektor
Vorsitzender des Bundes der Deutschen Medizinalbeamten

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

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

Prof. Dr. Hopf
1. Vorsitzender des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands

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

Dr. Waldmann
1. Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände (AFB) — Verband der Fachärzte Deutschlands — e. V.

PS: Um Ihnen den Kontakt mit der Stiftung zu erleichtern, haben wir ein Tonbandgerät eingesetzt. Für nur 32 Pfennig können Sie von fast jedem Ort des Bundesgebietes durch Selbstwählidienst 30 Sekunden lang uns Ihre Wünsche und Anfragen sagen, wenn Sie den Nacht- bzw. Wochenendtarif ausnutzen (täglich ab 21 Uhr, samstags ab 14 Uhr oder sonntags sogar den ganzen Tag). Wenn Sie die Fernwählnummer 07 11/76 30 55 wählen, hören Sie folgende Ansage des Tonbandes: „Hier ist die Stiftung ‚Ärzte helfen Ärzten' in Stuttgart, automatische Gesprächsaufnahme. Ihr Anruf wird jetzt auf Tonband aufgenommen. Bitte nennen Sie zuerst deutlich Ihren Namen, Anschrift und Rufnummer. Bitte sprechen Sie jetzt." Nach 30 Sekunden meldet sich das Tonband wieder mit den Worten: „Ihr Anruf wurde aufgenommen, vielen Dank." Wir hoffen, daß wir Ihnen damit dienen können, Ihr Helfenwollen schnellstens zu realisieren oder Ihre sonstigen Anfragen auf die für Sie bequemste Art und Weise zu erledigen.

Für die Avisierung Ihrer Spenden senden Sie bitte die beiliegende Spendenkarte (bitte in Blockschrift ausgefüllt) an die Stiftung „Ärzte helfen Ärzten" des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) e. V., Stuttgart-Degerloch, Postfach 252, Postscheckkonto Stuttgart Nr. 41 533.

Psychiatrie und Recht*)

Von H. Ehrhardt, Marburg/Lahn

Die Beziehungen zwischen Psychiatrie und Recht sind differenzierter und eigener Art, sie sind auch viel umfangreicher, problematischer und öffentlichkeitswirksamer als die anderer Teilgebiete der Medizin. Woran liegt das? Die sog. Geisteskrankheiten — und psychisches Kranksein ganz allgemein — bedingen ein eigenartiges und anderes Verhältnis des Kranken zu sich selbst wie auch zu seiner Umgebung; ein Verhältnis, dem wir in der Organmedizin kaum in gleicher oder ähnlicher Weise begegnen. Man braucht hier nur etwa an die Komplikationen zu denken, die sich für den Arzt allein aus der fehlenden oder falschen Krankheitseinsicht eines psychisch Kranken ergeben können.

Zu den Eigentümlichkeiten der Psychiatrie in ihrem Verhältnis zu Recht und Öffentlichkeit gehört die moralische Akzentuierung so mancher psychiatrischen Diagnose. „Verrückt" oder gar „irre" zu sein war für weite Bevölkerungskreise bei uns nicht nur eine Krankheit, sondern eine Schande, vor allem für die Familie. Beide Ausdrücke mußten deshalb aus dem offiziellen Vokabular des Nervenarztes verschwinden. Trotzdem ist es auch heute noch irgendwie anrüchig oder suspekt, geisteskrank zu sein oder eine Geisteskrankheit zu haben. Die moralisierende Vermutung eines Kausalzusammenhanges von progressiver Paralyse mit unsittlichem Lebenswandel ist wegen der geringeren Zahl der Erkrankungen nicht mehr so aktuell, und die Psychiater teilen sich mit den Dermatologen in das Schicksal, Geschlechtskranke als Kranke zu behandeln. — Bemerkenswert, daß auch die Dermatologen ihrem Omen durch wiederholte Umfirmierung zu entschlüpfen versuchten. — Eine Hysterie kann sich ein Arzt nur dann noch bei einer Patientin zu diagnostizieren erlauben, wenn er sie nicht wiedersehen möchte. Hinsichtlich der Psychopathie bahnt sich eine ähnliche Entwicklung an, während die Neurose an „Salonfähigkeit" eher noch gewinnt. Eine Rentenneurose zu haben, war nur zwischen 1933 und 1945 für einen Volks- oder gar Parteigenossen unanständig und vielleicht etwas riskant. Das ist aber längst vorbei, und die stets erfindungsreiche psychiatrische Terminologie hat sogar einen Teil der Simulanten durch tiefenpsychologische, verstehend anthropologische oder psychosomatische Klassifizierung von dem moralischen Unwerturteil befreit. Schließlich hat der Schizophrenie-Begriff einen merkwürdigen Verniedlichungsprozeß im öffentlichen Bewußtsein durchgemacht. Mit Verwunderung steht der Psychiater vor der Fülle neuer Schizophrenieformen, mit denen er durch die Tagespresse, durch Leitartikel und Feuilleton in den letzten Jahren bekanntgemacht wurde. Man scheint ganz vergessen oder nie gewußt zu haben, daß für uns Ärzte die Schizophrenien immer noch sehr ernste Krankheiten sind.

Durch unsachliche Presseveröffentlichungen und Rundfunksendungen, unkritische Parlamentsdebatten, Tendenzfilme, wie „Die Schlangengrube", und Theaterstücke, wie „Das Labyrinth", wurde bei uns, vor allem in den ersten Jahren nach dem Krieg, die Tätigkeit des Psychiaters und die ganze praktische Psychiatrie in ein schiefes Licht gerückt. Man konnte zeitweise und ohne Übertreibung von einer „antipsychiatrischen Welle" sprechen, die zu einer schweren Vertrauenskrise mit entsprechenden Auswirkungen bis in die Gesetzgebung und höchstrichterliche Rechtsprechung führte. Es war der atmosphärische Hintergrund, auf dem die sog. Freiheitsentziehungs- oder Unterbringungsgesetze mit der z. T. unverhohlenen Tendenz, den Kranken vor seinem Arzt zu schützen, entstanden sind.

Das alles war nicht neu. Man braucht nur an die „antipsychiatrische Bewegung" um die Jahrhundertwende, an die Argumentation des Hofpredigers Stöcker, des Abgeordneten Lenzmann und des „Aufrufes der Kreuzzeitung" vom 9. 7. 1892 zu erinnern. Neu war aber die Auseinandersetzung mit der „unbewältigten Vergangenheit", mit dem Erbe des Nationalsozialismus, der zweifellos in der Psychiatrie viel mehr Schaden angerichtet hat als in jeder anderen medizinischen Disziplin. Das lag aber gewiß nicht nur an den Psychiatern, unter denen es vergleichsweise kaum mehr überzeugte und übereifrige Nationalsozialisten gegeben haben dürfte als bei anderen Ärzten, bei Juristen oder Lehrern. Chirurgie und Gynäkologie sind aber nun einmal politisch wie rechtlich „neutraler" als die Psychiatrie.

An dem vielzitierten Extrembeispiel der „Aktion zur Vernichtung lebensunwerten Lebens" läßt sich heute ganz eindrucksvoll zeigen, daß man diese und ähnliche, wenn auch weniger tragische Geschehnisse nicht ganz schlicht und einfach auf das Schuldkonto „der" Psychiatrie setzen kann. Eben dieser Eindruck ist aber dadurch hervorgerufen worden, daß in den bisherigen „Euthanasie-Prozessen" fast ausschließlich psychiatrische „Ausführungsorgane" abgeurteilt wurden. Selbst in den z. T. recht umfangreichen Dokumentationen zu diesem Thema ist von einer Beteiligung der Justiz gar nicht oder nur sehr verschwommen die Rede. In dem bevorstehenden Verfahren gegen Heyde u. a. wird voraussichtlich erstmals und in einer auch für die breite Öffentlichkeit erkennbaren Form die volle Mitverantwortung sämtlicher Spitzenorgane der damaligen Justiz herausgestellt werden. Selbstverständlich kann es nicht darum gehen, daß die Psychiater jetzt den Juristen die Schuld in die Schuhe schieben wollen, schon gar nicht darum, ob und wieweit sich Heyde und andere Psychiater persönlich schuldig gemacht haben. Die Gerechtigkeit erfordert aber die Feststellung, daß die sog. „Euthanasie-Aktion" keine nur „psychiatrische Angelegenheit" war, und daß die obere und oberste Justiz des „Dritten Reiches" wahrscheinlich mehr in diesem Zusammenhang zu verantworten hat als die „obere" Psychiatrie, soweit hier überhaupt Vergleiche mit der Justiz möglich sind.

Abgesehen von den mehr oder weniger zeitbedingten „Reibungsflächen" in dem Verhältnis der Psychiatrie zur Öffentlichkeit und zur Justiz gibt es „Spannungsfelder", die auf grundsätzlichen Differenzen in Theorie

*) 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.

und Praxis verschiedener Wissenschaftsbereiche beruhen. Nach einigen allgemeineren Ausführungen möchte ich deshalb versuchen, die Problematik durch Besprechung konkreter Fragen aus verschiedenen Rechtsgebieten zu verdeutlichen.

I.

In dem Grenzgebiet von Psychiatrie und Recht war es von jeher schwierig, zu einer Verständigung zwischen Arzt und Richter zu kommen. Hinderlich ist die Verschiedenheit der Sprache, die unterschiedliche Terminologie, vor allem aber der Gegensatz von Psychiatrie als Naturwissenschaft und Psychologie zur Jurisprudenz, als Norm- oder Wertwissenschaft. Die psychiatrische Begriffsbildung ist nur partiell naturwissenschaftlich, in einem weiten Bereich sind Motivations- und Sinnzusammenhänge bestimmend, ob vorläufig mangels naturwissenschaftlich fundierter Kenntnisse oder prinzipiell, mag hier dahingestellt sein. Psychologie und Psychopathologie sind zwar empirische Wissenschaften, das Postulat von der „Psychologie als Naturwissenschaft" ist aber eine Fiktion, insoweit „nur" Naturwissenschaft gemeint ist. Diese „Grenzsituation" der Psychiatrie erschwert jedenfalls dem Juristen den Zugang zu einer Wissenschaft, die den Menschen in seinem Tun und Lassen in einer anderen Perspektive sieht, als er es gewohnt ist.

Scheinbar allgemeinverständliche Begriffe wie Norm und Abnorm, Gesundheit und Krankheit sind in der Medizin umstritten, es gibt weder einen verbindlichen Gesundheits- noch Krankheitsbegriff. In Abhängigkeit vom Fortschritt der wissenschaftlichen Erkenntnis ist der medizinische Krankheitsbegriff einem ständigen Wandel unterworfen, was zu beklagen töricht wäre. Der Jurist hat aber aus den verschiedenen und wechselnden Auffassungen der Medizin über das Wesen der Krankheit einen rechtserheblichen Krankheitsbegriff abstrahiert, weil die diagnostischen, pathogenetischen und nosologischen Überlegungen des Mediziners juristisch weitgehend ohne Belang sind. Bei näherer Betrachtung handelt es sich aber gar nicht um einen einheitlichen und allgemeinverbindlichen juristischen — im Gegensatz zum medizinischen — Krankheitsbegriff. Es gibt eine ganze Reihe unterschiedlicher Krankheitsbegriffe je nach dem speziellen Gesetzeszweck, je nach Eigenart und Umfang des zu regelnden Bereichs. Juristisch kommt es wesentlich darauf an, ob eine Krankheit im Sinne einer Normabweichung vorliegt, und insbesondere ob die Krankheit einen solchen Grad, ein solches Ausmaß erreicht hat, daß sich daraus irgendwelche rechtlichen Konsequenzen ableiten lassen. Im Sozialrecht geht es z. B. entscheidend darum, welchen objektivierbaren Grad einer Minderung der Erwerbsfähigkeit die Krankheit bedingt. Im § 51 StGB ist danach gefragt, ob der Krankheitszustand so schwerwiegend ist, daß die Einsichtsfähigkeit oder die Fähigkeit zum einsichtsgemäßen Handeln erheblich vermindert bzw. ausgeschlossen ist. Gemäß § 6 BGB ergeben sich je nach der graduellen Ausprägung des Krankheitszustandes (Geisteskrankheit oder Geistesschwäche) unterschiedliche Rechtsfolgen. Die juristischen Krankheitsbegriffe sind also meist quantitativ akzentuiert.

Die Problematik des Krankheitsbegriffes bekommt in der forensischen Psychiatrie dadurch noch eine besondere Zuspitzung, daß die im Gesetzestext gebräuchlichen Ausdrücke für psychische Störungen und Defekte weder medizinisch noch juristisch klar umschriebene Begriffe darstellen, weil sie dem vorwissenschaftlich-volkstümlichen Sprachgebrauch entnommen sind. Die mannigfaltigen und mit dem Fortschritt der Erkenntnis wechselnden Differenzierungen der psychiatrischen Diagnostik sind dem volkstümlichen Sprachgebrauch fremd. Aber auch für den Juristen ist es nicht ganz einfach, die möglichen Auswirkungen von organischer Krankheit und psychogenem Kranksein, von Artungsanomalien und Haltungsanomalien auf die Schuldfähigkeit oder die Geschäftsfähigkeit eines Menschen zu verstehen, zumal die diagnostischen Abgrenzungen im rein Psychopathologischen — entsprechend der Eigenart psychologischer Begriffsbildung — oft nur akzentuierend und nicht determinierend wie im naturwissenschaftlichen Bereich sein können.

Andere Quellen gegenseitigen Mißverstehens sind z. B.: die Grenzen einer medizinischen und psychologischen Aussage, die Frage nach Beweiswert und Wahrscheinlichkeitsgrad oder das schwierige Problem der Kausalität. Sachlich fundierte Mißverständnisse haben in der Regel ihren Grund in der unterschiedlichen Betrachtungsweise, in der eigenartigen Struktur der Psychiatrie als deskriptiv-erklärender Naturwissenschaft und als „verstehender" Psychologie oder Anthropologie einerseits und in dem normativ-axiologischen Charakter der Jurisprudenz andererseits. Maßstab des Richters ist das Gesetz, und das gesetzlich geschützte Rechtsgut ist der für ihn betimmende Wert. Sehen wir einmal davon ab, daß auch gesetzmäßiges Unrecht für unsere Generation eine traurige Gewißheit ist, so bleibt es doch eine ebenso wichtige wie schwierige Aufgabe des Richters, im Rahmen „gerechter" Gesetze kollidierende Rechtsgüter nach ihrer Wertigkeit zu wägen. Dabei kann er sich im konkreten Einzelfall nicht nur auf das stets mehr oder weniger abstrakte Gesetz berufen, sondern er muß ebenso den Sinn des Gesetzes und das im ungeschriebenen Sittengesetz verankerte „höhere" Recht berücksichtigen. Gesetz und Recht können auch in einem letzten und absoluten Sinn nicht immer identisch sein. Das weiß der Richter, aber er muß in der Praxis von einer „Als-ob-Identität" ausgehen. So manches höchstrichterliche Urteil verliert für den Arzt an Unverständlichkeit, wenn er sich diese Zusammenhänge klarmacht.

Der Versuch einer Differenzierung einzelner Rechtsgüter, wie Freiheit, Gesetzmäßigkeit, Gesundheit usw., nach ihrem absoluten Wertgehalt ist aussichtslos, zumal Wertungen dieser Art in verschiedenen Kulturkreisen, aber auch im Laufe der Geschichte eines Volkes, wechseln. Ein typisches Beispiel unserer Tage ist die nach dem Zusammenbruch von 1945 gewandelte Auffassung von Wert und Recht der Persönlichkeit. Als verständliche Reaktion auf die nationalsozialistische Ära herrscht noch heute eine ängstliche Scheu vor jedem Eingriff in die grundgesetzlich garantierte Sphäre des Persönlichen auf fast allen Rechtsgebieten. Die in unserer Rechtsprechung verbreitete Tendenz zur Verabsolutierung des Persönlichkeitsrechts, die Unterschätzung seiner Relativität und seiner notwendigen Limitierung (Art. 2 GG) dürfte ein zeitgebunden-typischer Ausdruck der allgemeinen Unsicherheit im Bereich des Ethischen und des Weltanschaulich-Religiösen sein.

In einem unmittelbaren Zusammenhang mit dieser Unsicherheit steht die bedenkliche Neigung zum Perfektionismus in Gesetzgebung und Rechtsprechung, besonders deutlich im Sozialrecht, unverkennbar auch im Entwurf eines Strafgesetzbuches von 1962. Auf dem ärztlichen Sektor muß dieser Perfektionismus zu Rechtsunsicherheit führen, weil er nicht selten die Möglichkeit einer wissenschaftlich fundierten Beantwortung von Fragen voraussetzt, die im konkreten Fall oder grundsätzlich weder vom Arzt noch vom Richter beantwortet werden können.

Den Gefahren des Perfektionismus auf der juristischen Seite korrespondiert im psychiatrischen Bereich die Neigung zu „grundsätzlicher" Kritik und damit zur Relativierung anerkannter und bewährter Prinzipien der forensischen Begutachtung lediglich auf Grund eben konzipierter und meist sehr privater Hypothesen, deren Tragweite in der wissenschaftlichen Psychiatrie noch gar nicht übersehbar und deren mögliche Auswirkung in der forensischen Praxis nicht hinreichend durchdacht sind. Gesetze werden in der Regel — so sollte es wenigstens sein — für längere Zeiträume geschaffen. Deswegen darf der Gesetzestext niemals an wechselnden wissenschaftlichen Hypothesen orientiert sein. Im Gerichtssaal ist die Psychiatrie immer nur eine „Hilfswissenschaft" im Dienst der Wahrheitsfindung und damit der Gerechtigkeit. Die Grenze zwischen Recht und Unrecht ist aber nicht immer leicht erkennbar und manchmal fließend. Radbruch sagte: „Das Recht ist eben nur die Möglichkeit der Moral und eben deshalb auch die Möglichkeit der Unmoral." Der Psychiater als Sachverständiger hat — unabhängig von nur persönlichen Interessen und wissenschaftlichen Meinungen — eine große Verantwortung, damit nicht das richterliche Urteil an Stelle von Recht und Moral Unrecht und Unmoral setzt, wenn auch von Arzt wie Richter ganz unbeabsichtigt.

II.

Die aufgezeigten Gesichtspunkte allgemeiner Art lassen sich — mehr oder weniger deutlich, mehr oder weniger störend — an all den zahlreichen Berührungspunkten zwischen Psychiatrie und Recht demonstrieren. Ich beschränke mich hier auf einige wenige Beispiele aus ganz verschiedenen Bereichen.

a) Zu den in den letzten Jahren am lebhaftesten diskutierten Problemen gehört die Unterbringung eines psychisch Kranken in einem psychiatrischen Krankenhaus, die nun einmal in vielen Fällen unvermeidliche Voraussetzung und wesentlicher Teil einer erfolgversprechenden Behandlung ist. Obwohl auch ein körperlich Kranker nicht gerade mit Begeisterung ein Krankenhaus aufzusuchen pflegt, so setzt man doch in einem Rechtsstaat voraus, daß er es aus eigenem und freiem Entschluß tut. Eine Prämisse, die nach allgemeiner ärztlicher Erfahrung nur partiell zutrifft. Als Patient einer chirurgischen Station bin ich — in juristischer Sicht — in meinem „Bewegungsbelieben" nicht gehindert, auch dann nicht, wenn ich nach einer Operation kein Glied rühren kann. Ganz anders bei einem psychisch Kranken, der zwar nicht ans Bett gefesselt ist, der sich aber wegen seiner Krankheit auf einer geschlossenen Station befindet. Da er den Raum nach seinem — wenn auch krankhaften — Ermessen nicht verlassen kann, handelt es sich um den Tatbestand einer Freiheitsentziehung, der dem Juristen vor allem deswegen so viel Kopfzerbrechen bereitet, weil er ihm primär aus dem Strafrecht und dem politischen Mißbrauch polizeilicher Befugnisse geläufig ist. Das ist der Ansatzpunkt der verwirrenden Gesetzgebung und Rechtsprechung, die sich seit 1949 mit der Freiheitsentziehung bei psychisch Kranken befaßt.

Die Freiheit eines Menschen kann nach Art. 104 in Verbindung mit Art. 2 GG nur auf Grund eines förmlichen Gesetzes beschränkt werden. Allein der Richter hat über die Zulässigkeit und Fortdauer einer Freiheitsentziehung zu entscheiden. Die Polizei darf aus eigener Machtvollkommenheit niemanden länger als bis zum Ende des Tages nach dem Ergreifen in Gewahrsam halten. Die zur Realisierung dieser Vorschriften geforderte nähere gesetzliche Regelung gehört gemäß Art. 74 Nr. 1 GG zur konkurrierenden Gesetzgebung, soweit es sich um das gerichtliche Verfahren handelt.

Es ist ein psychologisch und soziologisch höchst interessantes Phänomen, daß sich die gesetzgeberischen Bemühungen zur Ausführung von Art. 104 GG in den Ländern wie im Bund fast ausschließlich auf die Geisteskranken, Rauschgift- und Alkoholsüchtigen konzentrierten. Dieser Personenkreis ist im Wortlaut des Art. 104 GG nicht erwähnt. Er spielte auch in den Diskussionen des Parlamentarischen Rates eine ganz periphere Rolle und nach der Entstehungsgeschichte des Art. 104 GG ist es — trotz der z. Z. herrschenden Rechtsmeinung — durchaus noch fraglich, wieweit die Geisteskranken und Süchtigen hier überhaupt gemeint sind. Nach den amtlichen Protokollen des Parlamentarischen Rates steht fest, daß man damals zu keiner abschließenden Klärung über den unter Art. 104 GG fallenden Personenkreis gekommen ist. Sie zeigen unmißverständlich, daß es hier primär um die Grenzen der Befugnisse der Polizei, um die Abwehr von widerrechtlichen Eingriffen in die persönliche Freiheit in Form der sog. Schutzhaft ging. In der Folgezeit wurde aber fast ausschließlich über die Bedeutung dieser Vorschrift für die ärztlich gebotene Freiheitsentziehung bei Geisteskranken diskutiert. Freiheit und Freiheitsentziehung wurden von juristischer Seite immer wieder als Abstrakta ohne konkreten und realen Bezug behandelt. Wenn ich einen normalen Menschen einsperre, weil er mir politisch unbequem bzw. gefährlich ist, oder wenn ich einen Geisteskranken „einsperre", weil er sich selbst und andere gefährdet, so handelt es sich beide Male um eine Freiheitsentziehung, die sich aber nach Sinn und Zweck grundsätzlich voneinander unterscheiden.

Durch die nicht gerade glückliche Formulierung und bis heute noch schwankende Interpretation von Art. 104 GG entstand ein gesetzliches Vakuum, das in der Praxis der Anstaltsunterbringung von Geisteskranken untragbar war. Da das in Aussicht gestellte Bundesgesetz auf sich warten ließ, machten die Länder von ihrer Befugnis im Bereich der konkurrierenden Gesetzgebung Gebrauch (Art. 72 Abs. 1 GG). So kam es zu den landeseigenen Unterbringungsgesetzen. Gemeinsames Kennzeichen der sog. Freiheitsent-

ziehungsgesetze ist die starke Betonung des Verfahrensrechts und das Zurücktreten materiellrechtlicher und vor allem fürsorgerischer Gesichtspunkte. Nur das Gesetz für Baden-Württemberg macht hier eine Ausnahme und man verspürt in ihm noch einen Rest der guten Tradition des badischen Irrenfürsorge-Gesetzes. Der Versuch einer Diskussion der Schwierigkeiten, die sich in der praktischen Handhabung der Gesetze in den einzelnen Ländern ergeben haben, würde den Rahmen dieses Beitrages sprengen. Dasselbe gilt bezüglich des Verhaltens des Hausarztes im konkreten Fall, wenn es sich um die Unterbringung eines akut psychotischen Patienten handelt. Sofern der Arzt nicht selbst die Vorschriften des in Frage kommenden Gesetzes kennt, wird er sich mit dem zuständigen Amtsarzt ins Benehmen setzen. Die obligatorische oder fakultative Einschaltung des Amtsarztes in das Unterbringungsverfahren ist ohnehin in allen Gesetzen vorgesehen. Gemeinsam, wenn auch im einzelnen abweichend, enthalten alle Gesetze Bestimmungen über ein „Regelverfahren" und ein „Dringlichkeitsverfahren", über eine kurzfristige (einstwellige) Unterbringung und über eine Unterbringung zur Beobachtung bzw. Begutachtung. In dem praktisch wichtigeren und schwierigeren Dringlichkeitsverfahren ist die 24- bzw. 48-Stunden-Frist bis zur richterlichen Entscheidung (Art. 104 Abs. 2 GG) eine wirklichkeitsfremde Formalie, die von ärztlicher wie von juristischer Seite immer wieder moniert wurde. Richter und Arzt werden dadurch zu Oberflächlichkeit, zu überstürzten und meist vorläufigen Entscheidungen gezwungen. Es zeigt sich hier, daß Haftprüfungsbestimmungen nicht ohne weiteres im Unterbringungsverfahren bei psychisch Kranken anwendbar sind.

Ein weiteres Beispiel für die Gefahren eines allzu justizförmigen Denkens bei der Anstaltsunterbringung ist die Frage nach den Befugnissen gesetzlicher Vertreter, über die erhebliche Meinungsverschiedenheiten bestehen. Nach der grundsätzlichen Entscheidung des BGH vom 30. 3. 1955 (BGHZ **17**, 108) konnte es nicht zweifelhaft sein, daß Eltern, Vormund oder Pfleger keine öffentliche Gewalt ausüben. Die gleiche Auffassung wurde bei der Vorbereitung des Verfahrensgesetzes des Bundes vom Bundesjustizminister und von den zuständigen Ausschüssen des Bundestags vertreten. Die mühsam erreichte einheitliche Rechtsauffassung in dieser Frage (vgl. Saage, Maunz-Dürig) wird durch die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 10. 2. 1960 (BVerfGE **10**, 302) umgestoßen. Art. 104 Abs. 2 GG bezieht sich danach nicht nur auf Freiheitsentziehungen durch die öffentliche Gewalt, sondern ebenso auf Freiheitsentziehungen rein fürsorglichen Charakters. Auch der nach § 1779 BGB berufene Vormund bedarf zur Unterbringung seines volljährigen Mündels in einer geschlossenen Anstalt der „obervormundschaftlichen Genehmigung" des Vormundschaftsgerichts, in Analogie etwa zu den Genehmigungsfällen des § 1822 BGB. Das aus § 1800 in Verbindung mit § 1631 BGB resultierende Aufenthaltsbestimmungsrecht des Vormundes genügt nach dieser Ansicht nicht für die Unterbringung in einer geschlossenen Anstalt. Die Aufsichtspflicht des Vormundschaftsgerichts (§ 1837 BGB), das von dem untergebrachten Mündel jederzeit angerufen werden kann (§ 59 FGG), erscheint dem Bundesverfassungsgericht nicht als ausreichender Schutz gegen mißbräuchliche Ausübung des Aufenthaltsbestimmungsrechts durch den Vormund. In der richterlichen Kontrolle sieht man „die einzige Sicherung für die Freiheit der Person". Das Bundesverfassungsgericht ist auch der Meinung, daß der Amtsvormund (§§ 32, 41 JWG) öffentliche Gewalt ausübe, was bezüglich des Unterbringungsrechts nach BGHZ **17**, 108 zumindest zweifelhaft ist und nach BayObLGZ **1954**, 298; BGHSt **9**, 262; SAAGE Anm. 22 zu § 2 nicht zutrifft. Über die Befugnisse der Eltern war in dem genannten Beschluß des Bundesverfassungsgerichts nicht zu entscheiden. Es wird nur angedeutet, daß „möglicherweise" andere Gesichtspunkte maßgebend sein könnten, da zwischen elterlicher Gewalt und Vormundschaft ein „Gegensatz im Rechtsgrund" bestehe. Der vorläufige Vormund (§ 1906 BGB) und der nach §§ 1910 ff BGB bestellte Pfleger übten nach bisheriger Rechtsauffassung keine öffentliche Gewalt aus. Auch in dieser Beziehung dürfte sich die Rechtslage durch die zitierte Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts, die sich nicht ausdrücklich mit der „Aufenthaltspflegschaft" befaßt, geändert haben.

Die Mängel und Schwächen einer zu formalistischen Betrachtungsweise in diesem Bereich zeigen sich weiterhin in der Frage nach dem Behandlungsrecht bei einer wegen psychischer Störungen untergebrachten Person, die von den meisten der Ländergesetze offengelassen wird. Lediglich in Bayern (Art. 6), in Hessen (§ 17 in Verbindung mit der VO vom 7. 9. 1954) und in Rheinland-Pfalz (§ 22) ist das Behandlungsrecht gesetzlich verankert. Theoretisch mag es richtig sein, daß in einem reinen Ausführungsgesetz zu Art. 104 GG die ganze Behandlungsfrage unbeachtlich ist, in der Praxis lassen sich bei psychisch Kranken Unterbringung und Behandlung gar nicht voneinander trennen. Die Unterbringung ist Voraussetzung und wesentlicher Teil der Behandlung. Ausführlich und auch vom ärztlichen Standpunkt im wesentlichen zutreffend, behandelt diesen ganzen Fragenkomplex eine Entscheidung des Bayerischen Verfassungsgerichtshofes vom 18. 12. 1957 (Ärztl. Mitt. **1958**, 371; vgl. dazu auch BGHZ **5**, 46; **21**, 214). Der Verfassungsgerichtshof verweist auf die ähnliche Situation bei einer Unterbringung gemäß § 42b StGB oder nach §§ 429a ff StPO. Der BGH hat auch bei diesen ausgesprochenen Sicherungsmaßnahmen den Gedanken der Fürsorge betont (BGHSt **7**, 61; BGH in LM Nr. 4 zu § 42 b StGB). Der nach diesen strafrechtlichen Vorschriften Untergebrachte unterliegt der ärztlichen Behandlung in der Anstalt, obwohl das im Gesetz nicht ausdrücklich gesagt ist.

Die Freiheitsentziehungsgesetze der Länder entsprechen in ihrer Ausführlichkeit und Umständlichkeit durchaus keinem praktischen Bedürfnis, und die vom Bund erwartete Hilfe blieb aus. Die Gesetzgebungsarbeit des Bundes begann 1951 und kam nur langsam voran. Leider konzentrierte man sich von Anfang an auf ein reines Verfahrensgesetz, während das von ärztlicher Seite schon bald geforderte Fürsorgegesetz immer wieder in den Hintergrund rückte. Das „Gesetz über das gerichtliche Verfahren bei Freiheitsentziehungen" (FEVG) ist nach einem Werdeprozeß von fast fünf Jahren am 1. 7. 1956 (BGBl I 599) in Kraft getreten. Es regelt jetzt nur noch das Verfahren bei Freiheitsentziehungen — nicht bei Freiheitsbeschränkungen — durch die öffentliche Gewalt, die nach Bundesrecht angeordnet werden. Das materielle

Unterbringungsrecht bleibt unberührt. Die praktische Bedeutung des FEVG ist, entsprechend seinem jetzigen Geltungsbereich, nur bescheiden, es wird aber bei der Vorbereitung eines Fürsorgegesetzes des Bundes eine große Rolle spielen.

Art. 104 GG bezieht sich nach — bis zu der Entscheidung des BVerfG vom 10. 2. 1960 — übereinstimmender juristischer Meinung lediglich auf Freiheitsentziehungen durch die öffentliche Gewalt. Wer aber im psychiatrischen Bereich öffentliche Gewalt ausübt, konnte bisher nicht eindeutig geklärt werden. Der Verfasser hat stets den Standpunkt vertreten, daß hier nur die von oder mit Hilfe der Polizei eingewiesenen Kranken gemeint sein können, also derselbe Personenkreis, der in den früher preußischen Gebieten aufgrund von §§ 14, 15 PVG eingewiesen wurde. Der Ausschuß für Fragen des Gesundheitswesens im Bundestag hat sich während seiner Beratungen über den Entwurf des FEVG in der an den Ausschuß für Rechtswesen gerichteten Empfehlung vom 19. 1. 1954 dieser Auffassung angeschlossen. Der Anteil dieser Gruppe von Kranken, die wir kurz „die Polizeilichen" genannt haben, hat seit vielen Jahren in unseren psychiatrischen Anstalten nicht mehr als 5 bis 10% betragen. Vergleicht man damit die Anstaltsstatistiken aus dem Jahre 1959, so zeigt sich recht eindrucksvoll die Unsicherheit hinsichtlich des Geltungsbereichs von Art. 104 GG und der dazu erlassenen Ausführungsgesetze. Wenn, nach einer Umfrage aus dem Jahre 1960, in den einzelnen Anstalten der verschiedenen Bundesländer der prozentuale Anteil der Aufnahmen aufgrund eines Unterbringungsgesetzes oder einer ähnlichen Bestimmung zwischen 5% und 85% der Gesamtaufnahmen beträgt und der Anteil der Unterbringungen mit Einverständnis eines gesetzlichen Vertreters beinahe dieselben Schwankungen aufweist, dann wird durch statistische Feststellungen dieser Art die gesamte Rechtslage als zwielichtig und bedenklich gekennzeichnet.

Die Entscheidung des BVerfG vom 10. 2. 1960 erweitert mit wenig überzeugenden Gründen den Geltungsbereich von Art. 104 Abs. 2 GG auf die „fürsorgerischen" Fälle von Freiheitsentziehung und stellt sich damit in Gegensatz zu der „gefestigten und einheitlichen Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs und der Oberlandesgerichte", in Gegensatz auch zu der Auffassung von Bundesregierung und Bundestag (vgl. FEVG) und zu der herrschenden Rechtslehre (Maunz-Dürig). Der Meinungsstreit auf höchster juristischer Ebene läßt die Entscheidung in einem sehr fragwürdigen Licht erscheinen, und man kann sich des Eindrucks nicht erwehren, daß die praktischen Belange, um die es hier geht, hinter dem Glasperlenspiel abstrakt juristischer Begrifflichkeit einfach verschwinden. Wenn es auf diesem Wege dazu kommt, daß 90% der Patienten einer psychiatrischen Krankenanstalt aufgrund eines richterlichen Beschlusses untergebracht sind, dann wird der Krankenhauscharakter einer solchen Anstalt zwangsläufig paralysiert und im Sinne einer justizeigenen Verwahrungsanstalt umgewandelt. Die Verantwortung für eine solche Entwicklung, die in krassem Widerspruch zu allen Bestrebungen einer zeitgemäßen Psychohygiene steht, muß von den deutschen Psychiatern abgelehnt werden. Das ist der Tenor eines Petitums, das die „Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde" am 14. 10. 1960 an Bundestag, Bundesrat und Bundesregierung richtete (vgl. Zbl. Neurol. Psychiatr. **161**, 15 [1961]), das aber bisher ohne greifbares Resultat geblieben ist.

Die mit der Anstaltsunterbringung von psychisch Kranken aufgeworfenen Rechtsfragen bilden ein internationales Problem, zu dessen Lösung in zahlreichen Ländern recht unterschiedliche gesetzliche Wege beschritten wurden. Die Weltgesundheitsorganisation hat vor einigen Jahren einen interessanten — wenn auch nicht erschöpfenden — Überblick über die einschlägige internationale Legislatur veröffentlicht (Int. Dig. Hlth. Leg. **6**, 1 [1955]). Der vom National Institute of Mental Health 1951 in Washington veröffentlichte Entwurf eines Bundesgesetzes, betreffend die „Hospitalization of the Mentally ILL", ist der interessante Versuch einer bundeseinheitlichen Regelung der besonders unübersichtlichen und uneinheitlichen Vorschriften in den verschiedenen Staaten der USA. In England hat eine Royal Commission on the Law Relating to Mental Illness and Mental Deficiency nach dreijähriger Arbeit 1957 einen ausführlichen Bericht über die bestehenden Verhältnisse mit einer Fülle konkreter Verbesserungsvorschläge vorgelegt. Das Ergebnis dieses Berichtes war der am 29. Juli 1959 in Kraft getretene Mental Health Act, der das umfassendste einschlägige Gesetzeswerk der letzten Jahre sein dürfte. Trotz der nur begrenzten Vergleichsmöglichkeiten zwischen den anglo-amerikanischen und den deutschen Verhältnissen verdienen eine ganze Reihe von Vorschriften in dem neuen Mental Health Act unsere besondere Aufmerksamkeit, es sei hier nur auf die Einschaltung des Richters im Unterbringungsverfahren hingewiesen. — Auch das österreichische Anhaltungsverfahren aufgrund einer Verordnung vom 28. 6. 1916 soll sich im großen und ganzen bewährt haben (Scharfetter). Offenbar schützt aber auch dieser Verfahrensmodus nicht vor sensationell aufgebauschten Komplikationen und Verdächtigungen, wie sich erst kürzlich aus Anlaß des vorübergehenden Aufenthaltes eines arabischen Prinzen in der Wiener Universitäts-Nervenklinik gezeigt hat.

Für die künftige deutsche Gesetzgebung beachtlich und in ihrer Einfachheit wie Praktikabilität vorbildlich sind manche der kantonalen Regelungen in der Schweiz, z. B. in Bern und in Zürich, besonders aber das neue „Gesetz über die Hospitalisierung seelisch kranker Personen", das kürzlich in Basel in Kraft getreten ist. Allein die von J. E. Staehelin so eindrucksvoll geschilderte Entstehungsgeschichte dieses Gesetzes (Schweiz. Arch. Neurol. **91**, 158 [1963]) zeigt den bei uns noch unbekannten Weg, wie man in einem demokratischen Ordnungsgefüge zu einer nicht nur rechtsstaatlich vertretbaren, sondern auch sachlich einigermaßen befriedigenden Regelung kommen könnte. Einweisungsgründe sind nach diesem Gesetz nicht nur die Gemein- oder Selbstgefährlichkeit eines Patienten, Pflege- oder Behandlungsbedürftigkeit werden in sachlich zutreffender Weise als gleichrangig angeführt. Die aus zwei unabhängigen Psychiatern und einem Juristen bestehende „Psychiatrische Kommission" hat einen großen Teil der Funktionen, die man bei uns dem — in diesem Bereich nun einmal nicht-kompetenten — Richter glaubt übertragen zu müssen. Die englischen Mental Health Review Tribunals (Mental Health Act 1959) sind ein ana-

loges Beispiel für die Möglichkeit einer rechtlich wie sachlich befriedigenden Lösung. — Soviel nur als Hinweis, wie man es auch bei uns anders und besser machen könnte.

Wir sind noch immer der Meinung, daß sich in dem uns gezogenen verfassungsmäßigen Rahmen ein brauchbares Fürsorgegesetz für psychisch Kranke schaffen ließe. Konkrete Vorschläge dieser Art liegen schon lange vor (vgl. Ehrhardt/Villinger). Zum besseren Verständnis des umstrittenen Artikels 104 GG muß immer wieder auf die von den Mitgliedsstaaten des Europarates am 4. 11. 1950 in Rom unterzeichnete Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten verwiesen werden, die am 7. 6. 1952 (BGBl II 685) Bundesgesetz geworden ist. Die Behandlung psychisch Kranker, ihre Unterbringung in einer psychiatrischen Krankenanstalt, ihre Betreuung vor und nach einer kürzeren oder länger dauernden stationären Behandlung sind nicht nur eine spezielle ärztliche Aufgabe, sondern auch ein ausgesprochen fürsorgerisches Problem von weitreichender praktischer Bedeutung. Der in den letzten Jahren bei uns so stark in den Vordergrund gerückte Gesichtspunkt der sog. Freiheitsentziehung soll in seiner rechtlichen Bedeutung nicht verkannt werden, er ist aber im Rahmen der psychiatrischen Behandlung und Fürsorge sekundärer Natur und er hat hier einen grundsätzlich anderen „Stellenwert" als sonst im Straf-, Polizei- oder Verwaltungsgericht. Die Situation des Untersuchungshäftlings ist eine ebenso verbreitete wie falsche Modellvorstellung für die Lage des zum Zwecke der Behandlung in einer geschlossenen psychiatrischen Abteilung untergebrachten Geisteskranken. Das Rechtsschutzbedürfnis eines nicht-kriminellen Kranken kann nicht einfach mit dem eines Kriminellen oder einer kriminellen Handlung dringend verdächtigen Gesunden in Parallele gesetzt werden. Wenn dieser Unterschied im Grundgesetz nicht hinreichend klargestellt wurde, was auch nicht unbedingt Aufgabe einer Verfassung ist, so bleibt es selbstverständliche Aufgabe einer ausführenden Gesetzgebung, eine den rechtlichen wie auch den praktischen Erfordernissen gleichermaßen genügende Regelung zu schaffen. Dabei wäre immer davon auszugehen, daß „der Geisteskranke nicht der Freie ist, der seiner Freiheit beraubt wird, sondern der Unfreie, der vor Schaden bewahrt werden soll" (Zutt).

Kein erfahrener Psychiater wird die Notwendigkeit einer Regelung der besonderen rechtlichen Verhältnisse eines untergebrachten Geisteskranken bestreiten. Wir brauchen sie im Interesse der Kranken und ihrer Angehörigen wie auch der behandelnden Ärzte. Die isolierte Betrachtung der Freiheitsentziehung beim Geisteskranken unter dem rein äußerlich-formalen Merkmal der Einschließung oder Einsperrung führt aber zu einer abstrakten Begrifflichkeit, die zwar im juristisch-medizinischen Grenzgebiet sehr verbreitet ist, die aber durch die Ausblendung der Sinnbezogenheit und Zweckgebundenheit jeder ärztlichen Handlung zu Trugschlüssen führen muß. Freiheitsentziehung bei psychisch Kranken hat als ein spezifisch ärztlich-psychiatrischer Eingriff eine nach Sinn und Zweck eigene Bedeutung, die sich nicht ohne weiteres mit Freiheitsentziehungen in anderen Bereichen vergleichen läßt. Das Rechtsschutzbedürfnis von psychisch Kranken ist ganz besonderer und sehr komplexer Art, die Gesetzgeber und Richter kennen und berücksichtigen müssen, um nicht das eigentliche Anliegen einer solchen Gesetzgebung und Rechtsprechung zu verfehlen.

An dem Beispiel der therapeutisch gebotenen Freiheitsentziehung läßt sich ganz eindrucksvoll das unausweichliche Bedürfnis demonstrieren, die Problematik der persönlichen Freiheit — als eines hohen und für uns unaufgebbaren Gutes — im Hinblick auf die heutigen und kommenden soziologischen Gegebenheiten neu zu durchdenken. C. F. v. Weizsäcker hat in einer Rede anläßlich der Verleihung des Friedenspreises des Deutschen Buchhandels (FAZ v. 14. 10. 1963) in einem übergeordneten und deshalb vergleichbaren Sinn treffend auf diese neue Sicht des Freiheitsproblems hingewiesen: „Wenn es in unserer Welt noch eigentliche menschliche Freiheit geben soll, so bleibt uns nicht erspart, auch den Raum dieser Freiheit zu planen."

a) In einen ganz anderen Bereich der Begegnung von Psychiatrie und Recht führt uns das Problem der Sterilisation, insbesondere die Sterilisation aus eugenischer und aus sozialer Indikation. Dieses Thema ist nicht erst durch das Verfahren gegen Dr. Dohrn so aktuell geworden. In den Diskussionen um die Regelung des Rechts der ärztlichen Eingriffe durch die Strafrechtsreform spielt es schon seit geraumer Zeit eine beachtliche Rolle. Das große Interesse der Öffentlichkeit an diesen Fragen erklärt sich aus dem religiös-weltanschaulichen und politischen Aspekt der Sterilisation, der sich nun einmal nicht ausblenden läßt und der eine distanziert-objektive Betrachtungsweise erschwert. Brauchen wir überhaupt eine gesetzliche Regelung in diesem Bereich und wenn ja, wie soll eine solche Regelung aussehen?

Hinsichtlich der Frage der Zulässigkeit von Sterilisationen besteht seit 1945 im Bundesgebiet eine bedenkliche Rechtszersplitterung und Rechtsunsicherheit. Die Sterilisation war durch das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses" (ErbGesG) vom 14. 7. 1933 i. d. F. vom 26. 6. 1935 in Verbindung mit mehreren Ausführungsverordnungen geregelt (Gütt-Rüdin-Ruttke). Das Gesetz wurde in der russischen Besatzungszone durch Befehl vom 8. 1. 1946 aufgehoben. In den westlichen Zonen erfolgte keine formelle Aufhebung des Gesetzes durch die Besatzungsmächte. Die Wiedereröffnung der Erbgesundheitsgerichte hat man aber in der amerikanischen Zone durch Verordnung vom 12. 6. 1946 ausdrücklich verboten. In der britischen und französischen Besatzungszone erging kein derartiges Verbot, es wurde aber von der Möglichkeit einer Wiedereröffnung der Erbgesundheitsgerichte seitens der zuständigen Militärregierungen kein Gebrauch gemacht. Der erst durch Verordnung vom 9. 3. 1943 geschaffene § 226b StGB, der jede Beeinträchtigung der Zeugungs- oder Gebärfähigkeit, außer in den damals gesetzlich zugelassenen Fällen, mit Strafe bedrohte, wurde durch das Kontrollratsgesetz Nr. 11 vom 30. 1. 1946 aufgehoben. In Bayern (GVBl **1946**, 1) und in Hessen (GVBl **1946**, 117) wurde das ErbGesG mit allen Durch- und Ausführungsverordnungen außer Kraft gesetzt. Ebenso im früheren Württemberg-Baden (GVBl **1946**, 207), mit Ausnahme des § 14 Abs. 1, der Sterilisation, Interruptio oder Kastration aus medizinischer Indikation und mit Einwilligung für zulässig erklärt. Auch in Hamburg,

Schleswig-Holstein und in Niedersachsen (OLG Celle in NJW 1963, 406) wird § 14 Abs. 1 als fortgeltendes Reichsrecht (partielles Bundesrecht) aufgefaßt. Die eugenisch indizierte Sterilisation ist aber auch in diesen Ländern, und damit im ganzen Bundesgebiet, ausschließlich nach den in dieser Hinsicht nicht präzisierten Regeln des StGB zu beurteilen. Das gleiche gtit für die soziale und jede Form einer „gemischten" Indikation, und es gilt in den Ländern, in denen § 14 Abs. 1 ErbGesG nicht mehr als fortgeltendes Recht betrachtet wird, für jeden sterilisierenden Eingriff.

Klarheit besteht aiso nach dem geitenden Recht nur insoweit, als die zwangsweise Durehführung von Sterilisationen (und Kastrationen), gleich welcher Indikation, zweifellos nieht mehr zulässig ist. Die Rechtfertigung der Sterilisation mit Einwilligung über § 226a StGB ist naheliegend, zumal diese Vorschrift durch das Änderungsgesetz vom 26. 5. 1933 unter dem Gesichtspunkt der freiwilligen Unfruchtbarmachung eingefügt worden war (Sehäfer, v. Dohnanyi). Nach § 226a genügt aber nicht die Einwiiligung des Verletzten, die Tat (ärztlicher Eingriff = Körperververletzung) darf auch nicht den „guten Sitten" widersprechen. Der nach entsprechender Aufklärung und mit Einwilligung vorgenommene Eingriff muß also auch im Hinblick auf seine sittliche Wertigkeit geprüft werden (RGSt 74, 91; 77, 17; BGHSt 4, 88). Es besteht kein Zweifel, daß die medizinisehe Indikation im engeren Sinne derartige Eingriffe ethisch in vollem Umfang rechtfertigt. Die rein medizinisch indizierte Sterilisation — medizinisch-therapeutische Indikation oder medizinische Indikation i. e. S. — wegen einer Erkrankung oder Verletzung im Bereich der Geschlechtsorgane ist wie jeder andere operative Eingriff mit Defektsetzung zwecks Verhütung eines schweren Übels zu beurteilen. Hier bedarf es auch keiner vorherigen Anrufung und Entscheidung der nach Art. 5 Abs. 2 der 4. DVO vom 18. 6. 1935 zu § 14 Abs. 1 ErbGesG einzurichtenden Gutachterstellen (vgl. Hanaek, Ärztl. Mitt. 1961, 995).

b) Schwieriger wird es schon bei der medizinischen Indlkation im weiteren Sinne (medizinisch-prophylaktischen Indikation), z. B. Sterilisation nach wiederholtem Kaiserschnitt, nach Brustamputation wegen Carcinom usw. Bei den Vorarbeiten zur Strafrechtsreform erfolgte eine Abklärung dieser Problematik dahin gehend, daß die Zulässigkeitsvoraussetzungen der medizinisch-therapeutischen wie der medizinisch-prophylaktischen Sterilisation in § 161 E — 1962 (für § 226 a StGB) geregelt sind. Die Einschaltung von Gutachterstellen wurde von allen Mitgliedern der Sachverständigenkommission für juristisch-medizinische Fragen im BJM am 14. 7. 1961 einstimmig nur für die prophylaktische, nicht dagegen für die therapeutische Sterilisation befürwortet (Niederschr. S. 71).

Die Frage der reehtliehen Zulässigkeit einer eugeniseh indizierten Sterilisation ist seit 1945 völlig offen. Auch der Arzt, der nach bestem Wissen und Gewissen einen solchen Eingriff vornimmt, riskiert nach §§ 224, 225 StGB eine Zuchthausstrafe von wenigstens zwei Jahren. Es geht letzten Endes darum, ob die eugenische Indikation gegen die „guten Sitten" im Sinne des § 226a StGB verstößt oder nicht. So rechtsstaatlich denkende Juristen, wie Graf zu Dohna, Kohlrausch und Radbruch, haben lange vor 1933 die freiwiilige Sterilisation aus eugenischen — z. T. auch aus sozialen — Gründen für zulässig erachtet. Man war der Meinung, daß diese Forderung durch Einfügung des § 226a in das StGB verwirklicht sei. In einer ganzen Reihe ausländischer Staaten bestanden — ebenfalls lange vor 1933 — Sterilisationsgesetze mit voller Anerkennung der eugenischen Indikation, vereinzelt auch einer mehr oder weniger begrenzten Anerkennung der sozialen Indikation. Das ganze Anliegen kam aber bei uns durch die bevölkerungs- und rassenpolitischen Utopien des Nationalsozialismus und die daraus resultierenden Greueltaten in Verruf. Man darf darüber nicht vergessen, daß die Eugenik keine nationalsozialistische Erfindung ist. Ebensowenig das Erbgesundheitsgesetz vom 4. 7. 1933, das schon äußerlich eng an einen Entwurf des preußischen Landesgesundheitsamtes von 1932 angelehnt war. Neu gegenüber dem Entwurf 1932 war die Zwangssterilisation, die sich aber auch bereits in ausländischen Gesetzen fand.

Immer wieder wurde in den ietzten Jahren darüber gestritten, ob und wieweit mit dem ErbGesG Mißbrauch getrieben wurde, ob und wieweit es sich um ein „nazistisches Unrechtsgesetz" gehandelt hat. Fest steht zur Zeit soviel, daß das Gesetz nicht die „Rechtsgrundlage" zur Unfruchtbarmachung von nichterbkranken Juden, Zigeunern, Mischlingen und sonstigen mißliebigen oder unerwünschten Personen war. Eben für diese und andere Schandtaten gab es keine gesetzliche oder rechtliche Handhabe, und das ErbGesG eröffnete keine Möglichkeit in dieser Richtung. Was den rechtsstaatlichen Charakter des ErbGesG betrifft, so galt es für die westlichen Alliierten zumindest nicht als „typisches Nazigesetz". Sonst hätte man kaum vergessen, es aufzuheben. Es wäre auch nicht zu verstehen, daß bereits im Jahre 1947 auf Initiative der amerikanischen Militärregierung vom Gesundheitsausschuß beim Länderrat der US-Zone in Stuttgart eine Kommission mit der Ausarbeitung eines Entwurfs für ein neues Sterilisationsgesetz beauftragt wurde. Bis heute wird an dieser Auffassung auch in der obergerichtlichen und höchstrichterlichen Rechtsprechung festgehalten. Nach OLG Hamm in NJW 1954, 559 verstößt das ErbGesG nicht gegen das Naturrecht oder gegen rechtsstaatliche Grundsätze (vgl. auch OVG Berlin in DÖV 1953, 512; OLG München in MDR 1955, 163; OLG Celle in NJW 1956, 1114; BGH in NJW 1956, 1716; BGHZ 36, 379).

Im übrigen besagt die Auseinandersetzung um das ErbGesG von 1933 nur wenig für die Möglichkeiten einer künftigen Regelung der Sterilisation. Bei dem derzeitigen Schwebezustand kann es nicht bleiben, wie gerade der Fall des Dr. Dohrn bewiesen hat. In der Ärzteschaft überwiegt der Wunsch nach einer gesetzlichen Klärung des Problems. Das Präsidium des Deutschen Ärztetages hat sich bereits 1954 mit dem Entwurf einer Denkschrift über die „Legalisierung der Unfruchtbarmachung aus eugenischer Indikation" (v. Rohden) befaßt. Schließiich hat die erwähnte Sachverständigenkommission im BJM am 14. 7. 1961 das Bedürfnis einer gesetzlichen Regelung der freiwilligen Sterilisation aus eugenischen Gründen einstimmig bejaht (Niederschr., S. 77). Übereinstimmung bestand auch bezüglich der Notwendigkeit einer besonderen Verfahrensordnung mit Einschaltung von Gutachterstellen und bezüglich des Erfordernisses einer Aufzählung der in Frage kommenden Erbkrankheiten. Man war sich dar-

Schach
in Ihrer Hand

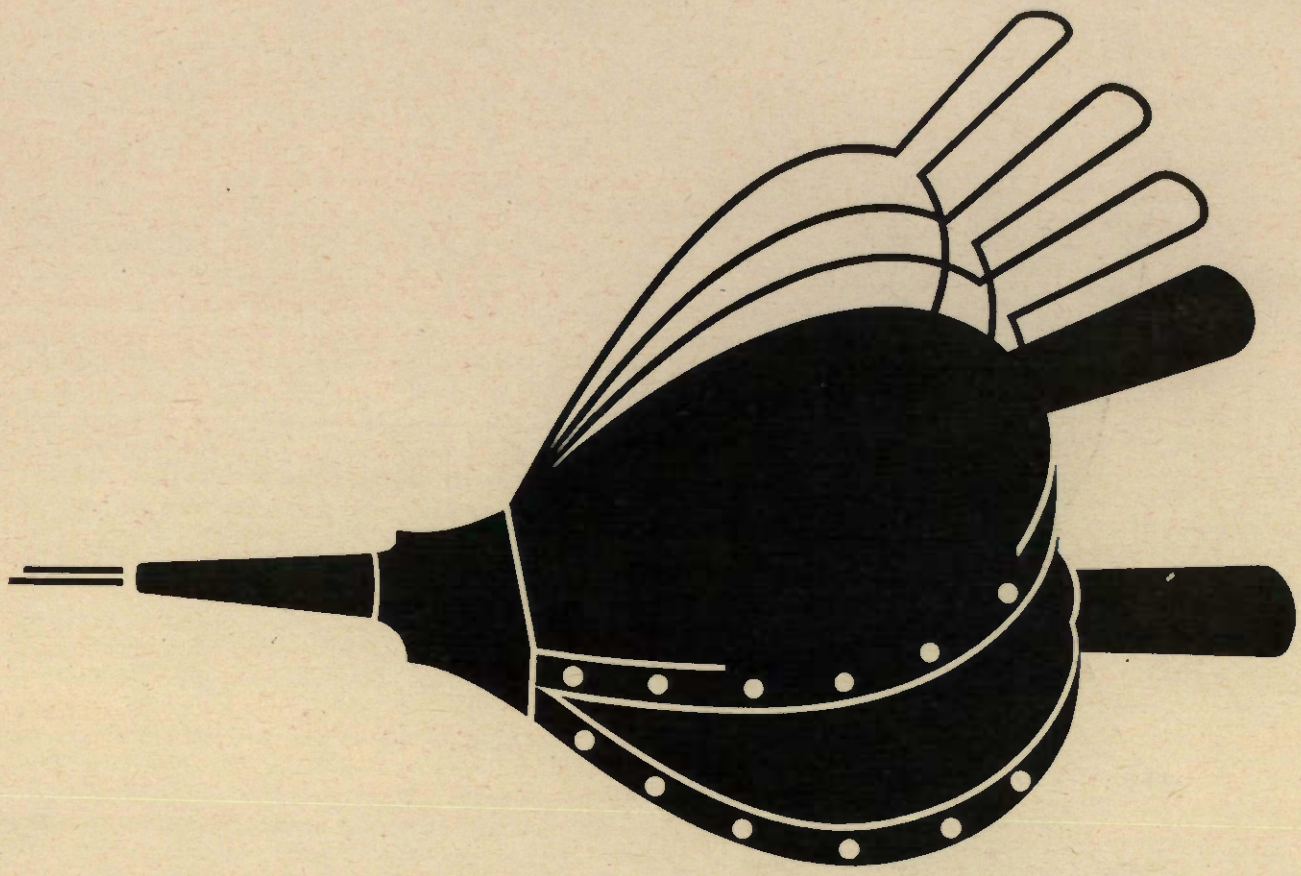
Choleretisch - antibakteriell -
spasmolytisch - Heperos -
das neue Präparat
bei Gallenwegserkrankungen

HEPEROS

ASID-Institut GmbH München-Lohhof

1 ⬭ morgens

1 ⬭ abends



Volle Atemleistung für 24 Stunden

Dauertherapie bronchospastischer Zustände
Anfallsprophylaxe bei Asthma bronchiale
Emphysembronchitis
vorwiegend nervös oder klimatisch bedingte
Atembeschwerden

Perspiran® prot.

Theophyllin 180 mg,
Ephedrinhydrochlorid 48 mg,
Phenyläthylbarbitursäure 25 mg,
pro Tablette
OP mit 20 Tabletten

GODECKE

über im klaren, daß die Aufstellung des Krankheiten-Katalogs heute vielleicht schwieriger ist als vor 30 Jahren; etwa im Hinblick auf das Problem der Phänokopien und der Umweltstabilität bzw. Umweltlabilität einzelner Erbkrankheiten. Durch das Prinzip der Freiwilligkeit werden aber wissenschaftliche Zweifelsfragen dieser Art in der praktischen Anwendung und damit auch für den Gesetzgeber weitgehend entschärft. Wenn ein Mensch nach einer oder mehreren psychotischen Episoden mit oder ohne greifbare Defektsymptome eine Sterilisation wünscht, um evtl. Kindern ein gleiches oder ähnliches Schicksal zu ersparen, so kann man einen solchen Wunsch wohl kaum als „unsittlich" bezeichnen, auch dann nicht, wenn sich die Gelehrten noch nicht abschließend über den Grad der Umweltstabilität dieser Psychose und die Möglichkeit einer Phänokopie einigen können.

Der Gesetzgeber könnte natürlich auch ein glattes Verbot eugenisch indizierter Sterilisation gesetzlich festlegen. Sogar diese Lösung wäre besser als das derzeitige Vakuum und sie entspräche der moraltheologisch begründeten Ablehnung der katholischen Kirche. Andere christliche Bekenntnisse haben aber in dieser Beziehung eine andere Auffassung, die auch in der Ärzteschaft dominieren dürfte. Gerade für den Arzt und den Psychiater in der täglichen Praxis geht es gar nicht primär um das grundsätzliche Anliegen der Eugenik oder um die Angst vor dem drohenden „Gentod der Kulturmenschheit" (H. J. Muller) oder um die prozentuale Krankheitserwartung in der Nachkommenschaft seines erkrankten Patienten. Im konkreten Fall handelt es sich meist um eine „gemischte", eine eugenisch-soziale Indikation. Zum Beispiel: Ein schwachsinniges oder epileptisches Mädchen ist im vertrauten häuslichen Milieu sozial im wesentlichen angepaßt, vielleicht eine geschätzte Hilfe im Haushalt oder in der Landwirtschaft. Nach Eintritt der Geschlechtsreife ist es zu einer Schwangerschaft gekommen oder es droht ein solches Ereignis. Mädchen und Eltern wünschen eine Sterilisation; nicht nur in der Befürchtung, das oder die Kinder könnten ebenfalls schwachsinnig oder epileptisch sein, sondern vor allem auch in der richtigen Erkenntnis, daß unsere Probandin den Aufgaben einer Mutter nun einmal in keiner Weise gewachsen ist. Theoretisch wäre ein solches Problem natürlich auch anders zu lösen. Man kann aber durchaus geteilter Meinung darüber sein, ob diese möglichen Lösungen nicht nur psychohygienisch und sozialpädagogisch schlechter, sondern auch „unsittlicher" wären als eine (eugenisch-sozial indizierte) Sterilisation.

Damit wäre das schwierige Problem der sozialen Indikation angesprochen. Nach geltendem Recht ist die sozial indizierte Sterilisation nicht zulässig und fällt unter die Strafandrohung der §§ 224, 225 StGB. Die erwähnte Sachverständigenkommission hat sich im BJM am 14. 7. 1961 einstimmig gegen die Zulässigkeit einer Sterilisation aus „rein" sozialer Indikation ausgesprochen (Niederschr., S. 80). Andererseits war man sich darüber einig, daß medizinische und soziale Faktoren im konkreten Fall durchaus zusammentreffen und nicht immer säuberlich getrennt werden können. Wo liegt z. B. die Grenze zwischen medizinischen und sozialen Gesichtspunkten, wenn eine gesundheitlich labile, schwächliche und erschöpfte Frau durch die Betreuung von fünf Kindern am äußersten Rand ihrer Belastungsfähigkeit angelangt oder bereits überfordert ist? Da es der Arzt stets mit dem ganzen Menschen zu tun hat, läßt sich eine angemessene Berücksichtigung sozialer Gesichtspunkte im Rahmen einer medizinischen Indikation nicht ausschließen. Weil es sich hier um Fälle der prophylaktischen Indikation handelt, fällt die Entscheidung der Gutachtersteile zu und bleibt nicht dem einzelnen Arzt überlassen.

Auf diesem Wege könnte es vielleicht auch gelingen, jene bedenklichen Fälle auszuschalten, in denen eine Frau wiederholt den Antrag auf Schwangerschaftsunterbrechung stellt und aus medizinischen Gründen unterbrochen wird, ohne daß die Frage der Sterilisation auch nur angeschnitten wurde. Bei jedem Antrag auf Schwangerschaftsunterbrechung sollte die Frage der Sterilisation obligatorisch überprüft werden.

Die rein soziale Indikation ist vor allem durch die weltweite Bewegung der „Familienplanung" so aktuell geworden. Es läßt sich nicht bestreiten, daß in übervölkerten Gebieten, wie Indien, die Notwendigkeit einer energischen Beschränkung des überstürzten Bevölkerungswachstums ein vordringliches Existenzproblem geworden ist. Unsere bevölkerungspolitische Situation, wie auch die kulturellen, sozialen und wirtschaftlichen Verhältnisse bieten aber hier nur sehr begrenzte Vergleichsmöglichkeiten. Deswegen erscheint es mir zur Zeit nicht ganz glücklich, den Gedanken der rein sozial indizierten Sterilisation zu propagieren, wenn auch nur in der gemilderten Form wie neuerdings Gesenius (Geburtsh. u. Frauenhk. 22, 421 [1962]) oder — mit mehr Einschränkungen — Kirchhoff (Ärztl. Mitt. 1962, 1743). Gewiß ist soziale Not nicht mit wirtschaftlicher Not identisch und man darf das Problem nicht nur unter dem Gesichtspunkt des momentanen ökonomischen Wohlstandes betrachten. Gerade eine solche Überlegung zeigt aber die entscheidende Schwierigkeit: die Diagnose. Wer soll darüber entscheiden, wann eine rein soziale Indikation zur Sterilisation vorliegt? Wir Ärzte sollten uns jedenfalls hüten, eine solche Aufgabe zu übernehmen, für die wir nur partiell kompetent sind. Der Gynäkologe darf in dieser Beziehung ruhig auf die größere Erfahrung des Psychiaters im Umgang mit dem Recht vertrauen.

c) In einer Betrachtung über die Beziehungen zwischen Psychiatrie und Recht darf auch das weite Feld der sozialen Fürsorge und Vorsorge, der sozialen Sicherung nicht fehlen, zumal in der gesamten ärztlichen Gutachtertätigkeit die sozialrechtlichen Fragen zahlenmäßig weitaus an erster Stelle rangieren. Dazu kommt, daß das ärztliche Gutachten im Sozialrecht ganz allgemein eine größere Bedeutung hat als in den meisten anderen Rechtsgebieten. Die damit verbundene größere Abhängigkeit des richterlichen Urteils vom ärztlichen Gutachten ist für beide Seiten kein Gewinn, weil gar nicht so selten entweder der Richter in medizinischer Hinsicht oder der Arzt in juristischer Hinsicht überfordert wird. So ist es nicht verwunderlich, daß es an Kritik dieses ganzen Systems nicht gerade fehlt, wohl aber an konkreten und realisierbaren Verbesserungsvorschlägen. Erst vor wenigen Wochen hat sich eine Fernsehsendung mit diesem Thema beschäftigt und eine ganze Reihe tatsächlicher oder vermeintlicher Mißstände kritisch beleuchtet. Ich glaube aber kaum, daß die zum Abschluß geforderte „öffentliche Untersuchung" zu neuen Erkenntnissen und zu einer entscheidenden Verbesserung des Systems füh-

ren würde. Nähere Ausführungen darüber sind mir in diesem Zusammenhang nicht möglich.

Das Bedürfnis nach Vorsorge und Sicherung gegen Schicksalsschläge, gegen alle nur möglichen Widerwärtigkeiten und Zufälligkeiten im Verlaufe eines menschlichen Lebens, ist ein Kennzeichen unserer heutigen Sozialstruktur. Die fortschreitende Differenzierung und Komplizierung der Gesetzgebung und der Rechtsprechung in unserem System sozialer Sicherung belasten den Arzt mit immer mehr letztlich nicht-ärztlichen Aufgaben. Der Gutachter hat sich in der Regel mit zwei Fragen zu beschäftigen, deren Beantwortung in den verschiedenen Versicherungszweigen und im Einzelfall auf unterschiedliche und manchmal erhebliche Schwierigkeiten stößt. Die Leistungsbeeinträchtigung im Erwerbsleben aus gesundheitlichen Gründen ist das eine Hauptproblem, das andere ist der ursächliche Zusammenhang zwischen einem Gesundheitsschaden und einem schädigenden Ereignis. Die Beurteilung kann hier bereits bei rein körperlichen Schäden auf erhebliche Schwierigkeiten stoßen, man braucht nur auf den alten Streit über die Multiple Sklerose als Kriegsschadens- oder Unfallfolge zu verweisen. Sehr viel komplizierter wird die Problematik bei fast allen psychiatrischen Schadensfolgen, insbesondere bei den psychoreaktiven Störungen. Abgesehen vom Ursachenzusammenhang haben wir hier auch noch den „Krankheitswert" zu beachten.

Der Fragenkreis Simulation-Neurose-Psychopathie spielt von jeher in diesem Zusammenhang eine besondere Rolle, er beschäftigt den Gutachter — und nicht nur den Nervenarzt — vor allem im zivilrechtlichen Haftpflichtverfahren, in der Kriegsopferversorgung, der Unfallversicherung, den verschiedenen Zweigen der Rentenversicherung und schließlich im Wiedergutmachungsverfahren. Man spricht heute nicht mehr so gern von traumatischen oder Unfall-Neurosen, von Renten-, Rechts- oder Entschädigungs-Neurosen, weil sich diese Art psychoreaktiver Störungen meist deutlich von den uns in der psychotherapeutischen Praxis begegnenden Neurosen unterscheidet, und weil es sich nur allzuhäufig um sehr unterschiedlich zusammengesetzte und manchmal schwer entwirrbare Legierungen von bewußten, demonstrativ-aggravatorischen oder simulativen Tendenzen mit mehr oder weniger unbewußten Störungen der Erlebnisverarbeitung (neurotischen Mechanismen) und konstitutionell abartigen Charakterzügen (i. S. der Psychopathie) handelt. Der „Krankheitswert" und damit die forensische Relevanz einer sog. Renten-Neurose bestimmt sich nach ihrer Struktur, nach dem Anteil und dem „Stellenwert" der genannten drei Aufbaufaktoren. Man darf sich aber nicht darüber täuschen, daß unsere Möglichkeiten einer solchen Strukturanalyse einstweilen noch recht bescheiden sind, wenn sie auch für die praktischen Bedürfnisse der Begutachtung in den weitaus meisten Fällen ausreichen. Die Schwierigkeit liegt darin, daß Simulation als bewußte Täuschung, Neurose als Störung der Erlebnisverarbeitung und Psychopathie als anlagemäßige Charakterabartigkeit diagnostisch nur mittels psychologischer und psychopathologischer Methoden faßbar sind. Die psychologische Begriffsbildung als einziges Mittel der Verständigung gerade über die intimeren Bezirke seelischen Lebens und Erlebens, über mehr oder weniger abnorme bzw. krankhafte psychische Funktionen und Verläufe, ist aber — wie eingangs erwähnt — in weiten Bereichen vorwiegend akzentuierend und unterscheidet sich damit eindeutig von der ausgesprochen determinierenden Begrifflichkeit naturwissenschaftlichen Denkens. Prospektive Verhaltensweisen, vor allem in ihren feineren Nuancierungen, und abnorme Erlebnisreaktionen lassen sich bei vielen der von uns zu Begutachtenden durchaus nicht säuberlich voneinander trennen. Sie spielen sich häufig auf dem Hintergrund einer intellektuell primär limitierten oder konstitutionell-charakterlich mehr oder weniger abnormen Persönlichkeit ab.

Die Frage des ursächlichen Zusammenhanges zwischen einem schädigenden Ereignis und psychoreaktiven Störungen (Neurosen oder Neurose-Schäden) muß im Rahmen der juristischen Kausalitätstheorien, wie sie seit dem Ende des vorigen Jahrhunderts entwickelt wurden, gesehen und verstanden werden. Der Bundesgerichtshof übernahm die vom Reichsgericht entwickelte Theorie der adäquaten Verursachung und hat sie nur in wenigen Punkten geändert oder ergänzt. In der grundsätzlichen Entscheidung vom 29. 2. 1956 (BGHZ 20, 137) findet sich eine Zusammenfassung und eingehende Begründung der heute gültigen Auffassung des Bundesgerichtshofes. Der vom Reichsgericht immer wieder vertretene Unterschied zwischen äußeren und inneren Zusammenhängen erscheint dem Bundesgerichtshof für eine sachgemäße Abgrenzung ungeeignet, und er kommt zu dem resignierenden Schluß: der Versuch, „unter ursächlicher Betrachtung zu einer Einschränkung der Haftung für Neurose-Schädigungen zu gelangen", habe sich als untauglich erwiesen. Die auch dem Bundesgericht notwendig erscheinende Haftungsbeschränkung bei sog. Neuroseschäden wird nunmehr in einer neuen Version aus dem Sinn des Schadenausgleichs und dem Gedanken der Billigkeit oder der Zumutbarkeit gegenüber dem Schädiger begründet. Aus Überlegungen, die hier nicht näher ausgeführt werden können, erscheint es sehr fraglich, ob der Bundesgerichtshof auf diesem Wege zu einer sachlich vertretbaren Haftungsbeschränkung kommt.

Von grundsätzlichen Bedenken abgesehen, scheint einzelnen Formulierungen des BGH die Vorstellung zugrunde zu liegen, daß der Rentenneurotiker nach endgültiger Ablehnung seiner Entschädigungswünsche „geheilt" werden müsse, daß er seine vermeintliche Rechtsposition aufgibt, daß er sich nunmehr den Schwierigkeiten des Lebenskampfes stellt. Wir wissen aus einer jahrzehntelangen Erfahrung, daß diese sozial positive Wendung in einer wachsenden Zahl von Fällen nach Beendigung des Rechtsstreites nicht eintritt. Abgesehen davon, daß es ein unheilbares psychogenes Kranksein ebenso wie unheilbare organische Krankheiten gibt, bietet ein moderner Sozial- oder Wohlfahrtsstaat dem Rentenneurotiker geradezu unbegrenzte Möglichkeiten des Ausweichens vor dem Lebenskampf. Wer definitiv nicht will, oder wer sich einbildet, nicht zu können, findet heute immer einen Weg, auf Kosten anderer — mehr oder weniger bescheiden — zu leben.

Eine Kritik der höchstrichterlichen Rechtsprechung zur Schadenersatzpflicht bei „Neuroseschäden" muß bei der Beurteilung des Kausalzusammenhanges ansetzen. Der in dieser Rechtsprechung vertretene juristische

Ursachenbegriff befindet sich nicht in Übereinstimmung mit dem Ursachenbegriff der empirischen Wissenschaften, zumindest nicht, soweit es sich um psychoreaktive Störungen als Schädigungsfolge handelt. Der Hauptgrund für diese bedauerliche und keineswegs notwendige Diskrepanz muß auf der Ebene des Verhältnisses von Tatfrage und Rechtsfrage gesucht werden, berührt also ein altes, grundsätzliches und stets aktuelles Problem der Rechtswissenschaft, auf das wir im Grenzgebiet von Medizin und Jurisprudenz immer wieder stoßen. Die Frage des Ursachenzusammenhanges kann niemals primär und allein als Rechtsfrage entschieden werden. Gerade dahin tendiert aber die höchstrichterliche Rechtsprechung als Folge der — zwar generell richtigen, aber konkret nicht ausreichenden — Auffassung vom Ursachenzusammenhang als einem rein logisch-rationalen Implikationsverhältnis. Diese juristische Ursachenlehre erfaßt nur einen Aspekt des Kausalproblems unter vielen anderen. Weder die Einseitigkeit noch die theoretische wie praktische Begrenztheit dieser Konzeption wurde von der Zivilrechtsprechung bisher erkannt. Vom Standpunkt der Biologie und Anthropologie, aus der Sicht des Arztes ist es nicht weiter verwunderlich, daß man unter einer ausschließlich logisch-rationalen Perspektive der Wirklichkeit des Lebens nicht immer gerecht werden kann.

Wenn bei einem Unfall durch eine in Maß und Zahl faßbare Gewalteinwirkung ein Knochen ebenfalls meßbarer Widerstandsfähigkeit bricht, so ist die mechanische Gewalteinwirkung die causa efficiens des Knochenbruchs. Das Verhältnis von Ursache und Wirkung ist „naturgesetzlich notwendig" und objektivierbar. Die Beziehung zwischen einer psychogenen Lähmung oder einer anderen psychogenen Störung und dem Unfall ist wesensmäßig anderer Art. Es kommt nicht darauf an, was objektiv bei dem Unfall geschehen ist, sondern darauf, wie der Betroffene das Unfallerlebnis seelisch verarbeitet hat. Nicht der Unfall als objektiv schädigendes Ereignis, sondern die Art der seelischen Verarbeitung des Unfalles als subjektiv störendes Erlebnis bestimmt das Bild der psychogenen Unfallfolgen. Insoweit ist das Unfallereignis die causa motiva für die psychogene Lähmung oder dergleichen. Der hier modellhaft-vereinfachend aufgezeigte Determinationszusammenhang von Motiv und Reaktion soll nur den grundsätzlichen Unterschied zu dem naturwissenschaftlichen Ursache-Wirkungs-Verhältnis verdeutlichen. Die sog. Unfallneurosen der Praxis sind natürlich meist nicht so einfach strukturiert. Das Unfallereignis, die Tatsache des Versichertseins und der nachfolgende Reehtsstreit in Verbindung mit mehr oder weniger zahlreichen und mannigfaltigen zur Neurose disponierenden Faktoren der primärpersönlichen Entwicklung des Betroffenen bilden zusammen ein für das psychoreaktive Beschwerdebild bestimmendes Motivbündel.

Es geht hier immer um Fragen der psychiatrisch-psychologischen Diagnostik. Die Diagnose in der psychotherapeutischen Sprechstunde als Voraussetzung und zum Zwecke der Behandlung hat aber einen ganz anderen Stellenwert als die Diagnose in einem Gutachten als Voraussetzung und zum Zwecke der Entscheidung eines Rechtsstreites. W. v. Baeyer hat sicher recht, wenn er auf die Zunahme von sog. „Intimformen der Neurose" verweist. Bei solchen Überlegungen dürfen wir aber nicht vergessen, daß die Intimformen der Simulation in sicher genauso beachtlichem Ausmaß zugenommen haben. Schon der Begriff der Simulation ist viel zu grob, um die in zahllosen Nuancierungen getarnten prospektiven Tendenzen, die Begehrungs- oder Wunschvorstellungen alter Terminologie zu kennzeichnen. Gerade aus therapeutischen Gründen müssen wir uns immer wieder um die strukturelle Aufhellung derartig komplexer Beschwerdebilder bemühen. Auch dann, wenn uns die wachsende Erfahrung bei neurotischen oder neurose-ähnlichen Syndromen in Zusammenhang mit einem Rechtsstreit hinsichtlich der Behandlungsmöglichkeiten immer skeptischer gemacht hat.

Der Weg zu einer sachgerechten und zugleich praktikablen Lösung der alten juristischen Streitfrage nach dem Kausalzusammenhang bei sog. Neuroseschäden war bei uns durch die Entwicklung der Sozialrechtsprechung seit 1926 vorgezeichnet. In einem bemerkenswerten Gegensatz zu der Adäquanz-Theorie des Zivilrechts wurde von der Sozialrechtsprechung die Kausalitätstheorie der wesentlich mitwirkenden Ursache begründet und in ständiger Spruchpraxis ausgestaltet. Ursachen und Mitursachen sind unter Abwägung ihres verschiedenen Wertes nur die Bedingungen, die wegen ihrer besonderen Beziehung zum Erfolg zu dessen Eintritt wesentlich mitgewirkt haben. In einigen Entscheidungen hat zunächst auch das Bundessozialgericht (z. B. Kriegsopferversorgung 1958, 237, 240) ganz klar und eindeutig die konstruierte Diskrepanz zwischen einer nur juristischen Kausalitätsnorm und dem naturwissenschaftlich-psychologisch-philosophischen Kausalitätsbegriff als für die Rechtspraxis unbrauchbar gekennzeichnet. Darüber hinaus wurde mit der Unterscheidung von Ursachen und Motiven in einem Determinationsgefüge ein weiterer wichtiger Schritt zur Angleichung der Rechtsprechung an die medizinisch-psychologische Realität bei den erlebnisreaktiven Störungen getan.

Diese hoffnungsvollen Perspektiven aus den ersten Jahren der Sozialgerichtsbarkeit (vgl. Ehrhardt/Villinger S. 270 ff.) wurden in den letzten Jahren durch mehrere Entscheidungen des Bundessozialgerichts (BSG) restlos illusorisch gemacht. Die „neue Welle" begann mit der Feststellung, daß psychoreaktive Zustandsbilder Krankheiten im Sinne des Rechtes der Rentenversicherung und damit Voraussetzung von Invalidität bzw. von Berufs- oder Erwerbsfähigkeit sein können (BSG in NJW 1959, 1605; 1962, 1787). Dieser auch medizinisch-psychologisch vertretbare Ansatz hätte sich in einer sozialpolitisch fruchtbaren Weise weiterentwickeln lassen, wenn nicht schon bald darauf durch die Entscheidungen zur Kausalitätsfrage in der Kriegsopferversorgung (BSGE 11, 50 = NJW 1960, 406) und in der Unfallversicherung (BSG in NJW 1963, 1691, 1693 mit treffender Anmerkung von Witter) sämtliche nosologischen Klassifizierungen, der Unterschied von psychogen und somatogen, von anlagebedingt und erlebnisbedingt, die schwierige Ab-

grenzung von Simulation und Neurose etc. nahezu hoffnungslos durcheinandergeworfen worden wäre.

Das BSG hat also überraschend schnell und gründlich auf den unglücklich-übereilten Ruf nach einer „Revision der Frage der Rentenneurose" reagiert. Die noch vor wenigen Jahren von E. Kretschmer in diesem Zusammenhang ausgesprochene Warnung (DMW 1957, 433) vor dem „Unsicherwerden der Maßstäbe in der Begutachtung" blieb leider von vielen Ärzten und Juristen unbeachtet. Wir haben also jetzt die individualisierende statt der so hart kritisierten schematisierenden Beurteilung von sog. Neuroseschäden, von Neurotikern, von Psychopathen und von Simulanten. SCHUBERT, Bundesrichter am BSG, scheint in dieser Entwicklung eine sozialpolitische Notwendigkeit und einen großen Fortschritt zu sehen (Ärzt. Mitt. 1963, 655). Deswegen wendet er sich auch so energisch gegen die vom LSG Niedersachsen noch kürzlich empfohlene Zurückhaltung in der Neurosenfrage (Brelthaupt 1962, 407). Tatsächlich stützt das BSG seine neue Position auf eine Reihe von Hypothesen und Theorien, die noch sehr weit davon entfernt sind, als „herrschende Meinung" in der Medizin oder auch nur in der Psychiatrie oder der Psychotherapie bezeichnet zu werden; worauf man doch sonst im Verhältnis von Rechtswissenschaft zu Rechtspraxis zu achten gewohnt ist.

Das alles brauchte uns nicht so sehr zu stören, wenn es nur um Theorie ginge; oder auch „nur" um Therapie, weil wir hier immer experimentieren müssen, um bessere Behandlungsmöglichkeiten für unsere Patienten zu erschließen. Es geht aber primär um Sozialpolitik, um Rechtsstaatlichkeit, um Rechtssicherheit und um Gerechtigkeit. Da wir über die diagnostischen Differenzierungsmöglichkeiten, die in der neuen Rechtsprechung des BSG schlicht vorausgesetzt werden, ganz einfach nicht verfügen, wird es in nicht wenigen Fällen zu ungerechten Entscheidungen kommen müssen. Zu den im Sozialrecht ohnehin schon zu vielen Ermessensfragen kommen weitere und besonders heikle hinzu. Es werden Gegen- und Obergutachten erstattet und schließlich wird aus einer Sachfrage eine Rechtsfrage, für deren Begründung der Richter zu einer als-ob-wissenschaftlichen Begründung gezwungen wird. In dieser Situation kann man dem ärztlichen Gutachter nur raten, daß er sich ganz streng an seine Rolle als Berater — nicht nur des Richters, sondern auch der behördlichen Vorinstanz — hält, daß er ganz klar die Grenzen seines empirischen Wissens aufzeigt, daß er nicht — wie schon so oft im Sozialrecht — ihm nicht zustehende Kompetenzen übernimmt, daß er sich nicht die Verantwortung für Mängel und Fehlentwicklung in Sozialpolitik, Sozialgesetzgebung und Sozialrechtsprechung aufbürden läßt.

III.

In der Einleitung habe ich darauf hingewiesen, daß wir in dem Verhältnis der Psychiatrie zum Recht zwischen mehr oder weniger zeitbedingten „Reibungsflächen" und wissenschaftstheoretisch begründeten „Spannungsfeldern" unterscheiden müssen. Eine signifikante Grenze zur Orientierung in der Praxis wird man hier aber vergeblich suchen. Im Gegenteil, die Überschneidung und Vermischung aktueller Mängel oder Fehler mit grundsätzlichen Schwierigkeiten bedingt einen nicht geringen Teil des öffentlichen Interesses an juristisch-psychiatrischen Grenzfragen, sie führt auch zu der gefährlichen Halb- oder Viertelswahrheit des unerwünschten „Sensationsberichtes". Das zu verdeutlichen war das Anliegen der — notwendigerweise fragmentarischen — Schilderung konkreter Differenzen in drei verschiedenen Rechtsgebieten.

Aufgabe des Psychiaters ist die bestmögliche Hilfe für seine Patienten, Aufgabe des Juristen ist die notwendige Wahrung der Rechtsordnung. Das Ausspielen der einen gegen die andere Aufgabe unter dem Gesichtspunkt der „Höherwertigkeit" oder der „Vordringlichkeit" ist ein ziemlich törichtes Unterfangen. Mit gegenseitigen Vorwürfen und mit der Ablehnung auch nur des Versuchs, die Denkweise und die „Spielregeln" der „anderen Seite" zu verstehen, wird sicher nichts erreicht. So z. B. kann man nur von Unkenntnis oder Mißverständnis sprechen, wenn der Arzt dem Juristen „die Neurose" mit der gleichen schlichten Selbstverständlichkeit als „Krankheit" anbietet wie die Knochenfraktur. Das gebt eben nur, wenn der Jurist Patient ist. Das hat auch nichts damit zu tun, ob man für oder gegen die Psychoanalyse ist oder ob man vorzieht, als Kraepelinianer oder als Psychodynamiker klassifiziert zu werden. Der Jurist weiß aber heute, daß im Zweifelsfall jeder anständige Mensch neurotisch ist oder neurotisch reagieren kann. Deswegen kann er mit dieser „Diagnose" so wenig anfangen.

Von dem Psychiater darf man weiterhin erwarten, daß er mit dem besonderen „Beigeschmack", den sein Fach nun einmal hat, irgendwie fertig wird. Dafür ist er ja schließlich auch Psychiater. Das normalpsychologisch Unverständliche und Nichteinfühlbare in dem Verhalten vieler unserer Patienten gehört ebenso wie die Angst vor der nicht auszuschaltenden Möglichkeit der eigenen Erkrankung zu jenem katathymen Hintergrund, auf dem sich der — trotz aller Aufklärung in Generationen nie ganz durchbrochene — „magische Zirkel" um die Psychiatrie entwickelte. Nur so kann man das immer wiederkehrende Bemühen um mehr oder weniger unglückliche und hinderliche Regelungen gesetzlicher oder administrativer Art und auch das uns oft so lästige und verletzende Interesse der Öffentlichkeit verstehen.

Andererseits erwartet die Psychiatrie von Gesetzgebung und Rechtsprechung etwas mehr Verständnis für die Eigenarten und Besonderheiten ihrer Patienten und ihres Faches. Es ist z. B. ein konstanter Mißbrauch, daß bei uns immer und immer wieder Rechtsnormen allgemeiner und abstrakter Art die einzige Grundlage für Gesetze oder rechtliche Entscheidungen im Bereich der Psychiatrie und des gesamten Gesundheitswesens bilden. Dieses Verfahren hat natürlich den Vorteil, daß der Jurist den Arzt, der ihm auf dieser Ebene meist nicht zu folgen vermag, für die eigentliche Entscheidung gar nicht braucht. Es kann gar nicht deutlich genug gesagt werden, daß dieses Vorgehen überholt und falsch ist. Als Beispiele aus dem Ausland, wie man es machen müßte, habe ich oben bereits auf die Entstehungsgeschichte des neuen Unterbringungsgesetzes in Basel und auf den Mental Health Act von 1959 in England verwiesen. Auch die in den letzten Jahren durchgeführten Untersuchungen über die Jugend-

kriminalität und ihre Bekämpfung in Frankreich wären hier zu nennen.

Im Gegensatz zu dem Verfahrensmodus in einer gereiften Demokratie kennen wir nur den fast zur Modekrankheit gewordenen Ruf nach dem „unabhängigen Richter", wenn irgend etwas im Staate faul ist oder zu sein scheint, ganz gleich, ob es sich um die Pressefreiheit, um die Telefonabhör-Affäre oder um die Unterbringung von Geisteskranken handelt. So wird aus dem Richter die merkwürdige Konstruktion einer Species vom Übermenschen und damit ein Leitbild, an dem er selbst fast zwangsläufig scheitern muß. Da die Zahl unserer Richter ständig wächst und nach den verschiedenen Reformplänen noch erheblich weiter wachsen muß, wird auch die Zahl der minder qualifizierten unter ihnen zunehmen, wahrscheinlich sogar schneller als die Gesamtzahl. Das ist ein allgemeines Gesetz, dem sich keine Berufsgruppe entziehen kann. Mangelhafte Quallfikation intellektueller oder charakterlicher Art bedeutet aber immer Abhängigkeit, die durch keinen rechtlichen Akt kompensiert werden kann. Dasselbe gilt für den gut qualifizierten Richter bei Unkenntnis der zu entscheidenden Materie. In aller Regel ist der Richter im Unterbringungsverfahren ein vom Urteil des Sachverständigen abhängiger Laie, weil hier die Rechtsfragen, für die er kompetent lst, eine nur bescheidene und durchaus sekundäre Rolle spielen. Dasselbe ließe sich in einer ganzen Reihe anderer Zusammenhänge nachweisen. Deshalb kann man sich nur wundern, daß sich unsere Richter widerspruchslos immer mehr ietztlich unzumutbare Aufgaben aufbürden lassen. Erfreulicherweise gibt es in allen Berufsgruppen sachverständige und unabhängige Persönlichkeiten. Wir werden sie suchen und finden müssen. Das verfassungsrechtliche Idealbild des Richters ist als solches und für sich allein sicher noch keine ausreichende Garantie für das Funktionieren der Demokratie.

Mit dieser Feststellung und Forderung habe ich bereits den engeren Rahmen des Themas „Psychiatrie und Recht" überschritten. Hier geht es nicht mehr um ein spezielles psychiatrisches Anliegen, sondern um den Stil unserer Gesundheitspolitik, in der die Dominanz justizförmigen Denkens und das Primat des Juristen bedenkliche Konstruktionsfehler sind. Man kann es nicht mehr als „zufällig" bezeichnen, wenn wir in den Spitzengremien unserer Gesundheitspolitik mühsam nach einem Arzt suchen müssen. Damit ist gar nichts gegen die Qualifikation und den guten Willen der verantwortlichen Juristen gesagt. Man stelle sich aber nur einmal die Reaktion vor, wenn in den Spitzengremien der Justiz plötzlich Ärzte auftauchen oder gar dominieren würden. Ich bin der Meinung, daß die Gesundheitspolitik ebensoviel Sachverstand erfordert wie die Rechtspolitik und daß diesem Faktum gerade in personeller Hinsicht Rechnung getragen werden muß. Der absolute Vorrang medizinischer bzw. ärztlicher Gesichtspunkte in allen Fragen der Gesundheit kann gar nicht nachdrücklich genug betont werden. Im Gesundheitswesen spielt der Jurist genau dieselbe Rolle wie der Mediziner in der Rechtspflege, nämlich die eines Beraters und Gehilfen. Selbstverständlich soll sich der Parlamentsabgeordnete um Fragen der Gesundheitspflege genauso kümmern wie um solche der Rechtspflege. Als Politiker kann und soll er nicht in allen Lebensbereichen Spezialist sein. Es ist aber ein immer weiter um sich greifender Mißbrauch und zugleich Ausdruck eines Mißverständnisses des Prinzips der Rechtsstaatlichkeit, wenn immer wieder das Gesundheitswesen betreffende Gesetze gemacht werden, in denen das sachliche Anliegen durch ein Zuviel an formaljuristischem Beiwerk verschleiert oder paralysiert wird. Das Ergebnis ist nicht selten ein bürokratischer Leerlauf mit erstaunlichem Aufwand an Zeit und Arbeitskraft.

Literaturhinweis:

Ebrhardt, H., und Vlillnger, W.: Forensische und administrative Psychiatrie. In: Psychiatrie der Gegenwart, Bd. III, Berlin, 1961.

Guttmacher, M., and Welhofen, H.: Psychlatry and law. New York, 1952.

Langelüddeke, A.: Gerichtliche Psychiatrie. 2. Aufl., Berlin, 1959.

Lestapis, St. de: Geburtenregelung — Geburtenkontrolle. Freiburg l. Br., 1961.

Porot A. et Bardenat, Ch.: Psychlatrie médicolégale, Paris 1959.

Rylander, G.: Forensic Psychiatry in Relation to Legislation in Different Countries. In: Psychiatrie der Gegenwart, Bd. III, Berlin, 1961.

Schellworth, W.: Neurosenfrage, Ursachenbegriff und Rechtsprechung. 2. Aufl., Stuttgart, 1953.

Wyrsch, J.: Gerichtliche Psychiatrie. Bern, 1955.

Anschrift des Verfassers: Prof. Dr. Dr. H. Ehrhardt, 355 Marburg/Lahn, Ortenbergstraße 8, Universitäts-Nervenklinik.

Vermittlung von Vertretern, Assistenten- und Medizinalassistentenstellen

Alle an einer Vertretung interessierten Ärztinnen und Ärzte werden gebeten, sich möglichst vier Wochen vor dem beabsichtigten Vertretungsbeginn vormerken zu lassen.

Besonders viele Vertreter werden während der großen Fortbildungsveranstaltungen von Ende Februar bis Ende März 1964 benötigt.

Gut bezahlte Assistentenstellen in Bayern können jederzeit vermittelt werden.

Vertreter- nnd Assistentenvermittlung der Bayer. Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstraße 85/IV, Telefon 36 11 21.

Psychiatrie und Politik*)

Von O. Forel

Verehrte Kollegen und Kolleginnen!

Ich bitte Sie, meine Ausführungen nur als Anregungen zu einem Meinungsaustausch aufzufassen, denn es kann nicht die Rede davon sein, ein derart weit gespanntes Thema gründlich anzugehen — ganz abgesehen davon, daß ich als unpolitischer Psychiater bestimmt auf dem Glatteis der Politik schlittern würde.

Nach den üblichen Kategorien seien für unser Thema erwähnt:

1. Die Oligophrenen. Sie spielen in der Politik wohl keine namhafte Rolle. Es geht ihnen wie den genialen Geisteskranken dieser Welt, die nicht wegen, sondern trotz ihres Irreseins genial waren!

2. Organische Psychosen: Da heute die Politiker Tag und Nacht den Sperberblicken ihrer lieben Kollegen und den Blitzlichtern der Journalisten ausgesetzt leben, sind Fälle wie der eines Vorgängers von Herrn de Gaulle selten, der mitten in der Nacht, weit von einer Station, den Präsidenten-Zug im Pyjama verließ, von der Bahnwärtersfrau befragt, antwortete: „Ich bin der Präsident der Republik." Die gute Frau dachte natürlich „der spinnt", meldete aber trotzdem den Vorgang der nächsten Station, Bordeaux, soviel ich mich erinnere, wo man sie zuerst auslachte, aber bald darauf anläutete: „Doch, doch, der Extra-Zug ist eingetroffen, aber ohne Präsidenten, behüten Sie ihn, wir kommen!" Der Kranke wurde daraufhin nach Paris in die Malmaison überführt . . .

Bei einem anderen berühmten französischen Politiker wurde die Diagnose: organische Psychose erst gestellt, als er bei Anlaß eines Empfanges in Anwesenheit der Schloßherrin und vor allen Gästen in das Kaminfeuer Manneken spielte . . .

3. Die endogenen Psychosen bei Politikern. Hier beginnen schon große Schwierigkeiten. Teilen wir diese Schwierigkeiten in drei Gruppen:

a) Die Diagnosen wechseln von einer Schule zur andern, von Land zu Land, von Generation zu Generation. Denken Sie z. B. an die Wandlung der Bedeutung von „Mania" oder „Hysterie" — beiläufig gesagt: Hätte ein Arzt es gewagt, den Griechen zur Zeit Homers zu sagen, es gebe eine männliche Hysterie, man hätte ihn sicher durch ein Dauerbad auf dem Meeresgrund von so verrückten Ideen kurieren lassen.

b) Die Abgrenzungen der endogenen nach den exogenen und den psychogenen Psychosen gelingt auch dem erfahrensten Psychiater nicht; schon deshalb nicht, weil so oft psychopathische Züge mitspielen, also anlagemäßige Varianten der psychischen Konstitution. Wir kommen gleich darauf zurück an Hand von Beispielen.

c) Die Umweltseinflüsse: die Familie, die Berufsgruppe, das spezifische Land, aber auch die jeweilige Epoche. Es gibt Zeiten, wo Heroen ihre Mitwelt mitreißen, andere wo uns Spießer regieren. Ganz allgemein gesagt: Krieg und Revolution gießen Öl aufs Feuer psychopathischer Persönlichkeiten.

Diese Bemerkung führt uns zu den

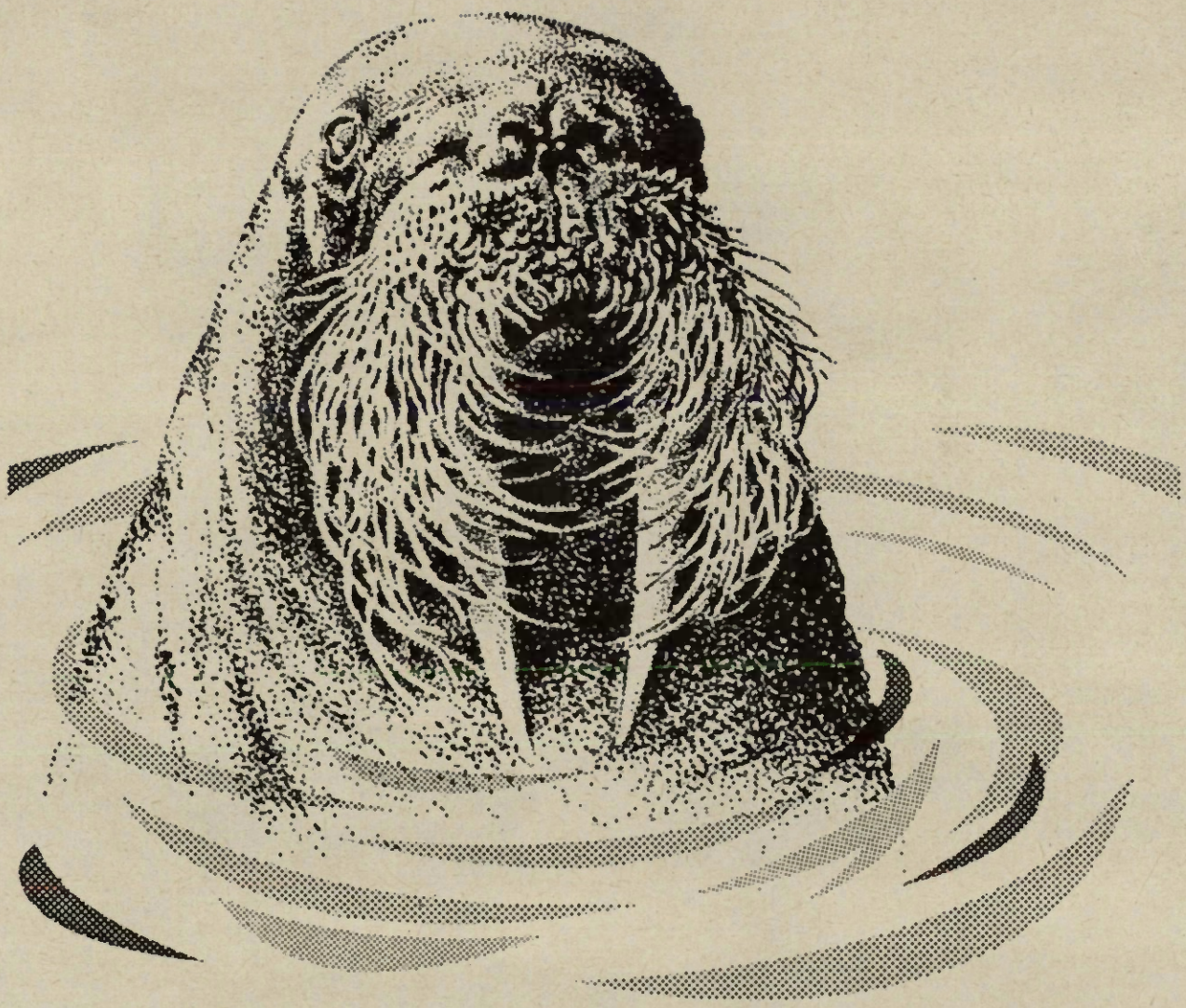
Neurosen, wo es nach allen Seiten keine Grenzen mehr gibt. Nicht nur die Neurotiker, auch wir, die wir uns für mehr oder minder „Normalschafe" — Aug. Forel dixit — halten, kennen aus eigener Erfahrung, wie stark äußere Umstände unser Innenleben, Denken und Handeln verändern können. Nur als Beispiel aus dem täglichen Leben: Kaum trägt der bravste Dorfjunge die Soldatenuniform, glaubt er schon, er müsse mehr trinken als ihm bekommt, sich auffällig benehmen, renommieren oder Frauen belästigen. Übrigens löst der Militärdienst geradezu zwei entgegengesetzte Reaktionen aus: gewisse Typen, die im Zivil unentschlossen, labil, beruflich oft unbrauchbar sind, im Militärdienst in kürzester Zeit aufblühen und sich in der Verantwortungslosigkeit des blinden Gehorsams glücklich fühlen.

Umgekehrt, der im Zivil tüchtige Typ, Individualist, aber Eigenbrödler, der gegen alle Autorität meckert, rebelliert und schon den ersten Sonntag im Karzer der Kaserne verbringt . . . Derart paradoxe Reaktionen kennen wir nur zu gut im Familienkreis und im Beruf: Jener Lehrer, Pantoffelheld zu Hause, der sich an seinen Schülern sadistisch rächt; umgekehrt, der Haustyrann, der im Geschäft beliebt ist; der gesellige Alkoholiker, der in der Partei geachtet, zu Hause Frau und Kinder raffiniert sadistisch oder brutal mißhandelt. Und das soll anders sein, wenn statt dem Homo Sapiens, das Zoon politikon . . . politisiert?

Um das Thema „Psychiatrie und Politik" zu behandeln, möchte ich ausdrücklich von der unlösbaren Einheit, die der einzelne mit seiner Umwelt bildet, ausgehen. Was treibt das Kleinkind schon für ein Theater — also Politik — um durch Zorn, Schmeicheleien, Trotz und Charme alles zu erreichen, was es wünscht! Wahrlich gewiegte „Wiegenpolitik"! Und bald darauf in der Schule, im Beruf, im Liebesleben, in der Familie, im Gemeinwesen, was macht der Heranwachsende anderes als „Untertanenpolitik" oder Pubertätskrisen und — Revolutionen? Der eine bleibt bescheiden, ausgeglichen, selbstlos im Dienste seiner Mitmenschen, fleißig, weil er es von Natur aus ist; der andere entpuppt sich als geltungssüchtig, intrigant, herrisch . . . Alles Eigenschaften und „Unarten", die im Grunde des normalen Menschen schlummern, aber unter günstigen Umständen explosiv hervortreten können oder eben abflauen und verkümmern.

Was aber ist im einzelnen Anlage, und was haben die Umstände beigetragen, um aus dem obskuren Lieutenant Bonaparte, den zeitweiligen Herrscher Europas zu machen? Wie weit kam der richtige Mann im richtigen Moment in die für seine höchst persönlichen Anlagen günstige Konstellation? Und wie weit hat eben derselbe Mensch rückwirkend auf seine Umgebung, auf das ganze Land und weit darüber hinaus

*) 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.



Nicht jeder verträgt Kälte und Nässe!

Bei Rheumaschmerzen

Rheuvert®

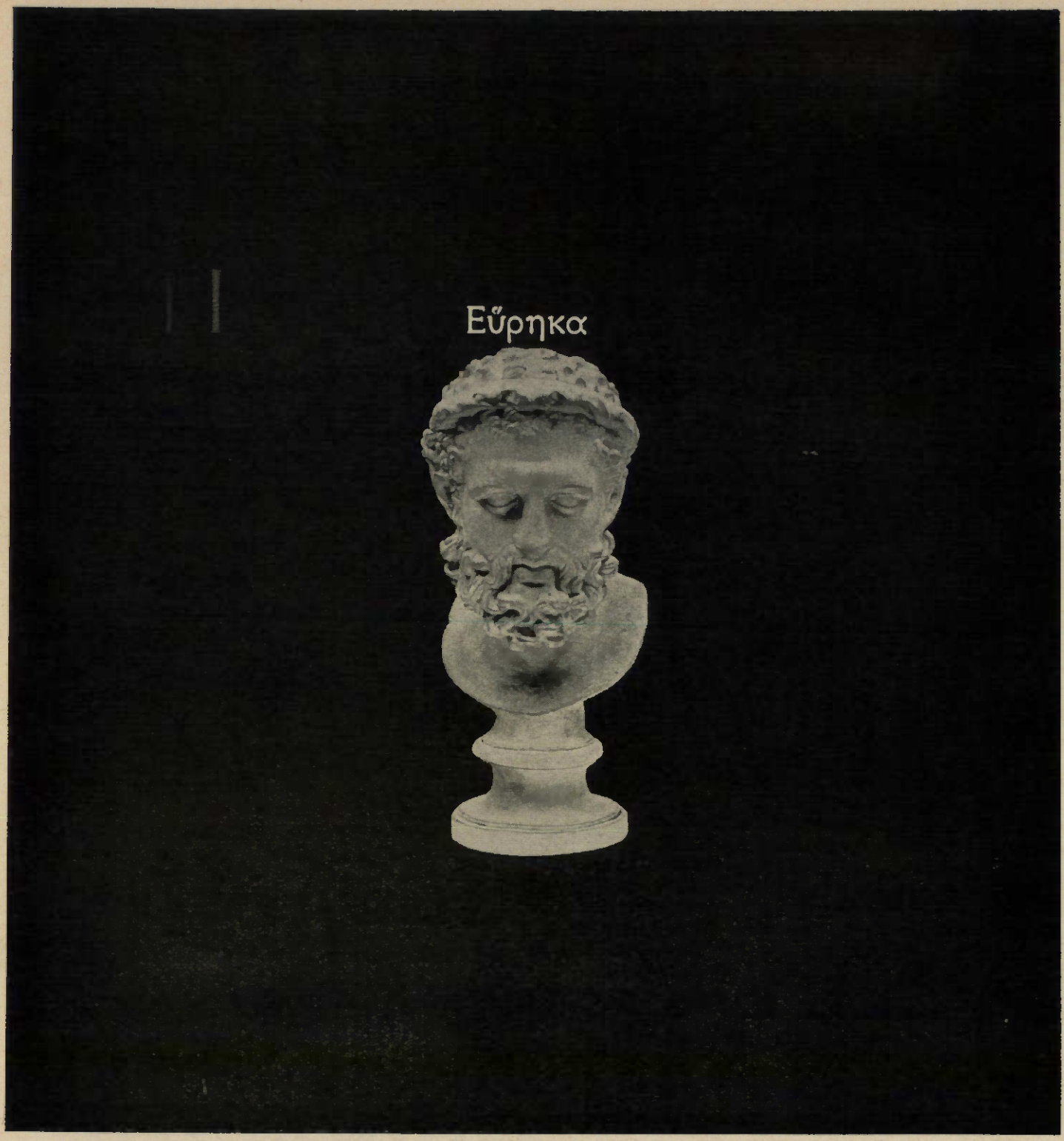
ein Rheumafluid auf Alkohol-Basis.
Angenehme, saubere Anwendung
aus der sparsamen Spritzflasche.

Tiefenwirkung
Hautdurchblutung
Heilwärme
Schmerzstillung

Spritzflasche mit 50 u. 100 ml

ARZNEI

Dolorgiet
Arzneimittelfabrik
Bad Godesberg



METROTONIN®

ausgleichendes Nervinum

METROTONIN wirkt als Sedativum (Acid. isoamyläthylbarbituric.) und als mildes Stimulans (N-Dimethylphenylisopropylamin. hydrochloric.).

Die gleichzeitige und elektive Steuerung durch diese beiden grundsätzlich verschiedenen Komponenten — die sedative und anregende — dämpft die krankhaft überschießenden Funktionen und regt die krankhaft verminderten leicht an.

METROTONIN hat keinen Einfluß auf Bewußtsein, Intellekt oder Willenssphäre; es wirkt entspannend und ausgleichend. Selbst bei täglicher Anwendung treten weder Gewöhnung noch Schlafstörungen auf.

TEMMLER-WERKE · MARBURG (LAHN)

bestimmend gewirkt? Das festzulegen, wird sich wohl kein Psychiater anmaßen.

Und doch sind wir darin einig: Napoleon verdankt seinen schwindelerregenden Aufstieg in erster Linie der französischen Revolution; nicht als solche, denn er war das Gegenteil eines Revolutionärs, sondern weil Frankreich am Rande des Zusammenbruches stand. Er spielte die Rolle des Deus ex machina, des Retters in äußerster Not, des Vaters der Franzosen, weshalb er sich auch nicht als König von Frankreich, sondern „Empereur des Français" krönen ließ. Daß Napoleon sich an seinen Erfolgen berauschte, wissen wir; auch, daß er Alexander den Großen nachahmen wollte, als er dem Zaren aller Reußen vorschlagen ließ, ein Bündnis zu schließen, um mit ihm Asien zu erobern — damals war der Mond eben noch nicht Eroberungsobjekt! Daß die Russen später vorzogen, ihrer slavischen Psychologie entsprechend, ihre Hauptstadt in Brand zu stecken, hat Napoleon so tief beeindruckt, daß er noch in seinen Memoiren in St. Helena düstere Prophezeiungen machte, Europa werde über kurz oder lang von den Russen überrannt werden...

Trotz seiner Megalomanie war und blieb Napoleon „normal", als Stratege, Staatsmann und Politiker.

Ganz anders Hitler, der zwar auch eine katastrophale Lage vorfand, jedoch im Laufe von Jahren die öffentliche Meinung bearbeitete, die komplexbeladenen Punkte herausfand, die richtigen Methoden ausprobierte, um die Mehrheit auf legalem Weg zu erlangen, um dann blitzartig die im Innengebrauch erprobten Propaganda- und Drohmittel in ganz Europa anzuwenden.

Verwechseln wir die Massensuggestion, die alle Machthaber ausüben, nicht mit dem was wir „Echothymie" nennen können, die „affektive Resonanzfähigkeit", die Fähigkeit, bei unserem Nächsten zu erfühlen, was er spürt und denkt. Auf der normalen „Echothymie" beruht ja die ganze Intuition menschlicher Beziehungen. Anechothym sind alle Gefühlsarmen, die Gefühllosen, viele Autisten unter den kalten Verbrechern. Hyperechothymie finden wir häufig bei Hysterikern, die erst alles herausfühlen und dann genau alle jene Register ziehen, die ihnen erlauben, das erstrebte Ziel zu erreichen. In diesem Sinn war Hitler gewiß hyperechothym, denn er wußte stets, wie weit er gehen konnte mit jedem der Länder, ohne daß die Fäden rissen. Sein telefonischer Kontakt, auch nachts, mit seinen Vertrauensleuten in Warschau, Prag, Wien usw. ist ja bekannt. Dies erklärt, weshalb er meist im richtigen Augenblick zuschlug. Nur mit England hat er sich verrechnet. Wir wissen auch warum.

Wir kennen alle die Fragwürdigkeit der psychiatrischen Etiquetten. Aber die paranoische Expansion Hitlers geht schon daraus hervor, daß sie nach und nach immer weitere Kreise zog und höhere Wellen schlug. Zuerst waren die Bolschewisten, Juden und Freimaurer die Zielscheiben seiner Agressivität, dann die Gotha-Aristokratie, die Kirchen, die Industriemagnaten und was er als Volksschädlinge bezeichnete, die Geisteskranken und die erblich Belasteten. Dann dehnte sich sein Haß auf die Kapitalisten aus, die ihm doch die Mittel verschafft hatten! Endlich auf die höheren Offiziere, diese „uniformierten Idioten"! Außenpolitisch breitete sich der Vernichtungswille aus gegen Polen, England, Rußland — es ging typisch paranoid zu (wie das Gas, nach allen Richtungen sich ausbreitend), bis fast die ganze Welt und ein zunehmender Teil seiner Volksgenossen Front machten und der Rasende, in letzter Stunde, seinen Fluch auf das eigene Volk erstreckte, für das er angeblich das ganze Blutbad angerichtet hatte. Jeder von uns ist heute davon überzeugt, daß, wenn Adolf Hitler die Möglichkeit gehabt hätte — und er hat sie um Haaresbreite gehabt — auf einen Knopf zu drücken, um Europa oder gar unseren Planeten in die Stratosphäre zu sprengen, er nicht gezögert hätte . . . Aus solchen Tatbeständen läßt sich retrospektiv allerdings eine psychiatrische Diagnose stellen.

Diese paranoischen Tendenzen, die den obskuren Gefreiten von 1914 bis 1918 zum Führer von 80 Millionen machten, sind m. E. interessanter zu erkennen als z. B. die Deutung verschiedener Symptome — schwere Charakterveränderungen, halbseitiger Parkinsonismus, Agrypnie, Schlafinversion, Akkomodations- bzw. Konvergenzparese usw., die Kollege Recktenwald als post- oder metencephalitische Auswirkungen deutet, im Sinne von Economo. Wie weit Hitler abergläubisch, hypochonder, impotent war und ob er 28 verschiedene Medikamente schluckte, ob er Magenkrämpfe hatte oder in Vorhänge biß, ob er mit dem linken Bein zitterte oder zeitweilig einen starren Blick hatte, interessiert uns doch viel weniger als die einmalige Fähigkeit, die Leiden eines ganzen Volkes zu erfühlen, zu verwandeln, ihm das Selbstvertrauen zurückzugeben und es für seine Ziele zu entflammen.

Und sollten die Kollegen Hoff und Engerth, auf die sich Herr Recktenwald stützt, die These bestätigen, wonach die spezifische Psychopathologie Hitlers auf postencephalitische, also organisch bedingte Charakterveränderungen beruhte, dann bliebe zu erörtern, wie die Induktion eines 80-Millionen-Volkes durch die organischen Charakterverbiegungen eines Postencephalitikers zustande kam! Da scheint mir der bekannte Ausspruch Kretschmers verständlicher — ich zitiere aus dem Gedächtnis: In normalen Zeiten begutachten wir Psychopathen die uns in unruhigen Zeiten führen!

Was die Beurteilung Hitlers so schwierig macht, ist, daß die meisten Biographen und darunter Psychopathologen, die damalige Epoche entweder nicht gekannt oder dann verkannt haben. Ich habe nur zwei

Tage und zwei Nächte in Nürnberg, bei Anlaß des Parteitages 1936, in Hitlers nächster Nähe verbracht, zum Glück getarnt als „Völkerbundsjournalist"! Ich kann Ihnen versichern, daß mich nichts, aber auch gar nichts in seiner Mimik und Gestik an einen Postencephalitiker erinnerte, von denen ich eine große Zahl, nach 1918, behandelt hatte; daß jedoch das ganze Geschehen mir als Induzierte Massensuggestion erschien. Gestatten Sie mir beizufügen: dies waren wohl die psychiatrisch erschütterndsten Tage meines Lebens, denn ich frug mich allen Ernstes beim Anblick dieser hunderttausend ernsten, von ihrem Ideal beseelten und besessenen, kraftvollen Männer, ob vielleicht nicht ich der Irre sei . . .

Daß Stalins Mentalität ebenfalls paranoische oder paranoide Züge aufwies, scheint heute klar. Der blutigste und grausamste Despot aller Zeiten, hat Millionen seiner Landsleute in Not, Zwangsarbeit, Folter und Tod geschickt — darunter eine große Zahl seiner ergebensten und intimsten Mitarbeiter und Anbeter. Dieser einzige Sohn eines armen Schusters wurde sozusagen täglich vom berauschten Vater geschlagen, beschimpft, gedemütigt, „sturer Ziegenbock" — auch eine Diagnose! — gescholten.

Ahmed Amba, sein Leibgardist, hat ihn gut und gründlich beschrieben, ich entnehme seiner Biographie die hauptsächlichsten Daten:

Der haßerfüllte Junge meidet die Kameraden, wie so oft übersensitive Kinder von Alkoholikern es tun. Der Eigenbrötler liest und liest. Aus der Priesterschule läßt er sich hinausschmeißen. Der Dorflehrer, der den Knaben im Seminar besuchte, erzählte später: lauter geschickt ausgedachte Strelche gegen die Geistlichen, seine Lehrer, die Mächtigen, die Ungerechten dieser Lebensstufe. Also Rebell gegen den Vater, Rebell gegen die Schule und die Popen; später Rebell gegen die Russen, die seine Heimat erobert und unterjocht hatten. Der erwachsene Rebell überträgt seine Agressivität auf die Machthaber, die Zaren, die Kapitalisten im In- und Ausland, schließlich gegen alle, die ihm nicht blindlings folgen. Mehr noch, sein Mißtrauen wendet sich immer mehr gegen diejenigen, die ihn täglich sehen, die ihn also durchschauen, zu viel von ihm aussagen könnten. Denn Stalin ist undurchdringlich und will es bleiben. Der Kreml ist eine Riesenfestung, mit Schikanen, Wächtern und Spionen durchsetzt.

Der junge Stalin wurde der „revolutionäre Bazillenträger" genannt, der seine aufreizenden Verdächtigungen in Halbsätzen ausspricht. Die Polizei hat ein Auge auf ihn. Er wird selten erwischt, aber wo er auftritt, da gibt es Anschläge. Etliche Male entweicht er aus den Gefängnissen. Aber der markanteste Charakterzug ist seine Wortkargheit, seine Verschlossenheit, sein Mißtrauen, seine Art, nie im Augenblick sein Mißfallen zu verraten, ja sein Opfer besonders freundlich zu empfangen, dafür nachträglich den Sünder festnehmen und meist wegschaffen zu lassen. Ist es nicht psychiatrisch pathognomonisch, wenn wir erfahren, daß Abel Yenukidse, Stalins Pate und Berater, mit Kalinin, der seit 1919 die höchste Legislative inne hatte, 1937, nach langer Haft, hingerichtet wurde? Gefoltert, sagte der 60jährige zu seinem Mitgefangenen nur: „Ich wußte es ja schon vor 40 Jahren; ich trage die Schuld und büße heute meinen Irrtum."

Und so ging es Hunderten. Nur noch ein Beispiel, da es sich um einen besonders hochgeachteten Arzt handelt: Dmitrij Pletnjow, einer der größten Chirurgen, wagte für den zu Unrecht angegriffenen Mathematiker Lusin einzutreten. Erst folgte nichts. Ein Jahr später wurde der große Chirurg schändlich verleumdet und ins Gefängnis geworfen. Dort wurde er gefragt, ob er gewillt sei, zu bereuen. Mit ungebrochenem Mut entgegnete der Arzt und Gelehrte: „Ich bereue höchstens, einem Regime so viele Jahre gedient zu haben, das unter einem Intriganten steht." Damit war sein Schicksal besiegelt. Er wurde zum Tode verurteilt, dann wegen seines Alters zu . . . 25 Jahren Zuchthaus begnadigt! So endete der Mann, dem Lenin 1922 in dankbarer Verehrung schrieb: „Wenn ich der Revolution weiter zu dienen vermag, verdanke ich es nur Ihnen, Ihrer Kunst, verehrter Dmitrij Dmitrijewitsch."

Bezeichnend war die Dreiteilung der zum Tode verurteilten, engsten Mitarbeiter Stalins. Die erste Gruppe der Gefangenen sagte: „Stalin ist falsch unterrichtet worden, sonst würde ich noch heute entlassen!" „Stalin", sagten die der zweiten Gruppe, „war immer ein Sadist, und unser Irrtum, den wir jetzt mit dem Leben büßen, war, ihm geglaubt zu haben." — „Stalin", versicherten die der dritten Gruppe, „hat immer recht behalten. Er muß wissen, weshalb er uns beseitigt — es lebe Stalin und die Revolution!" . . . Dieselbe Hörigkeit erklärt, daß 22 Städte mit einer Gesamteinwohnerzahl von 32 Millionen den Namen des „Ewigwelsen", des „Sonnenstarken", des „Allergenialsten", wie ihn seine Höflinge nannten, tragen oder besser trugen; 123 Hochschulen, 650 Theater und 2500 Kolchosen trugen einst ebenso den Namen Stalin.

Nun aber das pathologische Mißtrauen:

1935 reist Stalin plötzlich zu seiner Mutter: Eine Blitzdraisine fährt voran, dann vier Extrazüge — niemand weiß, in welchem Waggon Stalin sich befindet. Neun Flugzeuge überfliegen und beleuchten die Linie — Militärposten patroullieren usw.

Und wie verlief doch die Familientragödie, als Stalins zweite Frau, die schöne Nadeschda, ihm Vorwürfe machte? Sie las, Oktober 1932, in der Prawda, daß Kowarski, ein gemeinsamer Freund und Träger des Lenin-Ordens für seine technischen Erfindungen, wegen „Spionage und Sabotage" verhaftet sei. Sie suchte ihren Mann auf: „Warum läßt du solche Gemeinheiten geschehen?" Stalin schweigt. Nach zwei Tagen meldete die Prawda, Kowarski habe Geständnisse abgelegt und sei zum Tode verurteilt worden. Wieder sprach Nadeschda vor, die Zeitung in der Hand: „Du weißt doch, daß er unschuldig ist!" Stalin frug: „Was willst du?" „Daß du ihn sofort aus dem Gefängnis entläßt!" Stalin nahm das Telefon, und vor seiner Frau gab er dem Gefängnisvorsteher den Befehl: „Das Todesurteil des Gefangenen Nr. X ist auf der Stelle zu vollstrecken." Stalins Gattin wurde totenbleich, zog sich zurück in ihre Wohnung, wo sie Stalin ein wenig später als Leiche auf dem Ehebett wiedersah.

Wir wollten keine Etiquetten, sagten wir zu Beginn. Aber ein derart hinterlistiges Wesen, eine solche Rachsucht, ein Mißtrauen, das an Verfolgungswahn grenzt, wie bei Stalin — alle Gerichte werden nicht nur für ihn speziell gekocht, chemisch untersucht, sondern es muß sie jemand vor ihm kosten, sogar wenn das gellebte

Kind, also die einzige Tochter seiner Nadeschda, sie zubereitet hatte, bevor er sie anrührt! — alles was man heute über Stalin weiß, führt weit vom neurotischen Reaktions-Typus weg; niemand denkt an eine Neurose, aber jeder Psychiater kennt diesen Typus aus den Kapiteln Paranoid und Paranoia, besonders in der forensischen Begutachtung.

Bei Mussollni war wohl einzig eine überdimensionale Geltungssucht und Eitelkeit die politische Triebfeder. Dies hat mir jedenfalls sein einstiger Intimus, der Psychiater Pini von Mailand, selbst erzählt. Er, der in Wort und Schrift Mussolini als Verräter am sozialistischen Ideal anklagte, bis dieser ihn mehrmals einsperren ließ. Kollege Pini war zwar ein leidenschaftlicher Politiker, aber 100 Prozent Arzt und von absoluter Selbstlosigkeit, aufrichtig und objektiv. Er schilderte mir Mussolini als mittlere Intelligenz, charakterlos, ein skrupelloser, eitler Schauspieler, der um sich nur Schmeichler duldete. Nun, das Schicksal Matteotis und der nie geklärte Absturz des Lieblings des ganzen Volkes, Italo Balbo, die solid begründeten Anklagen des Grafen Sforza, ebenso die des hervorragenden Historikers, Guglielmo Ferreros, vom Tagebuch Clanos und dem jämmerlichen Ende Mussolinis nicht zu sprechen — alles trägt dazu bei, Mussolini bis zur Karikatur eines Psychopathen, zum politischen Hochstapler zu stempeln.

Diesbezüglich eine persönliche Erinnerung: zur Zeit, da Mussolinis Megalomanie den Höhepunkt erreicht hatte, besuchte ich mit einigen Kollegen eine Schule in Lybien, damals italienische Kolonie. Hinter dem Lehrerpult war die Wand bemalt wie eine Tempelfassade; zuoberst ein dreieckiger Giebel in der Art der Friesen des Parthenons. Dort stand in großen Buchstaben: MUSSOLINI; weiter unten, links und rechts, schon recht bescheiden: Badoglio und Cadorna, im decrescendo noch andere Größen des Regimes, und endlich ganz unten in der Ecke, kaum zu entziffern, lasen wir: Leonardo da Vinci und Dante Alighieri! Sofort tönte es: Seht, seht: Die Spirochäten sind am Werk: Größenwahn eines progressiven Paralitikers!"

Sie sind die Ersten, denen ich diese Erinnerung erzähle, und wenn Sie wissen wollen, warum ich sie so lange verschwiegen, d. h. verdrängt habe, so deshalb, weil ich dieser psychiatrischen Diagnose beipflichtete, da ich wußte, daß Mussolini seine Lues in der Genfer Poliklinik behandeln ließ. Wahrlich ein beschämendes Beispiel ärztlicher Voreingenommenheit, denn bekanntlich heilte Mussolinis Lues so gut aus, daß seine Megalomanie unverändert blieb bis zuletzt!

Eine spätere Geschichtsschreibung wird noch viel schärfer die spezifisch neurotischen und psychopathischen Züge dieser drei Führer und Verführer unserer Generation um- und abgrenzen.

Was uns aber hier noch einen Augenblick aufhalten soll, was jeden einzelnen von uns angeht, was restlos zu dem mir gestellten Thema paßt, ist die Frage: Wie konnte es geschehen, daß diese drei Männer einen so tiefen Einfluß auf ihre Völker und ihre Zeit auszuüben vermochten? Hier antwortet die Psychiatrie mit zwei Begriffen: Massensuggestion einerseits — ob Revolution und Kriege, Hexenverbrennungen, Inquisition, Verfolgung der Albigenser und Katharer, ob Tanzepidemien — das Prinzip bleibt jedesmal dasselbe: Ausschaltung der Vernunft, Vorherrschen der Affekte.

Andererseits ein ebenso klassisches psychiatrisches Phänomen: das sogenannte induzierte Irresein, wobei der „Induktor" unheilbar bleibt, wenn er psychotisch ist (paranoia), der Induzierte aber mit der Zeit wieder zu sich kommt, sich vom Kranken distanziert und schließlich heilt. Wie viele dieser Familientragödien kennen wir.

Warum soll es anders zugehen, wenn es sich um Kollektivitäten handelt? Die Suggestibilität ist eine normale Eigenschaft, und Massensuggestionen hat es am laufenden Band gegeben in der Geschichte der Völker. Muß das so weitergehen oder können wir Ärzte etwas tun? Wir bekämpfen wohl auf der ganzen Welt Epidemien, aber keineswegs die kollektiven Psychosen! Wie läßt sich das erklären? Unter anderem, weil man zur Verhütung der Malaria das Plasmodium, die Anopheles-Art wissenschaftlich bestimmen und somit „draußen", mit offenem Visier, bekämpfen kann, wogegen die Aggressivität latent in allen Menschen lauert und darum in uns und im potentiellen Feind zugleich angegangen werden muß. Das aber bedeutet: Bazillen bekämpfen Ärzte und Sanitätsbehörden; wogegen psychische Epidemien nur von der gesamten Bevölkerung erfolgreich bekämpft werden können.

Ein weiteres Hindernis: Jeder Staatsmann hat zwar ein Interesse an körperlich Gesunden für seine Kriege, psychisch jedoch sucht er sie gleichzuschalten, auf daß sie blindlings seinem Willen gehorchen. Daher die systematischen Massensuggestionen unseres Jahrhunderts mit raffinierten, früher unbekannten Mitteln: Presse, Radio, Fernsehen, alles auf Hochtouren mittels Schlagwörtern, die affektbetonte Komplexe maximal steigern. So kann zu jeder Zeit auf den gewünschten Knopf gedrückt werden, der dann die spezifischen Reaktionen wie bedingte Reßexe auslöst.

In welchem Maße wurden die Psychiater von den Behörden mobilisiert während des Krieges? Erst wenn im eigenen Lande eine Panik ausbrach, rief man sie, auf daß sie die psychotherapeutischen Mittel angaben zur Behandlung der „Shell-chock"-Kranken, der Dienstverweigerer; sie rieten dann auch die Trennung der Kinder von ihren Müttern ab, wie man diese z. B. in England, als die Invasion täglich drohte, en gros über den Atlantik abtransportieren wollte. Sie fertigten ganze

Testreihen zur Auslese der Geeigneten für die verschiedenen Waffengattungen an, sowie eine Liste von Verordnungen, um die Kampfmoral der Front und besonders hinter der Front zu heben.

Aber noch ein Gebiet wurde, allerdings in homöopathischen Dosen, dem Psychiater überlassen: Die Begutachtung von Straffällen. (Kollege Friedrich Delch hat uns davon in seinem „Windarzt und Apfelsinenpfarrer" eine erschütternde Beschreibung gegeben!) Auch die Betreuung der Gefangenen, der von der „Stacheldrahtkrankheit" Befallenen, der Flüchtlinge, der Entwurzelten, der kriegsgeschädigten Kinder, in einem Wort: der Millionen Kriegsopfer, die eben ausnahmslos individuelle Exploration und Erfassung gefordert hätten. Hier gähnt uns der Abgrund entgegen: Der Berufsoffizier dressiert Roboter mit Kadavergehorsam durch den Drill, lange vor Pavlov, und wir sollen machtlos stehen vor dieser systematischen Massenverführung und Vergewaltigung der menschlichen Psyche?

Nach dem Krieg hat die UNESCO eine eigene Bibliothek zum Studium der Psychologie der internationalen Konflikte geschaffen. Das Haager Gericht fällt weiter Entscheide bei gewissen internationalen Konflikten, obwohl ihm das Hauptinstrument fehlt: Ein internationaler Rechtskodex mit der entsprechenden Exekutive, um die Rechtsurteile auch vollstrecken zu können.

Meine Damen und Herren, ein Schlußwort:

Was können wir Ärzte denn gegen psychische Epidemien tun? Gegen diese Epidemien, die zu allen Zeiten im Schatten der politischen Ereignisse endemisch lauern?

Wenn ich als erster meine Antwort geben darf, so lautet sie wie folgt:

Der Arzt, der nur Kranke betreut, erfüllt die Hälfte seiner Pflicht; Vorbeugen ist die andere, schwierigere Hälfte seiner Aufgabe. In der allgemeinen Medizin heißt sie Hygiene des einzelnen, der Familie, der Stadt- und Landgemeinden. Ihr widmen sich mit Erfolg Professoren und Sanitätsbehörden in allen Ländern der Welt.

Nicht so in der Psychiatrie — eine löbliche Ausnahme bildet die Universität Basel, wo ein erster und einziger Lehrstuhl in Europa, so viel ich weiß, unter Kollegen Meng Ausgezeichnetes leistet.

In unserem Fach heißt es, das Zoon Politikon als Ganzheit zum Gegenstand der psychischen Hygiene erfassen. Ist dies nach den Sternen greifen? Soll der Psychiater nicht hinter seinen Mauern bleiben, hinter dem Wandschirm psychoanalysieren? Ich sage nein!

Die politische Gleichgültigkeit hat zwar zugenommen, d. h., die einen überlassen die Politik den Berufenen, andere anvertrauen der gewählten Parteileitung die Führung; eine letzte, wachsende Gruppe distanziert sich von der Politik und flieht in die Verantwortungslosigkeit des Sportes, der Künste, der Reisen und Liebhabereien. „Irgend etwas, nur keine Politik", ist ihre Losung. Diese Va-banque-Gruppe bringt noch ein Argument vor: Die Vernichtungswaffen der heutigen Zeit sind solcherart, daß entweder kein Krieg mehr möglich ist, oder dann tritt eben die Apokalypse ein.

Ich glaube, die Psychiatrie extra muros erfordert heute schon und morgen noch viel mehr eine Ausweitung der psychischen Hygiene. Diese ist untrennbar von der Erziehung. Das aber erfordert eine Arbeitsgemeinschaft zwischen Psychiatern, Pädagogen und Psychologen. Die Eltern, die Familie, bilden die tragende Grundlage der Erziehung im Sinne der psychischen Hygiene. Somit sind Arbeitsgemeinschaften zu bilden, gemeinsame Tagungen von Psychiatern und Pädagogen, Eltern inbegriffen; Organe zu schaffen, um nicht nur in Erziehungsheimen, heilpädagogischen Institutionen die psychische Gesundheit zu schützen, sondern in unserer Jugend eine innere Abwehr aufzubauen, ein erweitertes und vertieftes Gesundheitsgewissen — genauso, wie man ein moralisches Gewissen großzieht, das sie daran hindert, delinquent zu werden —, auf daß unsere Kinder auch zukünftigen psychischen Epidemien widerstehen, d. h., immun werden gegen alle Formen der psychischen Verführung.

Anschrift des *Verfassers:* Dozent Dr. O. Forel, *St. Prex (Schweiz).*

Aus der Universitäts-Hautklinik Tübingen (Direktor: Prof. Dr. W. Schneider)

Zur Frage der Aufklärung Krebskranker*)

Von Doz. Dr. Wilbelm Adam

Die juristische Forderung einer weitgehenden Aufklärung von Kranken, auch von Krebskranken, ist nicht neu, sondern wird seit Jahrzehnten erhoben. Sie hat eine besondere Aktualität in den vergangenen Jahren dadurch erlangt, daß in zunehmendem Maße Straf- und Zivilprozesse gegen Ärzte angestrengt werden. Diese steigende Zahl von Rechtsverfahren fällt nun in eine Zeit, in der durch Verbesserungen von Diagnostik, Narkose- und Operationstechnik, durch bessere strahlentherapeutische Möglichkeiten und wirksamere unterstützende Arzneimittel ein größerer Prozentsatz von Krebskranken geheilt werden kann, als je bisher. Klage führen aber in der Regel vor allem Kranke, die von ihrem Krebsleiden soweit wie möglich geheilt wurden; und dadurch, daß beute eine größere Rate von Krebserkrankungen günstig beeinflußt werden kann als früher, schaffen wir selbst die numerische Voraussetzung für die häufigeren Klagen.

Die inneren Gründe für das Ansteigen der Prozesse gegen Ärzte liegen aber tiefer und sind vielschichtig. Naujoks sieht als einen solchen Grund die zunehmende medizinische Halbbildung der Bevölkerung an. Ich habe in meiner Arbeit zum Thema der „Barmherzigen Lüge" ausgesprochen, daß es das Bestreben

* Nach Diskussionsbeiträgen anläßlich der 134. Sitzung der Niederrheinisch-Westfälischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe in Düsseldorf und einer Tagung der Evangelischen Akademie in Bad Boll.
aus: Med. Welt Nr. 23: 1291—1293 (1962)

des modernen Menschen sei, sein eigenes Lebensrisiko möglichst auf andere Schultern zu verteilen, nach einem Schuldigen für persönliches Mißgeschick zu suchen, und schließlich eine Entschädigung in Geld dafür zu erhalten. Tatsächlich liefert ja, wie aus zahlreichen Erfahrungsberichten, z. B. von Naujoks und von Roemer hervorgeht, der finanzielle Gesichtspunkt praktisch immer den entscheidenden impetus für eine Klageerhebung. Immer wieder hört man Patienten ganz unverhohlen sagen, daß sie sich wegen ihres behandelnden Arztes keine Sorgen machten, es habe ja „nur" die Versicherung zu bezahlen. So spricht das anonyme Mitglied der modernen Massengesellschaft, das bestrebt ist, aus einem ebenso anonymen Topf möglichst viel für sich herauszuholen. Dieser finanzielle Gesichtspunkt wird auch dadurch unterstützt, daß zur Zeit die wirtschaftliche Seite des Lebens bei uns so stark im Vordergrund steht; es verschiebt sich dadurch der Schwerpunkt der Arzt-Patienten-Beziehung immer mehr in Richtung auf das Leistungs-Gegenleistungsverhältnis. Daraus ergibt sich wie selbstverständlich das Recht zur Reklamation, wenn eine Leistung scheinbar nicht befriedigend ausgefallen ist. Auch die Tendenz einer Nivellierung der Gesellschaft, wie wir sie bei uns und in anderen Ländern beobachten, mag als psychologischer Grund für die vermehrten Klagen angesehen werden. Es ist zwar sinnwidrig, daß sich auf diese Weise das Risiko des Gesamtkomplexes Krankheit zu einem Teil auf den behandelnden Arzt verschiebt, aber die Bildung der Massengesellschaft, die Tendenz zur Nivellierung, das soziale Sicherheitsbedürfnis des modernen Menschen, das immer weitergehende Vordringen der ratio sind dynamische Erscheinungen, deren Ausklingen vorläufig nicht abzusehen ist. Mag auch der Arzt nach dem Seelsorger noch das größte Kontingent der Nachhut gegenüber diesen Erscheinungen bilden, so kann er doch nicht außerhalb seiner Zeit, sondern nur in ihr leben und hat dem Rechnung zu tragen.

Sicherlich wird der Arzt heute in den Fällen, in denen eine Aufklärung des Kranken über Diagnose und Behandlungs-Risiken möglich ist, ohne daß der Patient oder der Erfolg der ärztlichen Maßnahmen gefährdet würde, den Kranken ohnedies in weiterem Umfange aufklären, als das vor vielleicht drei Dezennien für erforderlich gehalten worden sein mag. In früheren Jahren haben der Autoritätsglaube und die von klein auf bei jedem Deutschen durch Eltern, Schule, Kirche, Militär, Verwaltungshierarchie geförderte Obrigkeitsabhängigkeit indirekt auch die vertrauensvolle — oder resignierende — Hingabe des Kranken an einen besserwissenden Entscheidenden begünstigt. Heute wird der Mensch bei uns daran gewöhnt, daß er „frei" sei, und daraus ergibt sich auch ein größeres Bedürfnis des Kranken nach „freier" Entscheidung in medizinischen Fragen, wie sie im politischen, wirtschaftlichen, erzieherischen Bereich geübt wird, oder werden soll. Diesem Sachverhalt wird der Arzt Rechnung tragen; er wird, weil das die Beziehung zum Patienten fordert — nicht in erster Linie aus juristischen Gründen — überall da aufklären, wo es ihm möglich erscheint: Vorab bei Eingriffen und sonstigen therapeutischen Maßnahmen, die nicht unmittelbar der Wiederherstellung der Gesundheit dienen. Auch da, wo keine ernste Gefährdung des Kranken durch sein Leiden gegeben ist, wird der Arzt gut daran tun, Diagnose und geplante Therapie mit dem Patienten zu erörtern im Bewußtsein der Rechtslage, daß nicht jede vom Arzt für zweckmäßig gehaltene Therapie durch die Tatsache allein gedeckt wird, daß der Kranke sich in Behandlung begibt.

Bezeichnenderweise entstehen dem Arzt in der Frage der Aufklärung derjenigen Patienten, bei denen ärztliche Hilfe nicht mehr möglich ist, gewöhnlich keine rechtlichen Schwierigkeiten: Hier, an der unmittelbaren Grenze zwischen Leben und Tod, entscheiden noch unangefochten Gewissen und Kunst des Arztes, wie behutsam er dem Kranken die Nähe des Lebensendes eröffnet. Demgegenüber ist es heute möglich, daß ursprünglich lebensgefährlich Kranke nach erfolgter und soweit wie möglich erfolgreicher Behandlung über erlittene Behandlungsfolgen Klage führen mit der Behauptung, daß sie bei hinreichender Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen der Therapie einer solchen Behandlung nicht zugestimmt haben würden, sondern lieber qualvoll zugrunde gegangen wären. Und es ist heute auch möglich, daß jemand mit einer solchen Behauptung im Prozeß durchdringt.

Wenn der Arzt sich, obwohl er entsprechende Gerichtsurteile kennt, dennoch in der überwiegenden Mehrheit dazu entschließt, behandelbare Krebskranke über die Natur ihres Leidens nicht aufzuklären, so muß er wohl gewichtige Gründe dafür haben. Einer dieser Gründe ist, daß es praktisch nie gelingt, den Kranken so zu unterrichten, daß er Möglichkeiten und Risiken verschiedener Behandlungsmethoden, Häufigkeit und Erheblichkeit von Behandlungsfolgen, deren Behebbarkeit und die mit der Behebung oder Besserung dieser Folgen verbundenen Unannehmlichkeiten zu erfassen, gegeneinander abzuwägen und dann eine Entscheidung zu treffen in der Lage wäre. Scheiehar hat darauf hingewiesen, daß nicht einmal der sachverständige Arzt zu einer solchen Entscheidung fähig ist, wenn es sich um seine eigene Erkrankung handelt. Es ist eine wohlbedachte Übung, daß sich Ärzte bei ernsterer eigener Erkrankung einem Kollegen anvertrauen, weil sie wissen, daß die Krankheitssituation und die damit verbundene Spannung den klaren Blick trüben, daß Verdrängung zur Abfälschung der Beurteilung führt, und daß nur der außerhalb der Krankheitssituation Befindliche objektiv abwägen und entscheiden kann. Jeder ernst oder gar lebensbedrohlich

Kranke ist überfordert, wenn er sich von seiner Erkrankung abstrahieren und sie, gewissermaßen außerhalb seiner Person, wie einem Dritten gehörig betrachten soll. Aus diesem Grund würde auch der Vollzug einer Unterschrift des Patienten unter eine Erklärung, daß er genügend unterrichtet worden sei, immer nur eine formale Anerkenntnis sein können. Und diese Fiktion soll nun erkauft werden damit, daß einem lebensgefährlich Kranken durch die Aufklärung Mut und Hoffnung geraubt und ihm dadurch der Rest seines Lebens in ähnlicher Weise vergällt wird, wie es bei einem zum Tode Verurteilten geschehen sein mag, dessen Hinrichtung ständig droht, aber wieder und wieder aufgeschoben wird.

Eine ernste Gefahr für das Weiterleben besteht nach unserer Auffassung nicht nur dann, wenn eine selbstmörderische Absicht des Kranken erkennbar wird; die Überschattung des weiteren Lebens mit der steten Angst vor einem scheinbar unvermittelt drohenden Tod ist nach breiter ärztlicher Ansicht eine ernste Gefahr für die weitere Existenz der Gesamtpersönlichkeit des Kranken. „Es gibt keinen modus vivendi mit dem Tod im Terminkalender", sagt Mikorey und v. Uexkuell hat kürzlich — ohne Zusammenhang mit der Frage der Aufklärung von Krebskranken — festgestellt, daß es „schwer, ja unmöglich sein" könne, „mit Angst zu leben".

Für die Richtigkeit der ärztlichen Auffassung, daß die meisten Kranken der Eröffnung einer Krebsdiagnose seelisch nicht gewachsen sind, lassen sich tausendfache ärztliche Erfahrungen anführen, von dem von Billroth in der Vorlesung oft erwähnten Beispiel des hochdekorierten Offiziers angefangen, der um offene Diagnose bat, von dem Vorliegen eines Zungenkrebses unterrichtet wurde, die Eröffnung scheinbar gefaßt entgegennahm und sich dann noch im Krankenhaus aus dem Fenster zu Tode stürzte* — über die Untersuchungen von Jores über den Tod aus Hoffnungslosigkeit — bis zu den Erfahrungen des japanischen Atomkrankenhauses, das sich vor einiger Zeit entschloß, keinen Todesfall eines Strahlengeschädigten mehr bekanntzugeben, weil dadurch jedesmal Kranke mit noch günstiger Prognose resignierten und durch Fernbleiben von der weiteren Behandlung ihren Untergang beschleunigten. Im übrigen ist dieses Wissen nicht erst neueren Datums: Vor annähernd 2000 Jahren hat Seneca in den sog. Dialogen am Schluß des 18. Kapitels eine philosophische Ermahnung mit einem Satz ergänzt, der in der Übersetzung von Hellfried Dahlmann lautet: „mit höchster Geheimhaltung deckten sie dies große, im Inneren verborgene Unheil, mit gutem Bedacht, wie es sich versteht; manche Dinge müssen behandelt werden, ohne daß die Kranken es wissen: schon vielen war Todesgrund die Kenntnis ihrer Krankheit". Damit zeigt sich, daß die Auffassung der Ärzte, man müsse in der Frage der Aufklärung äußerste Vorsicht walten lassen, eine allgemeine Lebenserfahrung darstellt. Und deshalb ist der überwiegende Teil der Ärzte auch der Ansicht, daß die Frage, die man sich angesichts einer Krebsdiagnose vorlegen muß, nicht lautet, ob man den Patienten darüber unterrichten soll, sondern ob man es im gegebenen Falle wagen darf.

*) Junghanns hat aus eigener Erfahrung über einen ganz ähnlichen und sehr eindrucksvollen Fall berichtet.

Die Verhaltensweise des Arztes in dieser Frage wird also — und seit jeher — bestimmt vom Kranken und von seiner Reaktion auf die Eröffnung der Diagnose. Und diese Reaktion ist abhängig von der Prognose der Erkrankung. Wenn wir in der Geschichte der Krankenbehandlung um 5 oder 6 Dezennien zurückgehen, so zeigt sich, daß damals die Mitteilung der Diagnose Lungentuberkulose an den Patienten sehr vorsichtig gehandhabt wurde, weil sie für den Kranken mit den Begriffen „Siechtum" und „Tod" wesentlich verknüpft war. Am deutlichsten wird die Tatsache, daß der Arzt unterscheidet zwischen einer Aufklärung, die dem Kranken nützt und einer solchen, die ihm aller Voraussicht nach schaden wird, an dem allgemein üblichen Vorgehen bei den in das besondere Fachgebiet der Dermatologie gehörenden bösartigen Tumoren.

Bei Basaliomen und Spinaliomen, die nicht nur behandelbar, sondern in mehr als 95 Prozent der Fälle heilbar sind (Gottron), wird sich kein Dermatologe scheuen, die Diagnose den Kranken zu eröffnen, weil eben gerade der zweite Satz in dem aufklärenden Gespräch die voraussichtliche und ganz überwiegende Heilbarkeit betonen kann. Anders verhält es sich mit dem Melanom, dessen ungewöhnliche Bösartigkeit und geringe therapeutische Beeinflußbarkeit dort, wo es zweifelsfrei diagnostiziert ist, immer noch das schließliche Todesurteil für den Kranken bedeutet.

So ergibt sich, daß die Möglichkeit einer Eröffnung der Diagnose dem Krebskranken gegenüber unlösbar verbunden ist mit der Möglichkeit und den Aussichten der Behandlung. Wir befinden uns hinsichtlich der Therapie von Krebserkrankungen in einer Übergangssituation: Einerseits sind heute Prozentzahlen von Krebsleiden zu heilen oder für Jahre günstig zu beeinflussen, an die man vor zwei Jahrzehnten noch nicht denken konnte, andererseits steht Krebs als Todesursache immer noch mit an der Spitze der Statistik. Es ist zu hoffen, daß durch weitere Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten von dieser Seite her — ähnlich wie bei der Tuberkulose — eines Tages das Problem der Aufklärung der Krebskranken illusorisch wird; in aller Welt wird fieberhaft an diesem Ziel gearbeitet. Aber bis dahin ist wohl noch ein weiter Weg. Und vorläufig wird der Arzt u. E. in der Regel noch davon ausgehen müssen, daß der Kranke die Mitteilung der Diagnose einer inneren Krebserkrankung als Todesurteil auffaßt.

Es ist charakteristisch, daß z. B. in den Vereinigten Staaten, in denen der Glaube an Wissenschaft und Technik so tiefe Wurzeln hat, mit dem Kranken auch die Krebsdiagnose vielfach offener erörtert werden kann, weil er seine Zuversicht in viel größerem Maße behält. Vielleicht wird es auch bei uns mit zunehmender Gewöhnung der Bevölkerung an die freie — und risikohaltige Entscheidung im Leben eines Tages möglich sein, mit einem Schwerkranken tatsächlich den Ernst der Lage und das Risiko der nötigen Behandlung offen zu erörtern. Aber bis dahin müßten sich wohl noch ein paar Generationen unserer Bevölkerung an Luft und persönliches Risiko der freien Entscheidungen gewöhnen können, ohne daß der weiter sich ausbreitende Wohlfahrtsstaat dem entgegenwirkte.

Kein Arzt wird bestreiten, daß auch bei einer Krebserkrankung je nach den körperlichen und psychischen

HALTEN
SIE DIE
PC-THERAPIE
FEST
IN DER HAND

Neu Neopenyl®

FÜR IHRE TÄGLICHE PENICILLIN-THERAPIE

Neopenyl-Spritzampullen
Einzelpackung (1 Amp.) DM 4,95 o.U.
Casuspackung (3 Amp.) DM 13,75 o.U.

SPRITZAMPULLEN 400000 I.E. CLEMIZOL-PENICILLIN

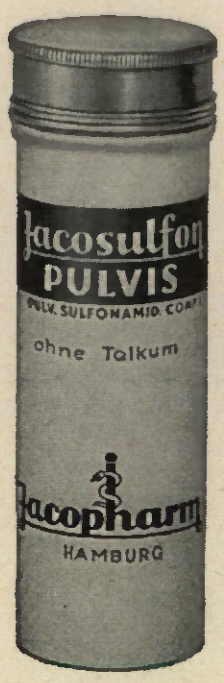
Bessere Kontrolle - mehr Sicherheit
Gute Verträglichkeit -
Zuverlässige Resultate bei allen PC-empfindlichen Erregern mit dem bewährten Antihistamin-Penicillin aus den Forschungslaboratorien der

GRÜNENTHAL

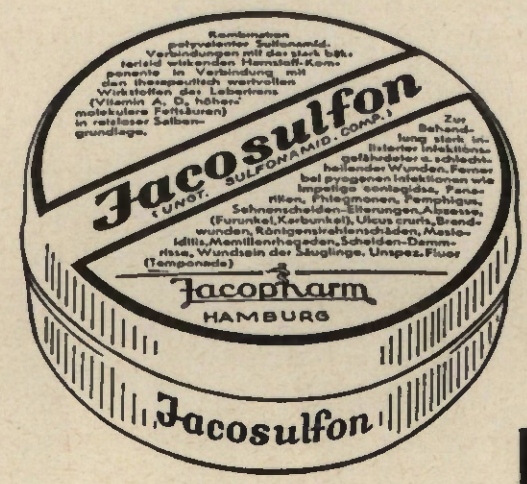
Chemie Grünenthal GmbH
Stolberg im Rheinland

Die Sulfonamid-Harnstoff Kombinationstherapie mit

Jacosulfon



Jacosulfon
pulvis



Jacosulfon
unguentum

Jacopharm
Hamburg-Schenefeld

Indikationen

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

Pilzerkrankungen der Haut
(Unguentum u. Pulvis im Wechsel)

Jacosulfon

Unspez. Fluor *vaginale* diff. Kolpitis
Portioerosionen Vaginitis

sowie alle anderen entzündlichen und infektiösen Erkrankungen der Vaginalschleimhaut

Pernionin®

Pernionin®-Salbe

Durchblutungssteigernde u. gewebsregenerierende Frostsalbe

Pernionin®-Teil-Bad

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

Zur Balneotherapie von Frostschäden

Varikäser Symptomenkomplex

Pernionin®-Voll-Bad

Rheuma, Neuralgien, Neuritiden, Ischias, rheumat. Gelenkaffektionen

Zur Balneotherapie von Arthrosen, Spondylosen und Osteochondrosen

Vegetativ-dystone und neuro-circulatorische Störungen

KREWEL-WERKE • Eitorf b. Köln

Gegebenheiten des Patienten Aufklärung möglich und nötig sein kann. Diese Aufklärung muß individuell sein, sie muß auf Schwere und Prognose der Erkrankung abgestellt sein, sollte die Persönlichkeit des Kranken, seine Intelligenz, seine Furcht, seine Verantwortlichkeit, seine Charakterkraft berücksichtigen. Immer aber wird die Entscheidung darüber, ob dem Kranken seine Diagnose bekanntgegeben werden muß oder nicht, zu treffen sein nach der augenblicklichen Situation in der ärztlichen Sprechstunde oder im Krankenzimmer, bei der der Arzt den ängstlichen, um sein Leben besorgten Kranken vor sich hat und selbst voller Sorge ist, wie er in dem gegebenen Fall seiner Aufgabe des Heilens gerecht werden kann. Die Stimmung im Krankenzimmer läßt sich aber nicht reproduzieren und u. E. kommt es hauptsächlich deshalb immer wieder zu einer Verurteilung von Ärzten wegen unterlassener oder unzureichender Aufklärung, weil die nicht meßbaren Vorschriften des ärztlichen Taktes, die für eine Unterrichtung des Krebskranken bestimmend sein müssen, unter völlig veränderten Verhältnissen, nämlich dann, wenn die Todesdrohung so weit wie möglich beseitigt ist, retrospektiv gemessen werden sollen. Nach Wochen und Monaten ist die Angst des Kranken vergessen, seine Sorge verdrängt und je mehr die Erinnerung an die Angst im Gedächtnis verlischt, desto fühlbarer treten gegebenenfalls Beschwerden der Behandlungsfolgen hervor. „Wo's grad weh tut, tut's am wehsten", sagt Eugen Roth.

Wenn wir so feststellen, daß in der Frage der ärztlichen Aufklärung die individuelle Begegnung zwischen dem Kranken und seinem Arzt entscheidet, so muß gleichzeitig gesagt werden, daß diese Beziehung auch heute noch in der Regel keine unlösbaren Schwierigkeiten bietet und ohne rechtliche Konsequenzen bleibt. Bisher sind es immer nur wenige Kranke, die aus finanziellen oder anderen Gründen vergessen, durch wessen Hilfe sie noch leben — gemessen an der Zahl täglich Behandelter. Vorläufig kann sich deshalb die Mehrzahl der Ärzte noch nicht entschließen, wegen eines möglichen Klagefalles tausend Kranken ihr weiteres Leben zu vergällen. Fromm hat in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, daß der anomale Ausnahmefall keine Normen für den Regelfall setzen dürfe.

Daß dies schon wiederholt geschehen ist, daß die Diskussion zwischen Ärzten und Juristen über den nötigen Umfang der Aufklärungspflicht bisher ohne greifbares Ergebnis geblieben ist, wird auch von juristischer Seite als unbefriedigend empfunden. Es zeichnet sich doch eine gewisse Annäherung der Ansichten ab, wenn Steindorff feststellt, „daß man im Verhältnis zwischen Arzt und Patienten den Patienten nicht von jeder Last zu entbinden" brauche, daß der Kranke sich für sein Recht nicht erst dann beginnen könne zu interessieren, wenn Behandlungsfolgen eingetreten seien, wenn er fragt, ob es sich die Juristen nicht zu leicht machen, wenn sie dem Arzt die Anwendung des ärztlichen Gefühles, Taktes usw. empfehlen, ihm aber gleichzeitig bei Versagen des Taktes Strafen und Schadenersatzansprüche androhen. Auch Engisch sowie Boekelmann haben Auffassungen vertreten, die der ärztlichen Erfahrung und dem bisherigen ärztlichen Verhalten gerecht zu werden suchen. Schließlich hat Grünwald vorgeschlagen, eine Bestimmung zu schaffen, die den Richter anweist, die standesethischen begründeten Auffassungen der Ärzte zu respektieren. Er nimmt hier Bezug auf § 161 des Entwurfes des StGB, in dem vorgesehen ist, für die Beurteilung der Indikation und der kunstgerechten Durchführung einer Heilbehandlung auch die „Grundsätze eines gewissenhaften Arztes" heranzuziehen.

Wir können nur hoffen und wünschen, daß diese Stimmen sich nicht nur bei uns Ärzten Gehör verschaffen, daß wir nicht gezwungen werden, die zwei abstrakten Begriffe der justitia und der veritas über die caritas siegen zu lassen, die auch in Zukunft als oberstes Gesetz das ärztliche Handeln bestimmen soll. Wir wollen uns der Aufgabe unterziehen dürfen, die Eberhard Müller mit dem Satz umrissen hat: „Die Wahrheitsliebe mit der Nächstenliebe auf rechte Weise zu verbinden, wird die Menschlichkeit des einzelnen wie die eines ganzen Standes erweisen."

Anschrift des Verfassers: 74 Tübingen, Universitäts-Hautklinik.

Arzt und Arbeitsmedizin

Zugleich eine Betrachtung über die Situation der Arbeitsmedizin in der Bundesrepublik

Von Dr. H. Petry

Die Bezeichnung „Arbeitsmedizin" ist offiziell erstmalig im Jahre 1929 in LYON auf einer Sitzung des ständigen Internationalen Komitees für Arbeitshygiene geprägt und seitdem in der ganzen Welt üblich geworden. — Doch läßt sich das Interesse, das Ärzte zu allen Zeiten für Probleme der Arbeitsmedizin gezeigt haben, bis in das graue Altertum zurückverfolgen.

In das grelle Licht der sozial- und gesundheitspolitischen Betrachtungen ist die Arbeitsmedizin aber erst in den letzten Jahren gerückt. Auch in der Bundesrepublik ist Arbeitsmedizin ganz offenkundig im Gespräch. Dabei kann aber nicht übersehen werden, daß in manchen Kreisen, die sich heutzutage mit Arbeitsmedizin beschäftigen, recht unklare und zum Teil auch irrige Vorstellungen über Wesen, Aufgaben und Ziele dieser modernen medizinischen Fachdisziplin bestehen.

Es ist daher notwendig, den nachfolgenden Ausführungen einige Bemerkungen zur Definition der Arbeitsmedizin vorauszuschicken.

Die Arbeitsmedizin beschäftigt sich mit den Auswirkungen der Berufsarbeit auf die menschliche Gesundheit. Nach der 1950 von Experten der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ausgearbeiteten Definition hat die Arbeitsmedizin das Ziel, „das körperliche, geistige und soziale Wohlbefinden der Arbeitnehmer in allen Berufen in größtmöglichem Ausmaß zu fördern und aufrechtzuerhalten; zu verhindern, daß die Arbeitnehmer

infolge ihrer Arbeitsbedingungen in irgendeiner Weise an ihrer Gesundheit Schaden nehmen; sie bei ihrer Arbeit gegen die Gefahren zu schützen, die sich durch das Vorhandensein gesundheitsschädlicher Stoffe ergeben können; den einzelnen Arbeitnehmer einer Beschäftigung zuzuführen, die seiner physiologischen und psychologischen Eignung entspricht, und ihm diese Beschäftigung zu erhalten; kurz, die Arbeit an den Menschen und jeden Menschen an seine Arbeit anzupassen".

Es kann nicht übersehen werden, daß das Beschäftigungs- und Aufgabengebiet der Arbeitsmedizin mancherlei Berührungspunkte zu Nachbardisziplinen oder -gebieten hat, die sich — zwar aus differenten Ausgangspositionen und mit anderen Methoden — ebenfalls der Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit arbeitender Menschen widmen. Das gilt für die Arbeitswissenschaft (auch ERGONOMIE genannt) ebenso wie für den technischen Arbeitsschutz, das gilt auch für die Sozialmedizin und Sozialhygiene oder für die soziologische Medizin. Doch muß in aller Deutlichkeit gesagt werden, daß die Arbeitsmedizin ein in sich geschlossenes großes Fachgebiet mit spezifischen wissenschaftlichen Grundlagen und praktischen Aufgaben repräsentiert.

Ein Blick in das Inhaltsverzeichnis der Standardwerke arbeitsmedizinischer Literatur, z. B. des von Baader herausgegebenen vierbändigen Handbuches der gesamten Arbeitsmedizin oder des zweibändigen Lehrbuches der Arbeitsmedizin von Koelsch, sollte jeden Zweifler eines Besseren belehren. Die Arbeitsmedizin hat — entsprechend ihrer großen praktischen Bedeutung — Anspruch darauf als Sonderfach respektiert zu werden. Diese Feststellung kommt nicht von ungefähr. In Zusammenhang mit den Erörterungen über eine stärkere Berücksichtigung des Faches Arbeitsmedizin im medizinischen Ausbildungsgang ist u. a. die Errichtung gemeinsamer Lehrstühle für Arbeitsmedizin und Sozialhygiene überlegt und in einem Fall (Erlangen) bereits beschlossen worden. Eine solche Kombination wird jedoch dem Wesen und der Bedeutung weder des einen noch des anderen Fachgebietes gerecht, abgesehen davon, daß niemand imstande sein dürfte, den gewaltigen Stoff dieser Wissenskomplexe vollkommen zu beherrschen.

Fraglos liegen die Hauptaufgaben und -chancen der Arbeitsmedizin auf dem großen Gebiet der Vorsorgemaßnahmen, die geeignet sind, jeder mit der Arbeit zusammenhängenden Beeinträchtigung der Gesundheit vorzubeugen. In dieser Hinsicht eröffnet sich besonders für die Werksärzte ein großes und dankbares Arbeitsgebiet, das hier nicht näher zu erörtern ist. Präventivmedizin ist jedoch kein Reservat für Ärzte im öffentlichen oder betrieblichen Gesundheitsdienst. Jeder Kassenarzt muß sich heutzutage — neben seiner traditionellen diagnostisch-therapeutischen Tätigkeit — mit den Aufgaben der Präventivmedizin vertraut machen. Es sei nur auf die ärztlichen Untersuchungen im Rahmen des Jugendarbeitsschutzgesetzes oder auf den zunehmenden Anfall von Vorsorgeuntersuchungen in der allgemein ärztlichen Praxis hingewiesen. Daß immer mehr Menschen in unserer unsicheren, vom Zweckdenken erfüllten Welt den Wert ihrer Gesundheit zu begreifen und schätzen lernen, ist kein Wunder. Was liegt näher, als den Hausarzt zum Hüter der Gesundheit zu bestimmen? Wer aber Gesundheitsvorsorge betreibt, muß wissen, wo Gefahren sind und welche Gefahren die Gesundheit bedrohen können. Überlegungen dieser Art müssen selbstverständlich auch die von der Arbeitswelt ausgehenden Einflußmöglichkeiten einbeziehen.

Arbeitsmedizin ist jedoch nicht nur Präventivmedizin. Auch in diagnostischer Hinsicht, bei therapeutischen Überlegungen, besonders aber in Zusammenhang mit gutachtlichen Funktionen — voran den täglich anfallenden Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen — wird jeder Arzt mit ihren Fragen konfrontiert. Tatsächlich ist bei der zentralen Bedeutung der Arbeit im Leben und für das Leben eine Beschäftigung mit Fragen der Gesundheit ohne Berücksichtigung der von der Berufsarbeit ausgehenden Einflußmöglichkeiten gar nicht denkbar. Mögen die Arbeitsschutzmaßnahmen noch so umfangreich und gründlich sein — es kann nie gelingen, die vielfältigen Ausstrahlungen der Arbeit auf die menschliche Gesundheit auszuschalten oder auf das betriebliche Milieu zu lokalisieren. Diese Bezüge kennen keinen 8-Stunden-Tag und verlieren auch dann nichts von ihrer Wirksamkeit, wenn der Kranke das Sprechzimmer seines Hausarztes betritt.

Hier stellt sich die Frage, ob der arbeitsmedizinische Ausbildungsstand der Ärzte in der Bundesrepublik den praktischen Erfordernissen gerecht wird. Die Antwort muß — bezieht man sie auf die Mehrzahl der Ärzte — nein lauten. Niemand gibt gern Mängel in seinem beruflichen Wissen zu. Doch wird die derzeitige Situation von den Ärzten selbst als so unbefriedigend und unzureichend empfunden, daß sich ihre führenden Sprecher genötigt gesehen haben, mit allem Nachdruck eine Intensivierung der arbeitsmedizinischen Ausbildung an den Universitäten zu fordern. Für profilierte deutsche Arbeitsmediziner (Koelsch, Baader) ist die Bundesrepublik in bezug auf arbeitsmedizinische Aus- und Fortbildungsmöglichkeiten ein unterentwickeltes Land. Dieses harte Urteil erheischt eine Begründung. Sie soll in aller Kürze gegeben werden:

Im Gegensatz zu einigen europäischen Nachbarländern ist Arbeitsmedizin an den Universitäten in der Bundesrepublik kein Prüfungsfach. Allein die Universität in Saarbrücken besitzt ein Institut für Arbeitsmedizin, aber dessen Leiter — Prof. Symanski — hat kein Ordinariat. Arbeitsmedizinische Vorlesungen sind zwar Pflicht, aber in den Vorlesungsplan sind nur einige wirklich erfahrene Arbeitsmediziner durch Erteilung von Lehraufträgen eingeschaltet worden. Im übrigen werden ausgewählte Kapitel aus dem Gebiet der Arbeitsmedizin von Lehrern der traditionellen Fächer, z. B. Klinikern, Pharmakologen, Hygienikern, in einem Fall sogar von einem Tierarzt, gelesen. Diese Vorlesungen sind zwar sehr akademisch, aber oft viel zu praxisfern. Alles in allem kann von einer systematischen Lehrtätigkeit durch qualifizierte Arbeitsmediziner, wie sie unter den Gewerbeärzten und Werksärzten durchaus zu finden sind, nicht die Rede sein. Der Besuch ist schlecht und der Erfolg gleich Null. Der frisch approbierte Arzt hat nach dem Verlassen einer westdeutschen Universität von Arbeitsmedizin so gut wie keine Ahnung.

Wer die Möglichkeit hat in Frankreich, Italien, England oder auch in Mitteldeutschland zu studieren, wird auf unvergleichlich bessere Verhältnisse stoßen. So gibt es in Frankreich 9 Lehrstühle für Arbeitsmedizin, davon 4 Ordinariate mit eigenen Instituten. 9 italienische Institute sind mit Ordinariaten versehen, weitere 7 Universitäten haben Dozenturen. In England findet man 5

Lehrstühle mit 4 Ordinariaten; aber auch mit vielen anderen europäischen und außereuropäischen Ländern kann die Bundesrepublik in bezug auf arbeitsmedizinische Ausbildungs- und Fortbildungsmöglichkeiten nicht Schritt halten. — Dies mag in diesem Zusammenhang genügen.

Weitere Einzelheiten über diesen Fragenkomplex sind u. a. aus einer sehr ausführlichen Darstellung B a a d e r s ersichtlich.

Es muß klar herausgestellt werden, daß der derzeitige Status in der Bundesrepublik nichts mit einer Inferiorität oder Inaktivität deutscher Arbeitsmediziner zu tun hat. Deutschland besitzt eine stolze arbeitsmedizinische Tradition; seine Forscher haben auf diesem Gebiet Pionierarbeit geleistet und in der Fachwelt einen hervorragenden Namen. Diese Tatsache ist um so beachtlicher, als auch die Möglichkeiten zu einer systematischen arbeitsmedizinischen Forschung — speziell auf dem Gebiet der Grundlagenforschung — in der Bundesrepublik nicht an die Verhältnisse in anderen Ländern heranreichen. Auch hierzu bringt die schon erwähnte Arbeit von B a a d e r instruktive Beispiele.

Unsere profilierten Arbeitsmediziner sind nie müde geworden, für die Sache der Arbeitsmedizin mit allem Nachdruck zu plädieren. Allein der Initiative, den wissenschaftlichen und praktischen Leistungen unserer Forscher, Gewerbeärzte und Werksärzte ist es zuzuschreiben, daß der Standard der deutschen Arbeits- und Industriemedizin auf beachtlicher Stufe steht und den Anschluß an das internationale Niveau noch nicht verloren hat.

Nicht der Drang zum Neuen, sondern der Zwang der Erfordernisse läßt die Öffentlichkeit und die Ärzteschaft nach Wegen suchen, die dazu führen können, daß bei der gesundheitlichen Betreuung der arbeitenden Bevölkerung die wissenschaftlichen und praktischen Erkenntnisse der Arbeitsmedizin in stärkerem Umfang berücksichtigt werden. Zwar ist die Zahl der klassischen Berufskrankheiten und auch der Berufsunfälle als Erfolg eines immer verbesserten Arbeits- und Arbeiterschutzes bereits im Rückgang begriffen. Trotzdem gibt es auch heute in dieser Hinsicht noch viel zu tun, um dem Auftreten oder der Verschlimmerung vermeidbarer gesundheitlicher Schädigungen durch Arbeit und Beruf entgegenzuwirken. Was aber dem arbeitsmedizinischen Gedanken heute einen so eminent aktuellen Akzent verleiht, sind die ungemein komplexen Wirkungs- und Spannungsfelder, in die der arbeitende Mensch des modernen Industriezeitalters gestellt ist —, sind die Auswirkungen der zweiten industriellen Revolution.

Die Arbeitsmedizin ist nach dem Ausspruch des Präsidenten der INTERNATIONAL ASSOCIATION (JMA) zum „Symbol einer Epoche" geworden und von der Arbeitsmedizin im Jahre 1920 so verschieden, „wie ein Auto von einem Pferd oder Einspänner".

Die Aktualisierung der Arbeitsmedizin ist in mehrfacher Hinsicht dokumentiert worden. Dies sei im folgenden an einigen Beispielen aus der jüngeren Zeit, die keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben, belegt: 1957 legte ein Ausschuß internationaler Arbeitsmediziner der JLO und WHO fest, daß jeder Arzt folgenden arbeitsmedizinischen Wissenskomplex beherrschen sollte: Körperlich und geistig-nervöse Belastungen der modernen Industrie, also Berufskunde; — Klassische Berufskrankheiten; — Berufliche Einflüsse bei der Entwicklung anderweitiger Erkrankungen; — Organisation der Arbeitsmedizin und gesetzliche Grundlagen.

Aufgrund der JLO-Empfehlung 112 „betr. die betriebsärztlichen Dienste in den Arbeitsstätten" hat die Kommission der EWG an die Regierungen der Wirtschaftsstaaten Empfehlungen betr. die Hochschulunterrichtung und die Spezialausbildung in der Arbeitsmedizin sowie die betriebsärztlichen Dienste in den Arbeitsstätten gegeben. Mehrere Ausschüsse beim europäischen Parlament haben sich sehr nachdrücklich für die Intensivierung der arbeitsmedizinischen Aus- und Fortbildung und die Errichtung arbeitsmedizinischer Forschungsinstitute ausgesprochen. B e r e n s m a n n hat hierüber ausführlich berichtet.

Der Bundesärztetag hatte 1962 — bisher vergeblich — den medizinischen Fakultätentag und die ständige Konferenz der Kultusministerien der Länder gebeten, zur Förderung einer nach dem heutigen Stand der technischen Zivilisation ausreichenden präventivmedizinischen Betreuung der Bevölkerung die Arbeitsmedizin schon während des medizinischen Studiums stärker als bisher zu berücksichtigen. Die Bundesärztekammer will jetzt — wie auf dem diesjährigen Ärztetag von R o o s mitgeteilt worden ist — sich beim Bundesgesundheitsministerium einsetzen, daß im Zuge der Novellierung der Bestallungsordnung auch das Gebiet der Arbeitsmedizin stärker als bisher im medizinischen Ausbildungsplan berücksichtigt wird.

Die Arbeitsminister von Nordrhein-Westfalen, Bayern und Baden-Württemberg haben mit ihren Landtagen durchgesetzt, daß in Erlangen ein Lehrstuhl „Arbeitsmedizin und Sozialhygiene" eingerichtet wird, daß die Mittel für einen arbeitsmedizinischen Lehrstuhl in Freiburg bereitgestellt werden und daß Lehrstühle für Arbeitsmedizin in Düsseldorf, Heidelberg und Tübingen geplant werden.

Noch aber hat die Tatsache, daß der Staat und die offizielle Meinung der Ärzteschaft die Errichtung arbeitsmedizinischer Lehrstühle wünscht oder fordert, keine realen Erfolge gezeitigt. Nach wie vor stehen einflußreiche Gelehrte innerhalb der medizinischen Fakultäten einer Etablierung von Arbeitsmedizinern in den Lehrkörper der Universitäten ablehnend gegenüber. Obwohl Arbeitsmedizin bereits von etwa 1935 bis Ausbruch des Krieges Prüfungsfach gewesen ist, hat sich erst im Jahre 1962 der westdeutsche Fakultätentag ausdrücklich gegen die Wiedereingliederung der Arbeitsmedizin als Prüfungsfach ausgesprochen. Man darf — so wird argumentiert — die ohnehin stark engagierten Medizinstudenten nicht mit neuen Prüfungsfächern belasten. Außerdem handele es sich bei der Arbeitsmedizin um ein Querschnittsfach, das sich durch das Gesamtgebiet der Medizin hindurchziehe und nicht von einem einzigen Fachmann beherrscht und gelehrt werden könne. Der Wissenkomplex der Arbeitsmedizin würde in ausreichender Weise durch Gemeinschaftsvorlesungen vertreten. — Als ob sie die Richtigkeit dieser Thesen dokumentieren wollte, hat die medizinische Fakultät der Universität Erlangen den schon vor ca. 2 Jahren genehmigten Lehrstuhl für Arbeitsmedizin bis heute nicht besetzt mit der Begründung, daß sich bisher kein geeigneter Stellenbewerber habe auffinden lassen.

Diese unnachgiebige Haltung der Fakultäten ist auf harte Kritik gestoßen. Nicht ohne Grund wird auf die Unzulänglichkeit und die Mißerfolge des bisherigen

Systems der Ring- und Gemeinschaftsvorlesungen hingewiesen. Arbeitsmediziner, die mit den Verhältnissen an ausländischen Hochschulen und Instituten vertraut sind, wissen zu berichten, daß sich dort die arbeitsmedizinischen Lehrstühle zu durchaus tragfähigen und angesehenen Instituten mit großer Ausstrahlungskraft entwickelt haben. Koelseh, der Senior der deutschen Arbeitsmedizin, findet es unverständlich, daß die viel praxisfernere Gerichtsmedizin Prüfungsfach geworden ist, Arbeitsmedizin als ein Gebiet von sehr viel größerer praktischer Bedeutung aber weiterhin unberücksichtigt bleiben soll.

König, der sich nachdrücklich für die Einführung eines Faches „Soziologische Medizin" eingesetzt hat, bricht auch für die Arbeitsmedizin eine Lanze. In einer sehr pointierten Formulierung stellte er in einem Vortrag anläßlich des 66. deutschen Ärztetages in Mannheim folgendes fest: „Redensarten, die solchen Plänen (der Errichtung von Lehrstühlen für Arbeitsmedizin und soziologische Medizin) immer wieder entgegengesetzt werden, wie etwa die Behauptung, daß die soziologische Medizin oder die Arbeitsmedizin nur eine Betrachtungsweise sei, die eines Institutes nicht bedürfe und Anwendung auf alle Gebiete der Medizin finden könne, müssen endlich aufhören. Natürlich wirken die neuen Gesichtspunkte auf alle Fächer. Die Einwirkung aber der neuen Betrachtungsweise bleibt zweifelhaft, solang sie nicht als Mittelpunkt über Lehrstühle und Institute verfügt und an deutschen Hochschulen noch Veterinärmediziner über Arbeitsmedizin lesen. Philosophie ist auch eine Betrachtungsweise. Niemand aber käme auf die Idee, sie nur als Rechtsphisolophie, Kulturphilosophie oder Geschichtsphilosophie lesen zu lassen und ihr eigene Lehrstühle zu verweigern. . . Die Arbeitsmedizin muß darüber hinaus zum Prüfungsfach werden."

Die Nichtbesetzung des arbeitsmedizinischen Lehrstuhles in Erlangen hat auch die Politiker des Bayer. Landtages auf den Plan gerufen. Kollege Dehler als FPD-Fraktionsvorsitzender sah sich veranlaßt, den Selbstverwaltungskörperschaften der Universitäten nachdrücklich zu sagen, „daß begreifliche Wünsche und Erwartungen einzelner Lehrstuhlinhaber dort ihre Grenzen finden müssen, wo ein wissenschaftlicher und sozialer Fortschritt von eminenter Bedeutung für die Gesamtheit aller arbeitenden Menschen auf dem Spiele steht." Tatsächlich hat Dehler recht, wenn er folgert, daß der deutsche Sprachraum groß genug ist, um geeignete Bewerber zu finden.

In seinen Gedanken zur Gründung, inneren Ordnung und zu den Aufgaben neuer Universitäten spricht Oeter davon, daß die langsam gleitende Anpassung an die Anforderungen und Herausforderungen der Zeit vielen älteren Universitäten, „welche in einen Zustand institutioneller Erstarrung geraten sind", erhebliche Schwierigkeiten bereitet. Möge sich seine Feststellung, daß kräftige Impulse in der Entwicklung des Hochschulwesens nur von der Neugründung von Universitäten zu erwarten sind, auch für die Situation der Arbeitsmedizin als optimistische Prognose erweisen.

Vorerst aber müssen wir uns in der Bundesrepublik mit Provisorien begnügen, um den dringendsten „Nachholbedarf" in Arbeitsmedizin zu decken. Hierbei stehen zwei wichtige Aufgaben im Vordergrund:

1. die Vermittlung von arbeitsmedizinischen Grundkenntnissen, welche für die Tätigkeit eines jeden Arztes erforderlich sind und

2. die Durchführung von arbeitsmedizinischen Spezialaus- und -fortbildungskursen für Gewerbeärzte, Werksärzte und Überwachungsärzte.

Bei aller Anerkennung der bereits geschaffenen Fortbildungsmöglichkeiten muß bemängelt werden, daß das Themenangebot der arbeitsmedizinischen Kurse der Verschiedenheit des arbeitsmedizinischen Konsumbedarfes nicht genügend Rechnung trägt. Es fehlt u. a. noch eine sinnvolle Koordinierung sowohl in bezug auf die Festlegung der Termine als auch im Hinblick auf die Programmgestaltung dieser Lehrgänge und Kongresse.

Der Kassenarzt sollte die Möglichkeit haben, sich über wirklich praxisnahe arbeitsmedizinische Fragen zu informieren, z. B. über Berufskunde, die klassischen Berufskrankheiten, über gesetzliche Grundlagen oder Gesichtspunkte bei der Rehabilitation seiner Patienten. Es sollte ihm insbesondere auch vielfältige Gelegenheit zur Besichtigung von Industriebetrieben gegeben werden, damit er sich ein möglichst umfassendes Bild von der Realität der Arbeitswelt seiner Patienten verschaffen kann. In dieser Hinsicht sind von den Landesärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen im Zusammenwirken mit den Gewerbeärzten und den Landesverbänden der werkärztlichen Arbeitsgemeinschaft ausgezeichnete Programme entwickelt worden, die im allgemeinen eine gute Resonanz gefunden haben. Aufgeschlossenheit und Informationsbedürfnis hinsichtlich Fragen der Präventiv- und Arbeitsmedizin haben zahlreiche Ärzte bekundet, als die Standesorganisationen nach Inkrafttreten des neuen Jugendarbeitsschutzgesetzes in richtiger Einschätzung des Wissensbedarfes zahlreiche Vortragsveranstaltungen abgehalten haben. Der Erfolg dieser Aktion sollte die maßgebenden Stellen in den verschiedenen Standes- und Fachverbänden ermutigen, in Zukunft eine „Arbeitsmedizin des praktischen Arztes" zu konzipieren und in geeigneter Form, die auch den Terminschwierigkeiten eines vielbeschäftigten Kassenarztes Rechnung trägt, in die Fortbildungsprogramme mit einzubauen. Erfreulich ist auch hier die Feststellung, daß mancherorts bereits entsprechende Schritte unternommen werden.

Demgegenüber muß eine Teilnahme niedergelassener Ärzte an den arbeitsmedizinischen Spezialkursen, wie sie z. B. am Institut des Staatl. Gewerbearztes in Bochum, der „Akademie für Arbeitsmedizin" in Berlin oder München und von der werkärztlichen Arbeitsgemeinschaft veranstaltet werden, auf Schwierigkeiten stoßen. Der Besuch dieser Kurse ist schon aus zeitlichen Gründen nicht zu realisieren (Kursdauer bis zu 3 Wochen) und auch nicht besonders lohnend, weil die Thematik zu speziell auf das Fachwissen der professionellen Arbeitsmediziner zugeschnitten ist. Diese Feststellung schmälert keineswegs die große praktische Bedeutung dieser Lehrgänge für die arbeitsmedizinische Fortbildung der Werksärzte. Doch soll im Rahmen dieser Abhandlung die Werksarztfrage nicht näher erörtert werden. Es sei nur so viel gesagt, daß auch der werksärztliche Dienst in der Bundesrepublik noch einer Intensivierung bedarf. — Die Werksärzte müssen endlich aus dem Autodidakten-Stadium herauskommen; ihre Position in den Betrieben und nach außen muß weiter gefestigt und unabhängiger gestaltet werden und sie müssen beim Nachweis fachlicher Qualifikation durch

Diplomierung oder Verleihung des Titels „Facharzt für Arbeitsmedizin" die ihnen gebührende Anerkennung finden.

Ein Wort noch zum arbeitsmedizinischen Lehrkörper. Die Frage der Neuorientierung und Intensivierung der arbeitsmedizinischen Aus- und Fortbildung kann nur gelöst werden, wenn qualifizierte Lehrer in genügend großer Zahl zur Verfügung stehen. Es wurde bereits gesagt, daß sich unter den Gewerbeärzten und Werksärzten eine Reihe von Persönlichkeiten befinden, die sowohl ausgezeichnete wissenschaftliche Qualitäten als auch große praktische Erfahrungen besitzen. Das einzige, was ihnen fehlt, ist die Sanktionierung ihrer Leistungen durch die medizinischen Fakultäten. Tüchtigen Arbeitsmedizinern müßte in Zukunft Gelegenheit zur Habilitation gegeben werden, auch wenn sie nicht zum engen Kreis von Institutsassistenten gehören. Tatsächlich sind die Schwierigkeiten, die der wissenschaftlichen Entfaltung aktiver und fähiger Arbeitsmediziner der jüngeren Generation im Wege stehen, derzeit fast unüberwindlich. Es genügt nicht die resignierende Feststellung, daß man habilitierte Arbeitsmediziner an den Fingern einer Hand abzählen kann und der Professorentitel eine absolute Rarität darstellt. Die Konsequenz liegt auf der Hand. . .

Passionierte Anhänger oder Verfechter einer Idee oder einer bestimmten Konzeption geraten leicht in die Gefahr, auf den Wogen ihrer Emotionen vom Grund nüchterner Tatsachen hinweggespült zu werden. Natürlich wäre eine unkritische Überwertung der Arbeitsmedizin im Rahmen der Gesamtmedizin töricht. Die Berufsarbeit ist a priori noch kein arbeitsmedizinischer Tatbestand und der homo faber ist nicht unbedingt ein Berufskranker. — Doch war zu zeigen, daß wir in der Bundesrepublik von der Gefahr einer übersteigerten Betrachtungsweise arbeitsmedizinischer Bezüge weit entfernt sind. Im Gegenteil — es muß festgestellt werden, daß eindeutige Fakten zur unabdingbaren Forderung nach einer wertgerechten Einreihung der Arbeitsmedizin in das sozial- und kulturpolitische Gefüge unseres Landes und in den Wissensbestand seiner Ärzte zwingen.

Schrifttum

Baader, E. W.: Die Geschichte der Gesellschaften für Arbeitsmedizin und ihre Bedeutung in aller Welt. Arb.-Med. 1, 1—12 (1963).

Berensmann, R.-D.: Die Einrichtung arbeitsärztlicher Dienste in den Betrieben. ÄM Nr. 44, 2265—2268, Nr. 45, 2334—2340, Nr. 46, 2384—2388 (1962).

Buckup, H.: Stand der Arbeitsmedizin. Zbl. Arbeitsmed. 13, 29—33 (1963).

Koelsch, F.: Rückblick und Ausblick — Der Weg der deutschen Arbeitsmedizin und ihre Forderungen in der Gegenwart. Arb.-Med. 1, 13—17 (1963).

König, S.: Soziologische Medizin. ÄM 35, 1721—1726 (1963).

Oeter, O.: Gedanken zur Gründung, inneren Ordnung und zu den Aufgaben neuer Universitäten. ÄM 63, 1776—1784 (1963).

Wittgens, H.: Europa und die Arbeitsmedizin. Ärztl. Praxis XV, 225—226 (1963).

Anschrift des Verfassers: Dr. med. Heinrich Petry, Facharzt für innere Krankheiten, Werksarzt Städt. Werke Nürnberg GmbH, 85 Nürnberg, Hochhaus am Plärrer.

Der Ehrendoktor und die Ärzte

Im Frühjahr dieses Jahres versuchte die Deutsche Krankenhausgesellschaft — wie schon einmal vor zehn Jahren bei der Reform des Kassenarztrechts — in die den freipraktizierenden Ärzten vorbehaltene ambulante ärztliche Versorgung der Bevölkerung einzubrechen. Sie schlug vor, die Leistungen der Krankenhäuser auch auf den nicht stationären Bereich auszuweiten oder, wie sie es bezeichnete, eine ambulante Vor- und Nachbehandlung für dem Krankenhaus zugewiesene Kassenpatienten einzuführen.

Es ist hier nicht Zeit und Ort, sich mit diesen Vorschlägen im einzelnen auseinanderzusetzen. Die ärztlichen Organisationen — an ihrer Spitze der Deutsche Ärztetag — haben das bereits eingehend und unmißverständlich getan. Daß diese Antwort für die Krankenhausgesellschaft wenig Erfreuliches enthielt und deutlich den merkantilen Hintergrund dieser Vorschläge dekuvrierte, wird zumindest Sachkundige nicht verwundern. Anscheinend genügten ihr aber weder diese Stimmen noch die deutlich ablehnenden Reaktionen maßgeblicher Sozialpolitiker wie auch das Abrücken einiger Krankenkassenverbände, die diesen Sirenenklängen zunächst gefolgt waren, nicht. Der Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft, ihr offizieller Sprecher also, der von der Medizinischen Akademie seiner Stadt vor einigen Jahren zum Ehrendoktor der Medizin gekürte Oberstadtdirektor von Düsseldorf, Dr. jur. Walter Hensel, hielt es daher für gut, zur Feder zu greifen. Allerdings nicht etwa, um nochmals, und nun mit besseren Argumenten, den hart kritisierten Vorschlag seiner Gesellschaft zu begründen. Er hielt es für richtiger, statt dessen diejenigen massiv anzugreifen, die sich seinen Vorschlägen widersetzten: die Ärzte insgesamt und ihre Standesorganisation.

Unter der Überschrift: „Das ‚Njet' der Ärzte gegenüber den Krankenhäusern" veröffentlichte Dr. Hensel, namentlich und in seiner Eigenschaft als Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft zeichnend, einen Leitartikel in der Verbandszeitschrift dieser Gesellschaft. Darin zählt er neben der Kritik an der ablehnenden Haltung der Ärzteschaft zu den jüngsten Vorschlägen seiner Gesellschaft einige weitere Dinge auf, in denen sich die Ärzte und ihre Standesvertretung erlaubt haben, auch früher schon einmal anderer Ansicht zu sein als er und seine Gesellschaft. Er folgert daraus: „Die Ärzte sind einfach immer dagegen, und die Motive ihres stereotypen Kontra sind nahezu immer materielle. Wo der Kranke, der ärztliche Hilfe Suchende also, irgendwo am Rande erwähnt wird, geschieht es letztlich nur zur Verbrämung der erstrebten oder zu behauptenden Standesvorteile. Auch im vorliegenden Falle haben die ärztlichen Standesvertretungen ein weiteres Mal bewiesen, daß sie der negativen Kritik den Vorzug geben und niemals konstruktive Vorschläge machen!"

Dieses Zitat sei als eine erste Kostprobe aus diesen unqualifizierten und beleidigenden Angriffen auf die ärztliche Standesführung und darüber hinaus die

gesamte Ärzteschaft wiedergegeben. Man sieht, Dr. Hensel macht sich „Sorgen um die deutsche Ärzteschaft und ihre Standesvertretung". Als aufrechter und von hohen Idealen getragener Deutscher, der das russische Wort „njet" wohl doch nur deshalb in der Überschrift verwendet, um beim Leser bestimmte Eindrücke zu erzielen, bemüht er Schiller, der „das denkwürdige Wort für die Wissenschaft als solche geprägt" habe: „Einem ist sie die hohe, himmlische Göttin, dem anderen eine tüchtige Kuh, die ihn mit Butter versorgt." Die Ärzteschaft möge zusehen, rät Medizin-Ehrendoktor Hensel, daß dieses Wort: „nicht in spezifischer Weise" auf ihren Stand umgemünzt werde, denn — so folgert er messerscharf aus der Ablehnung der doch von so hohen Idealen getragenen Vorschläge der Deutschen Krankenhausgesellschaft — ihr Verhalten sei, soweit erkennbar, leider immer nur von materiellen Motiven getragen.

Die deutsche Ärzteschaft hat es nicht nötig, sich gegen solche unqualifizierten Beleidigungen verteidigen zu müssen. Sie hat der ihr gesundheitlich anvertrauten Bevölkerung nicht nur in guten, sondern vor allem auch in schlechten Zeiten durch die Tat gezeigt, daß sie ihre Pflicht kennt und getreulich zu erfüllen auch weiterhin bereit ist. Sie hält es für unter ihrer Würde, in eine Auseinandersetzung auf solchem Niveau einzutreten, selbst dann, wenn es sich bei denjenigen, die sie angreifen, um die Repräsentanten einer so bedeutenden Organisation handelt, wie es die Deutsche Krankenhausgesellschaft ist. Allerdings wird man nicht erwarten dürfen, daß die Ärzteschaft tatenlos zusieht, wenn man versucht, das persönliche Vertrauensverhältnis zwischen dem Arzt und seinem Patienten zu belasten, wenn nicht gar empfindlich zu stören. Sie kann schon aus ihrer Verpflichtung gegenüber ihren Patienten heraus nicht schweigen, wenn aus primär merkantilen Erwägungen die freie Arztwahl zugunsten anonymer Ambulatorien-Behandlung nachhaltig beeinträchtigt wird.

Auch ein Stand wie der ärztliche, an dessen Berufsethos die Öffentlichkeit mit Recht besonders hohe Maßstäbe legt, benötigt eine ausreichende wirtschaftliche Basis. Wer wollte es also der Ärzteschaft verargen, wenn sie ihre Vorstellungen hierüber im Zusammenhang mit den Vorschlägen der Krankenhausgesellschaft deutlich und offen ausspricht, wie das zuletzt durch den Präsidenten des Deutschen Ärztetages auf dem Deutschen Ärztetag 1963 geschah. Gibt das aber dem Repräsentanten der Krankenhausgesellschaft das Recht, zu versuchen, die Ärzte insgesamt mit der Behauptung abzuqualifizieren, sie verfolgten bei ihrem Bemühen stets ausschließiich materielle Interessen und sie erwähnten ethische Gesichtspunkte und den Patienten nur, um Standesvorteile zu verbrämen?

Genau das aber behauptet der Düsseldorfer Oberstadtdirektor Hensel. Zugleich wird nach bewährtem Rezept versucht, einen Keil zwischen die Ärzteschaft und ihre Standesführung zu treiben. Daß seine, Dr. Hensels, und der von ihm so vertretenen Deutschen Krankenhausgesellschaft Motive dabei ausschließlich als ideell hingestellt werden, versteht sich am Rande. Unterstellen aber etwa nur Böswillige den Krankenhäusern bei ihren Vorschlägen die Absicht und den Versuch, ihre kostspieligen diagnostischen Anfangsuntersuchungen und physikalischen Nachbehandlungen außerhalb des Pflegesatzes für die stationäre Behandlung zusätzlich abrechnen zu können? Wollte man Gleiches mit Gleichem vergelten und sich die von Dr. Hensel gewählte Form der Auseinandersetzung zu eigen machen, könnte man mit hämischem Augenzwinkern feststellen, daß es sicher nur Zufall ist, wenn seinem Aufsatz in der Zeitschrift „Das Krankenhaus" unmittelbar ein Bericht folgt über die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser von Landrat a. D. Adam, dem Hauptgeschäftsführer der Krankenhausgesellschaft.

Soweit die beleidigenden Tiraden dieses Artikels überhaupt Substanz haben, versuchen sie glaubhaft zu machen, daß die geforderte Einschaltung der Krankenhäuser in die ambulante ärztliche Versorgung der Bevölkerung nur dem Wohle des Patienten dienen solle — wie könnte es auch anders sein! Unwichtig erscheint den Vätern dieses Vorschlages dabei, daß die Einschaltung des Krankenhauses in den Bereich der ambulanten ärztlichen Tätigkeit künftig entsprechend der Organisation des ärztlichen Dienstes in unseren Krankenhäusern nicht durch frei gewählte Einzelärzte, sondern den personellen und materiellen Apparat, das Krankenhaus als Institution also, erfolgen soll. Kassenpatienten glaubt man das ruhig zumuten zu können. Das im Interesse jeder Heilung unbedingt notwendige Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten ist für diese Vorstellungen anscheinend nur dummes Gerede, das materielle Interessen der Ärzteschaft verbrämen soll.

Oder soll etwa behauptet werden, daß es möglich wäre, im Rahmen eines Ambulatoriums — wie es das Krankenhaus nach den Wünschen der Deutschen Krankenhausgesellschaft ja werden soll — die Patienten stets von den gleichen, von ihnen frei gewählten Ärzten behandeln zu lassen? Trotz etwa der zwingenden Notwendigkeiten, die die Sicherstellung des ärztlichen Dienstes in unseren Krankenhäusern bei Tag und Nacht durch einen genau geregelten Dienstplan vorschreibt? Trotz etwa notwendig werdender Hausbesuche durch Krankenhausärzte? Oder wer soll die besonders bei der Nachbehandlung frühzeitig entlassener Krankenhauspatienten häufiger notwendigen Besuche machen? Etwa die Ärzte des Krankenhauses, die ohnehin überlastet sind und die den stationären Krankenhauspatienten wenigstens in ihrem derzeitigen Bereich ungeschmälert und ungestört durch Hausbesuchsverpflichtungen zur Verfügung stehen müssen? Oder etwa der freipraktizierende Arzt, der den Krankheitsverlauf des vom Krankenhaus entlassenen und in Krankenhausnachbehandlung stehenden Patienten noch gar nicht kennt, der dementsprechend nicht weiß, wie es mit diesem steht und damit die vom Krankenhaus eingeleiteten Maßnahmen im Notfall weder ausreichend überschauen noch selbst wirkungsvoll fortführen kann? Daß die Krankenhäuser auch ohne neue Aufgaben heute schon Personalnöte im ärztlichen wie pflegerischen Dienst haben, ist allgemein bekannt. Warum aber ignoriert man diese schwerwiegende Tatsache in diesem Zusammenhange, obwohl zusätzliche Aufgaben noch zusätzliche Personalnöte schaffen müssen? Wem soll man denn nun glauben: d e r Krankenhausgesellschaft, die den Antrag stellt, die Aufgaben des Krankenhauses durch ambulante Vor- und Nachbehandlung wesentlich zu erweitern, oder d e r, die seit Jahren zunehmend

darüber klagt, daß die Krankenhäuser personell unzureichend besetzt sind und schon ihre stationären Aufgaben nicht mehr ausreichend zuverlässig erfüllen können?

Zu den Vorwürfen, die Dr. Hensel gegen die ärztliche Standesorganisation weiter erhebt, gehört ihre Warnung vor dem Medizinstudium. Auch hier wird versucht, die Ärzteschaft unlauterer, standesegoistischer Motive zu bezichtigen. Wann wird die Deutsche Krankenhausgesellschaft und vor allem ihr Präsident zur Kenntnis nehmen, daß die Arztdichte in der Bundesrepublik eine der höchsten in der ganzen westlichen Welt ist? Die vor zwei Jahren erstellten wissenschaftlichen Gutachten, mit denen die Bundesärztekammer ihren Standpunkt in der Nachwuchsfrage vor aller Öffentlichkeit und für jedermann nachprüfbar untermauerte, blieben unwidersprochen und mußten das, weil sie sachlich zutreffend sind und mit ernsthaften Argumenten nicht widerlegt werden können. Die vorsichtigen Aussagen dieser Gutachten allerdings über die damals schon in vollem Umfange anlaufende weitere Zunahme der Arztzahl in der Bundesrepublik wurden inzwischen durch die tatsächliche Entwicklung noch übertroffen. Trotzdem behauptet Dr. Hensel erneut, 2500 fehlende Assistenzärzte bewiesen einen Ärztemangel in der Bundesrepublik. Will man mit dieser, auch durch ständige Wiederholung nicht richtiger werdenden Behauptung darüber hinwegtäuschen, daß es sich bei dem Mangel an Assistenzärzten ausschließlich um ein Strukturproblem des ärztlichen Dienstes unserer Krankenhäuser handelt, dessen Änderung immer wieder empfohlen wurde und zu dem die Bundesärztekammer, ohne bisher auf Echo zu stoßen, ihre Bereitschaft zu Hilfe und sachlicher Unterstützung immer wieder angeboten hat?

Ungehemmt wird hier offensichtlich wieder einmal auf die Vergeßlichkeit der Menschen spekuliert. Ist es doch noch kein Jahrzehnt her, daß die Krankenhäuser die Nicht- oder Unterbezahlung Tausender junger Assistenzärzte damit motivierten, sie, die Krankenhäuser, seien nicht dazu da, angeblich durch die Kriegswirtschaft zu viel ausgebildete Ärzte auch noch zu bezahlen, wenn sie ihnen schon in hochherziger Weise Betätigungsmöglichkeiten böten. Seither hat die Zahl der Ärzte nicht etwa abgenommen, im Gegenteil: sie ist doppelt so stark angestiegen wie die unserer Bevölkerung. Nach Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen zur kassenärztlichen Tätigkeit 1960 sind allerdings die Hemmnisse entfallen, die mehr als 1½ Jahrzehnte lang auch noch nach 1945 Tausende gut ausgebildeter jüngerer Ärzte hinderten, sich in eigener freier Praxis niederzulassen. Damals waren diese gezwungen, sich als billige Hilfskräfte den Krankenhäusern anzubieten. Was aber kümmert das anscheinend die Deutsche Krankenhausgesellschaft und ihren Präsidenten? Oder sollte man die Bildung einer Reservearmee billiger ärztlicher Arbeitskräfte aus einseitiger Arbeitgeberperspektive gar wünschen?

Ein Wort noch zu der bei uns gegenüber anderen Ländern überdurchschnittlich langen Krankenhausverweildauer. Weiß der Präsident der Deutschen Krankenhausgeselischaft wirklich nicht, was die Ursachen dieser langen Verweildauer sind? Sollte ihm als leitendem Verwaltungsbeamten einer großen Stadt unbekannt sein, daß dafür nicht in erster Linie medizinische, sondern zu einem erheblichen Teil soziologische Umstände verschiedenster Art verantwortlich sind, Umstände, die weder die Ärzte noch die Krankenhäuser zu vertreten haben? Ehrendoktor Hensel aber lastet unbekümmert den Ärzten an, was er gerade in diesem Bereich besser im eigenen Hause untersucht hätte. Seine Ausführungen lassen den Eindruck entstehen, als versuchten die freipraktizierenden Ärzte zum Wochenende hin alle ihre schwerer erkrankten Patienten in Krankenhäuser abzuschieben, um in ihrer Sonntagsruhe nicht gestört zu sein. Und wie sieht demgegenüber die allbekannte Wirklichkeit aus? Zahllose Telefonate muß in aller Regel der einweisende Arzt führen, um wenigstens für die dringlichsten Fälle gerade zum Wochenende hin ein Krankenbett zu ergattern. Dr. Hensel aber stellt es schlicht so dar, als sei das eine Folge der zum Wochenende verstärkten Krankenhauseinweisung der Ärzte. Vielleicht läßt er einmal feststellen, an welchen Tagen die Krankenhäuser ihre Patienten entlassen, dann wird ihm vielleicht klar werden, daß nicht vermehrte ärztliche Einweisungen über das Wochenende die Krankenhäuser verstopfen. Vielleicht ist Dr. Hensel dann aber auch so freundlich und unterrichtet die Öffentlichkeit darüber, warum anscheinend von Freitag mittag bis Montag früh kaum ein Patient gesund und aus unseren Krankenhäusern entlassen wird. Er wird sich dabei leicht ausrechnen können, wieviel Krankenhausbetten dadurch blockiert werden und um wieviel Tage die durchschnittlich fast dreiwöchige Krankenhausverweildauer der Patienten durch solche Entlassungspraktiken verlängert wird. Für Dr. Hensel aber ist die Sache klar. Er dreht den Spieß um und behauptet, „daß die meisten Krankenhauseinweisungen an Tagen erfolgen, die Sonn- und Feiertagen vorausgehen. Der Grund für diese auffallende Einweisungshäufigkeit an Wochenenden (sei) nicht schwer zu erraten und es (sei) gewiß, daß er nicht bei den Patienten zu suchen ist".

Der Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft spricht auch vom „edlen" Hausarzt und meint, daß es ihn nicht mehr gibt. Dr. Hensel spricht weiter von „Barrikadenkampfrufen der ärztlichen Berufsfunktionäre", von „bedenklichen Kampfmethoden", vom „Gruppenegoismus der Ärzteschaft". Man möge verzeihen, wenn der Chronistenpflicht entsprechend nur die Stichworte seiner Auslassungen hier registriert werden, auf die Auseinandersetzung mit ihnen aber mangels ausreichenden Niveaus verzichtet wird.

So also stellt sich der Präsident der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Ehrendoktor der Medizin Dr. jur. Hensel, die deutschen Ärzte vor. Was er hier der Öffentlichkeit, statt besserer Argumente, an beleidigendem Zerrbild zu suggerieren sucht, wird eben diese Öffentlichkeit aus besserer Kenntnis der Dinge selbst richtiger beurteilen können. Bedauerlich und enttäuschend aber muß es für alle an einer gedeihlichen Entwicklung unseres Gesundheitswesens Interessierten sein, wenn in dieser Form die Brücke zu sachlicher Auseinandersetzung zwischen Ärzteschaft und Krankenhausträgern durch den Repräsentanten ihrer Gesellschaft abgebrochen wurde. jost

Aus dem Standesleben

32. Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin

Vesalius-Medaille in Gold für Prof. Schretzenmayr

Im Stadttheater in Augsburg verlieh der Oberbürgermeister vor Beginn einer Festaufführung in Anerkennung der Verdienste um die ärztliche Fortbildung die Vesalius-Medaille. Zum ersten Male wurde dabei auch die Medaille in Gold verliehen. Sie wurde unter dem Beifall aller Anwesenden an Prof. Schretzenmayr, dem langjährigen und verdienstvollen Leiter der Augsburger Fortbildungstage, überreicht.

Die Medaille in Silber erhielten die Herren: Prof. Dr. K. Fellinger, Wien; Prof. Dr. P. Kielholz, Basel; Prof. Dr. J. Kühnau, Hamburg; Prof. Dr. A. Linke, Heidelberg; Prof. Dr. E. F. Pfeiffer, Frankfurt; Dr. J. Schmidt-Voigt, Eppstein/Taunus; Prof. Dr. H. P. Wolff, Homburg/Saar; Prof. Dr. E. Wollheim, Würzburg; Dr. Meyer-Uhl, Leverkusen; Priv.-Dozent Dr. Trummert, München.

Die Medaille in Bronze erhielten die Herren: Dr. A. Bänder, Frankfurt; Priv.-Dozent Dr. D. Buttenberg, Heidelberg; Dozent Dr. W. Marget, Tübingen; Priv.-Dozent Dr. H. Oehmig, Marburg/Lahn; Dr. Scholz, Frankfurt a. M.

Bericht über die Vorträge

„Der Entwicklung der modernen Arzneimitteltherapie aus der Sicht der Praxis" war die vom 27. bis 29. September 1963 in Augsburg stattgefundene Tagung unter der Leitung von Prof. Dr. A. Schretzenmayr, dem Präsidenten des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung, gewidmet. Ein Filmabend leitete die Veranstaltung ein, deren zahlreicher Besuch dem Fortbildungswillen der Ärzteschaft ein schönes Zeugnis ausstellte. Am ersten Abend gelangten folgende Filme zur Vorführung:

„Das Gesicht der Psychose und sein Wandel durch die Therapie" (Bayer)

„Ameisen im Dienst von Parasiten" (Hoechst)

„Konjugierte Oestrogene bei Blutungen" (Kali-Chemie)

„Radioaktive Isotope in der Arzneimittelforschung" (Schering)

„Moderne Nierendiagnostik" (Boehringer, Mannheim).

Prof. Dr. med. et phil. W. Wirth, Vorstand des Pharmakologischen Laboratoriums der Farbenfabriken Bayer in Wuppertal-Elberfeld, sprach über **Arzneimittel auf dem Prüfstand der Forschung.**

Seit der unglückseligen Contergan-Affäre geht durch Laienpresse, Rundfunk und Fernsehen das anscheinend unerschöpfliche Thema der Arzneimittelnebenwirkung. Hierbei erfolgen gewöhnlich mehr oder weniger offen Angriffe auf Ärzteschaft und Arzneimittelindustrie, im allgemeinen sehr wenig sachkundig. Aus den Veröffentlichungen in der Laienpresse konnte der Nichtfachmann den Eindruck gewinnen, als ob Ärzte und Arzneimittelfirmen bisher die Nebenwirkungen der Arzneimittel überhaupt nicht beachtet hätten. Demgegenüber ist darauf hinzuweisen, daß seit Jahrzehnten das Gebiet der Nebenwirkungen oder, besser gesagt, der Intoxikationsmöglichkeiten durch Arzneimittel aufmerksam verfolgt wird und zahlreiche Publikationen darüber vorliegen. In der Fachpresse findet das Thema „schädliche Nebenwirkungen" naturgemäß seit der Contergan-Katastrophe erhöhte Beachtung. Es ist verständlich, daß sich die bereits vorhandenen Fachgremien, z. B. die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, dieser Fragen besonders angenommen haben, weiterhin die Deutsche Pharmakologische Gesellschaft, eine neu gegründete Europäische Gesellschaft für Arzneimitteltoxikologie und das Bundesgesundheitsministerium selbst mit dem Bundesgesundheitsamt.

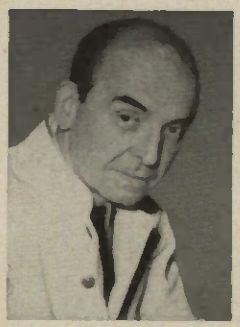
Zahlreiche Vorschläge, wie die schon seit Jahrzehnten bestehende sorgfältige pharmakologische Prüfung von Arzneimitteln vor ihrer Einführung weiterhin intensiviert werden kann, liegen vor. Eingehende Diskussionen zur Frage einer behördlichen Kontrolle und Freigabe neuer Arzneimittel wurden praktisch in allen Kulturländern entfacht. Wie schwierig die Situation geworden ist, zeigt sich in den USA, wo seit der Contergan-Affäre und der Zurückziehung des Triparanol-Präparates „Merrel 29" die Einführung neuer Arzneimittel weitgehend stagniert, ein Zustand, der, wie inzwischen allgemein erkannt wird, dem Fortschritt nicht gerade sehr förderlich ist. Zu den Diskussionen über die Einschaltung der Behörden in die Arzneimittelprüfung haben sich neuerdings auch Nobelpreisträger geäußert, z. B. Philip S. Hench, der letzthin darauf hinwies, daß unentbehrliche Arzneimittel, wie Insulin, Penizillin, Streptomycin und Cortison, deren Entdeckung mit je einem Nobelpreis ausgezeichnet worden ist, damals nicht hätten eingeführt werden können, wenn die derzeitigen Bestrebungen in der Arzneimittelgesetzgebung Gültigkeit gehabt hätten. Die Zahl wichtiger Stoffe ließe sich unter diesem Aspekt noch vermehren, z. B. durch das Strophanthin u. a. mehr. Wie immer, gilt es auch auf diesem Gebiet, nicht von einem Extrem ins andere zu fallen, sondern einen mittleren Weg in verantwortungsvoller Arbeit einzuschlagen. Der Nutzeffekt eines Arzneimittels muß in einem rechten Verhältnis zu dem Risiko stehen, das bei seiner Anwendung vorliegt. Prof. Wirth besprach sodann die Prüfung, der die Medikamente unterzogen werden.

Es ist für jeden Arzt eine bekannte Erscheinung, daß sich die Indikationen und Gegenindikationen für ein Arzneimittel vielfach erst im Verlauf jahrelanger praktischer Anwendung scharf herausschälen.

Auf die besondere Schwierigkeit der Erkennung sog. teratogener Wirkung im Tierversuch ist immer wieder hinzuweisen. Von großer praktischer Bedeutung ist natürlich auch die Frage einer evtl. kanzerogenen Wirkung. Eine besondere Schwierigkeit liegt darin, daß die Tierexperimente auf vielen Gebieten an gesunden Tieren durchgeführt werden müssen. Es ist natürlich völlig klar, daß z. B. ein Herzmittel, wie Strophanthin, am Tier mit gesundem Herzen anders wirkt als beim dekompensierten Herzen. Die gleichen Erfahrungen bestehen ja seit jeher in der praktischen Anwendung in der Klinik. Viele Schwierigkeiten der Übertragbarkeit von Tierversuchen auf den Menschen ergeben sich aus dieser Situation.

Es wird nun der Versuch unternommen, auf allen einschlägigen Gebieten die Voraussetzung für eine Erprobung von Arzneimitteln am experimentell kranken Tier zu schaffen.

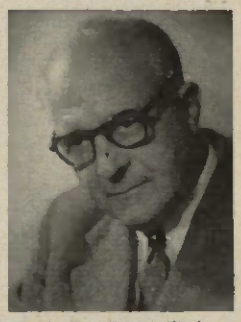
Prof. Dr. A. Schretzenmayr
Augsburg



Prof. Dr. J. Kühnau,
Hamburg

Dr. J. Schmidt-Voigt
Eppstein-Taunus

Prof. Dr. H. P. Wolff,
Homburg/Saar



Prof. Dr. E. Wollheim,
Würzburg

Ein wichtiges Problem auf dem Gebiet der Schmerzmittel, Hustenmittel, Spasmolytika, Schlafmittel, Tranquillizer und dgl. ist die Frage nach einer evtl. Suchtwirkung. Es ist verständlich, daß Mittel, die mehr oder weniger akut unangenehme Erscheinungen beseitigen, leicht zu Euphorie, evtl. zu Sucht führen können, Sucht im Sinne der heute allgemeingültigen Definition. Der Vortragende schloß seine Ausführungen mit dem Hinweis, daß zu Pessimismus keinerlei Anlaß besteht.

Der Direktor des Physiologisch-Chemischen Institutes der Universität Hamburg, Prof Dr. J. Kühnau, behandelte das Thema **„Vom biologischen Wirkstoff zum Pharmakon"**. In den letzten Jahren hat sich eine „biochemische Pharmakologie" entwickelt, welche die Gemeinsamkeit der Forschungsprizipien von Biochemie und Pharmakologie demonstriert.

In besonderem Maße wurde die Heilwirkung der Vitamine, der Spurenelemente, der Hormone, der Fermente, der Antibiotika gewürdigt. Die Anwendung biologischer Wirkstoffe und Hemmstoffe als wirksames Heilmittel in der Humanmedizin, wie sie heute in steigendem Maße üblich ist, muß als ein entscheidender Fortschritt gegenüber der klassischen medikamentösen Therapie betrachtet werden. Zum ersten Mal ist damit eine nichtoperative Methode des Heilens und Vorbeugens von Krankheiten geschaffen, die unmittelbar an den stofflichen Steuerungsmechanismen der Lebensvorgänge angreift und durch Zufuhr oder Auschaltung der entsprechenden Wirkstoffe das aus dem Gleichgewicht geratene Gefüge der somatischen Regulationen wieder zur Norm zurückführt. Die damit neugeschaffenen therapeutischen Möglichkeiten sind ein schöner Erfolg der Verständigung zwischen Biochemie und Pharmakologie und damit gleichzeitig ein Bewels für die praktische Bedeutung der Integrationsbestrebungen in der modernen Medizin.

„Die differenzierte Glykosidbehandlung — Fragen und Hinweise für die Praxis" war Gegenstand des Vortrages von Dr. Jörgen Sehmidt-Voigt, Chefarzt am Krankenhaus Eppstein-Taunus. Im Sinne einer differenzierten Glykosidtherapie sind für bestimmte Glykoside einige spezielle Indikationen zu berücksichtigen. Tachykarde Herzinsuffizienzen, schnelle Formen der absoluten Flimmerarrhythmie sowie paroxysmale Tachykardien mit regelmäßigem Rhythmus sprechen am besten auf Digitalis-purpurea-Präparate an. Digitoxin ist das souveräne Mittel.

Für die Behandlung bradykarder Formen der feuchten Herzinsuffizienz sowie für Leitungsstörungen 1. und 2. Grades vom Vorhof zu den Kammern eignet sich am besten ein Digitalis-lanata-Präparat.

Präparatkombinationen, die mehrere Glykoside verschiedener Art enthalten, sollten wegen der Unübersichtlichkeit in ihrem Wirkungsablauf vermieden werden. Die Verwendung theophyllinhaltiger Kombinationspräparate mit Glykosiden kann zu der Vortäuschung einer Glykosidüberempfindlichkeit dadurch führen, daß die bei der initialen Sättigungsdosis zwangsläufig hohe Theophillindosierung subjektive Beschwerden macht, die fälschlich dem Glykosid zur Last gelegt werden.

Sofern die Indikation zu einer Dauertherapie besteht, muß diese mit Herzglykosiden täglich, regelmäßig, lebenslänglich vorgenommen werden, um sinnvoll zu sein. Die Indikation zu einer Dauertherapie ist vor allem für jedes rekompensierte Herz nach Dekompensation gegeben, mit ebenso großem Nachdruck ist sie für jede drohende Herzinsuffizienz zu fordern.

Der häufigste Fehler in der Behandlung der Herzinsuffizienz ist die Unterdosierung.

„Man kann bei der Glykosidtherapie nur von therapeutischen Gesetzmäßigkeiten, nicht von Gesetzen sprechen. Es bleibt Spielraum für individuelles Vorgehen, aber doch im Rahmen der aufgezeigten pharmakologisch und empirisch gefundenen Dosen. Mit dem gefühlsmäßigen Abschätzen nach Eindrücken unter dem Verzicht auf exakte Beobachtung der Einzel- und Gesamtwirkung angewandte Digitalismengen muß endgültig gebrochen werden. Es gibt keine ‚Digitaliskur'. Es gibt nur eine pharmakologisch-klinische Digitalisbehandlung."

Prof. Dr. H. P. Wolff, Direktor der Medizinischen Univ.-Poliklinik, Homburg/Saar, sprach über **„Moderne Ödemtherapie"**.

„Alte und neue Antihypertonica" wurden in dem Vortrag von Prof. Dr. E. Wollheim, dem Direktor der Medizinischen Univ.-Klinik Würzburg, behandelt, wobei er im einzelnen auf die verschiedenen Fälle von Hochdruck und den dabei anzuwendenden Medikamenten zu sprechen kam. (Es muß hier auf die ausführliche Veröffentlichung des Vortrages in den Monatskursen für ärztliche Fortbildung hingewiesen werden.)

Trotz aller Skepsis und der Beobachtung unliebsamer Nebenwirkungen, die der Anwendung mancher Stoffe eine Grenze setzen, muß man abschließend konstatieren, daß die Einführung der sog. neuen Antihypertonica eine echte Bereicherung unserer Tberapie darstellt. Wirklich befriedigt sein werden wir erst,

wenn es gelingt, die Ätiologie des essentiellen Hochdrucks aufzuklären und damit eine kausale Therapie auch dieses sehr häufigen Krankheitsbildes des Menschen zu treiben. Schon jetzt können wir durch eine frühzeitig einsetzende Senkung des Blutdruckes zweifellos den Übergang aus dem Stadium der Manifestation in das der Folgen und Komplikationen entscheidend verzögern und damit ebenso wie beim malignen Hochdruck das Leben dieser Kranken verlängern.

Priv.-Dozent Dr. H. Oehmig, von der Chirurg. Univ.- und Poliklinik Marburg/Lahn, befaßte sich mit den **„Modernen Anaesthetika"**. Betrachtet man die Lokalanästhesie, so kann man den langen Weg vom Cocain über Pantocain bis zum Procain verfolgen, eine Verbindung, die wegen ihrer günstigen Eigenschaften unter der Bezeichnung Novocain und weiteren unzähligen anderen Firmenbezeichnungen seit langem auf dem Markt ist. Aus Skandinavien kamen das Seandicain und das Xylocain, Substanzen, die neben hoher Stabilität schon von sich aus gefäßverengernde Eigenschaften mitbringen, wodurch sich oft ein Zusatz von Adrenalin oder Noradrenalin erübrigt.

Die Fortentwicklung auf dem Gebiet der Lokalanästhesie ermöglicht heute praktisch jeden denkbaren Eingriff in dieser Betäubungsart. Ob dies immer sinnvoll ist, hängt vom Temperament des Operateurs und von der Psyche des Patienten ab.

Während der letzten 12—15 Jahre hat sich auch bei uns auf dem Gebiet der Allgemeinbetäubung vieles getan. Schon während der vierziger Jahre wurden besonders in den angelsächsischen Ländern die Methoden der Allgemeinbetäubung wesentlich ausgebaut und verfeinert. Bei uns begann die Weiterentwicklung moderner Betäubungsmethoden gegen 1948. Man erkannte, daß die Anwendung eines Mononarkotikums, eines Mittels, das allein und ohne andere Hilfssubstanzen in der Lage ist, den Schlaf, die Analgesie und die Muskelentspannung zu induzieren, nicht immer der Forderung nach Sicherheit für den Patienten entspricht. Daher entwickelte man Verfahren, die für jede dieser drei Komponenten je eine Substanzgruppe einsetzt:

zur Erzeugung eines Schlafes Schlafmittel,
zur Aufrechterhaltung der Analgesie Analgetika
und schließlich
zur gesteuerten Muskelerschlaffung die Muskelrelaxantien.

Da letztere Mittel die gesamte quergestreifte Muskulatur lähmen und damit auch die Spontanatmung, trat mit Einführung der muskelerschlaffenden Mittel auch der große Problemekreis der künstlichen Atmung, der Beatmung auf. Der Kunstkniff mit der endotrachealen Intubation und anschließenden Beatmung über ein Narkosegerät ließ auch diese Schwierigkeit umgehen und beherrschen.

Weitere Erkenntnisse kamen hinzu: vor allem die Notwendigkeit der Dämpfung des Vagus vor Narkosen mit Atropin.

Werden alle diese verschiedenen Faktoren und die durch sie bedingten Grundregeln beachtet, resultiert daraus eine Narkoseform, die für den Patienten schonend ist, bei gleichzeitig optimalen Verhältnissen für den Operateur.

Wie überall, führen auch hier viele Wege zum Ziel. Bis etwa 1956 hatten sich auch bei uns verschiedene Standardmethoden herauskristallisiert. Die nach den oben beschriebenen Prinzipien ausgeführte „Kombinationsnarkose" herrscht vor. Bei der Auswahl der einzelnen Mittel bedient man sich mehr und mehr kurz-, aber starkwirkender Substanzen. Trotz i. v. Applikation besteht dann die Möglichkeit „relativer Steuerbarkeit". So kann eine laufende Narkose in jedem gewünschten Augenblick unterbrochen werden.

Dieser kurze Hinweis zeigt die ganze Problematik bei der Einführung neuer Anästhetika und Narkotika. Fortlaufend werden neue Substanzen gefunden oder synthetisiert und fortlaufend auch verworfen. Gelegentlich gelingt es aber doch, einen neuen Körper zu finden, der, ohne allzu viele Nebenwirkungen zu zeigen, über so günstige Eigenschaften verfügt, daß seine Einführung in die moderne Therapie gerechtfertigt erscheint. Manchmal gelingt es auch, durch kritische Überlegungen und exakte Untersuchungen verschiedene Substanzen so miteinander zu kombinieren, daß im Zusammenwirken deren günstige Eigenschaften die unerwünschten bei weitem überwiegen.

Die substitutive und pharmakodynamische Hormontherapie" besprach Priv.-Doz. Dr. K. Sehwarz von der II. Medizinischen Univ.-Klinik München.

„Hormonbehandlung in der Gynäkologie" wurde von Priv.-Dozent Dr. D. Buttenberg von der Univ.-Frauenklinik Heidelberg behandelt. An Hand zahlreicher Kurven und Tabellen zeigte der Vortragende den normalen Verlauf und die mögliche hormonale Steuerung auf. (Der Vortrag mit seinen eindrucksvollen Bildern muß in den „Monatskursen für ärztliche Fortbildung" nachgelesen werden.)

„Eine Menstruationsverschiebung ist möglich, indem durch Östrogen die Proliferationsphase, durch Östrogen und Gestagen oder Choriogonadotropin die Sekretionsphase verlängert wird. Durch Gabe von Östrogen und Gestagen in der Follikelphase kommt es zu einer Ruhigstellung des Ovars und Verhinderung der Ovulation, wodurch Konzeptionsunmöglichkeit besteht."

Als Indikationen für Äthinylnortestosteronazetat (4 mg) und Äthinylöstradiol (50 γ) werden angegeben:
1. Verhinderung der Ovulation: Organische Erkrankung, Funktionelle Erkrankung (Pelipathie), Geburtenregelung.
2. Einwirkung am Endometrium oder an anderem Gewebe, Endometriose, Zyklusstörung, Mastopathie, Dysmenorrhoe, Prämenstruelle Spannung, Myom.

Buttenberg führte an: „Die Wirkung der Gabe von Östrogen und Gestagen ist mehrfach. Einmal kommt es zu einer Bremsung der Ausschüttung von Hormonen des HVL, andererseits wird eine Ovulation verhindert. Am Endometrium wird durch die verlängerte Einwirkung von Gestagen eine Reduktion der Drüsen und eine Schrumpfung der Schleimhaut beobachtet. Der Zervixschleim ist derartig verändert, wie er in der Sekretionsphase gefunden wird. Spermien können ihn nicht durchdringen. Demnach besteht eine mehrfache Konzeptionsunmöglichkeit. Dies ergibt auch die eine Seite der Indikation zur Applikation derartiger Hormonkombination. Bei organischen Erkrankungen ist es manchmal erwünscht, daß keine Konzeption erfolgt, da eine Schwangerschaft eine ernste Gefahr für das Leben oder die Gesundheit der Mutter darstellen würde und eine Schwangerschaftsunterbrechung angezeigt wäre. Auch funktionelle Erkrankungen, die

Priv.-Doz. Dr. H. Oehmig, Marburg/Lahn

Priv.-Doz. Dr. K. Schwarz, München

Priv.-Doz. Dr. D. Buttenberg, Heidelberg

Prof. Dr. P. Kielholz, Basel

aus Furcht vor der Schwangerschaft gar nicht so selten sind, können erfolgreich behandelt werden. Eine absolute Geburtenregelung scheint durch die enorme Zunahme der Erdbevölkerung in der heutigen Zeit unumgänglich zu werden. (Anm. des Ref.: Man vermißte hier eine Bemerkung über die andersgearteten Bevölkerungsverhältnisse in der Bundesrepublik.) Aber auch die Veränderungen in anderen Geweben, die unter einer Östrogen-Gestagen-Medikation entstehen, geben feste Indikationen. Bei der Endometriose sind es vor allem die Herde, die operativ schwer anzugehen sind, aber hochgradige Beschwerden verursachen. Die günstige Einwirkung, die eine Gravidität auf einen Endometrioseherd haben kann, wird hier nachgeahmt. Zyklusstörungen sind zu regulieren. Die Spannungszustände und die Proliferation, die bei der Mastopathie, der Dysmenorrhoe und der prämenstruellen Spannung eine Rolle spielen, werden durch das Östrogen-Gestagen-Gemisch abgemildert, da eine Bremsung des HVL vorhanden ist. Auch die Wachstumstendenz des Myoms kann durch die Bremsung herabgesetzt werden.

Der Direktor der Psychiatrischen Univ.-Klinik Basel, Prof. Dr. P. Kielholz, gab eine anschauliche Übersicht über die **„Pharmakologische Therapie der Depressionen in der Praxis"**. Infolge neuer Möglichkeiten antidepressiver Behandlung suchen immer mehr depressive Kranke Psychiater und Allgemeinpraktiker auf und erwarten von diesen eine wirksame Therapie. Ambulante oder klinische Behandlung ist die erste Frage, die bei jedem depressiven Zustandsbild entschieden werden muß. Die Beantwortung hängt nicht von der Genese der Depression, sondern von der Suizidgefahr ab. Die Abschätzung der Suizidalität gehört zu den schwierigsten Aufgaben. Trotzdem muß die Intensität der destruktiven Tendenzen so schnell wie möglich geklärt werden. Todeswünsche kommen bei jedem depressiven Zustandsbild vor und sollten offen und möglichst natürlich mit dem Kranken besprochen werden. Schon die Aussprache und das Wissen darum, daß Selbstvernichtungsimpulse fast bei jeder Depression in Erscheinung treten, führen bei den Kranken zu einer gewissen Entspannung.

Prof. Kielholz schloß mit folgender Zusammenfassung:

1. Bevor eine ambulante Behandlung des Depressionszustandes eingeleitet wird, muß die Suizidgefahr geklärt werden. Besonders ängstliches Gepräge, hartnäckige Schlafstörungen, zunehmendes Alter, Vereinsamung sowie starke Hypochondrie sowie Schuld- und Insuffizienzgefühle sind Faktoren, die eine klinische Behandlung notwendig machen.

2. Voraussetzung für eine erfolgversprechende Behandlung ist, wie überall in der Medizin, auch bei den depressiven Zustandsbildern eine möglichst exakte Diagnosestellung. Die Diagnose muß im Sinne einer Doppelregistrierung sowohl die nosologischen als auch die phänomenologischen Aspekte erfassen.

3. Da die verschiedenen Antidepressiva anfänglich unterschiedlich stark auf die einzelnen Symptome des depressiven Syndroms einwirken, muß sich die Indikationsstellung nach den vorhandenen phänomenologischen Aspekten, nach den sogenannten Zielsymptomen richten. Bei alten Patienten muß wegen der Nebeneffekte einschleichend, abtastend und besonders vorsichtig dosiert werden.

4. Die Kranken müssen vor der Behandlung auf die möglichen unangenehmen Nebeneffekte und den öfters erst späten Wirkungseintritt der Antidepressiva aufmerksam gemacht werden, damit sie nicht die Medikation aus Ungeduld oder wegen der Nebenerscheinungen einfach von sich aus absetzen. Die Dosierung soll einschleichend und primär niedrig gehalten werden; sie ist dem Verlauf anzupassen.

5. Die nosologische Diagnostik ist notwendig, um einen klaren, zielgerichteten Bebandlungsplan aufzustellen. Psychogene Depressionen sind vorwiegend psychotherapeutisch zu behandeln. Bei schizophrenen Depressionen sind Neuroleptika indiziert, Antidepressiva nur als Adjuvantien bei deutlich depressivem Gepräge.

6. Während ambulanter Bebandlung von depressiven Zustandsbildern ist der Suizidgefahr stets besondere Beachtung zu schenken. Nimmt sie im Verlauf der Therapie zu, ist eine Kombination mit sedierenden, anxiolytischen Neuroleptika oder Tranquilizern indiziert.

„Weg und Ziel der antirheumatischen Therapie" besprach Prof. Dr. K. Fellinger, Vorstand der II. Medizinischen Univ.-Klinik in Wien. Eine Diskussion über die Entwicklung der Rheumatologie ist aus zwei Gründen schwierig: einerseits wegen der Komplexheit des Begriffes „Rheuma" an sich, andererseits deswegen, weil das Gebiet heute noch durchaus im Fluß und in keiner Weise geklärt ist. Der Vortragende hob folgende Gesichtspunkte hervor:

1. Fokaltheorien passen nicht klar in unser heutiges Konzept. Man ist eher geneigt, ihnen eine zusätzliche Rolle (im Sinne des Freudschen Adjuvans?) zuzubilligen, aber keine ursächliche. Solange wir aber nicht klarer sehen, müssen wir fokal behandeln.

2. Kortikoide, Pyrazolone usw. wirken im wesentlichen symptomatisch, d. h. die Erscheinungsform der Entzündung (mit Schmerz, Schwellung usw.) bekämpfend, die Kortikoide daneben ganz allgemein auch gegen die Schwielen- und Kontrakturentwicklung, da sie ja ganz allgemein die Sekundärphänomene der chro-

Prof. Dr. K. Fellinger, Wien

Priv.-Doz. Dr. W. Marget, Tübingen

Dr. A. Bänder, Frankfurt-Höchst

Prof. Dr. E. F. Pfeiffer, Frankfurt (Main)

Prof. Dr. A. Linke, Heidelberg

nischen Entzündung (Neigung zu Schwielenbildung und Schrumpfung) zu mindern vermögen.

3. Bei den Kortikoiden ist noch die Frage offen, ob sie — sehr frühzeitig eingesetzt — nicht doch den Überreaktionsmechanismus selbst zu blockieren vermögen und daher vielleicht echte Heilungen erzielen können.

Vortr. vertritt seit Jahren den Standpunkt, daß es falsch ist, die Kortikoide vorzugsweise den schweren Fällen zu reservieren: im Gegenteil, am allerfrühesten Beginn hat man eine gewisse Chance, hier vielleicht noch eine echte Heilung zu bewirken. Natürlich gehört hier fachliche Erfahrung dazu, um einerseits einen Frühfall als echten Frühfall zu erkennen und andererseits die Therapie bezüglich ihrer Nebenwirkungen zu überwachen.

4. Zum Thema Nebenwirkungen: Wie allen ja bekannt, entwickelt die Pharmazie ständig neue Cortisonabkömmlinge. Damit ist es zweifellos gelungen, die früher oft so drastische Natrium-Wasser-Retention praktisch zum Verschwinden zu bringen. — Die Hauptgefahr der Kortikoide ist heute wohl in den immer wieder, auch bei völlig Magengesunden auftretenden Magenblutungen zu sehen. Diese Nebenwirkung teilen übrigens die Kortikoide mit den wirksamen Pyrazolonen. Auch die neuesten Kortikoide haben, dieses Risiko betreffend, noch keine wesentliche Besserung gebracht, so sehr ihre allgemeine Verträglichkeit auch besser sein mag. Hier sind noch Entwicklungsaufgaben eigener Art gegeben.

5. Man versuche immer, Präparate zu wechseln: man kommt in den meisten Fällen sehr gut durch, wenn man einige Tage Kortikoide, dann nach Pausen (die dem Einzelfall angemessen sein dürfen) kurze Pyrazolonstöße setzt usw.

6. Wo die Möglichkeit besteht, soll man systematisch ACTH-Therapie in den Mittelpunkt des Heilplanes cortisonbedürftiger Fälle stellen.

7. Die Goldtherapie ist zweifellos in manchen (bes. chronischen, sehr oft rezidivierenden) Fällen wirksam. Ihr Wirkungsmechanismus ist noch recht unklar: man könnte Blocklerung des RES durch das Gold erwägen; zweifellos wirkt aber Gold auch vielfach antigen und kann dann zu schweren allergischen Reaktionen führen, daher Gold nur unter ständiger ärztlicher Kontrolle (Allergieerscheinungen, Leukozyten usw.) injizieren.

8. Der Kombination der Allgemeintherapie mit örtlicher Injektionstherapie und mit Physikotherapie kann nicht genug Bedeutung zugemessen werden. Leider beschränkt sich der Praktiker (aus durchaus begreiflichen Gründen) meist zu sehr auf die medikamentöse Therapie und versäumt dadurch oft wesentliche Chancen: z. B. bei der Kniegelenkslokalisation, wo sich, schmerzbedingt, eine leichte Beugefixation anbahnt, rechtzeitig für Streckung des Kniegelenkes zu sorgen. Erfolg: Fixierung und rasche Progredienz der Beugekontraktur mit entsprechenden Folgen für das Gehvermögen, später oft kaum mehr behebbar.

Prof. Fellinger verwies darauf, daß wir momentan in der Rheumatherapie auf einem toten Punkt stehen. Zweifellos gibt es kleine Fortschritte: die Myotonolytika, die Medikation mit Chloroquine usw. stellen gewisse zusätzliche Hilfen dar. Die Therapie liegt nach wie vor in der Kombination der Mittel, wobei die Erfahrung des Arztes, die durch Zeit und sonstige Verhältnisse gegebene Begrenzung der Möglichkeiten, endlich die Bereitschaft des Patienten zur Mitarbeit die entscheidende Rolle spielen, viel mehr als jedes neue Pyrazolon- oder Cortisonderivat. Eine wirklich wesentliche neue Therapie können wir erst dann erwarten, wenn es gelingt, in den Mechanismus der Antikörperbildung (nach ausreichender Klärung der Situation) einzugreifen. Ansätze dazu sind im experimentellen Bereich zu sehen.

Über **„Fortschritte der praktischen Antibiotikatherapie"** berichtete Dozent Dr. W. Marget von der Univ.-Kinderklinik in Tübingen. Er bemerkte, daß ein Überblick zwangsläufig einer gewissen subjektiven Bewertung unterworfen ist. „Dies rührt einesteils daher, daß eine Vielzahl der im Handel befindlichen Präparate mit nur ganz gering unterschiedlichen Eigenschaften im Grunde genommen gleichsinnig wirken und daß andererseits mein Standpunkt als Kliniker sich von dem eines praktischen Arztes unterscheidet. Was mir wichtig erscheint, kann für die Praxis unter Umständen nur eine sekundäre Bedeutung haben. Ich denke hierbei zum Beispiel an das therapeutische Risiko, die Breite des Spektrums und die Art und Häufigkeit der Nebenwirkungen. Dies alles berührt natürlich nicht die Beurteilung des absoluten therapeutischen Wertes eines Präparates, der Allgemeingültigkeit haben muß."

Die neuen therapeutischen Möglichkeiten, die für die Penicillinbehandlung erschlossen wurden, ergeben insgesamt gesehen einen wesentlichen therapeutischen Fortschritt. Man ist in der Lage, erheblich mehr Krankheiten mit einem bakterizid wirksamen Antibiotikum zu behandeln, und zusätzlich ist es nun möglich, zahlreiche Krankheiten, die z. T. eine langfristige Medikation erfordern, mit einem weitgehend ungiftigen Präparat zu beherrschen. Niemand wird das wohl mehr schätzen können als die Kinderärzte, die bei Neu-

geborenen in dieser Hinsicht oft vor therapeutisch kaum lösbaren Aufgaben stehen.

Dr. A. Bänder (Pharmakologisches Laboratorium der Farbwerke Hoechst) behandelte **„Die histologischen Grundlagen einer antidiabetischen Therapie".**

„Die orale Diabetestherapie unter dem Aspekt ihres Wirkungsmechanismus" besprach Prof. Dr. E. F. Pfeifer von der I. Medizinischen Univ.-Klinik Frankfurt a. M. Dabei würdigte er eingehend die Therapie mit Sulfonylharnstoffen und den Insulinstoffwechsel beim Altersdiabetes. Zusammenfassend stellte er fest:

Die Störung der Dynamik der Insulinsekretion und -produktion beim Altersdiabetiker ist charakterisiert einerseits durch die Unfähigkeit, die Gesamtinsulinaktivitäten im Blut entsprechend den Bedürfnissen des Stoffwechsels zeitgerecht zu erhöhen, andererseits biologisch aktives Insulin aus seiner Eiweißbindung in Freiheit zu setzen. Bei konstanter Anforderung erschöpft sich darüber hinaus die Kapazität zur Mehrproduktion.

Blutzuckersenkende Sulfonylharnstoffe erhöhen die Gesamtmenge des aus der Bauchspeicheldrüse vom Altersdiabetiker ausgeschütteten Insulins, bewirken aber, trotz Blutzuckersenkung nicht, daß in seinem peripheren Sekretionsspektrum die „freie" Form überwiegt.

Die Ursachen des Defektes von Produktion, Sekretion und Transport des endogenen Insulins beim Altersdiabetes sind unbekannt.

Prof. Dr. A. Linke von der Medizinischen Univ.-Klinik Heidelberg sprach über den **„Stand und Ausblick der Chemotherapie maligner Tumoren".**

In einem Round-table-Gespräch unter der Leitung von Prof. Schretzenmayr wurden **„Licht und Schatten der Arzneimitteltherapie"** erörtert.

Auch diesmal wurden die Vorträge in wirkungsvoller Weise durch klinische Visiten und Demonstrationen in den Krankenhäusern ergänzt.

Die hier kurz referierten Vorträge erscheinen ausführlich in der Zeitschrift „Monatskurse für die ärztliche Fortbildung". — oe —

Italienische Auszeichnung für Dr. Ernst Fromm

In einer Feierstunde in der Residenz des italienischen Botschafters in Bad Godesberg hat der Präsident der Föderation der italienischen Ärztekammern, Prof. Chiarolanza, dem Präsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Dr. med. Ernst Fromm, am 11. November eine goldene Medaille überreicht. Die italienische Ärzteschaft wolle damit, so erklärte Prof. Chiarolanza, die Verdienste Dr. Fromms um die enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit würdigen, die zwischen der italienischen und der deutschen Ärzteschaft besteht. Er wies darauf hin, daß zwischen Deutschland und Italien bereits seit langem Regelungen bestehen, die auf dem Gebiet der Medizin und der ärztlichen Berufsausübung für die im Rahmen der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft angestrebten Bemühungen Vorbild sind. Prof. Chiarolanza ist seit zwei Jahren Träger des Goldenen Ehrenzeichens der deutschen Ärzteschaft.

Vorsorgeuntersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz

Der Vorstand der Bundesärztekammer weist aufgrund einer Anregung der „Deutschen Akademie der Praktischen Ärzte" auf folgendes hin:

Zum Schutze des Jugendlichen vor den ständig wachsenden Gefahren, die mit den verschiedenartigen Belastungen des heutigen Berufslebens verbunden sein können, sind im Jugendarbeitsschutzgesetz Vorsorgeuntersuchungen für die Jugendlichen vorgeschrieben worden. Nach § 45 des Jugendarbeitsschutzgesetzes darf ein Jugendlicher nur beschäftigt werden, wenn er innerhalb der letzten zwölf Monate aufgrund dieses Gesetzes ärztlich untersucht worden ist. Außerdem muß der Jugendliche vor Ablauf des ersten Beschäftigungsjahres nachuntersucht werden, um die Auswirkungen der Berufstätigkeit auf den Gesundheitszustand zu überwachen.

Ziel dieser Untersuchungen ist es, die Jugendlichen von Tätigkeiten fernzuhalten, denen sie aufgrund ihres Gesundheits- und Entwicklungszustandes noch nicht gewachsen sind. Die Erfahrungen bei der Beschäftigung Jugendlicher haben gezeigt, daß erwerbstätige Jugendliche besonders schutzbedürftig sind, weil sie sich trotz ihrer noch nicht vollen körperlichen Leistungsfähigkeit häufig selbst überfordern oder überfordert werden.

Um den Erfolg der Vorsorgeuntersuchungen zu sichern, sind Eltern und Arbeitgeber nach dem Willen des Gesetzgebers schriftlich darüber zu informieren, welche Arten von Tätigkeiten der Arzt bei dem einzelnen Jugendlichen für gesundheitsschädigend hält. Ohne Vorlage einer solchen Bescheinigung darf mit der Beschäftigung des Jugendlichen nicht begonnen werden. Außerdem muß sich der Arbeitgeber vor Ablauf des ersten Beschäftigungsjahres eine Bescheinigung eines Arztes darüber vorlegen lassen, daß der Jugendliche nachuntersucht worden ist.

Die Bundesärztekammer bedauert, daß diese — für die Jugendlichen kostenlosen und nur zu ihrem Schutz gedachten — Untersuchungen trotz vieler Veröffentlichungen in der Tages- und Fachpresse, trotz Plakataushängen und trotz der Aufklärung in den Schulen noch nicht überall durchgeführt werden.

Obwohl das Gesetz schon seit mehr als zwei Jahren in Kraft ist, werden immer noch Jugendliche auch ohne diese gesetzlich vorgeschriebenen Untersuchungen beschäftigt. Der Vorstand der Bundesärztekammer fordert daher noch einmal alle Beteiligten — Jugendliche, ihre Erziehungsberechtigten und Arbeitgeber — auf, diese gesundheitspolitisch bedeutsamen Vorschriften zu beachten. Sie weist dabei auch die Arbeitgeber und Erziehungsberechtigten auf die Verantwortung hin, die sie gegenüber den Jugendlichen tragen.

Zur Klarstellung macht die Bundesärztekammer darauf aufmerksam, daß die Vorsorgeuntersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz nicht durch die in vielen Betrieben üblichen Eignungs- und Tauglichkeitsuntersuchungen ersetzt werden. Durch solche Untersuchungen sollen die vom betrieblichen Standpunkt aus wesentlichen gesundheitlichen Voraussetzungen für eine bestimmte Betriebstätigkeit festgestellt werden; die Vorsorgeuntersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz dienen dagegen dem Zweck, unter Berücksichtigung des Gesundheits- und Entwicklungszustandes des Jugendlichen zunächst ein allgemeines Urteil über

die für ihn möglicherweise gesundheitsschädlichen Tätigkeiten zu treffen.

Die erstmalige Untersuchung braucht nicht erst nach der Schulentlassung, sondern kann schon in einem Zeitraum von zwölf Monaten vor Eintritt in das Berufsleben durchgeführt werden. Damit steht in jedem Falle noch eine ausreichende Zeit zur Verfügung, das Ergebnis der Untersuchung bei der Wahl des zukünftigen Berufes zu berücksichtigen. Die Bundesärztekammer empfiehlt, von dieser Möglichkeit einer frühzeitigen Erstuntersuchung Gebrauch zu machen. Dadurch werden auch längere Wartezeiten beim Arzt vermieden; in der Zeit um die Schulentlassung häufen sich die Untersuchungen bei den Ärzten erfahrungsgemäß.

Zur Durchführung der Vorsorgeuntersuchungen sind alle deutschen Ärzte berechtigt. Jugendliche und Erziehungsberechtigte können also den Arzt, der die Untersuchung durchführen soll, frei wählen. Vielfach wird dies der Hausarzt sein, weil er die gesundheitlichen Verhältnisse in der Familie am besten kennt. Selbstverständlich dürfen die Untersuchungen auch von allen anderen dazu berechtigten Ärzten vorgenommen werden.

Zum Antrag auf Erhöhung der Mindestsätze der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte

Zu dem Antrag der Bundesverbände der Krankenkassen, der Berufsgenossenschaften und der kommunalen Spitzenverbände an das Bundesministerium für Gesundheitswesen, anstelle der von der Bundesärztekammer bereits vor 15 Monaten beantragten Erhöhung der Mindestsätze der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte („Preugo") um 35 Prozent lediglich einzelne Positionen zu erhöhen, andere aber herabzusetzen, teilt die Pressestelle der Deutschen Ärzteschaft zur Klarstellung folgendes mit:

1. Paragraph 13 der „Preugo" lautet: „Von Zeit zu Zeit wird durch einen Ausschuß geprüft, ob die Gebührensätze dem jeweiligen Teuerungsstand entsprechen." Dieser Ausschuß, der in den letzten Monaten mehrfach getagt hat, ist also lediglich befugt, die Anpassung der Gebührenordnung an den Teuerungsstand zu beraten und hierfür Vorschläge zu machen. Die Anpassung der „Preugo" erfolgt durch Preisrechts-Verordnung auf Vorschlag des Bundesministers für Gesundheitswesen durch den Bundesminister für Wirtschaft.

2. Ein Antrag auf Veränderung einzelner Positionen in der derzeitigen Gebührenordnung läuft auf die Abschaffung der „Preugo" hinaus, an deren Stelle eine neue Gebührenordnung treten muß. Hierfür ist nach der Bundesärzteordnung das Bundesministerium für Gesundheitswesen zuständig. Die Bundesärztekammer arbeitet bekanntlich seit einiger Zeit an einem Entwurf für eine solche neue Gebührenordnung. Solange diese nicht besteht, kann die „Preugo" nach den in ihr enthaltenen Bestimmungen nur dem jeweiligen Preisstand angepaßt werden.

3. Die Behauptung der Krankenkassen, daß eine allgemeine Erhöhung der „Preugo"-Mindestsätze von ihnen nicht getragen werden kann, ist unrichtig. Bei den seit 1924 bisher vorgenommenen zwei Anpassungen — die letzte erfolgte im Jahre 1957 — blieben die zum Zeitpunkt der Erhöhung bestehenden vertraglichen Regelungen, z. B. die Vergütungsverträge zwischen den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen, ausdrücklich unberührt; ihre Abänderung bedurfte jeweils besonderer vertraglicher Vereinbarungen zwischen den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen. ÄPI

Aus der Hauptversammlung des Hartmannbundes 1963

Von Dr. Jungmann, MdB, neuer Vorsitzender

Der Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund e. V.), wählte auf der diesjährigen Hauptversammlung am 28. November 1963 folgenden neuen Vorstand:

1. Vorsitzender: Dr. med. Gerhard Jungmann (MdB), Markoldendorf/Bonn.
1. Stellvertretender Vorsitzender: Dr. med. Kurt Joussen, Bottrop.
2. Stellvertretender Vorsitzender: Dr. Dr. med. Wolfram v. Gugel, Dürnhausen, Obb.

Beisitzer: Dr. med. F. B. Rüder, Hamburg
Dr. med. Wilhelm Berghoff, Gelsenkirchen.

Dr. Jungmann betonte in einer kurzen Grundsatzerklärung, daß die in der Rede von Dr. Häußler dargestellten Grundgedanken und Grundsätze die unveränderte Basis der berufspolitischen Arbeit des Hartmannbundes sind. Es ist also kein Wechsel in der Zielsetzung des Hartmannbundes eingetreten. Für die praktische Arbeit gibt es neue und gewandelte Aufgaben anzupacken, die viel Mühe und Beharrlichkeit erfordern. Das Verhältnis zu den öffentlich-rechtlichen Körperschaften soll keinesfalls mit unnötigem Streit belastet werden, aber der Hartmannbund wird ihnen auch in Zukunft beobachtend und — wenn nötig — kritisch gegenüberstehen. Im Verhältnis zu anderen ärztlichen Verbänden wird, wie Jungmann betonte, der Konzentrationsprozeß unterstützt, ohne daß der Verband sich selbst verlieren wird. Der Hartmannbund wird stets bereit sein, Wege und Möglichkeiten der Zusammenarbeit und des Gemeinsamen zu suchen. Man darf aber keinesfalls eine Decke über trotzdem mögliche Gegensätze breiten, sondern diese ausräumen oder sie klar erkennen.

Der praktische Arzt in Stadt und Land

Der Arbeitskreis „Praktische Ärzte" und die Arbeitsgemeinschaft der Landärzte im Hartmannbund setzten sich am 26. November 1963 in Baden-Baden unmißverständlich für die notwendige Respektierung des Allgemeinpraktikers in Stadt und Land ein. Die Behauptung, daß der Kranke bei einem Facharzt von vornherein besser aufgehoben sei als bei einem Allgemeinpraktiker, bedeutet eine völlig ungerechtfertigte Abwertung des praktischen Arztes. Nach wie vor ist es für den Kranken entscheidend wichtig, daß — gemäß einer Definition der Weltgesundheitsorganisation

- der Patient direkten und uneingeschränkten Zugang zum Arzt hat;
- der Allgemeinpraktiker eine fortgesetzte, zusammenhängende Behandlung gewährt.

Der Allgemeinpraktiker ist dem Fachspezialisten weder unterlegen noch überlegen. Sein Arbeitsgebiet ist einfach ein anderes Feld ärztlicher Betätigung; denn er hat meist den besseren Überblick über die soziologischen und sozialen Wurzeln der Beschwerden seiner Patienten.

Vordringliche Aufgabe der Arbeitskreise ist die Bemühung um eine besondere Weiterbildung für den praktischen Arzt im Anschluß an die Approbation. Dabei handelt es sich um ein eigenes wissenschaftliches Gebiet und nicht etwa um eine Summation aller Fachkliniken und Forschungsinstitute.

Allgemeinpraktiker und Fachärzte müssen zusammenarbeiten

Über die Sitzung des Arbeitskreises „Fachärzte" des Verbandes der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund e. V.) wurde folgender Bericht herausgegeben:

Der Arbeitskreis „Fachärzte" beschäftigte sich mit Fragen der Gebührenordnung, mit der Anpassung der Facharzt-Weiterbildung in den EWG-Ländern, der Arzneimittelprüfung in der freien Praxis sowie mit der Stellung des freipraktizierenden Facharztes innerhalb der Ärzteschaft. Im Gegensatz zu vereinzelten Versuchen kleinerer Kreise, Fach- und Allgemeinärzte gegeneinander auszuspielen, wurde die Notwendigkeit der Zusammenarbeit dieser beiden Gruppen betont. Mißverständnisse können erfahrungsgemäß in der Regel durch persönliche Aussprachen geklärt werden, wenn der Wille zur Zusammenarbeit vorhanden ist. Die im Vorjahr vom Deutschen Ärztetag diskutierte spezielle Weiterbildung für den praktischen Arzt wird vom Arbeitskreis bejaht; denn die Fachärzte selbst haben das größte Interesse daran, daß auch die Hausärzte über ein optimales ärztliches Wissen verfügen. Nur so können sich beide auf ideale Weise ergänzen. Weiterhin wurde betont, daß von den rund 80 000 Ärzten in der Bundesrepublik ca. 46 000 in freier Praxis tätig sind. Man muß sich darüber im klaren sein, daß diese Gruppe, die Fach- und Allgemeinärzte umfaßt, ihre berufspolitischen Ziele und Forderungen nur dann durchsetzen kann, wenn alle Berufsangehörigen zusammenstehen. Ein Gegensatz zwischen praktischen Ärzten und Fachärzten darf auch nicht über den Umweg zweier gesonderter Gebührenordnungen erfolgen, sondern es kann nur eine „Gebührenordnung der deutschen Ärzte" geben. Deshalb sollte man von vornherein bestrebt sein, eine neue Gebührenordnung in allen Arztgruppen — und zwar auch in der Peripberie — zu erörtern, die später einmal damit arbeiten müssen. Der Arbeitskreis wandte sich gegen den Vorschlag des Deutschen Gewerkschaftsbundes, daß Fachärzte nur solche Patienten annehmen dürfen, die ihnen vom Hausarzt überwiesen werden. Die Einführung einer solchen Bestimmung würde bei dem derzeitigen Zahlenverhältnis zwischen Fachärzten und praktischen Ärzten für viele Facharztpraxen den wirtschaftlichen Ruin bedeuten.

Bei der Erörterung der Anpassung der Weiterbildungszeiten für Fachärzte in den sechs EWG-Ländern, die in den nächsten Jahren erfolgen muß, wurde diskutiert, ob die jetzigen Weiterbildungszeiten ausreichen, ob eine gesonderte Facharztprüfung bei uns eingeführt werden soll und wer sie gegebenenfalls durchzuführen hätte.

Der Arbeitskreis kritisierte schließlich, daß das Bundesgesundheitsministerium den freipraktizierenden Ärzten die Arzneimittelprüfung in der Praxis beschneiden will. Nach dem Entwurf des zweiten Änderungsgesetzes zum Arzneimittelgesetz dürfen freipraktizierende Ärzte und damit auch die freipraktizierenden Fachärzte nur in Ausnahmefällen eine Medikamentenprüfung durchführen. Damit wird die Arzneimittelprüfung bei allen Krankheiten erschwert, die in der Regel ambulant und nicht in der Klinik behandelt werden (z. B. Hautkrankheiten). Außerdem ist bei vielen Medikamenten eine längere Nachbeobachtungszeit erforderlich, für die die Beobachtungszeit in der Klinik oft zu kurz ist. Selbstverständlich darf aus der Arzneimittel-Prüfung durch freipraktizierende Ärzte keine getarnte Verkaufswerbung werden. Der Arbeitskreis schlug deshalb als Mittelweg folgende Fassung im einschlägigen Entwurf vor:

„Bei der Anmeldung einer Arzneispezialität, die Stoffe oder Zubereitungen aus Stoffen bisher nicht allgemein bekannter Wirksamkeit enthält, ist ferner nachzuweisen, daß die Arzneispezialität, entsprechend dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis, ausreichend pharmakologisch geprüft und klinisch oder ambulant ärztlich, zahnärztlich oder tierärztlich erprobt worden ist. Die Namen der Prüfer und Art und Ausmaß festgestellter Nebenwirkungen sind anzugeben."

Es wurden u. a. folgende Entschließungen verabschiedet:

Betr.: **Reform der sozialen Krankenversicherung**

Eine Reform der sozialen Krankenversicherung wird vom Hartmannbund nach wie vor für notwendig gehalten. Diese sollte dem Stand der medizinischen Wissenschaft, den Veränderungen in unserer Gesellschaftsstruktur, den Bedürfnissen des Menschen und der wirtschaftlichen Entwicklung angepaßt werden.

Zur Erfüllung dieses Anliegens verweist der Hartmannbund auf seine bisherigen, von der Hauptversammlung ausdrücklich bestätigten Vorschläge, wobei der Übergang zur Kostenerstattung die Grundsatzforderung bleibt.

Betr.: **Ärztliche Gebührenordnung**

Der Hartmannbund protestiert gegen die permanente Unterbewertung der ärztlichen Leistung in der amtlichen Gebührenordnung. Er wendet sich schärfstens gegen jede weitere Verzögerung einer Angleichung dieser Gebührenordnung an die Lohn- und Preisbewegung seit 1957. Er fordert das Bundesgesundheitsministerium erneut mit allem Nachdruck auf, diese Anpassung unverzüglich vorzunehmen. Die letzten Vorschläge der Kassenverbände würden zu einer untragbaren Aufschiebung dieser längst fälligen Maßnahme führen.

Die von den Krankenkassenverbänden vorgeschlagene Veränderung von 29 Positionen der Gebührenordnung bedeutet keine Reform. Sie würde die generelle Unterbewertung der ärztlichen Leistung nur verschleiern.

Betr.: **Deutsche Krankenhausgesellschaft**

Der Hartmannbund bedauert, daß sich die Deutsche Krankenhausgesellschaft durch ihren Präsidenten zu herabsetzenden und unerträglichen Äußerungen gegen die deutsche Ärzteschaft hat hinreißen lassen.

Wenn es die Aufgabe der Deutschen Krankenhausgesellschaft ist, die wirtschaftlichen und organisatorischen Interessen der Krankenhäuser zu vertreten, ist es völlig unverständlich, daß sie sich nunmehr in unsachlicher Weise zum Vertreter irriger medizinisch-wissenschaftlicher Anschauungen aufwirft.

Der Hartmannbund weist die Behauptung eines qualitativen Gefälles der ärztlichen Tätigkeit vom Krankenhaus zur freien Praxis als unrichtig und diffamierend zurück.

Betr.: **Entwurf einer Strahlenschutzverordnung*)**

Der Hartmannbund lehnt die Bestimmungen des vom Bundesgesundheitsministerium vorgelegten Entwurfs einer Strahlenschutzverordnung für den Betrieb von Röntgengeräten mit aller Entschiedenheit ab. Sie widersprechen eindeutig den Grundsätzen des ärztlichen Berufsrechts und der ärztlichen Berufsausübung.

Die Genehmigungsvoraussetzungen, die der Verordnungsentwurf enthält, stellen eine Gefährdung der Volksgesundheit deshalb dar, weil sie die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten der Ärzte, insbesondere in der freien Praxis, in einer nicht zu vertretenden Weise einschränken würden.

Betr.: **Umsatzsteuerreform**

Der Hartmannbund wendet sich erneut mit aller Schärfe gegen die Einbeziehung der ärztlichen Leistung in die Umsatzsteuer. Das gilt auch für die geplante sogenannte Mehrwertsteuer. Die geistige Leistung des Arztes ist kein Warenumsatz, der einer solchen Besteuerung unterworfen werden kann. Der Gesetzgeber sollte endlich damit beginnen, von der theoretischen und deklamatorischen Förderung geistiger und kultureller Leistungen zu deren praktischer und konkreter Anerkennung überzugehen.

Drei Ärzte erhielten Hartmann-Thieding-Plakette

Auf der festlichen Abschlußkundgebung der Hauptversammlung des Hartmannbundes am 30. November im Kurhaus Baden-Baden wurde die Hartmann-Thieding-Plakette an folgende drei Ärzte verliehen:

Dr. med. Oskar Bandtlow, Passau,
Dr. med. Friedrich Marseh, Rendsburg,
Obermedizinalrat a. D., Dr. med. Alfred Rainer, München.

Dr. Oskar Bandtlow, Passau, geboren am 23. 11. 1898 in Breslau, hat sich nach mehrjähriger ärztlicher Tätigkeit 1932 in Passau als Hals-Nasen-Ohren-Arzt niedergelassen. Schon als Student und Assistent war Dr. Bandtlow in standespolitischen Gremien tätig. Nach dem Zweiten Weltkrieg gehörte er zu den Gründungsmitgliedern des Hartmannbundes und ist seitdem maßgebend im Ärztlichen Kreisverband Passau sowie in der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns tätig.

*) Siehe dazu auch die eingehende Stellungnahme der Bundesärztekammer, veröffentl. i. BÄbl. 10 / S. 776.

Bei der öffentlichen Abschlußkundgebung der Hauptversammlung des Hartmannbundes 1963 in Baden-Baden sprach Herr Ludwig Rosenberg, Vorsitzender des Deutschen Gewerkschaftsbundes, über

Die Aufgaben der freien Verbände im demokratischen Staat

Rosenberg ging davon aus, daß die Demokratie die schwierigste und zugleich würdigste Form gesellschaftlichen und staatlichen Lebens ist. Im Gegensatz zu allen anderen Formen menschlicher Gemeinschaft sei sie an Voraussetzungen gebunden, die ebensoschwer zu schaffen wie zu praktizieren sind. Keine andere Staatsform setze so viel Kenntnis, Mitarbeit und freiwillige Disziplin voraus. Nicht die demokratische Verfassung des Staates, sondern allein die geistige Verfassung seiner Bürger macht die Demokratie zu mehr als nur einer Verwaltungsmethode.

Wenn man nun frage, ob tatsächlich alle Bürger dieses Staates oder wenigstens ihre Mehrheit die Voraussetzungen für demokratisches Handeln erfüllten, so sei leider nicht zu bezweifeln, daß es in der Bundesrepublik weitgehend daran fehlt. Es genüge nicht, ein tüchtiger Fachmann zu sein, aber gleichzeitig nichts von den wirklichen Zusammenhängen wirtschaftlicher und sozialpolitischer Vorgänge zu wissen. Unsere Schulen und Hochschulen würden ausgezeichnete Experten für die verschiedensten Berufe entlassen. Staatsbürger, die ihrer Berufung als verantwortliche Mitgestalter unseres Staates und unserer Gesellschaft gerecht werden können, entließen sie leider nicht.

Wenn die Demokratie nicht ohne die durch Vernunft und Wissen geleitete Mitwirkung ihrer Bürger bestehen kann, so gelte das nicht nur für den einzelnen, sondern auch für die Gruppen der demokratischen Gesellschaft. Denn die Grundlagen des demokratischen Lebens könnten in unserer modernen Welt nicht individuell erhalten oder verändert werden. Daher sei es notwendig, daß der einzelne zu einer Gemeinschaft Gleichgesinnter findet; denn sonst verzichte er auf die Möglichkeit, seinen Vorstellungen Gehör und Verwirklichung zu verschaffen. Hier zeige sich, daß die Demokratie gleichsam eine Pyramide ist, deren Spitze — das Parlament und die Regierung — von den zahllosen demokratischen Gemeinschaften getragen werden muß.

„Im demokratischen Staat spielen", so betonte Rosenberg, „die freien Organisationen eine unentbehrliche Rolle. Sie sind der Baustein der staatlichen und gesellschaftlichen Existenz der Demokratie. Ohne sie ist demokratisches Leben und Handeln nicht denkbar." Infolgedessen wachse ihre Verantwortung weit über die reine Interessenvertretung einer Gruppe hinaus. Rosenberg wies in diesem Zusammenhang auf das Beispiel der Gewerkschaften hin. Wären diese nichts als Organisationen zur Regelung der Lohn-, Gehalts- und Arbeitsbedingungen der Arbeitnehmer, so könnten sie nicht den Anspruch erheben, zu Fragen der Wirtschaftspolitik und der Kulturpolitik gehört zu werden. Die Forderung nach Mitbestimmung in der Wirtschaft habe nur sehr wenig mit der Regelung der Lohn- und Arbeitsbedingungen zu tun, sondern bedeute vielmehr die Übernahme von Verantwortung für Wirtschaft und Betrieb.

Die deutschen Gewerkschaften verständen sich somit als eine über die Interessen der Arbeitnehmer hinaus-

reichende, staatserhaltende, gesellschaftsformende und der Gesamtheit verantwortliche Organisation. Deshalb verlangten sie Einblick in wirtschaftliche Vorgänge, eine mitentscheidende Stimme in der Sozialpolitik und auch eine Mitwirkung in der Kulturpolitik sowie in der politischen Entwicklung überhaupt. Das bedeute keineswegs, daß sich die Gewerkschaften damit an die Stelle des Parlaments und der Parteien setzen wollten, aber die Demokratie beruhe ganz entscheidend auf dem ständigen Zusammenspiel aller demokratischen Kräfte. Davon hänge ihr Bestand und ihre Funktionsfähigkeit ab.

„Es ist offenbar", so sagte Rosenberg abschließend, „daß leider eine große Mehrheit unseres Volkes sich der Mitarbeit versagt, die für eine demokratische Gesellschaft lebenswichtig ist."

PERSONALIA

Herr Kollege Dr. Erich H e l n , der Leiter der Gruppe „Humanmedizin" im Bayer. Staatsministerium d. Innern, wurde am 16. Oktober 1963 zum Ministerialrat befördert.

Dr. Forchheimer 70 Jahre alt

Am 1. Dezember 1963 konnte Herr Dr. Forchheimer, der Vorsitzende des Ärztl. Bezirksverbandes Niederbayern, seinen 70. Geburtstag feiern.

Herr Dr. Forchheimer, ein gebürtiger Straubinger, ist seit 1921 in seiner Vaterstadt als praktischer Arzt tätig. Seit seiner Niederlassung hat er aktiv am ärztlichen Standesleben teilgenommen. Nach dem Zusammenbruch hat er den Wiederaufbau der ärztl. Standesorganisation in Niederbayern durchgeführt und ist seit dieser Zeit Vorsitzender des Ärztl. Bezirksverbandes Niederbayern und zugleich auch des Ärztl. Kreisverbandes Straubing. Seit 1946 ist Herr Dr. Forchheimer Delegierter zur Bayer. Landesärztekammer. Als Bezirksvorsitzender von Niederbayern gehörte er auch dem Vorstand der Bayer. Landesärztekammer an. Mit dem Wiederaufbau der Kassenärztl. Vereinigung in der Nachkriegszeit ist er als Leiter der Bezirksstelle Niederbayern der KV eng verbunden. Er gehört auch dem Landesvorstand der Kassenärztl. Vereinigung Bayerns und der Vertreterversammlung der Kassenärzti. Bundesvereinigung an.

Die Errichtung des Sozialwerkes der KV Niederbayerns ist in erster Linie sein Werk. In noch größerem Maße gilt das von der Gemeinschaftshilfe der niederbayerischen Ärzte, die schon viele Witwen und Waisen vor Not bewahrt hat.

Auch als Chefarzt und Vorsitzender der Bezirksgruppe Straubing des Bayer. Roten Kreuzes nach 1945 hat er sich große Verdienste erworben.

In Anerkennung seines Wirkens hat ihm der Herr Bundespräsident im Jahre 1958 das Bundesverdienstkreuz I. Kl. verliehen.

Aus der Geschichte der Medizin

Lückenhafte Geschichtsschreibung

Von Dr. Walther K o e r t i n g

Im Jahre 1927 erschien das „Handbuch der Pockenbekämpfung und Impfung", herausgegeben von Prof. Dr. Otto L e n t z und Prof. Dr. H. A. G i n s unter Mitwirkung namhafter Gelehrter. Ein Kapitel „Die gesetzliche Regelung der Pockenbekämpfung und der Impfung unter besonderer Berücksichtigung der preußisch-deutschen Gesetzgebung" stammte aus der Feder von Prof. Dr. Otto Lentz. Hier wurde, obwohl schon im Titel die besondere Bezugnahme auf die preußisch-deutsche Gesetzgebung hervorgehoben wurde, eine kurzgefaßte — keineswegs Preußen allein berücksichtigende — Geschichte der Impfung um die Wende des 18. und 19. Jahrhunderts und weiterhin gegeben. Dort ist (Seite 498) zu lesen:

„1807 folgte dann Bayern mit einem Impfzwangsgesetz, durch das die Impfung aller Kinder bis zum 3. Lebensjahre unter Androhung hoher Strafen im Weigerungsfalie angeordnet wurde. Nichtärzten wurde die Ausführung der Impfung verboten. Die Vornahme der Inokulation echter Menschenblattern wurde bei hober Strafe ausdrücklich untersagt. Endlich enthielt dieses Gesetz auch Vorschriften über die Absonderung Pockenkranker. Auch dieses deutsche Impfgesetz gebe ich", schreibt Lentz, „des historischen Interesses wegen, im Anhang in vollem Wortlaut wieder." (Dies geschah auf den Seiten 529 bis 532.)

Vor kurzem erschien aus der Feder von Heinrich A. G i n s , dem Mitherausgeber des eingangs erwähnten

Handbuches, ein Buch[1]), das leider zu ernster Kritik auffordert. Gins schreibt zwar (S. 5.): „Entsprechend dem Zweck dieses Buches soll keine medizinisch-historische Abhandlung geliefert werden, die allen Ansprüchen an ein Nachschlagewerk gerecht wird", aber gleichzeitig werden — durchaus verdienstlich — zahlreiche der mehr als 2000 Briefe und Dokumente, in der Zeit von 1801 bis 1858 geschrieben, wiedergegeben, die einen guten Einblick in die Mentalität der damaligen Ärzte, ihre Sorgen und Nöte mit der Pockenschutzimpfung, nicht zuletzt mit der Uneinsichtigkeit gewisser Regierungsstellen, darstellen. Das ganze Buch ist, was dem Titel nicht zu entnehmen ist, ganz auf Preußen eingestellt. Dabei wird vielfach, doch nicht ohne Voreingenommenheit, Preußens Verdienst auf dem Gebiete der Pockenbekämpfung vorangestellt. So Seite 17:

„... dürfen dabei aber nicht übersehen, daß die preußische Regierung zu den ersten gehört hat, wenn sie nicht überhaupt die erste war, welche ernsthafte Untersuchungen gewünscht und die dazu erforderlichen Anordnungen erlassen hat. Schon am 18. März 1801 hat der damalige König von Preußen einen Erlaß vollzogen, welcher zu den ersten dieser Art gehören dürfte."

Es genügt, aus Gins (S. 226) zu zitieren, daß der Leiter des Berliner Impfinstitutes im Jahre 1807 an den König ein Schreiben gerichtet hat, in dem es u. a. heißt:

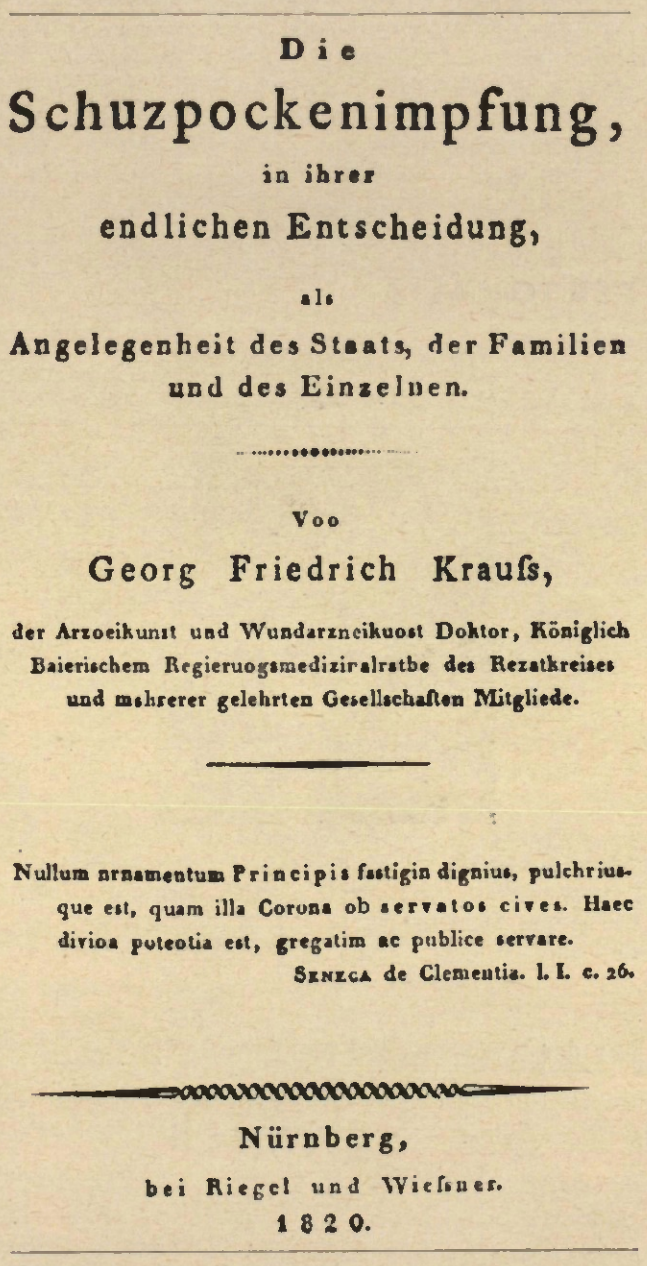
„Nur mit der äußersten Anstrengung und großem Zeit-Verlust und Kosten-Aufwand konnte es mir gelingen, die Vaccination ununterbrochen fortzusetzen und die Lymphe zu erhalten ... Mein Gehalt für die Besorgung der ärztlichen Institute wird nicht ausgezahlt und selbst für das Vaccinationsinstitut habe ich außer für einen Monath kein Gehalt erhalten ... Daher bitte ich Ew. Königl. Majestät allerunterthänigst, mir das rückständige Gehalt allergnädigst auszahlen zu lassen ..."

Unstimmigkeiten in dem Buche von Gins sind auch insoferne festzustellen, als, mit Ausklammerung von Bayern, die Bedeutung des Edikts von Plombino und Lucca hervorgehoben wird. Siehe Seite 23:

„Das von Napoleon auf der Höhe seiner Macht eingerichtete Fürstentum von Plombino und Lucca hat ... in der europäischen Politik niemals eine erhebliche Rolle gespielt. In der Geschichte der Medizin ist es unvergessen geblieben, weil es das erste Gesetz über die systematische Pockenbekämpfung erlassen hat. Rückblickend auf diese Zeit des beginnenden 19. Jahrhunderts und belehrt durch die späteren Erfahrungen, muß man wohl sagen, daß Hunderttausenden von Kindern und Erwachsenen die Pocken erspart geblieben wären, wenn ähnliche Anordnungen damals in allen Kultusstaaten getroffen worden wären."

„Im Jahr 1806, also im gleichen Jahr, ist das in der Geschichte der Pockenbekämpfung oft erwähnte ‚Edikt des Fürsten von Plombino und Lucca, die Ausrottung der Blattern durch die Impfung der Schutzblattern betreffend' (Anm.: 25. Dezember 1806) erschienen. Es hat die geschichtliche Bedeutung, das erste staatliche Gesetz zur Durchführung der allgemeinen Impfung gewesen zu sein. Praktische Auswirkungen hat es nicht gehabt ..." (S. 228). (Anm.: Sperrung nicht im Original.)

Anschließend an diesen Absatz findet man das erste und einzige Mal Bayern erwähnt, dem immerhin das erste deutsche Impfgesetz zu danken ist. Man darf wohl annehmen, daß Gins, als dem Herausgeber des erwähnten Handbuchs, diese Tatsache nicht unbekannt war.



Die

Schuzpockenimpfung,

in ihrer

endlichen Entscheidung,

als

Angelegenheit des Staats, der Familien und des Einzelnen.

Von

Georg Friedrich Kraufs,

der Arzneikunst und Wundarzneikunst Doktor, Königlich Baierischem Regierungsmedizinalrathe des Rezatkreises und mehrerer gelehrten Gesellschaften Mitgliede.

Nullum ornamentum Principis fastigio dignius, pulchriusque est, quam illa Corona ob servatos cives. Haec divina poteotia est, gregatim ac publice servare.

Seneca de Clementia. l. I. c. 26.

Nürnberg,

bei Riegel und Wiefsner.

1820.

Dieses so wichtige Gesetz wird (S. 226) mit folgenden Worten abgetan:

„Das im neuen Königreich Bayern erlassene Impfgesetz wird von Bremer (Anm.: dem Leiter des Königl. Schutzblattern-Impfungs-Instituts in Berlin) in einer Zeitschrift mitgeteilt, zu der darin erlassenen allgemeinen Impfpflicht mit Strafandrohung jedoch die Anmerkung gemacht: ‚Wie? Kann dies gefordert werden?'"

Etwas wenig! Nur einmal noch findet man bei der Zitierung des Jahresberichts über die Tätigkeit der Berliner Impfanstalt im Jahre 1817 (S. 237) nebenbei die Bemerkung:

[1]) „Krankheit wider den Tod". Schicksal der Pockenschutzimpfung von Dr. med. Heinrich A. Gins, Direktor und Professor im Robert-Koch-Institut, Vorsteher der Berliner Staatlichen Impfanstalt i. R. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, 1963. VIII und 376 Seiten.

Es ist daher sehr zu wünschen, daß wie in den Österreichischen, den Bayerischen und Württembergischen, so auch in den K. Preussischen Staaten gesetzliche Zwangsmittel bei der Vaccination angewendet, den Impfärzten mehr Unterstützung von oben herab gewährt, und Geldstrafen für diejenigen Eltern bestimmt werden möchten, welche sich der von Zeit zu Zeit anzuordnenen allgemeinen Vaccination entzogen oder widersetzten.

Mit Ausnahme der Erwähnung des späteren bayerischen Zentralimpfarztes Dr. Michael Reiter (auf den Seiten 182, 191, 197 und 222) findet man kein weiteres Wort über Bayern. Gins scheinen die Werke von Georg Friedrich Kraus („Die Schutzpockenimpfung in ihrer endlichen Entscheidung, als Angelegenheit des Staates, der Familien und des Einzelnen" — Nürnberg 1820. XXII und 554 Seiten mit drei Tabellen: Gesamtübersicht von dem Erfolg der Schuzpocken Impfung in dem Fürstenthum Ansbach, der gleichnamigen Provinz und dem Rezatkreis des Königreichs Baiern, während der Jahre 1801 bis 1817 einschließlich; Gesamtübersicht von dem Erfolg der Blatteruntersuchung, im Rezatkreise des Königreichs Baiern und Gesamtübersicht von dem Erfolg der gesetzlichen Schuzpockenimpfung, im Rezatkreise des Königreichs Baiern, während des Impfjahres 1817—1818), und Franz Seraph Giel („Die Schutzpocken-Impfung in Bayern, vom Anbeginn ihrer Entstehung und gesetzlichen Einführung bis auf gegenwärtige Zeit, dann mit besonderer Beobachtung derselben in auswärtigen Staaten". München 1830. XVI und 448 Seiten) völlig unbekannt zu sein. (Die Faksimile der Titelblätter beider Werke sind hier wiedergegeben.) Georg Friedrich Krauß war der „Arzneikunst und Wundarzneikunst Doktor, Königlich Bayerischer Regierungsmedizinalrath des Rezatkreises und mehrerer gelehrter Gesellschaften Mitglied".

Die Persönlichkeit Giels wird durch zahlreiche Akten im Bayer. Haupt- und Staats-Archiv (M Inn 62362) als ein Arzt dargestellt, der durch seine „Uneigennützigkeit, Thätigkeit, Fleiß und guten Willen", „durch thätige Unterstützung an Arzney, Erquickung und sogar mit Geld" — um nur einiges anzuführen — als „musterhafter Menschenfreund" bezeichnet wird.

Franz Seraph Giel wurde am 27. Mai 1776 in München als Sohn des Jakob Johannes Giel, Stadt- und Landschafts-Accoucheur (später königl. Medizinalrat) und dessen Frau Catharina, geb. Bajrin, geboren. Er war mit Anna Ruf, geboren in Neuburg/Donau, verheiratet. Giel befaßte sich seit 1801 mit der Schutzpockenimpfung. Im Jahre 1804 wurde er von der Churfürstlichen Landes-Direktion in München als churfürstlicher Impfarzt (später als königlich baierischer Central-Impfarzt) bestellt. Laut Regierungsblatt Nr. 17/1835 wurde Giel mit Datum vom 21. Februar 1835 „quiesciert". Es ist eindrucksvoll, daß sein Nachfolger Dr. Michael Reiter am 2. Dezember 1834 das in Faksimile wiedergegebene Schreiben an den Königl richtete. Es lautet:

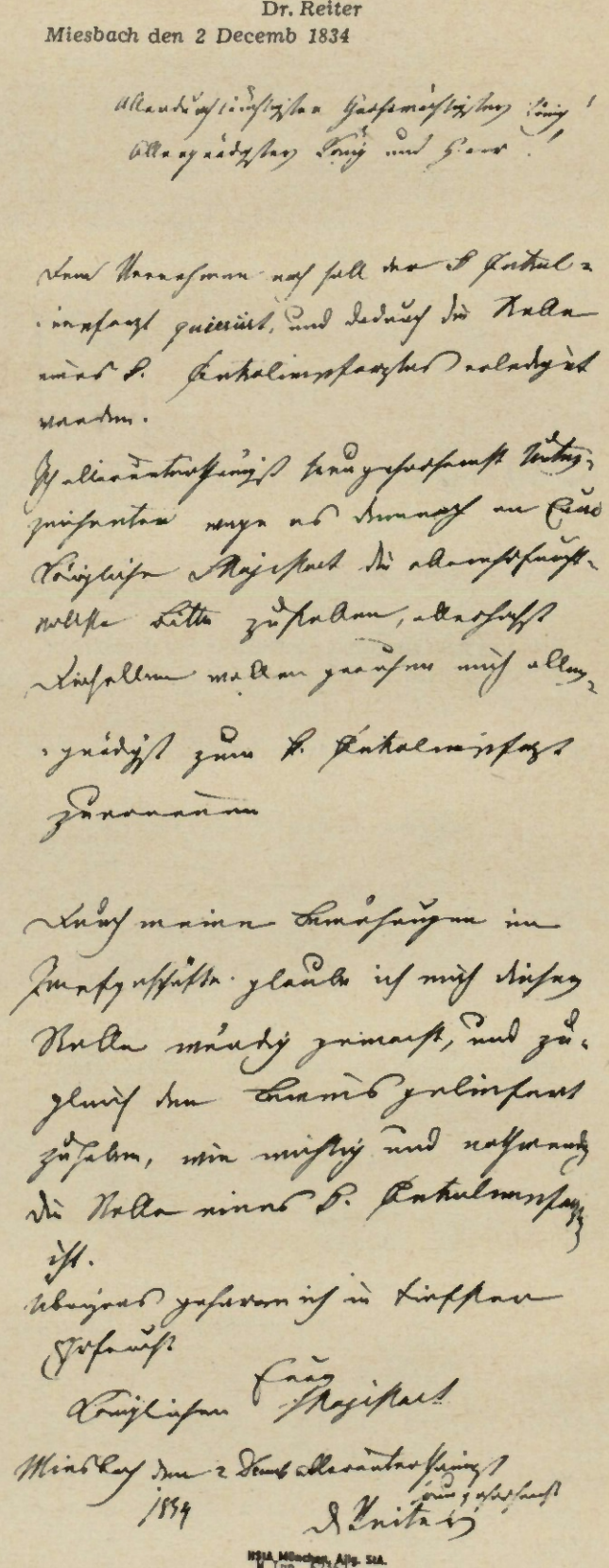
Allerdurchlauchigster Großmächtigster König!
Allergnädigster König und Herr!

Dem Vernehmen nach soll der K. Centralimpfarzt quiesciert, und dadurch die Stelle eines K. Centralimpfarztes erledigt werden.

Ich allerunterthänigst treugehorsamst Unterzeichneter wage es demnach an Euere Königliche Majestät die allerehrfurchtvollste Bitte zu stellen, allerhöchst dieselben wollen geruhen mich allergnädigst zum K. Centralarzt zuernennen.

Durch meine Bemühungen im Impfgeschäfte glaube ich mich dieser Stelle würdig gemacht, und zugleich den Beweis geliefert zu haben, wie wichtig und nothwendig die Stelle eines K. Centralimpfarztes ist.

Übrigens geharre ich in tiefster Ehrfurcht
Euerer
Königlichen Majestät
allerunterthänigst treugehorsamst
Dr. Reiter
Miesbach den 2 Decemb 1834



BHStA München, Abt. IIIA
M Inn 62362

Die verschiedenen Eingaben Giels (in dem angegebenen Aktenfaszikel) sind nur mit Erschütterung zu lesen, da daraus hervorgeht, wie groß seine materielle Not nach der Pensionierung (mit 360 Gulden) war[2]). Er wurde am 9. März 1837 als Pflegling in das Münchner St.-Josef-Spital eingeliefert, wo er zwei Tage später starb.

Giel erhielt „zum Beweis der allerhöchsten Zufriedenheit" im Jahre 1807 die Silberne Medaille des Zivilverdienstordens der Bayerischen Krone. Er war korrespondierendes Mitglied der Hufelandischen Gelehrten Gesellschaft zu Berlin.

Giel erfreute sich in Ärztekreisen größter Anerkennung. Auch der führende Medizinalbeamte von Bayern, Prof. Dr. Simon von Haeberl unterstützte ihn. In der „Geschichte der Münchner Krankenanstalten, insbesondere des Krankenhauses links der Isar", von

Die

Schutzpocken-Impfung

in

Bayern,

vom

Anbeginn ihrer Entstehung und gesetzlichen Einführung bis auf gegenwärtige Zeit,

dann

mit besonderer Beobachtung derselben

in

auswärtigen Staaten.

Dargestellt

von

Dr. Franz Seraph Giel,

Königlich-bayer'schem Central-Impfarzt und praktischem Arzt, Inhaber der silbernen Medaille des Civilverdienst-Ordens der bayer'schen Krone.

München, 1830.

Bei Jakob Giel.

Prof. Dr. Hermann Kerschensteiner (J. F. Lehmanns Verlag, München, 1. Aufl. 1913, 2. Aufl. 1939), ist (S. 103) zu lesen:

„Die Blattern sind 1811 schon fast verschwunden, zum Teil wenigstens die segensreiche Folge der in Bayern schon 1801 von Giel eingeführten Impfung, die von der Regierung in jeder Weise unterstützt wurde."

In den beiden Büchern von M. E. v. Bulmerineq („Das Gesetz der Schutzpockenimpfung im Königreiche Bayern, in seinen Folgen und seiner Bedeutung für andere Staaten" — Leipzig, 1862 — und „Ergebnisse des Bayerischen Impfgesetzes im Vergleiche zu den Ergebnissen der Schutzpocken-Impfung in den europäischen Groß-Staaten" — München 1867) wird Giel des öfteren zitiert. Sogar Michael Reiter erwähnt Giel an vielen Stellen seines Büchleins „Über die Errichtung und den Geschäftsbetrieb der k. b. Central-Impfanstalt München" (München 1874).

Bei Paul Kübler „Geschichte der Pocken und der Impfung" (Berlin 1901) liest man auf Seite 177: „Unter den vielen Ärzten, welche sich in den ersten Jahren des 19. Jahrhunderts um die Einführung der Schutzimpfung in Deutschland verdient machten, seien noch erwähnt: ... Giel in München ..." — Auf Seite 197 findet sich das erwähnte Buch Giels angeführt. Auch in dem „Lehrbuch der Geschichte der Medizin und der epidemischen Krankheiten" von H. Haeser wird (im 2. Band) Giel angeführt.

Bei Bulmerineq („Ergebnisse des Bayer. Impfgesetzes usw."), der die Bedeutung Haeberls eindrucksvoll und nachdrücklich immer wieder hervorhebt, ist (S. 61) zu lesen:

„Vorstehende Thatsachen lassen zur Genüge erkennen, daß die Schöpfung Simon v. Haeberls, das bayerische Impfgesetz vom Jahre 1807, mit seinen späteren durch neue Erfahrungen gebotenen Vervollständigungen mehr geleistet hat als die Impfgesetze und Verordnungen in allen übrigen Staaten zusammengenommen."

Von den biographischen Daten Michael Reiters seien angeführt: Er wurde am 25. November 1802 in Günthering bei Mühldorf, Bayern, geboren. Er war bei der Bekämpfung von Cholera- und Typhusepidemien tätig. 1833 und 1834 war er als Landgerichtsarzt in München tätig, 1835 wurde er als Gerichtsarzt nach Miesbach versetzt. Im selben Jahre wurde er zum kgl. Central-Impfarzt in München ernannt. Im Jahre 1874 legte er, „da er sich mit verschiedenen Bestimmungen des Impfgesetzes von 1874 nicht befreunden konnte, sein Amt nieder". Er starb am 23. Dezember 1876.

Wenn Gins das Fehlen formularmäßiger Aufzeichnungen (S. 228) und den Mangel einer Statistik (S. 67) beklagt, so hätte ihn ein Blick in die Werke von Krauß, Giel und Kübler (hier auch für Berlin und Preußen!) eines anderen belehrt. Daß in Preußen (S. 231) „die beabsichtigte Isolierung der Pockenkranken in den Wohnungen niemals vollständig durchführbar gewesen ist", ist beklagenswert. In Bayern war dies dank der dortigen strengen Anordnungen anders. (Siehe meine Veröffentlichung „Bayerns historische Verdienste um die Pockenbekämpfung".)

Eine historische Arbeit mit dem Untertitel „Schicksal der Pockenschutzimpfung" setzt selbstverständlich allerhand Vorarbeiten voraus. Zugegeben, daß die Archivforschung in der Gegenwart durch die Zweiteilung Deutschlands, durch die Folgen der Kriegs- und Nachkriegseinwirkungen wesentlich schwieriger ist als frü-

[2]) Giel erhielt während seiner aktiven Dienstzeit 600 Gulden.

her. Aber die Bestände an historischer Fachliteratur lassen sich für den Suchenden in einschlägigen Sammelwerken usw. ohne besondere Schwierigkeiten — auch in der heutigen Zeit — feststellen. Deshalb sind die so vielfältigen Lücken des Buches von Gins nicht erklärlich. Wenn Gins im Vorwort davon spricht, daß der eigentliche Zweck des Buches sei, der ‚laudatio'' des praktischen Arztes, Wundarztes und Kreisphysikus der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts zu dienen, so kann man nur mit Bedauern — man denke nur an v. Haeberl, Giel und Krauß — feststellen, daß dieser Wunsch des Autors gar nicht erfüllt werden konnte, da die Voraussetzungen dazu hier leider fehlen.

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

AUS DER BUNDESPOLITIK

Das Gesundheitswesen im Deutschen Bundestag

Wichtige Gesetzesvorlagen in der zweiten Hälfte der 4. Legislaturperiode

Von Rechtsanwalt Dr. Ludwig Hamm, MdB (FDP)
Vorsitzender des Ausschusses für Gesundheitswesen des Deutschen Bundestages

In der ersten Hälfte der 4. Legislaturperiode hat der Deutsche Bundestag wichtige gesundheitspolitische Gesetze verabschiedet. Genannt seien: Die Ergänzung des Bundes-Seuchengesetzes, mit der die bundesgesetzliche Grundlage für die Schluckimpfung gegen Kinderlähmung geschaffen wurde; die Neufassung der gesetzlichen Unfallversicherung, die die freie Wahl des Arztes durch den Versicherten in sinnvollem Rahmen und eine bessere Vorbeugung gegen betriebliche Unfallgefahren einführt; das neue Düngemitteigesetz, in das der Gesetzgeber als Zweck der Düngung neben der Quantitätsförderung die gesundheitspolitisch wichtige Förderung der Qualität der Früchte aufgenommen hat.

Für die Gesundheit der Bevölkerung wohl noch bedeutsamere Gesetze werden in der zweiten Hälfte der Legislaturperiode verabschiedet werden.

Der Ausschuß für Gesundheitswesen berät zur Zeit die Änderung des Arzneimittelgesetzes. Es geht vornehmlich um eine Verbesserung des Schutzes vor Gefahren, die dem Menschen vom industriell hergestellten Medikament drohen. Dazu soll eine mehrjährige automatische Rezeptpflicht für neue Arzneimittel eingeführt werden. Damit wird die begrüßenswerte Kontrolle des Arztes für den Verbrauch der Arznei erweitert. Dank einer Initiative der Deutschen Ärzteschaft wird außerdem erreicht werden, daß Arzneimittelschäden über ein Meldesystem der Ärzte schnell zentral erfaßt werden können. Der Gesetzgeber wird aber darauf achten müssen, daß die Rezeptpflicht gegenständlich sinnvoll geregelt wird. Sie soli ihre Bedeutung behalten. Es wäre beispielsweise nicht sinnvoll, einen außerhalb der Apotheke erhältiichen neuen Pflanzensaft auch nur für Zeit rezeptpflichtig zu machen.

Größere Schwierigkeiten macht die vorgesehene Verschärfung der Registrierung neuer Arzneimittel. Der Gesetzgeber wird sich bewußt bleiben müssen, daß eine noch so scharfe staatiiche Kontrolle der Arzneien keine Garantie gegen Schäden bietet, aber den wichtigen Fortschritt der Arzneimittelentwicklung hemmt. Tatsache ist, daß der Staat nicht mehr an Nebenwirkungen des Arzneimittels wird erkennen und ihnen vorbeugen können ais der gute Wissenschaftier, dessen sich der Hersteller bedient. Er wird aber dafür sorgen müssen, daß ein Medikament vor seiner Registrierung sorgfältig nach dem jeweiligen Stand der Wissenschaft auf schädliche Nebenwirkungen geprüft, daß also gute wissenschaftiiche Arbeit geleistet ist. Dazu gehört nicht nur die Vorlage der notwendigen Prüfungsunterlagen bei der Anmeldung der neuen Arznei, sondern auch die eingehende Darlegung, daß die Prüfung speziell für dieses Mittel in ausreichendem Maße erfolgt ist. Mehr, etwa die Möglichkeit, wegen eines nur wissenschaftlichen Streites zwischen Anmelder und Registrierbehörde die Eintragung abzulehnen, wird nicht verlangt werden dürfen. Es sollte allerdings eine bessere Aufklärung der Bevölkerung einsetzen, daß jede Arznei, insbesondere bei Mißbrauch und in besonderen Lebenslagen, ihre Gefahren für die Gesundheit hat.

Des weiteren werden sich Bundestag und Gesundheitsausschuß in Kürze mit dem Heilmittelwerbegesetz befassen. Die Werbung für ein so spezielles Mittel des Lebensbedarfes, wie die Arznei es ist, dazu noch bei kranken Menschen, die Hilfe erhoffen, muß größeren Beschränkungen unterliegen, als die allgemeine Werbung für andere Lebensgüter. Ein allgemeines Werbeverbot für Arzneimittel würde allerdings nicht nur rechtliche Schwierigkeiten auslösen, sondern gerade für die empfehlenswerten natürlichen Mittel, wie Pflanzensäfte und ähnliches, zum unerwünschten gegenteiligen Effekt führen.

Die Gefahr liegt nicht bei der Werbung in Fachkreisen, die sie mit der notwendigen Kritik aufnehmen können. Es geht vielmehr um die Publikumswerbung für das in- und ausländische Arzneimittel. Der Gesetzgeber wird diese Werbung für rezeptpflichtige Arzneimittel nicht zulassen dürfen. Er wird eingehend zu prüfen haben, inwieweit apothekenpflichtige Mittel unter ein Werbeverbot zu stellen sind. Jedenfalls darf die Werbung für alle Arzneimittel, seien sie in oder außerhalb der Apotheke erhältiich, nicht irreführend und unsachlich beeinflussend sein.

Bei aller Einsicht in die besondere Wirksamkeit der Fiim-, Rundfunk- und Fernsehwerbung werden Bundestag und Gesundheitsausschuß prüfen müssen, ob ein Verbot der Werbung nicht nur der Aussage nach, sondern auch für einzelne Massenmedien vertretbar und angebracht ist.

Ein weiterer Beratungsgegenstand ist das Bundesjugendzahnpflegegesetz. Angesichts der Zunahme der Zahnerkrankungen, besonders bei Kindern und Jugendlichen, und wegen der Auswirkungen auf den Gesamtorganismus sind vorbeugende Maßnahmen des Staates dringend geboten. Die dem Gesundheitsausschuß vorliegenden Entwürfe sehen deshalb jährlich mindestens eine kostenlose zahnärztliche Untersuchung zur Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit und die erforderlichen Nachuntersuchungen für Kinder und Jugendliche von drei bis achtzehn Jahren vor, die die Gesundheitsämter sicherzustellen haben. Außerdem wird der

Gesetzgeber regelmäßige zahngesundheitliche Belehrungen und Beratungen der Eltern und Lehrer in Fragen der Zahngesundheit festlegen. Das Bundesjugendzahnpflegegesetz wird allerdings keinesfalls die Behandlung in freier Praxis beeinträchtigen. Es geht lediglich um die rechtzeitige Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit und auch darum, schon dem Kinde die Angst vor dem Zahnarzt zu nehmen, die oft eine rechtzeitige Behandlung behindert.

Diese aus dem Gesetzeskatalog für die zweite Hälfte der Legislaturperiode besprochenen Vorlagen zeigen, daß der Gesundheitspolitik im Deutschen Bundestag wesentliches Gewicht zukommt. Bei aller Einsicht in die großen außen- und innenpolitischen Anliegen der Bundesrepublik sollte immer bedacht werden, daß die Gesundheit der Bevölkerung eines der wichtigsten Güter ist, für die der Gesetzgeber mit die Verantwortung trägt.

Bundesrat wünscht Verschärfung des Heilmittelwerbegesetzes

Vorschläge der Bundesärztekammer befürwortet

Noch Wünsche offen

Erhebliche Verschärfungen hat der Bundesrat beim ersten Durchgang des Entwurfes des Heilmittelwerbegesetzes („Entwurf eines Gesetzes über die Werbung auf dem Gebiete des Heilwesens") am 25. Oktober vorgeschlagen. Er hat dabei eine Reihe von Vorschlägen berücksichtigt, die die Bundesärztekammer vorgetragen hat.

Der Deutsche Ärztetag hatte schon jahrelang auf die Notwendigkeit hingewiesen, die Werbung für Arznei- und Heilmittel in Laienkreisen im Interesse der Volksgesundheit gesetzlich einzuschränken, wenn ein gänzliches Verbot schon nicht möglich sei. Die Bundesärztekammer hatte daher den vom Bundesgesundheitsministerium ausgearbeiteten Entwurf eines Heilmittelwerbegesetzes begrüßt, dabei jedoch bedauert, daß nicht alle ihre Vorschläge berücksichtigt worden waren.

Zwei wesentliche Mängel des Regierungsentwurfes sind nunmehr durch den Bundesrat korrigiert worden (wobei natürlich offen bleibt, ob sich Bundesregierung und Bundestag diesen Änderungsvorschlägen anschließen werden). Der Bundesrat folgte dabei den Empfehlungen seines Ausschusses für innere Angelegenheiten, die teilweise wiederum auf Anregungen der Bundesärztekammer zurückgehen.

Besonders begrüßenswert ist die vom Bundesrat vorgeschlagene Bestimmung, daß in Zukunft jegliche Laienwerbung durch Gutachten, Zeugnisse oder wissenschaftliche, fachliche oder sonstige Veröffentlichungen verboten werden soll.

Ferner soll Werbung, die „der Wahrheit zuwider den Eindruck erweckt", daß bei „bestimmungsgemäßem und längerem Gebrauch" des Mittels keine schädlichen Nebenwirkungen eintreten, als irreführend gekennzeichnet und daher verboten werden.

Dem Vorschlag der Bundesärztekammer, daß der für die Werbung Verantwortliche genannt werden muß (analog den Bestimmungen über das Impressum im Zeitungswesen), schloß sich der Bundesrat nicht an. Er konkretisierte aber den Paragraphen 1 des Regierungsentwurfs, der besagt, die Werbung dürfe den Entschluß zum Kauf, zur Verschreibung oder zur Anwendung von Arzneimitteln nicht unsachlich beeinflussen.

So liegt zum Beispiel nach der Auffassung des Bundesrates eine „unsachliche Beeinflussung" vor, wenn durch die Werbung Angstgefühle hervorgerufen oder ausgenutzt werden oder wenn Verbrauchern oder „Verordnern" materielle Vorteile in Aussicht gestellt werden.

Nach dem Willen des Bundesrates soll auch nicht mit der „Wirkung von Arzneimitteln" geworben werden dürfen, wenn nur ein einzelner Wissenschaftler behauptet, diese Wirkung nachweisen zu können. Das Verbot der Laienwerbung will der Bundesrat nicht durchlöchert wissen: Die im Regierungsentwurf vorgesehene Ermächtigung für die zuständigen Behörden, Ausnahmen zuzulassen, soll daher gestrichen werden.

Das von der Bundesärztekammer geforderte Verbot, in Film, Rundfunk und Fernsehen für Mittel und Gegenstände zu werben, die keine Arzneimittel sind (sogenannte Heilmittel und Heilmittel-Gegenstände), wurde vom Bundesrat nicht ausgesprochen; ebensowenig konnten sich die Ländervertreter entschließen, eine Werbung für solche Mittel zu untersagen, die sich an Jugendliche bis zu 16 Jahren richtet. Unerfüllt blieb auch der Wunsch der Ärzteschaft, im Gesetz ausdrücklich festzulegen, daß seine Bestimmungen auch auf Arznei- und Heilmittel Anwendung finden, die aus dem Ausland eingeführt werden. ÄPI

SPD beantragt Sachverständigenkommission für die Sozialreform

Bei der Bundestagssitzung über die Beratung des Antrages der SPD-Fraktion betr. Sachverständigenkommission für die Krankenversicherungsreform, führt der SPD-Bundestagsabgeordnete Prof. Ernst Scheidenberg, der Vorsitzende des Sozialpolitischen Ausschusses, folgendes aus:

Der Herr Bundeskanzler hat in seiner Regierungserklärung u. a. davon gesprochen, daß die Reform der Krankenversicherung schwierige Probleme aufwirft.

Eigentlich wurde damit nur bestätigt, was inzwischen jeder — von einigen Ausnahmen abgesehen — erkannt hat.

Die in den letzten Tagen und Wochen auf höchster Koalitions- und Regierungsebene geführten sozialpolitischen Verhandlungen haben diese Schwierigkeiten der Materie nur noch unterstrichen.

Die grundlegenden Fragen auch der Krankenversicherungsreform hätten unbedingt vor Einbringung der Regierungsvorlagen geklärt werden müssen.

Eine gesetzliche Regelung, die von großer Tragweite für die Gesundheit und Krankheit der versicherten Bevölkerung ist, erfordert — das sollte eigentlich selbstverständlich sein — fundierte Vorarbeiten.

Hieran hat es bisher gefehlt.

Das ist der wahre Grund, weshalb die Beratungen der Krankenversicherungsreform, mit denen der Bundestag seit nunmehr vier Jahren beschäftigt wird, immer wieder in eine Sackgasse geraten sind.

Leider wurde es auch versäumt, aus dem Scheitern der Reform in der letzten Legislaturperiode die notwendigen Konsequenzen zu ziehen und den Rat unabhängiger Sachverständiger einzuholen.

Wie dem auch sei, dem Hin und Her muß endlich Einhalt geboten werden.

Es geht um weit mehr, als darum, wie diese oder jene Einzelfrage der Krankenversicherung geregelt wird. Natürlich ist auch das wichtig. Aber zuerst müs-

sen die vielfältigen sozialen und gesundheitlichen Zusammenhänge, die die Grundlage einer Krankenversicherungsreform bilden, geklärt werden.

Hierzu will der Antrag der sozialdemokratischen Fraktion auf Bestellung einer Sachverständigenkommission beitragen und damit die Voraussetzungen für eine moderne Krankenversicherung schaffen. Unser Antrag wendet sich an den Herrn Bundeskanzler, der die Richtlinien der Politik bestimmt und dafür nach dem Grundgesetz die Verantwortung trägt.

Bei der Vorbereitung der Tagesordnung haben die sozialdemokratischen Vertreter im Ältestenrat zum Ausdruck gebracht, daß wir auf die Anwesenheit des Herrn Bundeskanzlers bei Beratung unseres Antrages besonderen Wert legen. Dies auch deshalb, weil der Bundeskanzler die Sachverständigen berufen und das Bundeskanzleramt die Voraussetzungen für die Arbeiten der Kommission sicherstellen soll.

Wir haben im Ältestenrat unsere Bereitschaft bekundet, diesen Tagesordnungspunkt heute oder morgen, zu jeder dem Herrn Bundeskanzler passenden Stunde, vorzusehen. Es wurde uns jedoch vom Büro des Präsidenten wörtlich mitgeteilt, „der Herr Bundeskanzler sei an beiden Tagen nicht da".

Diese Nachricht mußte überraschen, denn etwa zur gleichen Zeit wurde folgende dpa-Meldung verbreitet: „Am Donnerstag" — das heißt heute — „werden die Bemühungen um die Verabschiedung des Sozialpakets beim Treffen führender Koalitionspolitiker unter Vorsitz von Bundeskanzler Professor Erhard fortgesetzt."

Da wir aus politischen Gründen auf die Teilnahme des Bundeskanzlers an der Beratung unseres Antrages besonderen Wert legen, hat sich der stellvertretende Fraktionsvorsitzende der SPD, Herr Kollege Erler, auch noch schriftlich an den Herrn Bundeskanzler gewandt, um ihn zur Überprüfung seiner Entscheidung zu bitten.

In dem Schreiben von Herrn Erler heißt es u. a.: „Sie, sehr geehrter Herr Bundeskanzler, haben in den vergangenen Wochen mehrfach mit den Vertretern der Koalitionsparteien eingehende Gespräche über die aktuelle sozialpolitische Situation geführt. Wir würden es als einen ernsten politischen Vorgang werten müssen, wenn Sie in der Zeit von Donnerstag, den 14. November, früh, bis Freitag, den 15. November, nachmittags, keine Gelegenheit fänden, dem Parlament im ganzen für die Behandlung dieser grundlegenden Fragen, welche Ihre persönliche Entscheidung, die Autorität Ihres Amtes als Bundeskanzler und eine Tätigkeit des Bundeskanzleramtes erfordern, zur Verfügung zu stehen. Ihr Fernbleiben bei dieser Beratung würde Ihrer Regierungserklärung widersprechen, in der Sie den Wunsch nach guter Zusammenarbeit von Regierung und Parlament zum Ausdruck gebracht haben."

Der Bundeskanzler antwortete, daß er zwar den Wunsch nach guter Zusammenarbeit nochmals unterstreichen möchte, daß ihn aber unabdingbare Verpflichtungen davon abhalten, unserer Bitte, bei der Beratung der Drucksache IV/1565 im Plenum anwesend zu sein, zu entsprechen.

Wir wissen nicht, ob es sich bei diesen unabdingbaren Verpflichtungen u. a. etwa auch um die angekündigte Fortsetzung von Besprechungen mit führenden Koalitionspolitikern über die weitere Behandlung des Sozialpakets handelt.

Wie dem auch sei!

Mit dem sozialdemokratischen Antrag wird ein Kernstück unserer Sozialpolitik, die Gestaltung der Krankenversicherungsreform, angesprochen.

Heute wird der Bundeskanzler zum ersten Male seit der Regierungserklärung mit der Frage konfrontiert, welches Gewicht seine Worte über die Zusammenarbeit von Wissenschaft und Politik im sozialen Bereich haben sollen.

Wir stellen fest: Der Herr Bundeskanzler bringt durch sein Fernbleiben an den heutigen Beratungen zum Ausdruck, daß er diesem Teil seiner Regierungserklärung keine wesentliche Bedeutung beimißt.

Nun zum Inhalt unseres Antrages:

Der Bundeskanzler soll elf Persönlichkeiten der Sozial- und Wirtschaftswissenschaft, der medizinischen Wissenschaft und der Sozialpartner mit dem Auftrag berufen, für die gesetzgebenden Körperschaften ein Gutachten über die Grundsätze der Krankenversicherungsreform zu erstatten. Das Gutachten soll u. a. behandeln:

1. Den Ausbau der gesundheitlichen Vorsorge und die Gewährleistung von ärztlicher Behandlung nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft.

   Daß ein Ausbau der Vorsorgehilfe ein dringendes Erfordernis ist, wird heute allgemein anerkannt. Aber noch fehlen die fachlichen Grundlagen dafür, wie eine solche gesundheitliche Vorsorge im Rahmen der Krankenversicherung zu gestalten ist.

   Der Krankheitsbegriff im Sinne der über 50 Jahre alten Reichsversicherungsordnung genügt weder dem gewandelten Krankheitsbild noch den medizinischen Erkenntnissen in der zweiten Hälfte unseres Jahrhunderts.

   Eine zeitgemäße Krankenversicherung muß ärztliche Hilfe gewähren, die in jeder Hinsicht den medizinischen und wissenschaftlichen Erfahrungen entsprechen. Dabei sollte auch die Reglementierung der ärztlichen Leistungen, die im Begriff der sogenannten Unwirtschaftlichkeit liegt, überwunden werden.

   Zur Lösung dieser vielfältigen Probleme ist der Rat von Sachverständigen unentbehrlich.
2. Die Kranken und ihre Familie müssen auch bei langfristiger Krankheit ausreichend gesichert werden.

   Sachverständige sollten sich nach unserer Meinung dazu äußern, wie zeitlich unbegrenzte Leistungen an Krankengeld und bei Krankenhauspflege ohne Aussteuerung geboten werden, wie ein sinnvoller Übergang vom Krankengeld zur Rente geschaffen und wie gewährleistet wird, daß die Wiederherstellung der Gesundheit und Erwerbsfähigkeit den unbedingten Vorrang vor der Rentenzahlung als einer Dauerleistung erhält.
3. Die Krankenhäuser können ihre bedeutsamen Aufgaben für den erkrankten Menschen nur erfüllen, wenn die Beziehungen zwischen der Krankenversicherung und den Krankenhäusern zweckentsprechend gesetzlich geregelt werden.

   Hier, bei der Reform der Krankenversicherung, bietet sich für den Bundesgesetzgeber ein Ansatzpunkt, um zur Minderung der Sorgen der Krankenhäuser und zur Lösung der Krankenhausfrage beizutragen. Wer wollte bestreiten, daß die gesetzgebenden Körperschaften auch in dieser Hinsicht auf das Urteil von Sachverständigen angewiesen sind.
4. Die Regierungsvorlagen der vorigen und auch die-

ser Legislaturperiode wurden wesentlich durch die Annahme beeinflußt, der Krankenstand sei stark überhöht. Doch es fehlten wissenschaftlich fundierte Untersuchungen über die Ursache des Krankenstandes.

Es müssen deshalb — über Einzeluntersuchungen hinaus — umfassende Erkenntnisse über die Tatbestände gewonnen werden, die den Krankenstand in der industriellen Gesellschaft beeinflussen.

Im übrigen ist die Konstruktion des vertrauensärztlichen Dienstes von Mißtrauen gegenüber dem Patienten und gegenüber den behandelnden Ärzten getragen.

Eine solche Einstellung wird den gesundheitspolitischen Aufgaben nicht gerecht. Der vertrauensärztliche Dienst hat mehr zu sein, als eine Institution zur Kontrolle der Arbeitsunfähigkeit.

Wenn es mit Unterstützung von Sachverständigen gelingt, den vertrauensärztlichen Dienst zu einem sozialärztlichen Dienst umzugestalten, dann wird das unerquickliche Nebeneinander von unterschiedlichen Begutachtungen beseitigt.

Zudem kann ein solcher sozialärztlicher Dienst durch verbesserte diagnostische Beratung nicht nur zur Gesundschreibung, sondern vor allem auch zur Gesundung der Versicherten beitragen.

5. Der Gedanke der Selbstverwaltung wird als wichtige Grundlage unserer Sozialversicherung auf allen Seiten des Hauses bejaht. Der Regierungsentwurf sieht jedoch vor, die soziale Selbstverwaltung einzuengen, anstatt sie zu stärken.

   Deshalb soll das Gutachten der Sachverständigen Vorschläge für eine Synthese von Selbstverwaltung und Staatsaufsicht enthalten, durch die eine Entfaltung der konstruktiven Kräfte gefördert wird.

6. Der Aufwand der Krankenversicherung beläuft sich auf rd. 10 Md. DM jährlich. Das macht es erforderlich, im Rahmen einer Krankenversicherungsreform auch die finanziellen Zusammenhänge sorgfältig zu überprüfen.

   Die Verwaltungskosten für alle sozialen Leistungen betragen gegenwärtig insgesamt 2,5 Md. DM jährlich.

   Bei dieser Sachlage läßt es sich nicht verantworten, durch gesetzliche Regelungen den Verwaltungsaufwand nicht nur für die Träger der Krankenversicherung, sondern auch die Betriebe, Ärzte, Krankenhäuser und dgl. noch weiter zu erhöhen.

   Der Gesetzgeber hat die Verpflichtung, mit Unterstützung von Sachverständigen alle Anstrengungen zu unternehmen, um die Verwaltung auch der sozialen Krankenversicherung zu vereinfachen und sie nicht ins Unerträgliche zu komplizieren.

7. Selbstverständlich ist auch etwaigen Mißständen in der gesetzlichen Krankenversicherung zu begegnen. Die Zusammenhänge müssen vorurteilsfrei geprüft und erörtert werden. Deshalb soll das Gutachten der Sachverständigen sich auch zu diesen Fragen äußern und nach Möglichkeit Vorschläge zur Beseitigung unerfreulicher Zustände machen.

   Naturgemäß soll es den Sachverständigen freistehen, sich auch zu weiteren grundsätzlichen Fragen der Krankenversicherungsreform gutachtlich äußern zu können.

Die Sachverständigenkommission kann ihre verantwortungsvolle Aufgabe nur meistern, wenn ihr jede mögliche Hilfe zur Verfügung gestellt wird. Deshalb soll die Kommission nach ihrem Ermessen weitere Sachverständige an der Ausarbeitung des Gutachtens beteiligen können.

Alle Dienststellen, insbesondere die Träger der Krankenversicherung, die kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Vereinigungen sollen verpflichtet werden, der Kommission die erforderliche Unterstützung zu gewähren.

Wenn das Gutachten Grundlagen für eine Neugestaltung der deutschen Krankenversicherung schaffen soll, dann muß die Unabhängigkeit der Sachverständigenkommission gewährleistet werden.

Das schlechte Beispiel des Beirates für die soziale Neuordnung, der seinerzeit beim Bundesarbeitsministerium gebildet und der seit 1958 vom Arbeitminister nicht mehr zusammengerufen wurde, darf sich nicht wiederholen.

Deshalb beantragen wir, daß die Mitglieder der Kommission vom Herrn Bundeskanzler berufen werden und daß das Bundeskanzleramt die Voraussetzungen für die Arbeit der Kommission zu schaffen hat.

Ich komme zum Schluß:

Der Herr Bundeskanzler hat in seiner Regierungserklärung sich zu einer Sozialpolitik aus einem Guß bekannt und eine Sozialenquete in Aussicht gestellt.

Über das, was bisher in dieser Hinsicht von der Mehrheit versäumt worden ist, will ich jetzt nicht sprechen. Entscheidend ist für uns, daß nun endlich ein Anfang gemacht wird. Es ist notwendig, mit der Schaffung fundierter Grundlagen in der Krankenversicherung zu beginnen, zumal sich für diesen Bereich laut Regierungserklärung besondere Schwierigkeiten ergeben haben.

Die grundlegenden Probleme müssen vor der Beschlußfassung über ein Reformgesetz geklärt werden. Es wäre im hohen Maße sinnwidrig, den Rat von Sachverständigen erst zum Zwecke einer Behebung von Fehlern der Gesetzgebung, die jetzt noch vermieden werden können, einzuholen.

Nach den vielfältigen Enttäuschungen, die es mit den Regierungsentwürfen zur Neuregelung der Krankenversicherungsreform gegeben hat, müssen endlich die Voraussetzungen für eine Reform geschaffen werden, die den Erfordernissen unserer Zeit entspricht.

Selbstverständlich können die Sachverständigen durch ihr Gutachten niemals den gesetzgebenden Körperschaften die Verantwortung für die Gestaltung der Krankenversicherung abnehmen. Die Sachverständigen können aber dazu beitragen, die politischen Entscheidungen, die getroffen werden müssen, zu erleichtern.

Mit unserem Antrag auf Berufung einer Sachverständigenkommission für die Krankenversicherungsreform machen wir ein politisch und fachlich fundiertes Angebot zur Überwindung der Schwierigkeiten, von denen in der Regierungserklärung gesprochen wird.

Wir hoffen, daß das ganze Haus unserem Antrag zustimmt, weil damit den Grundsätzen der Regierungserklärung entsprochen wird, denn wir können und wollen noch nicht glauben, daß in dieser Beziehung die Regierungserklärung nur für die Bedürfnisse des Tages und nicht als Richtlinien der Politik formuliert wurde.

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

In der Fassung vom 23. September 1963

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

1. Personenkreis

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

2. Zweck der Förderung

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

3. Voraussetzung für die Förderung

Die Zinszuschüsse werden nur für solche Darlehen von Kreditinstituten gewährt, die die Lastenausgleichsbank (Bank für Vertriebene und Geschädigte), Bad Godesberg, Lessingstraße 4, nach ihren „Richtlinien für die Übernahme von Bürgschaften für Kredite von Kreditinstituten an Angehörige freier Berufe"*) vom 1. Oktober 1959 verbürgt hat oder noch verbürgen wird. Dabei dürfen alle mit der Gewährung oder Aufnahme eines solchen Darlehens zusammenhängenden jährlichen Kreditkosten, umgerechnet auf die vorgesehene Laufzeit des Darlehens, im Zeitpunkt der Bürgschaftsübernahme nicht höher sein als 3% über dem Lombardsatz der Deutschen Bundesbank.

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

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

a) wegen einer Praxisverlegung erforderlich war, es sei denn, daß für den Praxisinhaber eine Zwangslage gegeben war,

b) einer Praxiserweiterung oder -modernisierung gedient hat, es sei denn, daß der Kreditnehmer für sich und seine Familie beim bisherigen Umfang oder bei der bisherigen Ausstattung der Praxis noch keine ausreichende Existenzgrundlage gefunden hatte.

Dabei ist unter Praxis jede freiberufliche Wirkungsstätte zu verstehen.

4. Art und Ausmaß der Förderung

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

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

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

5. Gang des Verfahrens

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

a) Namen, Beruf und Anschrift des Darlehensnehmers,

b) Datum und Aktenzeichen der Bürgschaftsurkunde der Lastenausgleichsbank,

c) Höhe des Darlehens zu Beginn und am Ende des Jahres, für das der Zinszuschuß angefordert wird,

d) Zinssatz und Höhe der vom Darlehensnehmer für das betreffende Jahr insgesamt geschuldeten Zinsen,

e) Zinssatz und Höhe des nach diesen Richtlinien errechneten Zinszuschusses für das betreffende Jahr.

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

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

6. Anforderungsfrist

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

7. Prüfungsrecht

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

Dieses Prüfungsrecht hat die Lastenausgleichsbank

*) Abgedruckt im Bundesanzeiger Nr. 3 vom 6. 1. 1963.

gegenüber der Hausbank, die Hausbank gegenüber dem Darlehensnehmer auszubedingen.

8. Zurückzahlung der Zuschüsse

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

AUS DER LANDESPOLITIK

Haus des Arbeitsschutzes in München

Am 14. November 1963 wurde in der Pfarrstraße der Erweiterungsbau des Bayerischen Landesinstituts für Arbeitsschutz eingeweiht, in dem auch das Bayerische Landesinstitut für Arbeitsmedizin und das Gewerbeaufsichtsamt München-Stadt eine neue Wirkungsstätte gefunden haben. Das Gebäude in der Pfarrstraße ist so zu einem „Haus des Arbeitsschutzes" geworden.

Der Bayer. Staatsminister für Arbeit und soziale Fürsorge sprach vor zahlreichen Ehrengästen in seiner Festrede über die Aufgaben der Länderinstitute für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

Bayerisches Landesinstitut für Arbeitsschutz

Das Bayerische Landesinstitut für Arbeitsschutz hat in Ergänzung der exekutiven Aufgaben der Gewerbeaufsichtsämter und des Bayerischen Landesinstituts für Arbeitsmedizin die Bestrebungen des Arbeitsschutzes zu fördern und zur allgemeinen Verbreitung der Kenntnisse über die Notwendigkeit und die Ausgaben des Arbeitsschutzes beizutragen. Das Institut ist im Jahre 1900 als ältestes derartiges Institut in Deutschland gegründet worden und seit 1906 in dem Anwesen Pfarrstraße 3 in München tätig.

Durch eine umfassende Ausstellung und Vorführung von Beispielen und Exemplaren wertvolier Neuerungen auf dem Geblete des Arbeitsschutzes, der Unfallverhütung und der Arbeitshygiene wird allen Kreisen der Bevölkerung ein Bild des derzeitigen Standes des Arbeitsschutzes gegeben. Durch eine Wanderlehrschau „Arbeite sicher" werden die wesentlichen Kenntnisse hieraus in laufenden Besuchen der Berufsschulen in Bayern jährlich etwa 40 000 Berufsschülern vorgeführt.

Durch Vorträge und Lehrgänge werden unter Verwendung des vorhandenen Anschauungsmaterials sowie Vorführung von Lichtbildern und Filmen die Fragen des Arbeitsschutzes im Institut und in großen Orten Bayerns den interessierten Kreisen vermittelt. Vorlesungen über Arbeitsschutz und Betriebssicherheit werden an der Technischen Hochschule München, im Berufspädagogischen Institut und an anderen staatlichen Technischen Lehranstalten abgehalten. Vielfach ist hierbei die Vorlesung Prüfungsfach.

Eine Fachbibliothek und eine Literaturkartei über das gesamte Gebiet des Arbeitsschutzes ist allgemein zugänglich.

Die Tätigkeit der Gewerbeaufsichtsämter wird ferner durch eine Meßgruppe unterstützt, die die einschlägigen physikalischen und chemischen Untersuchungen für die Klärung der Arbeitsplatzverhältnisse und zur Ermittlung der notwendigen Arbeitsschutzmaßnahmen ausführt. Es können hier Messungen von Licht, Lärm, Erschütterungen, Staub und schädlichen Gasen, sowie von ionisierenden Strahlen ausgeführt werden.

Bayerisches Landesinstitut für Arbeitsmedizin

Die Aufgabe des Landesinstitutes für Arbeitsmedizin ist es, den gewerbeaufsichtlichen Dienst in ärztlicher Hinsicht in den Betrieben auszuüben und dadurch der Erhaltung von Leben und Gesundheit bei der beruflichen Arbeit durch die Bekämpfung beruflich bedingter Erkrankungen zu dienen. Bei der Berufsarbeit geben die Einwirkung von gesundheitsschädlichen Gasen, Dämpfen und Stäuben, der Umgang mit Lösungsmitteln, mit giftigen Stoffen, die Einwirkung von Lärm, Erschütterung, von Licht-, Wärme- und ionisierender Strahlung, Infektionen usw. vielfach Möglichkeit, gesundheitliche Schädigungen zu erwerben.

Zur Erfüllung dieser Aufgaben hat das Landesinstitut diese Gefahren festzustellen, die Betriebe und Arbeitnehmer darüber aufzuklären sowie zusammen mit den Gewerbeaufsichtsämtern, Bergaufsichtsbehörden und den Aufsichtsbeamten der Berufsgenossenschaften Abhilfe zu finden. Es hat dafür Sorge zu tragen, daß durch geeignete Einstellungs- und Überwachungsuntersuchungen ungeeignete Personen von gefahrvollen Arbeiten ferngehalten und Schädigungen im ersten Beginn erkannt werden.

Soweit eindeutige Berufsschädigungen vorliegen, welche die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllen, werden diese Berufskrankheiten wie Unfälle entschädigt. Sie müssen von den behandelnden Ärzten und von den Betrieben gemeldet werden. Das Institut prüft die Voraussetzungen für eine Entschädigung durch die Berufsgenossenschaften. Andere Schädigungen werden durch betriebliche oder persönliche Schutzmaßnahmen behoben.

Dieser gewerbeärztliche Dienst des Institutes für die erwerbstätige Bevölkerung, der 1909 mit einem Arzt begonnen worden ist, wird heute durch das Landesinstitut versehen, das mit seinen Zweigstellen in Nürnberg und Bayreuth rund 50 Personen, darunter zehn Ärzte, zwei Chemiker und sieben Technische Assistentinnen, beschäftigt.

Gewerbeaufsichtsamt München-Stadt

Das Gewerbeaufsichtsamt München-Stadt ist als eines der zehn Gewerbeaufsichtsämter in Bayern die Vollzugsbehörde (untere Verwaltungsbehörde) für den staatlichen Arbeitsschutz im Stadt- und Landkreis München. Ihm obliegt die Aufsicht über die Durchführung der gesetzlichen Arbeitsschutzvorschriften in den Betrieben und an Arbeitsstätten. Der Arbeitsschutz umfaßt den technischen Betriebsschutz, die Unfallverhütung und Unfalluntersuchungen, überwachungs-

bedürftige Anlagen, die Ausgestaltung der Arbeitsplätze und Arbeitsräume sowie der sozialen und hygienischen Nebenräume, die Arbeitsschutzkleidung und Arbeitsschutzgeräte, den Gesundheitsschutz und die Berufskrankheiten — in Zusammenarbeit mit dem Landesinstitut für Arbeitsmedizin —, die Arbeitszeit, den Sonderschutz für Kinder, Jugendliche, Frauen, werdenden und stillenden Müttern und für Körperbehinderte, den Heimarbeiterschutz und den Ladenschluß.

Die Aufgaben werden wahrgenommen durch Betriebsbesichtigungen, durch Begutachtung der Baupläne gewerblicher Betriebe und von betrieblichen Nachbarschutzangelegenheiten, durch die Erteilung von Aufklärung und durch den Erlaß von behördlichen Verfügungen.

Maßnahmen zur Unterbringung Pockenkranker

Unter Verwertung der Erfahrungen bei den Pockeneinschleppungen der jüngsten Zeit und der von verschiedenen Seiten gemachten Vorschläge habe das Innenministerium die früheren Richtlinien zur Pockenbekämpfung überarbeitet, die den Regierungen demnächst zugeleitet würden, erklärte Innenminister Heinrich Junker in Beantwortung einer schriftlichen Anfrage des FDP-Abgeordneten Dr. Klaus DEHLER. In Bayern seien die Regierungen schon seit der seinerzeitigen Pockeneinschleppung in Ansbach beauftragt, gemeinsam mit den für den Vollzug des Bundesseuchengesetzes verantwortlichen Kreisverwaltungsbehörden geeignete Maßnahmen zur Verhinderung der Weiterverbreitung von Pockenerkrankungen vorzubereiten. Dabei sollen Einrichtungen für die Absonderung von Pockenfällen am zweckmäßigsten so ausgewählt werden, daß sich das Einzugsgebiet über einen Regierungsbezirk oder mehrere Kreise erstreckt.

In München und Nürnberg, in deren Bereichen wegen der zugehörigen Sanitätsflughäfen die Vorbereitungen besonders dringlich waren, wurden sog. Pocken-Alarmpläne aufgestellt, die nicht nur die Unterbringung von Pockenfällen und Ansteckungsverdächtigen regeln, sondern auch Vorsorge treffen, daß ausreichend geschütztes ärztliches sowie Pflege- und Krankentransportpersonal und sonstiges Hilfspersonal zur Verfügung stehen. Die von dem Fragesteller erwähnten bezirklichen Pockenstationen gebe es bisher nur in Nordrhein-Westfalen. In Bayern gehen die Vorbereitungen auch in die Richtung, daß als Hilfskrankenhäuser geeignete Einrichtungen im Seuchenfall kurzfristig aus der Seuchenreserve des Bayerischen Roten Kreuzes ausgestattet werden.

Einrichtung von Hilfsschulsonderklassen

Das Kultusministerium hat die Regierungen angewiesen, an den Hilfsschulen nach Bedarf eigene Klassen für geistig behinderte Kinder einzurichten. Voraussetzung für den Besuch der Hilfsschulsonderklassen ist der Wunsch der Erziehungsberechtigten und ihre Bereitschaft, die damit verbundenen Opfer, wie Begleitung von und zur Schule und rege häusliche Mithilfe auf sich zu nehmen. Das Ministerium hat im einzelnen die schulischen Erfordernisse für die Bildung der Sonderklassen festgelegt. Dabei wird unterstrichen, daß ein breiter Raum dem Sprechenlernen und der Sprachheilerziehung einzuräumen ist. Der Schulbesuch kann auf drei bis vier Wochentage beschränkt werden, die Unterrichtszeit beträgt täglich ungefähr vier Stunden. Kinder, bei denen sich im Laufe des Hilfsschulsonderunterrichts sowohl in den Leistungen wie auch im Gesamtverhalten eine wesentliche Besserung gezeigt hat, können — probeweise — in eine Hilfsschulklasse eingewiesen werden. Hilfsschulsonderklassen für geistig behinderte Kinder sind in München, Erlangen, Nürnberg, Würzburg und Schweinfurt versuchsweise eingerichtet.

1,37 Milliarden DM für kulturelle Zwecke

Aus dem Kultusetat 1964

Mit rund 1,37 Milliarden DM Gesamtausgaben weist der Haushaltsentwurf des Kultusministeriums für 1964, der jetzt dem Bayerischen Senat zur Begutachtung zugegangen ist, gegenüber dem Vorjahr eine neuerliche Ausweitung um rund 120 Mill. DM auf. Auch der Zuschußbedarf liegt mit 1,18 Milliarden DM um 100 Mill. DM über dem des Haushalts 1963.

An wesentlichen organisatorischen Änderungen ist die Veranschlagung eines eigenen Kapitels für die neu zu gründende Universität Regensburg zu verzeichnen, worin insgesamt 2 087 000 DM für Hochbaumaßnahmen (1,1 Milli. DM), die Beschaffung eines Büchergrundbestandes (800 000 DM) sowie für Lehrmittel, allgemeinen Sachbedarf und Personalkosten veranschlagt sind. Die bisher vom Bezirk Oberpfalz betriebene Ingenieurschule in Regensburg wird ab 1. Januar 1964 vom Freistaat Bayern übernommen.

Nach großen Gruppen aufgegliedert ergeben sich folgende wesentliche Veränderungen gegenüber 1963 (jeweils in Mill. DM und Änderungsbetrag in Klammern): Leistungen für die Universitäten, Technische Hochschule München und Philosophisch-theologische Hochschulen 97,3 (+ 13,6), Leistungen für sonstige wissenschaftliche Anstalten und Forschungseinrichtungen 36,3 (+ 6,7), staatliche Höhere und Mittelschulen 6,5 (— 0,9), nichtstaatliche Höhere Schulen und Mittelschulen 52,6 (+ 12,3), Zuschuß für Berufsschulen 43,5 (+ 3,0), nichtstaatliche Ingenieurschulen 10,5 (— 0,7), Leistungen für die Staatstheater 17,6 (+ 1,7), Zuschüsse an nichtstaatliche Theater 8,1 (+ 1,1), Begabtenförderung und Jugendpflege 28,9 (+ 4,9), Turn- und Sportwesen 17

(+ 2,0), Leistungen für kirchliche Zwecke 37,6 (+ 0,8) und sonstige allgemeine Ausgaben 25,9 (— 3,7).

Bei den einmaligen Ausgaben in Höhe von 157,5 Mill. DM (39 Mill. DM mehr als 1963) sind zu nennen (wiederum jeweils in Mill. DM): Leistungen für die Universitäten und Hochschulen 87,3 (+ 22,0), Pädagogische Hochschulen 6,6 (+ 4,1), sonstige wissenschaftliche Anstalten 8,9 (+ 1,6), staatliche Höhere Schulen 23,5 (+ 8,3), Fachschulen, staatliche Ingenieur- und Sonderschulen 13,4 (+ 5,4), Staatstheater 6,9 (— 2,8), staatliche Kunst- und Musikhochschulen, Museen und Sammlungen 3,8 (+ 1,6), Leistungen für kirchliche Gebäude 5,7 (+ 1,4).

Für Hochbaumaßnahmen sind im Rahmen der einmaligen Ausgaben 119,2 Mill. DM, d. h. 33,3 Mill. DM mehr als im Vorjahr vorgesehen, wozu noch Bindungsermächtigungen von Insgesamt 90,2 Mill. DM (davon 24,6 Mill. DM noch aus 1963) kommen.

Bei den Allgemeinen Bewilligungen sind an Zuschüssen für wissenschaftliche Zwecke 30,18 Mill. DM (6,2 Mill. DM mehr als 1963) eingeplant, darunter folgende größere Einzelbeträge:

Zentralzuschuß an die Max-Planck-Gesellschaft zur Förderung der Wissenschaften 21 Mill. DM, Zuschuß für das Germanische Nationalmuseum in Nürnberg 1,3 Mill. DM, Deutsches Museum München 2,47 Mill. DM, Zentralinstitut für Kunstgeschichte München 451 000 DM, Monumenta Germaniae Historica München 280 000 DM und als einmalige Ausgabe ein Kostenzuschuß von 500 000 DM (gesperrt) für den Wiederaufbau des Germanischen Nationalmuseums in Nürnberg.

Feuilleton

Baisse des Schöpferischen

(Der schaffensfrohe Mensch in der Medizin)

Von Dr. med. Bruno Leo Friton, VDI

Von Eindrücken zu sprechen, hat einen unübertrefflichen Vorteil. Eindrücke sind unvollständig und daher im gewissen Sinne einseitig. Impressionen sind zwangsläufig subjektiv und gerade auf Grund dieser Selbstbescheidung strittig. Mit dieser Vorbemerkung darf auch gleichsam ein Outsider zu gegebener Zeit seine diesbezügliche Einprägung in Fühlen und Denken kundtun:

Neugestaltung und Hervorbringung sind zu einem ausgesprochenen Engpaß im Ablauf des medizintechnischen Arbeitsganges geworden; heute schon wissen wir nicht mehr, ob es gelingt, die Aufgaben, die uns morgen gestellt werden, noch zu lösen. Aber nicht nur das Können, sondern auch die schöpferische Kraft zeigen bedauerlicherweise Verfallserscheinungen. So sagte Professor MODREY vom Union College Shenectady: „In den letzten fünfzig Jahren haben die Aufwendungen für die Forschung um 1200% zugenommen, die Anzahl der Inventa aber nur um 20%." 1962 wurden in den USA von fünftausend privaten Organisationen, die sich um die Förderung kultureller Einrichtungen bemühen, 315 Millionen Dollar gestiftet. 14 Prozent davon entfielen auf Forschung und Wissenschaft, während Amerikas Mäzene für die Heuristik nichts über hatten. Etwa 2% der Studierenden (TH und HTL) werden als schöpferisch angesehen; in der Medizin liegt der Prozentsatz noch weit niedriger. Von der Genialität dieses winzig kleinen Prozentsatzes jener wenigen, die das Rennen machen, hängt aber Erfolg und Fehlschlag ab.

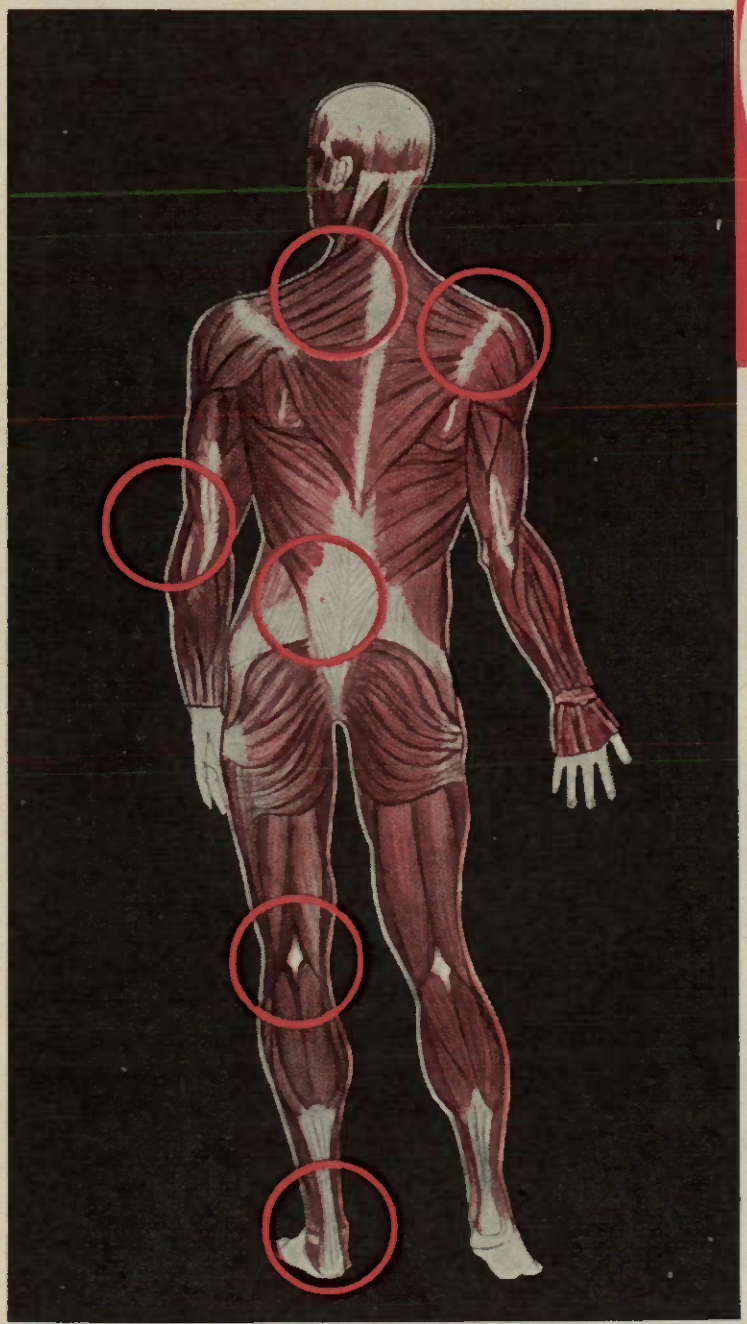
Der allgemeine Zug zum Wissen anstelle des Tuns hat inzwischen unser ganzes Geistesleben erfaßt. Es verbirgt sich dahinter eine uneingestandene Scheu vor Verantwortlichkeit. Wissen schließt an sich keine Verantwortung in sich, wem aber etwas schlecht abläuft, dem gibt man Schuld. Bislang glaubte man, mit der Förderung der Wissenschaften nur Gutes zu tun; schon aber melden sich erste Bedenken an. Atomphysiker HEITLER und Professor RÖPKE äußern bereits Gedanken wie diese: „Scientismus ist in seiner letzten Folgerichtigkeit der Feind des Humanismus." Desungeachtet bleibt aber der Ruf nach vermehrter Forschungsarbeit bestehen, obzwar das aufgestapelte Wissen seit langer Zeit nicht mehr verarbeitet und sinnvoll angewendet werden kann. Trotz aller Schwierigkeiten erblickt man nun einmal das Heil in der Wissenschaft und ist bereit, dafür hohen Tribut zu zahlen. Dieser ubiquitären Bedrohung gilt es entgegenzutreten. Nur in der Pflege der Humanität kann indessen die Technik ihre Rechtfertigung finden. Der Mensch soll davon überzeugt sein, daß sein persönlicher Beitrag dem Gesamtwerk dient.

Physiker und Chemiker hielten jetzt im September ihre Jahrestagungen ab. Trafen sich in Heidelberg 2000 Größen der Gesellschaft Deutscher Chemiker, so waren es in Hamburg ebenso viele Physiker der Deutschen Physikalischen Gesellschaft. Auf beiden Veranstaltungen wurde deutlich, daß Physik und Chemie seit Olims Zeiten die Säulen der „exakten Naturwissenschaften" sind. Beide Tagesordnungen umfaßten das ganze Spektrum physikalischer und chemischer Forschungen. Ebenso wurden aber auch Sorgen laut, die von BOPP als „Sorgen um die Kontinuität der Forschung in Deutschland" umrissen wurden; BOPP hatte dabei wohl die Nachteile des Partikularismus der Forschung im Auge. BALKE meinte auch bestimmt dasselbe, wenn er von der unbefriedigenden naturwissenschaftlichen Ausbildung sprach. Besonders drastisch kennzeichnete zudem der Physiker RIEWE den Sachverhalt: „Wenn die Wissenschaft heute nicht genügend gefördert wird, steht in 20 bis 30 Jahren die dynamische Rente auf dem Spiel." An ausgezeichneten Potenzen fehlt es zwar nicht; der Kern der Sache liegt jedoch in einer fehlenden Gesamtkonzeption, in der Gefährdung der Forschung!

Eine deutliche Bewegung in dieser Richtung ist zwar in letzter Zeit feststellbar, doch den produktiven Menschen hat sie nicht erfaßt. Musik aus einem Guß darzubieten, ist Aufgabe des Dirigenten; unter seiner straffen und sachverständigen Führung fügen sich die In-

Rheuma

Neuartige wirksame Rheumatherapie ohne Corticoide und ohne Phenylbutazone



Dipyron®

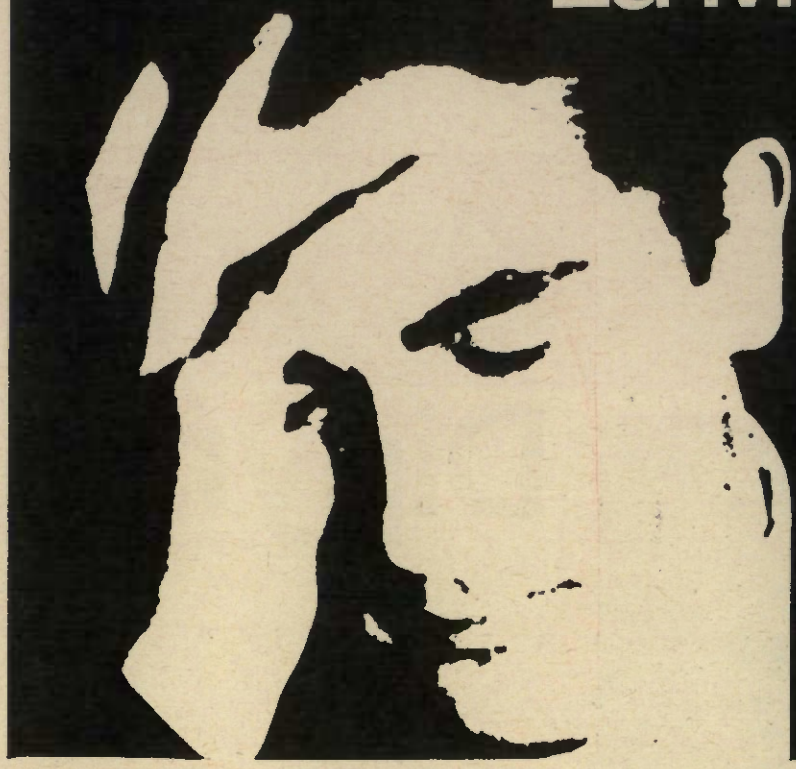
Ein neuartiges Antirheumatikum mit stoffwechsel-aktiver Komponente.
Unmittelbare Hemmung des entzündlichen Ödems.
Verstärkter Fibrinabbau.
Durchgreifende Stabilisierung des geschädigten Kreislaufes.

Dragees und Ampullen.

Literatur und Muster auf Wunsch.

JOHANN A. WÜLFING
DÜSSELDORF

Schmerz vergeht- Eu-Med®



Ein klassisches Analgeticum

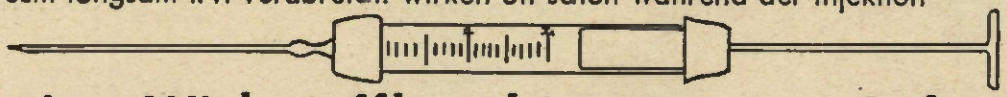
10 Tabletten DM 0,90
20 Tabletten DM 1,55
6 Suppositorien DM 1,45 lt. A.T. o.U.

MED Fabrik
chemisch-pharmazeutischer
Präparate J. Carl Pflüger
Berlin 31

GERMAKELLIN®

Packungen mit 5 Ampullen DM 3.35 o. U.

2 ccm longsam i. v. verabreicht wirken oft schon während der Injektion



Die neuartige Wirkstoffkombination zur Soforthilfe beim Asthma-Anfall und beim Status asthmaticus

Frei von Adrenalin-Derivoten
keine schödlichen Nebenwirkungen
auf Herz und Kreislauf

DR. H. THIEMANN GMBH LUNEN i. W.

SPARKASSE

gibt Sicherheit in allen Geldgeschäften

...auch beim prämienbegünstigten Sparen. Wichtiger Termin 30. Dezember

strumente zu einem harmonischen Klangkörper und vermitteln den Eindruck eines wohlabgestimmten Ganzen. Nur durch die schöpferische Tat kann Neues zur Entfaltung und Förderung des Lebens erschaffen werden. Bloß durch Zusammentragen von Wissensstoff allein wird aber nichts besser, sofern nicht der schöpferische Mensch hinzutritt und daraus Neues zur Erhaltung des Lebens schafft.

Drei schmale Wege führen allein in dieses schwierige Gelände: Wissenschaftlicher Apparat und Forschung sind fürs erste so lange und derart einzuschränken, bis ihre Resultate wieder laufend realisiert werden können. Die medizinische Technik benötigt nicht m e h r, sondern bessere „Erbauer", wobei es sich als notwendig erweisen wird, die herkömmlichen Maßstäbe aufzugeben und um dieser Menschen willen Ausnahmen zuzulassen. In der „Konstruktion" dürfen wir eben nicht ein Ressort unter anderen sehen, sondern müssen sie als das maßgebende Fach betrachten. Im Laufe der letzten Jahre ist die schöpferische Arbeit abgewertet; dadurch sind die besten aufbauenden Kräfte in den Hintergrund getreten. Es gilt jetzt Mittel und Wege zu finden, um den produktiven Menschen, der allein unsere Zukunft gestalten kann, wieder zu gewinnen.

„Der wirklich schöpferische Mensch", sagte STEARNS ELIOT einmal, „versteht selbst nur einen Teil dessen, was er schreibt, denn er ist Instrument in der Hand eines Größeren." C. D. FRIEDRICH: „Folge der inneren Stimme und nimm an, was Dir zusagt, und lasse den andern, was jenen recht erscheint." Das Originalgenie bleibt immer sich selbst das größte Geheimnis (SCHILLER); es hat nämlich etwas vom Instinkt der (BOSSHART-)Zugvögel. Es steht fest, daß der eruptive Mensch seinen eigenen Weg gehen muß. Nur selten kann Zuspruch von außen ihm helfen. Menschlicher Erfindergeist und Schöpferkraft formen unsere Umwelt. Vieles, was uns heute das Leben verschönt, es angenehmer macht, hätten wir uns noch vor wenigen Jahren einfach nicht träumen lassen. Gestalterische Menschen werden mithin von innen her getrieben, ihre Werke zu kreieren; oft haben sie das Gefühl, daß gar nicht sie selbst etwas tun, sondern ein „Es", eine unbestimmte Gewalt in ihnen lebendig ist, die ihnen die Feder oder das Instrument führt. Man muß also jederzeit bereit, geeignet und imstande sein können, aus der Beobachtung heraus, richtige Folgerungen zu ziehen. Die Epigonen haben keine konstruktiven Ideen und wissen nur, was sie nicht wollen; es liegt in der Natur der Sache, daß Kopisten den schöpferischen Geistern in Legionen folgen. Es ist daher auch pure Romantik, wenn man den Genius in einsamer Höhe thronen läßt; auch die hohen Gipfel schweben nicht frei in der Luft. Ein schaffender Mensch ist ja der, der Augen hat für das, was ihm wirklich vor Augen liegt. Der eigentliche Anstoß im schöpferischen Menschen ist die persönliche Bewegung in seinem Geiste, der das Vorgefundene zergliedert und neu verbindet. Talentierte Erfindungskunst, explosiver Ideenreichtum und konstruktives Denkvermögen, schöpferische Phantasie und Eigeninitiative, großer Fleiß und zielstrebige Zähigkeit sind, neben umfassenden, fundierten Kenntnissen und großer Erfahrung, die Grundlagen für ein dynamisches Wirken. Als unternehmende, vorwärtsstrebende, konstruktiv befähigte Persönlichkeit, muß der befruchtende Mensch aufgrund seines fachlichen, soliden, überdurchschnittlichen Wissens und der ständigen Bereitschaft zu weitgehendst selbständigen Arbeiten, jederzeit in der Lage sein, manipulierbare Instruktionen zu geben — mit eigener, starker, sicherer Hand. Dabei ist es irrelevant, ob bereits bestehende Konstruktionen verbessert oder gar Neukonstruktionen fertigungsgerecht entwickelt werden. „Dem Talent dient dabei die Logik als Brücke, dem Genie als Geländer" (GRASHEY); dieses überfliegt auch Hindernisse, die das Talent erklimmt; zwischen Wissen und Tun liegen eben tiefe Klüfte. Das Talent arbeitet, das Genie schafft (R. SCHUHMANN).

Ein ununterbrochenes Wiederaufnehmen, Umdeuten und Umgestalten, aber auch Neuzusammenstellen vorhandener Werke, Intuition bei Entwicklungsarbeiten, die immer wieder versucht, das Alte in einem neuen Licht zu sehen, schafft dauernd neue Möglichkeiten der Gestaltung. Ein überängstliches Erhaltenwollen hergebrachter Werte beruht ja allzuoft auf einem unsicheren Wertgefühl. Es hat noch nie geschadet, Unrichtiges zu zerstören; schon darin liegt ein gewisses Maß an „Aufbauen", denn das Erkennen des Falschen setzt ja das Wissen um das Richtige voraus. Jeder, der mit der (Vor-)Entwicklung und Konstruktion neuer Erzeugnisse Schritt halten will, muß, aufgrund einer konstruktiven Begabung, als bestqualifizierter „Außenstehender" sein gutes Ingenieur-Können jederzeit unter Beweis stellen. Dabei ist ihm dann die Beherrschung der Rationalisierung und der Steuerung des gesamten Praxisgeschehens äußerst dienlich. Hier ein technisches Beispiel: Man hatte es lange ausprobiert. Der lange Baggerarm war ein großer Irrtum. Man schaffte ihn ab; schwere Arbeiten brauchen nicht einen schweren Ausleger, sondern eine große Kraft; von ihr soll das Gewicht des Armes möglichst wenig verzehren. Man machte den Trägerarm schlanker, konstruierte ihn wie eine hochmoderne Brücke: niedriges Eigengewicht, hohe Tragkraft. Den Querschnitt des Arbeitszylinders setzte man herab, den Arbeitsdruck hinauf, unter den geeigneten Stählen wählte man den besten. Es entstand etwas ganz Neues.

Dem Arzt-Ingenieur, der plant, konstruiert und folgerichtig aufbaut, wird, aufs Ganze gesehen, eine Entwicklung um so näher gebracht werden können, wenn sie sich aus naturgegebenen Verhältnissen logisch und zwingend ergeben hat. Der Arzt-Ingenieur ist dazu ausersehen, eine Symbiose im Reiche der Naturwissenschaft und Technik vorzuleben: P a r a c e l s i s c h e L i e b e zum Mann im Labor, Konstruktionssaal, Bergwerk, Aeroplan und Turbinensaal, am Prüfstand, auf dem Baugerüst, in der Taucherglocke und im Atommeiler, und wo immer er auch tätig ist. Täglich empfangen wir ja seine Gaben als Buch, Bild, Fahrzeug, Haus, Heilmittel, Kunstwerk, Instrument, Werkzeug, Speis und Trank, kurz in unabsehbaren Formen. Die Arbeit des Arzt-Ingenieurs besteht demnach in der Anwendung der exakten Wissenschaften auf die Praxis; sie fordert daher Erziehung zu sauberem und klarem Denken, zu unbedingter Zuverlässigkeit und absoluter Wahrheit. Auch muß er allzeit und allerorten neuen Plänen und Gedanken zugänglich sein. Diese Qualifikation kann man sich aber nicht erwerben. Hier gilt nur: entweder man hat sie oder man hat sie nicht. Das vorletzte Wort haben allerdings leider immer noch die Philister; sie bilden die Vorhölle des Individualisten.

Die Sorge um den befähigten, schöpferischen Nachwuchs ist allgemein. Eine Besserung ist nur möglich, wenn wir offen darüber sprechen. Man muß den Mut aufbringen, einzugestehen, daß unter Umständen unsere Praxen einmal gefährdet sein könnten, entweder leerer zu werden oder mit Ärzten angefüllt zu werden, die uns bei den großen Aufgaben der Zukunft nicht mehr in dem erforderlichen Maß zu unterstützen vermögen. Es fehlt zweifellos an schöpferisch Begabten, insbesondere an jungen Menschen, die einmal das Geschehen in unseren Praxen selbst bestimmen. Das Problem liegt nicht so, daß es diese Leute nicht mehr gibt, sondern daß sie aufgrund mannigfacher Gegebenheiten materieller und psychologischer Art nicht mehr gewillt sind, schöpferisch zu arbeiten. Wir brauchen daher mehr denn je Arzt-Ingenieure mit einem weitfundierten Fachwissen, die in der Lage sind, wissenschaftliche Erkenntnisse mit künstlerischem Gestalten zu kombinieren und dabei auch das wirtschaftliche Optimum nicht aus den Augen verlieren und diese Tätigkeit nicht nur leisten können, sondern auch mit Hingabe tun. Dabei ist weniger entscheidend, ob der Betreffende auch ein Diplom-Ingenieur ist oder eine HTL-Ausbildung mitbringt, vielmehr muß es sich um einen erfahrenen, kritischen — auch selbstkritischen —, auf Vereinfachung bedachten „Spezialisten" handeln. Selten oder nie will es jemand wahrhaben, daß der Konstrukteur nun einmal die Krone der Ingenieurtätigkeit trägt. Die Unterschätzung reicht leider bis zur Aversion: man scheut die Verbindlichkeit, man möchte nicht im Licht, sondern im Halbschatten der Verantwortung stehen. Man möchte auch nicht in einen „Konstruktionsraum", weil so wenig Reizvolles in ihm steckt, weil dort so viele Pflichten über so steinige Wege führen: mehr oder weniger geistlose Tätigkeit am Zeichenbrett, Gleichstellung mit „Zeichnern", keine Aufstiegsmöglichkeiten, das Wissen um die eigene mangelnde Übung beim Anfertigen von Zeichnungen, keine Bezahlung, gemessen an den Aufgaben. Hinzu kommt, daß der Mediziner schon während des Studiums eine Abneigung vor dem Zeichnen auf seinen Lebensweg mitbekommt. Trotz dieser Bedenken braucht aber auch die medizinische Technik die Besten und nicht mehr diejenigen, die sich nicht wendig genug glauben, um anderswo zum Erfolg zu kommen. Führt denn überhaupt ein Weg zu dem Ziel?

Im Hinblick auf die großen Aufgaben, die uns im Rahmen der europäischen oder gar internationalen Räume erwarten, haben wir allen Grund, das Schöpferische, soweit möglich, zu fördern und die materiellen und geistigen Voraussetzungen dazu nachhaltig zu verbessern. Es gilt, einen Teil des eingangs erwähnten winzigen Prozentsatzes für die Konstruktionstätigkeit zu gewinnen. Treten sie dann, erfüllt von der Größe und Bedeutung dieser schöpferischen Tätigkeit, vor die Tore der Praxen, dürfte schon viel gewonnen sein. Allerdings ist dabei zugegebenermaßen noch zu beachten, daß der „Entwerfer" nicht nur schöpferisch, sondern zugleich auch technisch-mathematisch begabt sein soll, allerdings ein sehr seltenes Zusammentreffen ...

Vor allem aber sollte auch der Kontakt mit älteren, erfahrenen Kollegen gepflegt werden. Die erste Einführung in die Praxis muß nämlich behutsam und mit dem notwendigen psychologischen Einfühlungsvermögen erfolgen, so daß sich der junge Erfinder-Arzt schon bald nach seinem Übertritt in die Praxis wohl fühlt und zu der Überzeugung gelangt, daß auch er an neuen Dingen mitdenken, mithandeln darf. Konstruieren ist eine schöpferische Tätigkeit, zu deren Entfaltung es einer gewissen Stille bedarf. Die Stille ist ja die Herrin — der Unruhe ... TAO TEH KING XXVI.

Die Kontaktaufnahme mit anderen Stellen weitet den Gesichtskreis, spornt an und stärkt das Selbstbewußtsein des Aussinners, Aufbauers, Autors, des Bewirkers, Entfachers, Erbauers, des Errichters, Erschaffers, Erzeugers, des Formers, Gründers, Herstellers, Urhebers, mit einem Wort: des Konstrukteurs. Er muß unbedingt aus seiner Anonymität herausgeführt werden. Sein Name sollte in Publikationen mehr als bisher genannt und er selbst aufgefordert werden, über sein Schaffen zu berichten. Die Kompliziertheit der heutigen Technik trägt nun mal zur Minderbewertung der Konstruktionstätigkeit bei. Gerade der schöpferische Arzt muß deshalb auch polyglott sein, damit er fremdsprachige Literatur studieren und sich rege an Diskussionen mit ausländischen Kollegen beteiligen kann; ohne das geht es einfach nicht!

Wir wollen folglich ad notam nehmen: man muß Einwände, die allenthalben auch gegen die medizinische Technik erhoben werden, schon auf das richtige Maß zurückschrauben. Es darf unter keinen Umständen so weit kommen, daß gar einer Total-Mechanisierung und All-Automatik vorgearbeitet wird. Man kann aber diesen Werdegang weder verneinen noch rückgängig machen. Die Zeit steht nicht still. Auch in der medizinischen Technik Europas, ja der ganzen Welt, hat die Zukunft bereits begonnen. Die Realitäten von heute sind die Utopien von gestern, Forschung und Entwicklung von heute aber Konstruktion und Erfolg von morgen. Die Spezialisierung in der Medizin und damit die Anforderungen in der täglichen Praxis steigern sich immer mehr. Es ist daher auch nicht verwunderlich, daß gerade die viel beanspruchten Praktiker und Spezialisten kaum noch Gelegenheit haben, sich mit den immensen Fortschritten der Medizin vertraut zu machen. Die Spezialisten werden heute durch den Stand der Wissenschaft genormt. Aber finden wir doch trotzdem die Zeit, mit anderen Fachleuten über universale, globale Dinge zu diskutieren. Erst solche Diskurse befreien uns von der eigenen Enge und rechtfertigen eine Expansion, die zum Wohle der Menschheit weiter und höher fortschreitet.

Wohl wissen, wie gesagt, die Ärzte, daß auch das Rad der Medizingeschichte nicht zurückgedreht werden kann, und sie wollen es auch gar nicht, da sie sich ja bewußt sind, welch große Bedeutung der medizinischen wissenschaftlichen Forschungsarbeit zukommt.

„Andererseits weiß ich zwar, daß man heute immer wieder behauptet, unsere heutige industrielle Technik sei etwas noch nie Dagewesenes, schlechthin Einmaliges, grundsätzlich Neues. Ich persönlich bin lieber vorsichtig mit solchen ausschließenden Bezeichnungen. Die Größenordnung der heutigen Verhältnisse in der technischen Welt ist allerdings etwas Neues. Die Geschichte schafft stets etwas Neues, das sich nie wiederholt. Die Mannigfaltigkeiten des Lebens kehren nie wieder, sie wechsein; was aber wiederkehrt, sind die Grundsituationen, oder Grundkonstellationen (Schadewaldt)."

„Der Mensch lebt nicht von Brot allein" ist der Titel eines weltbekannten Buches. Wir alle brauchen, gerade im Zeitalter des materiell ausgerichteten Maschinen-Massen-Zeitalters, die Erfüllung von Wünschen als Spiegelbild eigener Arbeit und eigenen Fleißes. Jede Neuheit ist daher gleichzeitig auch ein Auftrieb zu wieder neuen Leistungen.

Wissenschaft und Technik sind natürlich, wie alles menschliche Tun, dem Mißbrauch ausgeliefert. Aber unerlaubter Gebrauch und unrechte Verwendung rechtfertigen noch lange nicht Ablehnung. Das verlangt gerade vom Arzt-Ingenieur ein großes befreiendes „Ja" zur Welt der Naturwissenschaften und der Technik. Es darf da kein Mißtrauen geben, kein Sich-herab-Lassen zu einem Geringeren. Groß sind immer nur die, die Haupt- und Nebensachen zu unterscheiden wissen, die ihre Zeit nicht an Kleinigkeiten verlieren, sondern die Augen stets auf die auserwählte Arbeit richten. Wer aber etwas Schöpferisches leisten will, muß sich immer wieder fragen: hält es mich auf — oder fördert es mich zum Ziele?

Eigenart, Selbständigkeit, Ursprünglichkeit und Schöpfertum müssen wiederum haussieren — à la hausse...

So allein bewältigt der schöpferische Mensch seine Probleme — und damit die Zukunft.

Anschrift des Verf.: Dr. med. B. L. Friton, 8261 Hart a. d. A.

AMTLICHES

Besetzung des Berufsgerichts für die Heilberufe beim Oberlandesgericht München

Das Bayer. Staatsministerium der Justiz hat mit Entschließung vom 18. II. 1963 den bisherigen Stellvertreter des Untersuchungsführers, Herrn Landgerichtsdirektor Walter Zipfel, mit Wirkung vom 1. 12. 1963 von diesem Amt entbunden und an seine Stelle Herrn Landgerichtsrat Anton Wuschek mit gleichem Datum zum neuen Stellvertreter des Untersuchungsführers des Berufsgerichts für die Heilberufe bei dem Oberlandesgericht München ernannt.

Aufnahme der Anschrift von Ärzten in Sonderverzeichnissen

Immer wieder treten Firmen an Ärzte mit der Bitte um Übermittlung ihrer Anschrift zum Zwecke der Aufnahme in ein Sonderverzeichnis heran, welches an Interessenten abgegeben werden soll.

Neuerdings wendet sich die Firma International Industrial Development Trust, München 15, Kobellstr. 5, mit einem Schreiben an Ärzte, mit der Bitte, ihre Anschrift auf einem beigefügten Vordruck anzugeben, damit sie anfragende Interessenten für den von ihr vertriebenen C. D. Indicator an Ärzte verweisen kann, welche auf diesem Wege ihre Anschrift der Firma bekanntgegeben haben. Gleichzeitig wirbt die genannte Firma bei den von ihr angeschriebenen Ärzten für den C. D. Indicator, der ihnen zu einem ermäßigten Sonderpreis als „nicht unbeachtliche Gegenleistung für ihre Ärztekartei" angeboten wird.

Der Münchner Wirtschaftsverlag Klug wendet sich mit einem Fragebogen an Ärzte und erbittet ihre Anschrift mit Angabe der Art ihrer Tätigkeit, zum Zwecke der Aufnahme dieser Angaben in das „Jahrbuch der Lebensreform", das sie im In- und Ausland angeblich vertreibt.

Diese beiden Aktionen, welche der Aufnahme der Ärzte in Sonderverzeichnissen werbenden Charakters dienen, geben der Bayer. Landesärztekammer Veranlassung, alle Kolleginnen und Kollegen dringend davor zu warnen, der Bitte der Firmen zu entsprechen, da es die Berufsordnung für die Ärzte Bayerns in § 22 Abs. 4 dem Arzt verbietet, sich abgesehen von amtlichen Verzeichnissen, in Sonderverzeichnissen beruflich werbenden Charakters aufnehmen zu lassen. Es ist dem Arzt ferner nach § 20 Abs. 1 der Berufsordnung nicht gestattet, für die Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln eine Vergütung oder sonstige wirtschaftliche Vergünstigungen zu fordern oder anzunehmen.

Es wird dringend gebeten, die genannten Vorschriften zu beachten, damit sich die Kollegen nicht der Gefahr einer berufsaufsichtlichen Maßnahme aussetzen.

Warnung vor einem offensichtlich Rauschgiftsüchtigen

Von der Landesärztekammer Hessen ist uns unter dem 18. 11. 1963 folgende Mitteilung zugegangen:

„Von einem Arzt im Bereich der Landesärztekammer Hessen werden wir davon unterrichtet, daß in seiner Praxis am 27. 8. 1963 ein Patient vorsprach, der sich als Willi Weinhald, Würzburg, Semmelstraße 27, vorstellte und angab, bei der Firma Richter und Frentzel, Würzburg, beschäftigt und Mitglied der AOK Würzburg zu sein. Er klagte über starke Schmerzen, und der Kollege stellte bei der Untersuchung Darmspasmen bei Anus praeter fest.

Bei dem Versuch, einen Behandlungsschein zu erhalten, stellte der Kollege fest, daß die Angaben des Betreffenden in jeder Beziehung falsch waren. Eine Rückfrage bei der Firma Richter und Frentzel ergab, daß der Genannte dort nicht bekannt ist. Es ist anzunehmen, daß es sich um einen Rauschgiftsüchtigen handelt, der durch offensichtlich falsche Angaben versuchte, eine Morphium-Injektion zu erhalten."

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

GESETZES- UND RECHTSFRAGEN

Bundesverfassungsgericht:

Keine schwerwiegenden medizinischen Eingriffe bei Bagatellstrafsachen

Ein Münchner Kaufmann, Geschäftsführer einer Strickwaren-Familiengesellschaft, steht unter der Anklage, zwei Bußgeldbescheide der Handwerkskammer verschuldet und somit der Gesellschaft einen Schaden von 1000 DM zugefügt zu haben. Das sei „Organuntreue", sagt die Staatsanwaltschaft.

Der Amtsrichter hatte in der ersten Hauptverhandlung eine ärztliche Untersuchung des Angeklagten zur Prüfung seiner Zurechnungsfähigkeit angeordnet. Der Gerichtsarzt hielt es für notwendig, eine Liquorprüfung durchzuführen, also die Gehirn- und Rückenmarkflüssigkeit des Angeklagten zu untersuchen. Dabei wird ein Einstich in den Wirbelkanal mit einer langen Hohlnadel entweder im Bereich der oberen Lendenwirbel (Lumbalpunktion) oder im Nacken zwischen Schädel und oberen Halswirbel (Okzipitalpunktion) gemacht.

Gegen diese Vorschläge wehrte sich der Angeklagte verzweifelt. Er sagte, beide Methoden der Liquorentnahme seien außerordentlich schmerzhaft und gefährdeten seine Gesundheit. Die Liquorentnahme sei auch gar nicht notwendig, weil es genügend andere Methoden zur Aufklärung der Zurechnungsfähigkeit gebe.

Dennoch gaben die Münchner Gerichte seiner Beschwerde nicht statt. Der Angeklagte wandte sich schließlich an das Bundesverfassungsgericht in Karlsruhe.

Die Karlsruher Richter erklärten zwar (1 BvR 790/58), der Richter dürfe für die Feststellung von Tatsachen, die für die Durchführung eines Strafverfahrens bedeutsam sein könnten, die Entnahme von Blutproben und andere körperliche Eingriffe, die von einem Arzt nach den Regeln der ärztlichen Kunst zu Untersuchungszwecken vorgenommen würden, gegenüber dem Beschuldigten auch ohne dessen Einwilligung anordnen, wenn kein Nachteil für seine Gesundheit zu befürchten sei. Deshalb sei im Rahmen eines Strafverfahrens grundsätzlich auch die Liquorentnahme zulässig.

Im vorliegenden Fall hätten jedoch die Strafrichter außer acht gelassen, daß es sich um eine Bagatellsache gehandelt habe, derentwegen nur eine geringe Strafe, unter Umständen sogar eine Einstellung wegen Geringfügigkeit in Betracht kommen dürfte. Demgegenüber sei die Liquorentnahme in ihren beiden Formen ein nicht belangloser körperlicher Eingriff; wegen einer Bagatellangelegenheit den Beschuldigten gegen seinen Willen einem solchen Eingriff zu unterwerfen, sei nicht gerechtfertigt. Die Anordnung von medizinischen Eingriffen in solchen Bagatellverfahren sei ein Verstoß gegen die Verfassung, weil damit das Persönlichkeitsrecht eines Angeklagten beeinträchtigt werde.

RA Dr. jur. O. Gritschneder / DMI

Dem AOK-Kranken sind auch häusliche Arbeiten verboten

Die Allgemeine Ortskrankenkasse ist berechtigt, gegen ihre Mitglieder Ordnungsstrafen zu verhängen, wenn sie die von ihr erlassene Krankenordnung oder die Anordnungen des behandelnden Arztes mißachten. Diese Geldbuße darf bis zum dreifachen Betrag des täglichen Krankengeldes festgesetzt werden.

Ein Steinmetz muß jetzt eine solche Geldbuße an die AOK abführen. Er war wegen Blinddarmreizung und nachfolgender Operation noch krank geschrieben, wurde dabei aber vom Kontrolleur zu Hause beim Holzschneiden angetroffen.

Der Steinmetz wehrte sich ohne Erfolg gegen den Bescheid der Allgemeinen Ortskrankenkasse, er habe nun eine Ordnungsstrafe zu bezahlen.

Das Bayerische Landessozialgericht nahm ihm seine Entschuldigung, er habe nicht gewußt, daß ihm häusliche Arbeiten verboten gewesen seien, nicht ab (L 4 Kr. 11/62). „Jeder Versicherte weiß", so heißt es in der Urteilsbegründung, „daß er nicht mehr arbeiten darf, wenn er vom Kassenarzt wegen einer Erkrankung für arbeitsunfähig erklärt wurde und deshalb anstelle von Arbeitslohn Krankengeld bezieht. Daß sich dieses Verbot auch auf häusliche Arbeiten erstreckt, ist den Versicherten nicht weniger bekannt, da es sich um ein Verbot allgemeiner Natur handelt."

RA Dr. jur. O. Gritschneder / DMI

Beschäftigung von Assistenten zur Vergrößerung der Praxis nicht erlaubt

Wichtige Entscheidung des Bundessozialgerichts

In einem Rechtsstreit vor dem Bundessozialgericht handelte es sich um die Frage, ob die KZV es mit Recht abgelehnt hat, dem Kläger die Genehmigung zur Beschäftigung eines Assistenten zu erteilen. Die KZV hatte die Ablehnung des Antrages darauf gestützt, daß die Beschäftigung des Assistenten der „Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxisumfangs" dienen würde (§ 32 Abs. 3 der Zulassungsordnung für Zahnärzte). Entgegen der Auffassung des Klägers entschied das BuSozGericht, daß die Ermächtigungsnorm der Reichsversicherungsordnung (§ 368 e Abs. 3 RVO) und die zu ihrer Ausführung ergangene Bestimmung des § 32 der Zulassungsordnung für Zahnärzte mit dem Grundgesetz (GG) nicht in Widerspruch stehen. § 368 e Abs. 3 RVO genügt den Anforderungen, die nach Art. 80 Abs. 1 Satz 2 GG an eine gesetzliche Ermächtigung zum Erlaß von Rechtsverordnungen zu stellen sind. Die in der Zulassungsordnung für Zahnärzte vorgesehene Begrenzung der Beschäftigung von Assistenten stellt keine Einschränkung des Grundrechts der Berufsfreiheit (Art. 12 GG) dar. Auch der allgemeine Gleichheitssatz (Art. 3 Abs. 1 GG) ist nicht verletzt, obgleich entsprechend gleichartige Beschränkungen für die Beschäftigung der Assistenten nach der hier maßgebenden Berufsordnung für Zahnärzte in freier Praxis nicht bestehen. Schließlich verstößt § 32 der Zulassungsordnung für Zahnärzte auch nicht gegen den Eigentumsschutz nach Art. 14 GG. — Nach den tatsächlichen Feststellungen des LSG konnte dieses auch ohne Rechtsverstoß annehmen, daß die Beschäftigung eines Assistenten der Aufrechterhaltung eines übergroßen Umfanges der Praxis des Klägers (§ 32 Zulassungsordnung für Zahnärzte) gedient hätte.

STEUERFRAGEN

Steuerwinke zum Jahresende 1963

Von W. Fauser

Die Einkommensteuer bzw. die Lohnsteuer ist immer noch ein recht beachtlicher Faktor in den Haushalts- und Finanzdispositionen der einzelnen Familien. Jeder Steuerzahler sollte sich deshalb überlegen, was er vor Jahresende noch tun kann, um seine Einkommensteuer bzw. Lohnsteuer für das Jahr 1963 nach Möglichkeit zu verringern. Diese Überlegung empfiehlt sich vor allem für diejenigen, die gut verdienen und infolgedessen mit einer hohen Einkommensteuer zu rechnen haben oder bereits eine beachtliche Lohnsteuer gezahlt haben.

Eine besonders günstige Gelegenheit zur Steuerersparnis bietet sich allen Steuerzahlern — den Unternehmern wie den Arbeitnehmern — durch Leistung von Sonderausgaben, die bekanntlich vom Gesamtbetrag der Einkünfte abgezogen werden können. Man muß dabei zwischen voll und beschränkt abzugsfähigen Sonderausgaben unterscheiden. Zu den voll abzugsfähigen gehören hauptsächlich Schuldzinsen, Kirchensteuer, Vermögensteuer und der abzugsfähige Teil (1/3 oder 1/4) der Vermögensabgabe des Lastenausgleichs. Zu den beschränkt abzugsfähigen Sonderausgaben, um die es sich hier in erster Linie handelt, zählen insbesondere Beiträge und Versicherungsprämien zu Sozialversicherungen und Lebensversicherungen sowie Beiträge an Bausparkassen zur Erlangung von Baudarlehen. Bei der letzteren ist allerdings Voraussetzung, daß keine Wohnungsbauprämie beantragt wird. Als Beiträge zu Bausparkassen zur Erlangung von Baudarlehen gelten — solange das Darlehen noch nicht zugeteilt ist — die vertraglich festgelegten Raten, alle Sonderzahlungen, die Abschlußgebühr sowie die gutgeschriebenen Zinsen. Beiträge, die nach dem 8. 3. 1964 und nach Ablauf von vier Jahren seit Vertragsabschluß geleistet werden, können nur insoweit abgezogen werden, als sie das Eineinhalbfache des durchschnittlichen Jahresbetrags der in den ersten vier Jahren geleisteten Beiträge nicht übersteigen.

Von entscheidender Bedeutung ist nun die Frage, bis zu welcher Höhe die beschränkt abzugsfähigen Sonderausgaben steuerlich berücksichtigt werden. Die für 1963 geltenden Sonderausgaben-Höchstbeträge sind wie folgt festgelegt: 1100 DM für den Steuerpflichtigen selbst, weitere 1100 DM für die Ehefrau und 500 DM für jedes Kind, für das ein Kinderfreibetrag gewährt wird. Wenn der Steuerpflichtige oder seine Ehefrau mindestens vier Monate vor Jahresende das 50. Lebensjahr vollendet hat, so verdoppeln sich diese Beträge. Bis zur Höhe der genannten Beträge sind die geleisteten Sonderausgaben voll abzugsfähig. Gehen sie darüber hinaus, so sind sie noch teilweise abzugsfähig. Der Mehrbetrag kann noch zur Hälfte, höchstens jedoch bis zu 50% der (einfachen bzw. doppelten) Höchstbeträge abgezogen werden.

Beispiel: Ein über 50 Jahre alter Steuerzahler, verheiratet, 1 Kind, hat im Jahr 1963 insgesamt 6000 DM beschränkt abzugsfähige Sonderausgaben geleistet. Davon sind (2200 + 2200 + 1000 =) 5400 DM voll abzugsfähig. Von den restlichen 600 DM kann noch die Hälfte, also 300 DM, abgezogen werden, so daß insgesamt 5700 DM zum Abzug kommen. Wäre der Steuerzahler (und auch seine Ehefrau) noch keine 50 Jahre alt, so könnten nur (1100 + 1100 + 500 =) 2700 DM voll abgezogen werden. Die restlichen 3300 DM wären noch mit der Hälfte = 1650 DM, höchstens jedoch mit 50% von 2700 DM = 1350 DM abzugsfähig. Gesamtbetrag der abzugsfähigen Sonderausgaben also 4050 DM.

Daneben besteht ein zusätzlicher Sonderausgabenhöchstbetrag für Aufwendungen zur Vorsorge für das Alter von 500 DM und im Falle der Zusammenveranlagung von Ehegatten von 1000 DM. Auf diesen werden bei Arbeitnehmern jedoch die gesetzlichen Beitragsanteile des Arbeitgebers zur Rentenversicherung des Arbeitnehmers angerechnet. Dieser zusätzliche Freibetrag hat besondere Bedeutung für die Angehörigen der freien Berufe und für Arbeitnehmer, die nicht mehr der Sozialversicherungspflicht unterliegen. Außerdem wird dadurch Personen im fortgeschrittenen Alter die Altersvorsorge erleichtert.

Wenn der Sonderausgaben-Höchstbetrag bereits voll ausgenutzt ist oder wenn die Steuerbegünstigung nicht so hoch ist, kann für die Beiträge an Bausparkassen auch Wohnungsbauprämie von 25% bis 35%, höchstens jedoch 400 DM im Kalenderjahr, in Anspruch genommen werden. Voraussetzung ist dabei allerdings, daß derartige Aufwendungen nicht bereits im Laufe des Jahres als Sonderausgaben geltend gemacht worden sind.

Spenden sind ebenfalls als Sonderausgaben abzugsfähig, und zwar bis zu 5% des Gesamtbetrages der Einkünfte oder 2 v. T. der Summe der gesamten Umsätze und der Löhne und Gehälter. Spenden für wissenschaftliche und staatspolitische Zwecke können bis zu 10% des Gesamtbetrages der Einkünfte abgezogen werden.

Langfristiges Sparen wird durch das Prämienspargesetz gefördert. Für Sparbeträge, die auf 5 Jahre festgelegt werden, wird eine Prämie von 20% der Sparleistung bezahlt, wobei die absolute Höhe der Prämie durch Höchstbeträge begrenzt ist. Für unverheiratete Sparer beträgt der Höchstbetrag der Prämie 120 DM, was einer Sparleistung von 600 DM entspricht. Ehegatten, die während des ganzen Kalenderjahres, in dem die Sparbeträge geleistet worden sind, verheiratet waren und nicht dauernd getrennt gelebt haben, erhalten zusammen höchstens 240 DM Prämie, was einer Sparleistung von 1200 DM entspricht. Den gleichen Höchstbetrag von 240 DM erhalten verwitwete und sonstige alleinstehende Personen mit einem oder zwei Kindern, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und alleinstehende Personen, wenn sie mindestens vier Monate vor dem Beginn des Kalenderjahres, in dem die Sparbeträge geleistet wurden, das 50. Lebensjahr vollendet haben. Bei Ehegatten und alleinstehenden Personen mit mindestens drei Kindern unter 18 Jahren erhöht sich der Höchstbetrag auf 360 DM, was einer Sparleistung von 1800 DM entspricht. Heiratet der Prämiensparer nach dem Vertragsabschluß, wird die Festlegungsfrist auf mindestens zwei Jahre abgekürzt.

Größere Erhaltungsaufwendungen für Mietwohngrundstücke, die nicht zu einem Betriebsvermögen gehören, können auf zwei bis fünf Jahre gleichmäßig ver-

teilt werden. Aufwendungen für private und betriebliche Grundstücke von nicht mehr als 1500 DM für die einzelne Baumaßnahme können sofort als Erhaltungsaufwand behandelt werden.

Gewerbetreibende und Angehörige eines freien Berufs haben natürlich noch zahlreiche weitere Möglichkeiten der Steuerersparnis. Eine der beliebtesten ist die Bewertungsfreiheit für geringwertige Wirtschaftsgüter. Dies sind bewegliche, abnutzbare Wirtschaftsgüter des Anlagevermögens, die einer selbständigen Bewertung und Nutzung fähig sind und nicht mehr als 600 DM kosten. Die Anschaffungskosten für solche Gegenstände können im Jahr der Anschaffung sofort in voller Höhe abgeschrieben werden. Voraussetzung ist allerdings, daß ordnungsmäßige Buchführung oder mindestens Aufzeichnungen im Sinne von § 12 der Einkommensteuer-Durchführungsverordnung vorliegen. Die Grenze von 600 DM gilt auch für gebraucht angeschaffte Wirtschaftsgüter.

Auch die Anschaffung anderer beweglicher Anlagegüter kann unter Umständen zu einer spürbaren Steuererleichterung führen, denn auch bei Anschaffung kurz vor Jahresende kann immerhin noch eine Abschreibung in Höhe eines halben Jahresbetrags vorgenommen werden. Außerdem ist zu beachten, daß alle angeschafften beweglichen Wirtschaftsgüter nach der degressiven Methode abgeschrieben werden können.

Des weiteren ist an dringende Reparaturen sowie an Rückstellungen für nachzuzahlende Gewerbesteuer, für Garantieverpflichtungen, für Pensionsverpflichtungen usw. zu denken.

Unternehmer, die zu dem Personenkreis der Vertriebenen, Sowjetzonenflüchtlinge und politisch Verfolgten gehören, haben noch zusätzliche Möglichkeiten: Bewertungsfreiheit für Fabrikgebäude und Lagerhäuser nach § 7 e EStG und Steuerbegünstigung des nicht entnommenen Gewinns nach § 10 a EStG.

Anschrift des Verfassers: Willi Fauser, 7411 Reutlingen-Ohmenhausen, Platanenweg 66.

Sparen und Anlegen

Der Aktionär fragt: Was ist ein Unternehmen wert?

Von Bernd Baehring

In den beiden letzten Fortsetzungen wurde über das Verhältnis des Aktionärs zur Aktiengesellschaft gesprochen; dabei ist auch die Frage untersucht worden, ob es sich für den normalen Kleinaktionär im allgemeinen lohnt, selber die Hauptversammlung „seiner" Gesellschaften zu besuchen, um dort abzustimmen usw. Das führt an ein zentrales Thema der Aktienrechtsreform heran, die seit einigen Jahren zu einem Gesetzentwurf der Bundesregierung gediehen ist. Die Bundesregierung möchte die Ansammlung von Gewinnen bei den Gesellschaften schwieriger machen, damit die Aktionäre es leichter haben sollen, viel Dividende zu erhalten. Da Großaktionäre ohnehin ihre Unternehmungen und deren Politik beherrschen, hat diese Absicht den Schutz des Kleinaktionärs vor Augen; er soll, wenn gut verdient worden ist, sozusagen eine gesetzlich garantierte Aussicht auf angemessene Dividende erhalten.

Das ist, wie schon die Formulierung zeigt, eine etwas diffizile Angelegenheit. Nach dem Gesetzentwurf sollen Vorstand und Aufsichtsrat einer Aktiengesellschaft zur Anreicherung der freien Rücklagen aus dem Jahresgewinn nur so lange ohne besonderes Votum der Hauptversammlung der Aktionäre ermächtigt sein, bis diese Position die Hälfte des Aktienkapitals erreicht hat. Macht die freie Rücklage die Hälfte des AK aus, so können die freien Rücklagen aus dem Jahresgewinn nur noch auf Beschluß der Hauptversammlung erhöht werden. Das ist eine revolutionäre Vorschrift; wenn sie Gesetz wird, dürfte sich manches ändern, aber es ist die Frage, ob die Dividenden steigen würden, wie die Regierung es mit dieser Vorschrift in der Tendenz möchte. Es könnte auch sein, daß die Vorstände zusammen mit ihren Aufsichtsräten Wege finden, um noch größere Teile der Jahresgewinne vor den Augen der Aktionäre zu verstecken, indem sog. stille Rücklagen gebildet (und versteuert) werden. Das würde genau den gleichen wirtschaftlichen Effekt wie die Aufstockung der freien (offenen) Rücklagen haben: Die innere Kraft des Unternehmens würde gestärkt, unter Inkaufnahme eines Nachteils freilich, der dem ganzen Reformentwurf Schimpf antun würde — die Publizität ginge zurück, der Aktionär könnte weniger erkennen. Im übrigen würde man sich in den Vorständen und Aufsichtsräten vielleicht doch recht bald an eine solche neue „Machtfülle" der Aktionäre gewöhnen — aus der Erfahrung heraus einfach, die auch der Gesetzgeber nicht ändern kann, daß, je weiter das Kapital gestreut ist, um so eher nach den Vorstellungen der Unternehmensverwaltungen abgestimmt wird, und zwar von den anwesenden Aktionär-Vertretern, die meist Bankenbeauftragte sind.

Soeben ist das Stichwort „innere Stärkung" des Unternehmens gefallen. Damit ist das Thema Unternehmensbewertung bzw. Bewertung der Aktie an der Reihe. Das ist ein sehr weites Feld, und machen wir uns heute zunächst ein paar Gedanken darüber, worin der Wert eines Unternehmens denn überhaupt besteht, was alles dazugehört. Man wird immer wieder an Grenzen kommen in dem Bemühen, diesen Wert zu bestimmen. Um den Unternehmenswert kreisen die Aktienkurse wie Trabanten um einen Planeten.

Was ist ein Unternehmenswert, wie wird er ermittelt? Man könnte sagen, daß ein Unternehmen immer so viel wert ist wie die Multiplikation des Kurses seiner Aktien mit dem Nominalbetrag des Aktienkapitals. Das wäre dann der Kurswert des Unternehmens; er zeigt, wie hoch die Gesellschaft „im Kurse" steht. Aber so kommen wir nicht weiter. Wir brauchen handfestere Rechengrößen, denn was wir suchen, das sind ja gerade die Resultate, die wir mit dem schwankenden Kurswert — wenn möglich — vergleichen wollen. Fragen wir also nach dem Wert des Vermögens, das eine Aktiengesellschaft repräsentiert, denn Aktien verkörpern Anteil am Vermögen des Unternehmens. Das Vermögen einer Firma ergibt sich aus der Bewertung der

Herz-und Kreislauf-Aktivator
für Ihre Herzpatienten

Ipepharm®

Durch die Schleimhaut-Resorption
in der Mundhöhle bereits nach wenigen
Minuten sichere Wirkung bei niedriger
Dosierung von 3x täglich 4-6 Tropfen auf
Zucker, Diabetikern auf ein Stück Brot.
Flasche zu 10ml DM 2,20 o.U.

TEMMLER-WERKE MARBURG/LAHN

PRIMUM NIL NOCERE

bei Bronchitis u. Pertussis

Frischpflanzenextracte
ohne Codein und Antibiotica

Zäpfchen · Tropfen · Dragees

Monapax®

APOTHEKER MÜLLER ARZNEIMITTELFABRIK BIELEFELD

Cor-Vel® Herzsalbe

bei Herzneurose, Angina pectoris vasomot. und im Klimakterium

„NEOS"-DONNER K.-G., 1 BERLIN 36

Jacosulfon *ist die heilende Hand des Arztes*

VEREINIGTE

SONDERTARIFE FÜR ÄRZTE

Krankentagegeld auch für hahe Ansprüche
Krankenhaustagegeld
Operatianskasten bis DM 5 000.–
Auslandskrankenversicherung bis DM 10 000.–

VEREINIGTE
Krankenversicherung A.G.

Londesdirektion München 22, Königinstr. 19 · Tei. 22 76 25
Vertragsgeseiischaft von ärztlichen Organisationen

ORIENT-TEPPICHE

seit 1925

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

Direkt-importe aus dem ganzen Orient
Riesen-Auswahi in allen Größen

MAX STEINHAUSEN

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

NUCLEOTON®

standardisierter Orangenextrakt mit energiereichen Adenasinphasphaten

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

HORM
HORMON · CHEMIE · MÜNCHEN

Dismenol

zur gezielten Therapie der Dysmenorrhoe

durch Spasmolyse im Genitaltrakt und zuverlässige Analgesie

(Parasulfamidobenzoesäure 0,05 g
Dimethylamino-phenyldimethylpyraz. 0,25 g)
AGpharm, Luzern
Hersteller in Deutschland:
Simons Chemische Fabrik, Gauting bei München

Substanz, mit der gearbeitet wird — also z. B. Maschinen, Gebäude, Patente usw. —, aber auch aus den Fähigkeiten, die Unternehmer und Mitarbeiter in die Waagschale zu werfen haben, und dem Firmenwert, dem sog. good-will, der „Marke". Schon daraus wird klar, wie schwer es ist, den Wert eines Unternehmens zu ermitteln: Man könnte zwar vielleicht sagen, was normalerweise für Maschinen und Gebäude zu erlösen wäre — aber wer wollte die frühere menschliche Leistung, aus welcher der good-will resultiert, und die gegenwärtige exakt in den Griff einer Bewertung bekommen? Aus allem zusammen aber ergibt sich als entscheidender Faktor für die Unternehmensbewertung die Ertragskraft und damit der Zeitwert des Unternehmens. Aber auch dieser (Zeit-)Wert unterliegt Einflüssen von außen: Die Marktlage ändert sich, allgemeine Konjunkturaussichten beeinflussen das Bild, das man sich vom Wert einer Firma macht. Und noch eines ist von größter Bedeutung: Das Unternehmen muß gesunde Finanzverhältnisse haben; man muß sehen, daß seine Expansion nicht ohne Rücksicht auf solide Finanzierung erfolgt.

Was besagt dies alles hinsichtlich der Börsenkurse? Es besagt, daß die Kurse auf die Dauer „nicht lügen", daß sie — Intervalle nervöser Übertreibungen ausgenommen — den „Wert" der Unternehmen widerspiegeln, daß aber dieser Unternehmenswert keine feste Größe ist, daß es auf den Standort ankommt, von dem aus das Unternehmen gesehen wird —, kurzum, daß es sich immer nur um eine Wert-Vorstellung, nicht aber um einen absoluten Wert handeln kann. Und in der Tat: Die Verhältnisse sind stets im Fluß. Jeden Tag laufen Verträge aus und beginnen Verträge neu, sei es beim Unternehmen selbst, oder bei seiner Konkurrenz. Sie verändern die Marktlage ständig, ebenso wie immer wieder Entscheidungen fallen können, die den Export und Import erschweren oder erleichtern; und die politische Lage kann auch Unsicherheit hervorrufen. Auch das, was in eigenen und in fremden Laboratorien geschieht, hält die Unternehmenswerte in ständigem Fluß.

Die Ungewißheit über den Wert eines Unternehmens wird durch die Publizität, durch die Veröffentlichung der Jahresabschlüsse, von Quartalsberichten und anderen Firmenmitteilungen etwas gemildert. Die Publizität, die der Gesetzgeber mit gutem Grund für die Aktiengesellschaften vorgeschrieben hat, vermittelt Eindrücke über den allgemeinen Status, den ein Unternehmen hinsichtlich seiner Marktstellung, seiner Ertragskraft und seiner Finanzierung hat. Je häufiger und je aufgeschlossener die Unternehmungen über ihre Lage berichten, um so enger wird der Raum für Mutmaßungen, um so weniger Nahrung werden Gerüchte finden. Ausschalten lassen sich Mutmaßungen und Gerüchte niemals. Wenn eine allgemein günstige Wirtschaftslage zu übertriebenen Vorstellungen Anlaß gibt, werden die Aktienkurse sich auch entsprechend übertrieben bewegen: Bis in den Spätsommer 1960 hinein beispielsweise hatte man geglaubt, der außerordentliche Konjunkturauftrieb sei sozusagen nur die Ouvertüre der „goldenen sechziger Jahre"; die bei vielen Unternehmungen verzeichneten hohen Wachstumsraten galten als sicherer Anhalt für eine noch ertragsträchtigere Zukunft. Demgemäß wurde der zukünftige Wert vieler Gesellschaften an der Börse sehr hoch eingeschätzt. Auf dem Höhepunkt des Aufschwungs, Monate bevor die sehr steife Konjunkturbrise abzuflauen begann, trat an der Börse — auch das ist bezeichnend für ihr Verhältnis zur Wirtschaft — bereits eine Flaute ein, und in dem Maße, in dem die Konjunktur dann an Vitalität verlor, kam an der Börse Gegenwind auf.

Anschr. d. Verf.: Bernd Baehring, *8 München 25, Krüner Straße 51.*

MITTEILUNGEN

Aufklärung wirkungsvoller als Reihenuntersuchungen

Eine erstaunliche Beobachtung über den Wert von Reihenuntersuchungen in Entwicklungsländern hat die Zeitschrift des Weltärztebundes mitgeteilt: Drei Jahre lang haben einige amerikanische Ärzte in Ghana Röntgenreihenuntersuchungen zur Aufdeckung von Tuberkulosefällen durchgeführt. Sie fanden in dieser Zeit 507 Fälle von offener, aktiver Lungentuberkulose.

Seit jedoch in der Hauptstadt von Ghana und in den sie umgebenden ländlichen Bezirken eine Massenaufklärungsaktion über die Tuberkulose in Gang gebracht worden ist, finden sich monatlich etwa 60 Patienten ein, die an dieser Krankheit leiden. Die Mehrzahl dieser Patienten kommt dabei nicht aus der Stadt. ÄPI

Ausländerstudium in verschiedenen Staaten

Im Wintersemester 1962/63 waren rund 9 v. H. aller Studierenden in der Bundesrepublik Ausländer. Nach einer Zusammenstellung im Bundesarbeitsblatt waren an den Hochschulen in der Bundesrepublik im Jahre 1962 insgesamt 26 154 ausländische Studenten immatrikuliert, davon 13 392 aus den Entwicklungsländern.

Im Jahre 1959 belief sich die Zahl der ausländischen Studenten auf rund 20 000. Aus diesem Jahre liegen Vergleichszahlen der UNESCO vor: In Frankreich studierten 14 445 Ausländer (7,4 v. H. aller Studierenden), in Großbritannien 11 284 (8 v. H.), in Österreich 9786 (29 v. H.), in der Schweiz 6476 (32,4 v. H.), in Spanien 3356 (2,9 v. H.), in den USA 48 486 (1,4 v. H.). Die Sowjetunion meldete ein Jahr vorher 11 000 ausländische Studenten, 0,5 v. H. aller Studenten in der UdSSR. ÄPI

Auf 672 Einwohner ein Arzt

In Bayern gab es am 31. Dezember 1962 nach Mitteilung des Bayerischen Statistischen Landesamtes 14 478 Ärzte gegenüber 13 147 zum Jahresende 1957, womit jetzt auf 672 Einwohner ein Arzt kommt. In freier Praxis sind 5729 praktische Ärzte und 3245 Fachärzte tätig.

Die Aufschlüsselung auf die Regierungsbezirke ergibt folgendes Bild: Oberbayern 476, Niederbayern 1030, Oberpfalz 924, Oberfranken 876, Mittelfranken 681, Unterfranken 709 und Schwaben 832.

Über 90 000 Ärzte in der Bundesrepublik

Ärztenachwuchs fast dreimal höher als der Ergänzungsbedarf

Die Zahl der Ärzte in der Bundesrepublik, einschließlich West-Berlin, hat sich von Anfang 1962 bis Anfang 1963 um 3142 erhöht und betrug am 1. Januar dieses Jahres 91 271. Damit ist zum ersten Male die 90 000-Grenze überschritten. In dieser Zahl sind 4567 Medizinalassistenten einbegriffen, 533 mehr als im Vorjahr, die erst nach ihrer zweijährigen Medizinalassistentenzeit die ärztliche Approbation erhalten.

Nach Mitteilung der Bundesärztekammer entfallen damit in der Bundesrepublik auf einen Arzt 627 Einwohner. Im Jahre 1950 waren es noch 734, im Reichsgebiet 1938 durchschnittlich 1379 Einwohner auf einen Arzt.

Von den über 90 000 Ärzten im Bundesgebiet und West-Berlin waren am 1. Januar 1963 in freier Praxis 48 281 tätig, 5062 mehr als im Jahre 1957. Hauptberuflich arbeiteten in Krankenhäusern 27 017, 4150 mehr als 1957. Die Zahl der Ober- und Assistenzärzte unter den Krankenhausärzten betrug 18 196; sie erhöhte sich seit 1957 um 5354. Von den Ärzten in freier Praxis waren 28 159 Allgemeinpraktiker und 17 747 Fachärzte (ohne Berlin); 41 413 waren als Kassenärzte tätig. Die Zahl der Ärztinnen hat sich um 1035 auf 18 200 erhöht.

Um die Zahl der Ärzte in der Bundesrepublik auf längere Zeit hin konstant zu erhalten, sind nach übereinstimmenden Berechnungen verschiedener Fachleute jährlich 2000 bis 2100 Neu-Approbationen erforderlich. Die Zahl der Studienanfänger der Medizin hat sich jedoch von 2931 im Jahre 1957 kontinuierlich auf 5900 im Jahre 1962 erhöht.

Daraus ergibt sich, daß die ohnehin hohe Ärztezahl in der Bundesrepublik in den nächsten Jahren noch erheblich weiter steigen wird: Der Nachwuchs an Ärzten nähert sich, wie die Studentenzahlen ausweisen, dem Dreifachen des tatsächlichen Ergänzungsbedarfes.

API

Apotheken nach der Niederlassungs-Freigabe

In der Bundesrepublik (mit West-Berlin) bestanden am 30. Juni dieses Jahres 9629 Apotheken. Davon waren 9210 öffentliche Vollapotheken, die übrigen Krankenhaus- und Zweigapotheken.

Im Juni 1958 hatte das Bundesverfassungsgericht die bis dahin geltende Bedürfnisprüfung bei Apotheken-Konzessionsanträgen für verfassungswidrig erklärt. Damals betrug die Gesamtzahl der Apotheken 8794. Seitdem ist die Zulassung von Apotheken nur dadurch begrenzt, daß sie persönlich geführt werden müssen und daß ein Apotheker im allgemeinen nur eine Apotheke betreiben darf.

Der Gesamtumsatz der Apotheken in der Bundesrepublik hat sich von fast 2 Milliarden DM im Jahre 1958 auf mehr als 2,8 Milliarden DM im Jahre 1961 erhöht. Auf eine Apotheke entfiel 1958 ein Jahresumsatz von 263 000 DM, im Jahre 1961 von 311 890 DM.

API

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 am 27. Juli 1964, Rückflug am 10. August 1964, 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.

Wegen bereits jetzt bestehender Hotelschwierigkeiten während der Eröffnungszeit der Weltausstellung war eine Verschiebung des in Heft 11 / 1963 BÄbl. angegebenen Reisertermins erforderlich.

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. Kollegen, die Krankenhäuser und andere Gesundheitseinrichtungen in New York und Umgebung besichtigen möchten, bitten wir, das bei der Anmeldung mitzuteilen.

Weitere Auskünfte und Anmeldungen durch die Bayer. Landesärztekammer, Pressestelle, 8 München 23, Königinstraße 85, Telefon 38 11 21.

Internationaler Erfahrungsaustausch in der Prothesenversorgung

Über Verbesserungen in der Prothesenversorgung beriet kürzlich der Weltfrontkämpferverband (WFV) in Kopenhagen, nachdem von 22 Mitgliedsländern entsprechende Empfehlungen eingegangen waren.

Die Ergebnisse dieser Beratungen wurden auf dem internationalen Treffen von Experten für Prothesenfragen der Internationalen Gesellschaft für die Rehabilitation Behinderter vorgelegt. Die Vorschläge sehen u. a. vor: laufenden internationalen Erfahrungsaustausch durch eine Fachdokumentation in den Weltsprachen, Erleichterungen im Patentrecht, nationale und internationale Fachkonferenzen für Teilthemen, internationale Seminare für Orthopädietechniker. Forschung und Entwicklung auf orthopädischem Gebiet — für die in den meisten Ländern ungleich weniger Mittel zur Verfügung gestellt werden als für andere technische Entwicklungen — sollen koordiniert werden.

Es wurde darauf hingewiesen, daß die Zahl der Prothesenträger ständig wächst. Die in den einzelnen Ländern unterschiedlichen Verhältnisse stellen Forschung und Entwicklung überall vor andere Probleme. Aus diesem Grunde sieht eine Empfehlung die Zusammenfassung von Orthopädiemechanikern, Ärzten und Beschäftigungstherapeuten in Gruppen zum Zwecke der Rehabilitierung Behinderter vor. Die Verarbeitung von Kunststoffen bei der Anfertigung von Prothesen greift immer mehr um sich. Notwendig ist auch, nach weiteren Übertragungsimpulsen für Greifprothesen zu suchen. Die überwiegende Mehrheit der 22 Mitgliedsländer des WFV befürwortete die Abschaffung der Zollgrenzen für Prothesen und deren Ersatzteile sowie international gültige Prothesen-Reparaturgutscheine.

Eine Reihe von Resolutionen an die Regierungen der einzelnen Staaten zum Zwecke der Verbesserung der Prothesenversorgung in der Welt ist zu erwarten.

DMI

Borsäure für Kleinkinder gefährlich

Wegen eines Hautausschlages wurde kürzlich in einer Klinik ein sieben Monate alter Junge aufgenommen. Fünf Tage erhielt er Borwasserumschläge. Es kam zu einer schweren Vergiftung, die zwei Tage später durch Zusammenbruch des Kreislaufs zum Tode führte.

In der „Pharmazeutischen Zeitung", 31/1963, stellt Apotheker Dr. Paul Behrens, der sich mit der Frage der Giftigkeit der Borsäure eingehend beschäftigt hat und eine Umfrage bei 51 europäischen Kinderkliniken auswertete, fest, daß nach gesicherter, aber leider noch nicht allgemein verbreiteter medizinischer Erkenntnis Borsäure nach Resorption toxisch wirken kann, vor allem auf Säuglinge und Kleinkinder. Eine solche Resorptionsgefahr ist gegeben nach Einnehmen oder Verschlucken sowie bei Anwendung am oder im Mund, auf Schleimhäuten sowie auf der Haut, falls diese Ausschläge aufweist oder anderweitig in ihrer Funktion gestört ist. Boraxglycerin ist offenbar nicht gefährlich. Die Apotheker sollten auf die möglichen Gefahren der Borsäure hinweisen, wenn Kunden dieses Mittel wünschen, um Ausschlag, Grind, Schorf oder Ekzem eines Kindes in irgendeiner Zubereitungsform zu bebandeln. Die Warnung sollte auch dann ausgesprochen werden, wenn eine Hebamme oder Krankenschwester die Kur empfohlen hat oder der Kunde die Ansicht vertritt, die Borsäure sei ein uraltes Hausmittel.

DMI

Vorsicht mit fluorhaltiger Zahnpaste bei Kindern

Bei Kindern kann es vorkommen, daß sie sich mit der Zahnpaste nicht die Zähne putzen, sondern die Paste essen. In der Britischen Ärztezeitschrift wurde vor kurzem warnend mitgeteilt, das Essen fluorhaltiger Zahnpaste könne bei Kindern je nach Menge und Alter zu Vergiftungssymptomen oder evtl. sogar zum Tode führen. Eine große Tube (90 g) enthalte soviel Fluorid, daß ein Kind bis zu 18 Monaten daran sterben könnte.

DMI

Freie Kassenarztsitze in Oberfranken

Der Zulassungsausschuß für Ärzte — Oberfranken — in Bayreuth weist auf folgende freie Kassenarztsitze in Oberfranken hin:

Berg, Lkr. Hof, 1 prakt. Arzt mit Geburtshilfe.
Gemünda, Lkr. Staffelstein, 1 prakt. Arzt mit Geburtshilfe.
Geroldsgrün, Lkr. Hof, 1 prakt. Arzt mit Geburtshilfe.
Leupoldsgrün, Lkr. Hof, 1 prakt. Arzt mit Geburtshilfe.
Oberkotzau, Lkr. Hof, 1 prakt. Arzt.
Töpen, Lkr. Hof, 1 prakt. Arzt mit Geburtshilfe.

Bewerbungen sind an den Zulassungsausschuß für Ärzte — Oberfranken —, Bayreuth, Bürgerreuther Straße 7a, zu richten. Dort sind auch Antragsformulare erhältlich und werden alle erforderlichen Auskünfte erteilt.

Die WHO in der Katastrophenhilfe

Immer häufiger schaltet sich die Weltgesundheitsorganisation neben den bisher schon tätigen Hilfsorganisationen in die Hilfsmaßnahmen nach Naturkatastrophen ein. In Zusammenarbeit mit dem Roten Kreuz sind von der Weltgesundheitsorganisation nach Kuba 50 000 Portionen Typhus-Impfstoff mit den dazugehörigen Geräten sowie größeren Mengen eines von den kubanischen Gesundheitsbehörden angeforderten Antibiotikums gesandt worden. Nach Haiti wurden ebenfalls entsprechende Mengen von Typhus- und Tetanus-Impfstoff sowie Antibiotika verschickt.

Personal der Weltgesundheitsorganisation wurde eingesetzt, um in den beiden Ländern, die im Oktober von

Salistoperm
Das percutane Heilanaestheticum
Inasthmon
Das percutane Expectorans
PERMICUTAN-KG · DR. EULER · MUNCHEN 13

einem schweren Wirbelsturm heimgesucht worden waren, bei der Seuchenbekämpfung mitzuhelfen.

Auf Grund einer Meldung des Direktors der Region „Östliches Mittelmeer" der Weltgesundheitsorganisation über den Ausbruch einer Typhus-Epidemie im Yemen wurden von Genf aus Impfstoffe entsandt. In einer Provinz des Yemen waren innerhalb von sieben Tagen 120 Typhusfälle gemeldet worden, davon 35 tödliche.

API

Private Krankenversicherung verlor 2 Millionen Mitglieder

1962: Bestand-Zuwachs von 659 038 (5 v. H.) Versicherungen

Das Jahr 1962 hat den privaten Krankenversicherungen einen Bestand-Zuwachs von 659 038 (5 v. H.) Versicherungen gebracht. Wie der in Köln ansässige Verband der privaten Krankenversicherungen, dem 73 Unternehmen mit einem Gesamtbestand von nahezu 14 Millionen Versicherungen angehören, in seinem jetzt herausgegebenen Zahlenbild 1962 mitteilt, entfalle der weitaus größte Teil des Zugangs — wie auch in den vergangenen Jahren — auf die Selbständige Teilversicherung. Ihr Bestand habe sich um 603 044 auf 6,4 Millionen Versicherungen erhöht.

Die zum Vergleich zur Selbständigen Teilversicherung verhältnismäßig geringe Bestandserweiterung von 45 480 Zugängen in der Krankheitskostenversicherung wird vorwiegend darauf zurückgeführt, daß nach der mehrmaligen Anhebung der Versicherungspflichtgrenze nunmehr rund 85 v. H. der Bevölkerung der gesetzlichen Krankenversicherung angehören. Allein für die Jahre 1952 bis 1961 wird von der privaten Krankenversicherung ein Verlust von mehr als zwei Millionen Mitgliedern beklagt, die versicherungspflichtig geworden und in eine gesetzliche Krankenkasse hinübergewechselt seien.

Heilbehandlung wurde teurer

Bezeichnend für die Tarifgestaltung in der privaten Krankenversicherung waren 1962 vor allem die steigenden Kosten für Heilbehandlung. In dem Bestreben, stets einen modernen, allen Erfordernissen gerecht werdenden Versicherungsschutz zu bieten, wurde das Leistungssystem der Kostensteigerung und den sich dadurch geänderten Bedürfnissen angepaßt. Erstmals wurde bei den Versicherungs-Leistungen die Milliarden-Grenze überschritten. Wie der Verband der privaten Krankenversicherung dazu erklärt, werde damit die wichtige Funktion der privaten Krankenversicherung im Rahmen der sozialen Sicherung bei Krankheit unterstrichen.

Die Ursache für die schnelle Entwicklung in der Selbständigen Teilversicherung sieht der Verband nach wie vor darin, daß die Versicherten wegen der ständigen Verteuerung der Krankenbehandlung ihre Vollversicherungen ständig ergänzen und zahlreiche Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen sich gegen Krankenhaus- und Operationskosten besonders absichern oder Krankenhaus-Tagegeld-Tarife abschließen, um bei notwendiger stationärer Behandlung eine bessere Pflegeklasse in Anspruch nehmen zu können.

In der Krankentagegeld-Versicherung und Krankengeld-Zuschuß-Versicherung für Angehörige der gesetzlichen Krankenversicherung war ein Zugang von 10 500 Versicherungen zu verzeichnen, so daß der Bestand 820 000 Versicherungen umfaßt. Diese Zunahme habe nur erreicht werden können, daß 40 000 Krankentagegeld-Versicherungen für Selbständige abgeschlossen worden seien, betonte der Verband unter Hinweis auf den erneuten Verlust von 29 500 Zuschuß-Versicherungen als Folge des sogenannten Lohnfortzahlungsgesetzes. Durch die volle Lohnfortzahlung im Krankheitsfall bestehe bei Arbeitnehmern nur noch wenig Bedarf nach einem zusätzlichen Versicherungsschutz.

Höhere Leistungen

Durch die Ausweitung des Versicherungsbestandes, die ständige Verbesserung des Leistungssystems und die immer teurer werdende Heilbehandlung, stiegen auch die Leistungen der privaten Krankenversicherungen. Sie erhöhten sich im Berichtsjahr um 115,6 Mill. DM (11,87 v. H.) auf 1 089,8 Millionen DM. Der Verband der privaten Krankenversicherung hat ausgerechnet, daß diese Summe einer arbeitstäglichen Leistung von 4,36 Millionen DM (1961: 3,9 Millionen DM) entsprach. Ferner wird darauf hingewiesen, daß sich die arbeitstäglichen Leistungen seit dem Jahr 1950 auf das 3,2fache erhöht hätten.

Das Beitragsaufkommen der im Verband zusammengeschlossenen 73 Unternehmen stieg im Berichtsjahr um 208,3 Millionen DM (14,95 v. H.) auf 1 601,7 Millionen DM. Diese Erhöhung führt die private Krankenversicherung sowohl auf die Vergrößerung des Versicherungsbestandes als aber auch auf den weiteren Ausbau des Versicherungsschutzes und den Übergang der Versicherten zu Tarifen mit höherem Leistungsniveau und entsprechend höheren Beiträgen zurück.

Zunehmende Bedeutung: Beitrags-Rückerstattung

Der Beitrags-Rückerstattung wird zunehmende Bedeutung zugesprochen. Sie erhöhte sich von 16,6 Millionen DM im Jahr 1955 auf 87 Millionen DM im Jahr 1962. Durch sie werden die Versicherungsunternehmen in gewissem Umfang von der Regulierung eines Teils der sogenannten Bagatellschäden finanziell entlastet. Den wiederholt laut gewordenen Vorwurf, die Regelung der Beitrags-Rückgewähr sei aus gesundheitspolitischen Gründen sehr bedenklich, weil sie den Versicherten davon abhalte, frühzeitig den Arzt aufzusuchen, weist der Verband der privaten Krankenversicherung mit dem Hinweis auf „nachweisbare Statistiken" zurück.

Aus dieser Entwicklung erklärt sich die Sorge der privaten Krankenversicherungen, daß bei der Neugestaltung des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung die im Regierungsentwurf zum Krankenversicherungs-Neuregelungsgesetz (KVNG) vorgeschlagene weitere Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze verwirklicht werden könnte, wodurch ihr Arbeitsfeld wiederum eingeengt werden würde. Aus diesem Grunde haben sie auch in ihrer Stellungnahme zum KVNG-Entwurf vom 7. Dezember 1962 festgestellt, daß die vorgesehene Anhebung der Versicherungspflichtgrenze der Kaufkraft-Entwicklung weit vorauseilen würde. Erst recht müßten die von interessierten Gruppen geforderten noch höheren Grenzen zurückgewiesen werden. O.

Die meldepflichtigen, übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat Oktober 1963

(Zusammengestellt vom Bayer. Statistischen Landesamt aufgrund der Wochenmeldungen.)

Die Erkrankungshäufigkeit an Scharlach, die seit jeher regelmäßig im Oktober zum jahreszeitlichen Gipfel in den letzten drei Monaten des Jahres ansteigt, erhöhte sich von 6,0 Erkrankungen je 10 000 der Bevölkerung (auf 1 Jahr berechnet) im September auf 10,1 Erkrankungen im Berichtsmonat; zur gleichen Zeit des vorigen Jahres stieg die Erkrankungsziffer von 3,6 auf 7,2. An übertragbarer Kinderlähmung erkrankten im Oktober drei Personen, davon zwei mit Lähmungserscheinungen.

Salmonellose und andere Formen der übertragbaren Dünndarmentzündung traten im Monat Oktober nochmals häufiger als im Vormonat auf, was jedoch auf einige örtliche Häufungen zurückzuführen ist. Dagegen wurden Fälle von Bauchtyphus und auch von Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) im Oktober seltener als im September gemeldet. Die Zahl der Hepatitis-Erkrankungen war jedoch etwas höher als im Oktober des Vorjahres.

Die meldepflichtigen, übertragbaren Krankheiten in Bayern

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 29. Sept. bis 2. Nov. 1963 (Vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3			4		5		6		7		8		9		10		11	
	Diphtherie		Scharlach		Übertragbare Kinderlähmung dar. paral. Fälle			Hirnhautentzündung Meningokokken-Meningitis		Hirnhautentzündung Übrige Formen		Gehirnentzündung		Tuberkulose [3]) der Atmungsorgane (aktive Form)		Tuberkulose [3]) der Haut		Tuberkulose [3]) der Übrigen Organe		Typhus abdominalis		Paratyphus A und B	
	E [1])	ST [2])	E	ST	E		ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	2	—	225	—	—	—	—	1	1	8	—	1	—	168	33	—	—	24	3	8	—	4	—
Niederbayern	—	—	70	—	1	1	—	1	—	2	—	1	—	61	16	—	—	10	1	—	—	—	—
Oberpfalz	6	—	66	—	1	1	—	1	—	—	—	—	—	74	18	—	—	12	2	1	—	—	—
Oberfranken	1	—	115	—	—	—	—	7	—	8	1	—	—	98	13	1	—	12	2	1	—	—	—
Mittelfranken	—	—	228	—	1	—	—	2	—	2	—	—	—	79	9	—	—	10	1	1	—	1	—
Unterfranken	—	—	111	—	—	—	—	3	—	2	—	1	—	87	13	3	—	8	—	2	—	1	—
Schwaben	1	—	135	—	—	—	—	1	1	1	—	—	—	82	11	—	—	15	—	2	—	4	—
Bayern	10	—	950	—	3	2	—	16	2	23	1	3	—	649	113	4	—	91	9	15	—	10	—
München	1	—	118	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	76	8	—	—	10	1	—	—	3	—
Nürnberg	—	—	91	—	1	—	—	1	—	1	—	—	—	24	—	—	—	2	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	19	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	19	3	—	—	3	—	1	—	—	—
Regensburg	—	—	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	4	—	—	3	—	1	—	—	—
Würzburg	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	2	—	—	1	—	—	—	1	—

Gebiet	12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25	
	Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa Salmonellose		Enteritis infectiosa Übrige Formen		Botulismus		Hepatitis infectiosa		Milzbrand		Ornithose Psittacose		Ornithose Übrige Formen		Verdachtsfälle von Tollwut [4])		Bang'sche Krankheit		Kindbettfieber [5])		Weil'sche Krankheit		Toxoplasmose		Wundstarrkrampf	
	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	13	—	237	4	—	—	—	—	59	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	1	1	—	—	1	—
Niederbayern	1	—	5	—	24	—	—	—	29	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	1	1
Oberpfalz	1	—	17	2	—	—	—	—	16	—	1	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Oberfranken	—	—	11	—	30	—	—	—	146	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	1	—	1	—	1	1
Mittelfranken	5	1	18	—	—	—	—	—	14	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Unterfranken	2	—	4	—	—	—	—	—	71	1	—	—	—	—	—	—	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Schwaben	4	—	7	—	—	—	—	—	27	—	—	—	—	—	1	—	4	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bayern	26	1	299	6	54	—	—	—	362	1	1	—	1	—	3	—	27	—	2	—	1	—	2	1	2	—	4	3
München	9	—	128	4	—	—	—	—	32	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Nürnberg	—	—	11	—	—	—	—	—	8	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	1	—	2	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	5	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	2	—	—	—	—	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

1) E = Erkrankungen (einschl. der erst beim Tode bekanntgewordenen Krankheitsfälle) mit Ausschluß der Verdachtsfälle 2) ST = Sterbefälle

3) Nur Neuzugänge, keine Zugänge aus anderen Tbc-Gruppen 4) Verletzungen durch ein tollwutkrankes oder tollwutverdächtiges Tier sowie Berührungen eines solchen Tieres oder Tierkörpers

5) Kindbettfieber bei oder nach Fehlgeburt.

Die Weiterentwicklung des Staatlichen Gesundheitswesens in Großbritannien

Das 15jährige Bestehen des Staatlichen Gesundheitsdienstes in Großbritannien gibt zu der Überlegung Anlaß, wie dieser Dienst in zehn Jahren bei seinem 25. Jubiläum aussehen wird. Die erste Vorschau auf die künftige Entwicklung wurde mit einem großangelegten Plan für Krankenhäuser veröffentlicht, der für die Jahre 1970/71 Aufwendungen von etwa 500 Millionen Pfund (rund 5,6 Milliarden DM), den Bau von etwa 100 neuen und die umfassende Modernisierung von 134 bereits vorhandenen Krankenhäusern vorsieht.

Das Krankenhauswesen bildet jedoch nur einen der drei Hauptzweige des Staatlichen Gesundheitsdienstes. Die beiden anderen Gruppen sind die praktischen Ärzte („Hausärzte") sowie die in England und Wales von 146 örtlichen Behörden unterhaltenen Gesundheits- und Fürsorgeeinrichtungen. (Schottland und Nordirland haben ihre eigenen Gesundheitsdienstsysteme.)

Obwohl diese drei Zweige, für die der Gesundheitsminister die oberste Verantwortung trägt, getrennt verwaltet werden, sind sie doch im wesentlichen untereinander abhängig: Keiner könnte erfolgreich ohne die Mitwirkung der anderen arbeiten.

Wenn auch der Arbeit der Gesundheits- und Fürsorgeeinrichtungen in den Augen der Öffentlichkeit vielleicht weniger Bedeutung zukommt, spielen sie doch seit 1948 eine immer gewichtigere Rolle. Ein Beispiel hierfür ist der außerordentliche Anstieg der Aufwendungen auf diesem Gebiet. Allein in den letzten fünf Jahren stiegen die laufenden Ausgaben um 50 v. H., und die Kapitalaufwendungen erhöhten sich um das Vierfache. Außerdem sind als Gegenstück zu dem langfristigen Krankenhausplan die einzelnen 10-Jahres-Programme der betreffenden 146 örtlichen Behörden im Gesundheitsministerium zusammengelaufen, das sie sodann analysiert und veröffentlicht hat. Insgesamt sehen diese Pläne einen Kapitalaufwand von rund 223 Millionen Pfund (fast 2,5 Milliarden DM) und eine Erweiterung des Personals um etwa 45 v. H. vor.

Während die beiden anderen Zweige des Gesundheitsdienstes von jedem Kranken oder Unfallverletzten — gleich welchen Alters — in Anspruch genommen werden können, kommen die örtlichen Behörden mit ihren Leistungen hauptsächlich für die spezielien Erfordernisse von vier Personengruppen auf — Mütter und Kleinkinder, alte Menschen, Geisteskranke oder Anomale und Körperbehinderte.

Die den örtlichen Behörden unterstehende Mütter- und Säuglingsfürsorge veranschaulicht die gegenseitige Abhängigkeit der drei Zweige des Gesundheitsdienstes besonders gut. Die Mehrzahl der Hausentbindungen wird von den im Dienst der örtlichen Gesundheitsbehörden stehenden Hebammen in Zusammenarbeit mit dem Hausarzt vorgenommen. Diese Zusammenarbeit beginnt mit der ersten Untersuchung während der Schwangerschaft und endet frühestens zehn Tage nach der Entbindung. Selbst Mütter, die im Krankenhaus entbinden wollen, können sich während der Schwangerschaft und nach der Entbindung von den Hebammen der örtlichen Behörden betreuen lassen.

Ratschläge in der Kinderpflege zu erteilen ist eine der zahlreichen Funktionen, die die sogenannten „Health Visitors", besonders geschulte, von den örtlichen Behörden beschäftigte Krankenpflegerinnen, ausüben. Die Beschaffung von Hausgehilfinnen, die die Hausarbeit für Wöchnerinnen oder erkrankte Hausfrauen erledigen, ist ebenfalls ein wertvoller Beitrag, der — wie auch die guten Dienste der „Health Visitors" — nicht auf einen bestimmten Kreis der Bevölkerung beschränkt ist. Die routinemäßige Betreuung von Mutter und Kind erfolgt weitgehend in Beratungsstellen, die von den örtlichen Gesundheitsbehörden unterhalten werden.

Man rechnet damit, daß die Zahl der Menschen von 65 Jahren und darüber in den nächsten 20 Jahren in England und Wales um 1 823 000 anwachsen wird; daraus ergibt sich für die örtlichen Behörden die Notwendigkeit, ihre Altersfürsorge beträchtlich zu erweitern. Zur Betreuung der alten Leute gehört die Verabreichung warmer Mahlzeiten, die ins Haus gebracht werden, häusliche Krankenpflege und Hilfe im Haushalt. Man hofft, daß die Zahl der häuslichen Pflegerinnen bis 1972 von 7704 auf 9785 und die der Hausgehilfinnen von 25 478 auf 37 083 steigt.

Vielleicht am meisten können die verantwortlichen Behörden zur Zufriedenheit und zum Wohlbefinden der alten Menschen beitragen, wenn sie ihnen ein gemütliches Heim schaffen. Seit dem 2. Weltkrieg sind 256 000 zu diesem Zweck geeignete Einzelzimmer fertiggestellt worden, und im vergangenen Jahr entfiel ein Viertel des gesamten Wohnungsbaues auf diese Kategorie.

Eine weitere Entwicklung hat sich auf diesem Gebiet mit dem Bau von Appartements angebahnt, in denen ein Hauswart den alten Leuten in Not- und sogar in Krankheitsfällen — wenn sich ein Krankenhausaufenthalt erübrigt — zur Seite steht. Intensiv beschäftigt man sich auch mit der Frage, welcher Wohnungstyp sich am besten für jene eignet, die zu hinfällig sind, um selbst in einem speziell auf die Bedürfnisse alter Leute abgestimmten Wohnkomplex allein leben zu können.

Ein revolutionärer Wandel hat sich in den letzten 15 Jahren auch in der Behandlung von Geisteskranken vollzogen, und welches Gewicht man der Betreuung dieser Menschen innerhalb der Gemeinschaft beimißt, zeigen die Pläne zum Bau von Heimen, in denen die Geheilten sich an normale Lebensbedingungen gewöhnen können.

Blinde, Taube und durch Krankheit, Unfall oder von Geburt an Körperbehinderte bilden die vierte Gruppe derer, die von den Gesundheits- und Fürsorgeeinrichtungen profitieren. Auch hier gibt es zahlreiche Möglichkeiten für die Zusammenarbeit zwischen allen Zweigen des Staatlichen Gesundheitsdienstes und auch den privaten Organisationen, die es sich zur Aufgabe gemacht haben, den Körperbehinderten zu helfen. Geeignete Wohnungen oder Heime können diesen mit einem Gebrechen behafteten Menschen erheblich das Leben erleichtern. Hier können die örtlichen Behörden helfen, indem sie entweder selber bauen oder sich an den Kosten beteiligen, um bereits vorhandene Wohnungen den jeweiligen Erfordernissen anzupassen. Hebeapparate und Vorrichtungen, die das Anziehen, Kochen, Essen und die Hausarbeit erleichtern, werden ebenfalls von den örtlichen Behörden oder von Privatorganisationen zur Verfügung gestellt. Auch bieten die örtlichen Behörden den Körperbehinderten die Möglichkeit zur Erholung, Unterhaltung und zu geselligem Beisammensein.

KREWEL-WERKE
Eitorf b. Köln

HYPERÄMOL

Regulierbares Total-Hyperämicum

Heilanzeigen deutscher Bäder, Kurorte und Sanatorien

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

Bad Mergentheim (210 m).
Sanatorium Dr. Hoerstke, klinisch-fachärztlich geleitet, zur Behandlung von Leber-, Gallen-, Magen-, Darm- und Stoffwechselkrankheiten. Klin. Laboratorium, med. Bäderabteilungen, Röntgeneinrichtung, elektrophysikalische Therapie, Diätküche. Ganzjährig geöffnet, 30 Betten. Telefon 367.

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

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

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

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

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

Privatnervenklinik
Dr. Ph. Schmidt

Gauting bei München, Bergstr. 50
Telefon: München 86 12 26
mit Sanatoriumcharakter

Alle mod. Behandlungsmethoden

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

Heim-Orgeln
elektronisch
Lipp – Hammond – Baldwin
Einzigartige Auswahl nur im
Pianohaus Lang
München, Kaufingerstraße 28/I

Ein kostbarer Wassertropfen

KARLSBADER MÜHLBRUNN
und
NATURL. KARLSBADER SPRUDELSALZ
bei Galle, Leber, Magen, Dorm, Stoffwechsel

Verlangen Sie stets echtes Karlsbader Salz.

Zu beziehen durch Apotheken u. Drogerien

Alleinimporteur
Fa. Rudolf Mahr, Hersbruck/Mfr.

Jodex 1.25
bei Sportverletzungen

Gegen **Enuresis nocturna**
hat sich HICOTON als Spezifikum seit Jahrzehnten bestens bewährt! In allen Apotheken erhältlich. Prospekt und Muster kostenlos durch den Allein-Hersteller: „MEDIKA" Phorm. Präparate, 8 München 42

Anzeigenschluß
jeweils
am 25. des Monats

SPARKASSE

gibt Sicherheit in allen Geldgeschäften

...auch beim prämienbegünstigten Sparen. Wichtiger Termin 30. Dezember

Pepsaldra®
Pepsin-Salzsäure-Dragees

gegen Subacidität, Achylie und Dyspepsie

Original-Packungen zu 45 Stück u. 125 Stck.

Fabrik pharmazeutischer Präparate Karl Engelhard Frankfurt a. M.

Pepsaldra® compositum

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

Original-Packungen zu 40 Stück u. 100 Stck.

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

Denken Sie schon jetzt daran, sich für die

Einbanddecke 1963

vormerken zu lassen!

Die Auslieferung erfolgt im Februar 1964

RPV

RICHARD PFLAUM VERLAG
Abt. Formulare
8 München 2, Lazarettstraße 4

Deutschland,

Städte und Landschaften

Dieses farbenprächtige Monumentalwerk über die Schönheit unserer deutschen Heimat in Ost und West mit seinen einhundert Aquarellen von Gustav Lüttgens ist ein repräsentatives Geschenk für alle Geschäftsfreunde und Jubilare, eine bleibende Erinnerung für Freunde und Verwandte sowie eine wertvolle Auszeichnung für Ehrengäste und verdiente Mitarbeiter.

Einleitung und Bildunterschriften sind in Deutsch, Englisch und Französisch wiedergegeben.

Herausgegeben vom Verlag Schneidersche Buchdruckerei, Gebr. Schneider, Rothenburg ob der Tauber. Format des Buches 40×40 cm. Bildgröße 27×27 cm. In Ganzleinen gebunden mit Schutzkarton — als Buch oder auch als Kassette mit losen Blättern — kostet die Ausgabe im Einzelverkauf 135 DM.

CARL GABLER GMBH, Fachbuchhandlung, 8 München 2, Jutastr. 24

BIONORICA KG
BIOLOGISCHE ARZNEIMITTEL
NÜRNBERG

Mastoparin
Phytotherapeutikum
ZUR BEHANDLUNG ENDOKRIN-VEGETATIVER DYSREGULATIONEN DER FRAU

Gegen groben Schmutz!

Rilan putzt poliert pflegt

scheuert schaumaktiv

RILAN gibt es im wirtschaftlichen Großverbraucher-Gebinde zu 10 kg. Lieferung über den Fachhandel.
Böhme Fettchemie GmbH, Düsseldorf

Wenn auch die Arbeit der Gesundheits- und Fürsorgebehörden vorwiegend im Dienst der gefährdeteren Mitglieder der Gesellschaft steht, so wäre es doch kurzsichtig, an den für diese Zwecke ausgegebenen hohen Summen Kritik zu üben. Jeder ist einmal geboren worden; die meisten Menschen hoffen, alt zu werden, und niemand weiß genau, ob seine Kinder geistig und körperlich völlig gesund sein werden.

John Hammend, Bf/DMI

Einschränkungen im Schweizer Werbefernsehen

Weisungen über Art und Umfang der Werbung im Fernsehprogramm sind in einem Vertrag vorgesehen, der zwischen dem schweizerischen Rundfunk und den Zeitungsverlegern abgeschlossen werden soll. Bisher gibt es in der Schweiz kein Werbefernsehen; die Verleger haben, solange die Zahl der Fernsehteilnehmer unter 180 000 lag, der „Schweizerischen Rundfunkgesellschaft" für diesen Verzicht einen Ablösungsbetrag gezahlt.

Die Weisungen sehen unter anderem vor, daß sich die Reklame für Heilmittel in den allgemein für Arzneianzeigen geltenden Grenzen halten muß. Jede Reklame für suchterregende Medikamente soll verboten werden. Entsprechend einer Eingabe der „Verbindung der Schweizer Ärzte" sind auch für die Werbung für alkoholische Getränke Einschränkungen zu erwarten.

Die Einführung des Werbefernsehens in der Schweiz ist aus finanziellen Erwägungen der Sendegesellschaft und auch deswegen geplant, weil die Fernsehanstalten der umliegenden Länder große Teile der Schweiz mit ihren Fernsehsendungen erreichen. ÄPI

PRESSERUNDSCHAU

Empörung bei den Ärzteorganisationen*). („Die Welt", 7. 11. 63): „Mediziner empfinden die Attacke der Krankenhausgesellschaft als diffamierend." Empörung herrscht bei den Ärzteorganisationen über einen Artikel des Präsidenten der Deutschen Krankenhausgesellschaft, Hensel, der unter dem Titel „Das Njet der Ärzte gegenüber den Krankenhäusern" in der Zeitschrift „Das Krankenhaus" erschienen ist. Die Krankenhausgesellschaft dagegen erklärt, sie habe damit nur auf unqualifizierte Angriffe aus Kreisen der Ärzte geantwortet.

Im Mittelpunkt des Streits steht der Vorschlag, die Krankenhäuser dadurch zu entlasten, daß Patienten, deren Zustand es erlaubt, nicht stationär, sondern ambulant voruntersucht und nachbehandelt werden. Diese Kranken würden sich dann nur für die Dauer der eigentlichen Behandlung im Krankenhaus aufhalten und Pflege in Anspruch nehmen, im übrigen aber zu Hause untergebracht sein. Die bisherige Leistung des Krankenhauses würde nicht ausgeweitet, sondern aufgeteilt werden, nämlich in einen stationären und einen nicht-stationären Teil.

Diesen Vorschlag hatte die Deutsche Krankenhausgeselischaft, der alle kommunalen und freien gemeinnützigen Krankenhausträger angehören, gemeinsam mit den Spitzenverbänden der Orts-, Land- und Innungskrankenkassen dem Bundestag unterbreitet. Hensel, der seit zwölf Jahren Oberstadtdirektor von Düsseidorf ist, weist in seinem Artikei darauf hin, daß den Krankenhäusern aus ihren Personal- und Finanzschwierigkeiten herausgeholfen werden könne. Es müsse nur gelingen, die sog. Verweildauer, die in der Bundesrepublik 21 Tage gegenüber 14 Tagen in den europäischen Nachbarländern beträgt, geringfügig zu verkürzen. Reduziere man diese Zeit nur um einen Tag, so verringere sich der Bettenbedarf für akute Fälle um 22 000. Auch würde es der Plan ermöglichen, mit einer Art „diagnostischen Filters" die Häufigkeit der Einweisung ins Krankenhaus in einem ärztlich vertretbaren Maße herabzusetzen.

Obwohl es sich gar nicht darum handele, den Tätigkeitsbereich der freien Ärzte zu beschneiden, hätten deren Vertreter alle Reformvorschläge mit einem „Nein" beantwortet, steilt Hensel in seiner heftigen Anklage fest. Unbekümmert behaupten sie, die Vorschläge seien dazu bestimmt, Polikliniken östlicher Prägung durch die Hintertür einzuführen. Es liege im Interesse des ganzen Standes, die „ärztlichen Berufsfunktionäre", denen der Oberstadtdirektor „Barrikaden-Kampfrufe" vorwirft, zu zügeln. Denn dieser Stand erscheine langsam in einem Licht, das niemand willkommen sein könne. „Die Ärzte sind einfach immer dagegen", schreibt Hensel, „und die Motive ihres stereotypen Kontra sind nahezu immer materielle. Wo der Kranke, der ärztlich Hilfesuchende also, irgendwo am Rande erwähnt wird, geschieht es letztlich nur zur Verbrämung der erstrebten oder zu behauptenden Standesvorteile." Die ärztlichen Organisationen machten auch niemals konstruktive Vorschläge. Die Ärzteorganisationen überlegen sich noch, in welcher Form sie auf diese Attacke, die sie als ausgesprochen diffamierend empfinden, reagieren sollen. Von der Krankenhaus-Gesellschaft und den Krankenhauskasseverbänden ist indessen zu hören, daß sie an ihrem Vorschlag festhalten. Sie haben gemeinsam Leitsätze ausgearbeitet, mit denen sie alle Zweifel daran, daß er zu verwirklichen sei, aus dem Wege räumen wollen.

*) siehe auch S. 979.

Kritik an der ärztlichen Gebührenordnung. (FAZ, 12. 11. 63): Eine Verbesserung der amtlichen Gebührenordnung aus dem Jahre 1924 — Preugo — hat der Bundesverband der Ortskrankenkassen gefordert. Er sprach zugleich im Namen der Land-, Betriebs-, Innungskrankenkassen, der Knappschaften, der Berufsgenossenschaften und der Rentenvers.-Träger sowie des Städtetages und des Landkreistages. Die Kassen sind der Auffassung, daß die Preugo für eine gerechte, dem heutigen Stand der medizinischen Praxis entsprechende Honorierung der ärztlichen Tätigkeit nicht mehr ausreicht. Bevor man über die von der Ärzteschaft geforderte allgemeine Erhöhung der Mindestsätze der Preugo von 35% diskutiere, müßten die Wertansätze dieser Gebührenordnung berichtigt werden.

Die AOKs legen vor allem Wert darauf, daß eine der wesentlichen Leistungen des Arztes, die eingehende Untersuchung, besser honoriert wird als bisher. Für eine eingehende Untersuchung, für die mindestens 20 Minuten anzusetzen seien, erhalte der Arzt nach der Preugo 3.20 DM. Für eine intravenöse Injektion, die etwa 5 Minuten beanspruche, erhalte der Arzt dagegen 4.80 DM. Dies sei ein Mißverhältnis, das durch eine globale Erhöhung der Preugo noch verschärft werden müsse. Die Kassen schlagen daher vor, neun Positionen der Preugo fühlbar anzuheben und zwanzig Positionen zu senken. So soll der Arzt künftig für eine eingehende Untersuchung 8 DM erhalten, für einen Besuch bei Tag 6 DM (bisher 4 DM), für einen Besuch bei Nacht 12 DM (bisber 8 DM). Dagegen sollen die Leistungen des Arztes, die teilweise auch von Hilfskräften ausgeführt werden, geringer bezahlt werden als bisher. Für ein Gesamtblutbild soll der Arzt künftig nur noch 12 DM (bisher 16 DM) erhalten, bei Anwendung elektrischen Stroms 2.40 DM (3.20 DM), bei Nervenmassage 3 DM (8 DM), bei intravenösen Injektionen 3 DM (bisher 4.80 DM).

Die AOKs weisen darauf hin, daß die von ihnen vorgeschlagene Korrektur der Preugo im Durchschnitt den Ärzten keine Honorareinbußen bringen werde. Vielmehr sei eine Erhöhung der Honorare im Durchschnitt um etwa 10% zu erwarten. Von einer gerechten Gebührenordnung, so heißt es in einem dem Bundesgesundheitsministerium zugeleiteten Antrag, müsse verlangt werden, daß sie dem einzelnen Arzt bei zeitlich gleichbleibender Tätigkeit etwa ein gleiches Einkommen bringe, gleichgültig, ob er nur die eine oder die andere Leistung erbringe. Die Einkommenserwartungen für die einzelnen Arztgruppen dürften nicht so unterschiedlich bleiben wie bisher. Von den Kassen wurde die Meinung vertreten, die unterschiedlichen Einkommenserwartungen der einzelnen Arztgruppen seien dafür verantwortlich, daß es der Ärzteschaft trotz zehnjähriger Bemühungen nicht gelungen sei, die Preugo dem gegenwärtigen Stand der Medizin anzupassen.

Notlösung. (Hessische Allgemeine, Kassel, 9. 11. 63): ... Die Einheit des Sozialpakets kann also nur noch dadurch gerettet werden, daß die CDU/CSU im Bundestag gemeinsam mit der SPD für die arbeitsrechtliche Lösung der Lohnfortzahlung und gemeinsam mit der FDP für die Krankenvers.-Reform stimmt. Diese Abstimmung mit wechselnden Mehrheiten ist eine Notlösung, die der SPD erhebliche taktische Vorteile in die Hand gibt. Die SPD verficht zwar eine arbeitsrechtliche Lohnfortzahlung ..., sie könnte sich aber aus taktischen Gründen entschließen, das Gesetz zu Fall zu bringen, um das Sozialpaket aufzuschnüren ... Allerdings fiele dann der SPD die unangenehme Aufgabe zu, ihren Wählern klarzumachen, warum die ersehnte Lohnfortzahlung geopfert werden mußte. Es ist daher anzunehmen, daß sich die SPD zu einer solchen Radikalkur nur entschließt, wenn bei ihren Anhängern der Kampf gegen die KrV-Reform auf größeres Verständnis stößt als der Kampf für die Lohnfortzahlung. Das aber kann die SPD erst auf Grund des endgültigen Gesetzentwurfes der sozialen KrV abschätzen.

Mithin ist auch nach dem Gipfelgespräch bei Bundeskanzler Erhard und der grundsätzlichen Einigung zwischen CDU/CSU und FDP über die „Notlösung" noch alles offen ...

Nach den letzten Informationen soll es bei den Orts- und Ersatzkassen künftig drei Gruppen von Versicherten geben:

1. Pflichtversicherte bis zu 850 DM, die sich an den Krankheitskosten beteiligen müssen, wobei ein Individualbeitrag von 2% verrechnet wird;
2. Freiwillig Weiterversicherte mit Monatseinkommen bis zu 1 250 DM, die sich in der gleichen Weise an den Krankheitskosten beteiligen sollen.
3. Freiwillig Weiterversicherte mit Monatseinkommen über 1 250 DM, die künftig beim Arzt als Selbstzahler auftreten sollen und von der Kasse 80% der Kosten erstattet bekommen, wobei allerdings nur die Gebührensätze der Kassen zugrunde gelegt werden.

Die soziale KrV würde bei dieser Regelung ein schlechtes Geschäft machen, denn es wäre anzunehmen, daß ein großer Teil der Höherverdienenden aus Prestigegründen zu den Privatkassen abwanderte. Aus diesem Grunde ist auch der Vorschlag von Minister Blank, das Kostenerstattungssystem für alle Weiterversicherten einzuführen, sehr schnell zu Fall gebracht worden. Der Widerstand der Versicherungsträger auf der einen und der Versicherten auf der anderen Seite beweist jedenfalls, daß das letzte Wort über die Reform noch nicht gesprochen ist. A. v. R.

Katzer: Notfalls mit der SPD. (Frkft. Rundschau, 7. 11. 63): Hans Katzer will die arbeitsrechtliche Lösung der Lohnfortzahlung ... notfalls auch gegen die Stimmen der FDP durchsetzen. In einem Interview mit dem Hessischen Rundfunk erklärte Katzer am 6. 11., vor mehr als Jahresfrist hätten sich CDU/CSU und FDP auf die arbeitsrechtliche Lösung geeinigt. Heute fordere die FDP die versicherungsrechtliche Lösung. Damit sei eine neue Situation gegeben. Da sich auch die SPD für eine arbeitsrechtliche Lösung einsetze, glaube er, daß das Gesetz eine Mehrheit finden werde ...

Auf der Suche nach Kompromissen. (Mee im Industriekurier, 16. 11. 63): Beim Sozialpaket liegen Sachverstand und Ideologie noch im Widerstreit. Die Chancen des Sozialpakets sind wieder gestiegen. Das werden alle begrüßen, die eine abermalige Vertagung der KrV-Reform für blamabel halten. Gleichwohl verbinden sich mit dem Koalitionsbeschluß noch wenig Hoffnungen auf eine sachlich befriedigende Reform, zumal die CDU an der arbeitsrechtlichen Konstruktion der Lohnfortzahlung festhält. Zwar bestreitet die FDP, daß sie bereit ist, sich in dieser Hinsicht von CDU und SPD überstimmen zu lassen, aber wer wollte diese Konsequenz ausschließen? So konzentrieren sich die Hoffnungen derer, die eine versicherungsrechtliche Lösung der Lohnfortzahlung für die richtigere halten, darauf, daß der Widerstand von Wirtschaft und FDP wenigstens ausreicht, um eine Modifikation der arbeitsrechtlichen Lösung zu bewirken, die schlimmste Befürchtungen ausräumt.

Die bisher bekanntgewordenen Hilfskonstruktionen beweisen aber nur, wie schwierig es ist, gerade hier einen Kompromiß zu finden. Wohin diese Kompromißsuche führt, zeigt die Absicht, dem Arbeitgeber allen modernen arbeitsrechtlichen Tendenzen zum Trotz das Recht einzuräumen, einem Arbeiter wegen Krankheit zu kündigen und auf die Krankenkasse zu verweisen, wenn er noch nicht länger als ein halbes Jahr bei ihm beschäftigt ist. Sollte nicht der Arbeitgeber den Lohn fortzahlen, sondern die Krankenkasse, dann brauchte man solche Auswege nicht zu beschreiten. Auch das Anerbieten, die bei der arbeitsrechtlichen Lösung zusätzlich aufkommende Lohnsteuer in die geplanten Ausgleichskassen einzuschießen, spricht nur für die versicherungsrechtliche Lösung, bei der zusätzliche Steuern gar nicht erst fällig werden. So aber ist man im Begriff, etwas zu nehmen, um es postwendend als „Subvention" zurückzugeben, oder man gestattet dem Arbeitgeber eine Aufrechnung mit dem Erfolg einer neuerlichen Komplizierung unseres Steuerrechts. Über einen Vorschlag der Arbeitgeber aber, im Rahmen der versicherungsrechtlichen Lösung steuerliche Ungerechtigkeiten auszuschalten, geht man mit dem Bemerken hinweg, er berücksichtige eine Anzahl von Sonderfällen nicht.

Wohl das stärkste Argument der Anhänger der versicherungsrechtlichen Lösung bleibt im übrigen der Hinweis auf die Tendenz zur Verlängerung der Fortzahlungsfristen. Die Angestellten fordern bereits eine dreimonatige Gehaltsfortzahlung. Wollte man dereinst solche Fristen allgemein für zeitgemäß erkennen, so wären sie wohl nur im Rahmen der versicherungsrechtlichen Lösung tragbar, wenn man nicht den Willen zur Selbständigkeit weiter untergraben will.

Gleichwohl muß damit gerechnet werden, daß sich

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

die Anhänger der arbeitsrechtlichen Lösung... durchsetzen. Wie immer aber diese Lohnfortzahlung gestaltet ist, sie sollte nicht verabschiedet werden ohne gleichzeitige KrV-Reform. Der sachliche Zusammenhang beider Komplexe ergibt sich nicht nur hinsichtlich der Einschaltung des versorgungsärztlichen Dienstes, vielmehr sind der Wirtschaft als Ausgleich für die Belastung mit den Lohnfortzahlungskosten erhebliche Entlastungen im Rahmen der KrV zugesagt worden: Einmal durch den Wegfall der Arbeitgeberbeiträge für Arbeiter, die die Versicherungs-Pflichtgrenze überschreiten, zum andern durch die Selbstbeteiligung...

Hinsichtlich dieser Selbstbeteiligung ist die FDP offenbar im Begriff, bei einem Teil der CDU-Experten Sympathie für den Übergang zum Kostenerstattungssystem zu wecken. Eine solche schrittweise Einführung des Kostenerstattungssystems... ist vor allem deswegen problematisch, weil sie zwei (oder gar drei) Klassen von Versicherten schaffen würde... Andererseits hat die langjährige Diskussion um eine sinnvolle Begrenzung der gesetzlichen KrV gezeigt, daß wegen der mit solchen Einkommensgrenzen stets verbundenen Härten (für langjährige, krankheitsanfällig gewordene Mitglieder und Kinderreiche) eine zufriedenstellende Lösung kaum gefunden werden kann.

Die Frage drängt sich also auf, ob durch das Kostenerstattungssystem die ungesunde Anziehungskraft der gesetzlichen KrV auf einkommensstarke Personenkreise eingeschränkt werden könnte. Die private Vers.-Wirtschaft wird sagen, daß ganz im Gegenteil mit einer partiellen Einführung der Kostenerstattungsmöglichkeit die ungesunde Konkurrenzposition der gesetzlichen KrV noch verstärkt zu werden droht. Die Anhänger des schrittweisen Übergangs zur Kostenerstattung verweisen hingegen auf das Vorhaben, eine Erstattung nur im Rahmen der Mindestsätze der amtlichen Gebührenordnung zulassen zu wollen. Die Argumente beider Seiten und die Auswirkungen einer solchen Maßnahme auf die Versicherten sind noch nicht ausdiskutiert.

KKH warnt vor Kostenbeteiligung. (Hessische Allgemeine, Kassel, 16. 11. 63): Die Vertreterversammlung der Kaufmännischen Krankenkasse Halle begrüßte in einer in Kassel gefaßten Entschließung die Absicht der neuen Bundesregierung, zur Vorbereitung einer Sozialgesetzgebung aus einem Guß eine Sozialenquete vorzunehmen. Die Selbstverwaltungsorgane der KKH bitten in ihrer Entschließung darum, auf dem Gebiete der sozialen KrV keine Experimente zu machen und vor Abschluß der Untersuchung keine Maßnahme durchzuführen, deren Auswirkungen nicht überblickt werden könnten.

In der Entschließung wird es als Hauptaufgabe der sozialen KrV bezeichnet, in Fälien von Not und Krankheit ausreichende Hilfe zu gewähren. Damit sei eine Kostenbeteiligung nicht vereinbar, die zu gesundheitlichen Gefahren und nicht vertretbaren Härten führen würde. Die Vertreter halten eine Reform für wünschenswert, die die Unübersichtlichkeit des Rechts in der Sozialversicherung beseitigt. Sie wenden sich gegen eine weitere Bürokratisierung, vor allem durch den geplanten Sonderbeitrag. — Die KKH-Selbstverwaltungsorgane fordern die Beibehaltung der bewährten Gliederung der sozialen KrV und lehnen eine Reglementierung ab, die einen gesunden Wettbewerb praktisch ausschaltet und für eigene Initiative keinen Raum mehr läßt. Auch in der Sozialversicherung müßten klare Rechtsgrundsätze gelten. Die zwangsweise Beendigung von Mitgliedschaften würde einen unberechtigten Eingriff in wohlerworbene Rechte darstellen. Außerdem müßten die VersPflichtgrenzen in der Sozialversicherung der allgemeinen Entwicklung kontinuierlicher angepaßt werden, damit nicht ein immer größerer Teil der Arbeitnehmerschaft wichtige Rechte verliert. — Im Mittelpunkt der Tagesordnung standen die Entgegennahme des Jahresberichts für 1962 sowie Beratungen über Änderungen der VersBedingungen, der Krankenordnung und der Satzung.

Thema KrV-Reform im Kolpinghaus (Köln. Rundschau, 25. 10. 63): Gegen die bisherige Handhabung der anonymen Leistungen in der KrV wandte sich Dr. Otto Estenfeld, Geschäftsführer des Bundesverbandes der Innungskrankenkassen. In einem Podiumsgespräch im gut besuchten Kolpinghaus diskutierte er mit stellv. Vorsitzenden der Christlichen Gewerkschaften, Siegfried Weidner und dem Vizepräsidenten der Handwerkskammer Köln, Peter Hilger, über aktuelle Sozialprobleme.

Estenfeld forderte verstärkte Eigenverantwortlichkeit der Versicherten und Verbesserung des Verhältnisses zwischen Arzt und Patienten. In der lebhaften Diskussion einigten sich die Gesprächspartner in vielen Punkten. So soll z. B. der Erkrankte in keinem Fall schlechter gestellt werden als der Arbeitende. Darum wurde empfohlen, nach einer sechswöchigen Dauer der Arbeitsunfähigkeit die vollen Bezüge an den Versicherten zu zahlen. Außerdem sollte bei ernsthaft Erkrankten der Vertrauensarzt weitgehend ausgeschaltet werden.

Dr. Estenfeld setzte sich für eine tragbare Selbstbeteiligung des Versicherten an den Kosten ein. Er vertrat den Standpunkt, daß der Bürger, der für Genußmittel, für sein Auto und für weite Urlaubsreisen Geld ausgibt, sehr wohl in der Lage sei, auch etwas für seine Gesundheit zu tun. Härtefälle müßten allerdings ausgeschaltet werden. Weiter sollte der Versicherte die Arztrechnung im voraus begleichen und erst hinterher im Kostenerstattungsverfahren seine Auslagen zurückerhalten. Er würde dann am ehesten erkennen, wie hoch die Leistungen der Kasse für ihn seien.

Brauchen wir Ersatzkassen? (Adolf v. Lippmann in Südd. Ztg., München, 30. 10. 63):... Auch heute noch sind die Ersatzkassen im wahren Sinne des Begriffs „Hilfsvereinigung auf Gegenseitigkeit", die von den Mitgliedern selbst bzw. den von ihnen gewählten Organen verwaltet werden. Als ziemlich vollkommene Selbstverwaltungskörper sind die Ersatzkassen in der KrV bisher weitgehend frei von einengenden gesetzlichen Bestimmungen gewesen. Das hat ihnen, neben dem sich aus der freiwilligen Zugehörigkeit ergebenden engeren Kontakt zu den Mitgliedern, eine ständige Anpassung ihrer Leistungen an die Bedürfnisse der Versicherten und ihrer Angehörigen gestattet. Ebenso konnte im gr. Rahmen der gesetzlichen Regelung den Notwendigkeiten der medizinischen Praxis weitgehend Rechnung getragen werden. Der Entwurf des KVNG sieht nun eine Reihe von Bestimmungen vor, welche die Selbstverwaltung der Ersatzkassen einschränken. Es ist verständlich, daß sich die Ersatzkassen dagegen zur Wehr setzen. Es soll hier nicht erörtert werden, ob diese Einschränkungen aus sozialpolitischen Gründen wirklich notwendig, oder ob sie nur den Gedanken einer gewissen Gleichmacherei entsprungen sind. Aber eines scheint dabei unter allen Umständen berücksichtigt werden zu müssen, das ist der Wille der Versicherten selbst.

Es gibt im ganzen Bereich der Sozialversicherung

Wenn Haut zu heilen –

Lyssia Salbe

wohl kaum eine Institution, die sich mit einer solchen Berechtigung auf diesen Willen stützen kann wie die Ersatzkassen. Niemand ist gezwungen, einer Ersatzkasse anzugehören. Von den 52,5 Millionen krankenversicherten Bundesbürgern sind 46 Millionen, das sind 88%, Mitglieder der RVO-Kassen, zu denen auch die Ersatzkassen gehören. Fast 10 Millionen, das sind 18%, sind Mitglieder von Ersatzkassen. Das heißt aber nichts anderes, als daß sich fast 1/5 unserer arbeitenden Bevölkerung für die Ersatzkassen in der gegenwärtigen Form entschieden hat. Wenn der demokratische Grundsatz der freien Willensentscheidung von Bedeutung bleiben soll, dann darf man an einer derartigen Willensbekundung nicht vorbeigehen. Hier steht schließlich die Alternative: „Selbstverantwortung oder gesetzlich verordnete Wohlfahrt" zur Entscheidung. Darauf hat vor kurzem auch die Kölner Gesellschaft für Versicherungswissenschaft in einer Stellungnahme hingewiesen, die allen Bundestagsabgeordneten zugeleitet worden ist. Die Gesellschaft hat sich bereits in ihren Gutachten von 1955 und 1958 zur Neuregelung der KrV zum gegliederten Aufbau der Träger der KrV bekannt und für die Satzungen einen möglichst großen Spielraum gefordert. Sie warnt begründet davor, in dem deutschen Gesetzentwurf bewährte Formen demokratischer Selbstverwaltung abzubauen, die eher noch einer Erweiterung bedürfen. In diesem Zusammenhang ist auch auf das unbegründet aufrechterhaltene Verbot der Neuerrichtung von Ersatzkassen hingewiesen worden.

Gute Idee — aber... (Soziale Harmonisierung in der EWG)... (Handelsblatt, Dsdf., 24. 10. 63): A. J. — Die Zeichen der europäischen Sozialpolitik stehen auf Sturm. Unter der Tarnung der sozialen Harmonisierung solle eine verhängnisvolle versorgungsstaatliche Politik eingeführt werden. Dies ist die Auffassung des Bundes Katholischer Unternehmer, der zusammen mit seinen europäischen Schwesterverbänden vor der nächsten Sozialkonferenz in Brüssel eine neue Konzeption vorlegen will. Auf der diesjährigen Jahrestagung des Bundes Katholischer Unternehmer in Bad Neuenahr, der übrigens seit Jahren wegen seiner unorthodoxen Vorschläge bekannt ist, wurde betont, daß im Zuge der europäischen Bemühungen in Brüssel die einmalige Gelegenheit bestehe, zu einem ganz neuen System zu kommen. Der wissenschaftliche Berater des Bundes Katholischer Unternehmer, Prof. Wilfried Schreiber, hat in Bad Neuenahr revolutionäre Vorschläge gemacht: Abschaffung des Arbeitgeberbeitrages zur Sozialversicherung, dafür entsprechende Aufstockung der Löhne. Diese Maßnahme soll die offensichtlich zwangsläufige Kollektivierung der Alters- und Krankenvorsorge bremsen. Gegen den Grundgedanken Schreibers ist nichts einzuwenden. Zweifellos kann man von hier aus eine neue europäische Sozialpolitik ansetzen, aber zu viele Fragen bleiben offen. Etwa die: Müssen künftige Beitragserhebungen durch zusätzliche Lohnerhöhungen finanziert werden? Und dann ist da ein weiteres wichtiges Problem: Was geschieht, wenn der Arbeitnehmer nicht in freier Verantwortung seine Vorsorge selbst trifft? Es ist doch so, daß später die staatliche Sozialhilfe einspringen muß, wenn die eigene Vorsorge nicht durchgeführt wird. Damit sind die Dinge aber noch ärger als zuvor. Wenn die Arbeitnehmer aber durch Gesetze verpflichtet werden, sich zu versichern, dann bleibt vom Ausgangspunkt der Idee nicht viel übrig. Es zeigt sich also, daß die Ideen Prof. Schreibers noch genau überdacht werden müssen.

SPD und CDU/CSU einig über Lohnfortzahlung? (Mü. in „Die Welt", v. 8. 11. 63): Auch die SPD hat im Bundestagsausschuß für Arbeit zu erkennen gegeben, daß sie die arbeitsrechtliche Lohnfortzahlung befürworte. Sie stimmt insoweit grundsätzlich mit der CDU/CSU überein, wie der Ausschußvorsitzende Scheppmann nach Abschluß der ersten Lesung des Lohnfortzahlungsgesetzes gegenüber der „Die Welt" erklärte.

Die FDP hätte sich jedoch nach wie vor ablehnend verhalten. Nach Auffassung der CDU/CSU-Mitglieder im Arbeitsausschuß sollte das Lohnfortzahlungsgesetz abweichend vom Regierungsentwurf, nur für Arbeiter gelten. Das Recht der Angestellten auf Gehaltsfortzahlung sei ausreichend gesetzlich geregelt, so daß es sich erübrige, die Angestellten noch einmal in diesem Gesetz zu erwähnen.

Während das Recht auf Gehaltsfortzahlung schon bei Vertragsabschluß wirksam werde, und zwar auch dann, wenn die Arbeit noch nicht aufgenommen sei, kann nach Meinung der CDU/CSU das Recht der Arbeiter auf Lohnfortzahlung erst vom Zeitpunkt der Arbeitsaufnahme gelten. Jedoch bestehe kein Anlaß, das Recht der Angestellten in diesem Punkt zu verschlechtern.

Aus den bisherigen Beratungen hat sich, obwohl noch keine Beschlüsse gefaßt worden sind, nach den Worten Scheppmanns doch schon ergeben, daß sowohl von Angestellten wie von Arbeitern der Nachweis der Arbeitsunfähigkeit verlangt werden wird. Insofern müßten die Gesetze, in denen die Gehaltsfortzahlung geregelt ist, geändert werden. Ob der Arbeitgeber dann seinen Anspruch auf einen Nachweis der Arbeitsunfähigkeit geltend mache, bleibe ihm überlassen.

Die CDU/CSU bejaht die im Regierungsentwurf vorgesehene Regelung, wonach der behandelnde Arzt die AU nicht nur für den Arbeitgeber bescheinigen, sondern regelmäßig auch eine Mitteilung darüber an den Vertrauensärztlichen Dienst, unter Angabe der Diagnose, zustellen soll. Auf dieser Grundlage hätte dann der Vertrauensarzt zu entscheiden, in welchem Fall er den Kranken vorladen will.

Die Kosten der Lohnfortzahlung sollen nach Auffassung der CDU/CSU in jedem Fall, nicht nur bei versicherungspflichtigen Arbeitern, überbetrieblich ausgeglichen werden. Der Regierungsentwurf sieht vor, daß dem Arbeitgeber 75% erstattet werden. 25% soll der Unternehmer selbst tragen. Ob es bei diesem Verhältnis bleibe, sei später zu entscheiden, sagte Scheppmann. Nachdrücklich betonte er jedoch, das Risiko der Lohnfortzahlung dürfe auf keinen Fall ganz der Ausgleichskasse zugeschoben werden. Die Nettobelastung der Arbeitgeber durch das Lohnfortzahlungsgesetz wird von der CDU/CSU weiterhin im Sinne der Regierungsangaben mit 1,42 Mrd. DM angegeben. Bundesarbeitsminister Blank, der an der Sitzung des Ausschusses für Arbeit teilnahm, kündigte an, die Regierung werde bereit sein, das Mehraufkommen an Lohnsteuer aus der Bruttofortzahlung für Zwecke des Gesetzes zu verwenden, nach dem, wie die Antwort lauten soll, werden die Weichen für die Sozialpolitik der Zukunft gestellt. Die Frage verlangt auch weniger das Gespräch „auf höchster politischer Ebene" als eine gründliche Sachdiskussion, selbst wenn sie, Versäumtes nachholend, noch mehr Zeit in Anspruch nimmt.

Die Koalitionspartner nehmen sich wechselseitig übel, daß sie den Standpunkt der Gegenseite mißbilligen. Dabei könnte fast vergessen werden, daß die Bundesrepublik, ob sie diesen oder jenen Weg geht, im Begriff ist, sich mit der Lohnfortzahlung an die Spitze der sozialpolitisch fortgeschrittenen Länder zu setzen.

„Goodwill' durch guten Willen." (Kommentar in der Zeitschrift „Der Volkswirt", Heft 37/1963.) „Der ‚goodwill' der privaten Krankenversicherung wurde an der sozialpolitischen Börse in jüngster Zeit etwas niedriger notiert als früher. Gewisse Werte, die sich eben nicht in Zahlen ausdrücken lassen, bröckelten ab; es gab Kritik an den Grundsätzen der Geschäftspolitik und der Versicherungsaufsicht — an Grundsätzen, die es angeblich verhindern, daß der Versicherungsschutz in der privaten Krankenversicherung überall attraktiv und einladend wirkt. Und das Peinliche dabei: diese Kritik kam meist aus Kreisen, die durchaus nicht als privatversicherungsfeindlich gelten können. Kennzeichnend dafür waren etwa die Bemerkungen, die im Tätigkeitsbericht 1962/63 der Bundesärztekammer gegen die ‚falsch verstandene und kurzsichtige Geschäftspolitik einzelner Versicherungsgesellschaften' geäußert wurden. Daß diese Klagen über eine engherzige Versicherungspraxis ausgerechnet in einer Zeit laut werden, in der eine Begrenzung des Rechts auf Verbleib in der gesetzlichen Krankenversicherung erörtert wird,

nennenswerte Personengruppen also zwangsweise der privaten Krankenversicherung zugeleitet werden sollen, ist für die Krankenversicherer natürlich unangenehm — einfach, weil sie gerade jetzt einen großen ‚goodwill' gut gebrauchen können. Denn die mehr oder weniger stumpfe sozialpolitische Argumentation, deren man sich im Lager der privaten Krankenversicherung bedienen muß, bedarf dringend der Ergänzung durch eine tadelfreie Geschäftspolitik, die den Rahmen des Versicherungsvertragsrechts und der Aufsichtspraxis klug zu nutzen weiß. Um so erfreulicher ist es, daß die Deutsche Kranken-Versicherungs-AG (DKV) gerade jetzt nach vierjähriger Vorbereitungszeit und hartnäckigen Bemühungen gegenüber dem Bundesaufsichtsamt, dem Bundesministerium für Wirtschaft und der Bundesbank ein Tarifwerk einführt, das eine richtig zahlgesteuerte Automatik zur Anpassung der Leistungen an die gestiegenen Behandlungskosten aufweist. Das zehnstufige Tarifsystem ist so gestaltet, daß eine Risikoprüfung entfällt, wenn eine Erhöhung der Behandlungskosten um mehr als zehn Prozent pro Jahr die daraus abzuleitende Steigerung der Leistungen und Beiträge bewirkt. Der Vorteil dieses ‚Index'-Systems, das bei der Bundesbank zunächst auf prinzipielle Bedenken stieß, liegt in der Stabilität des einmal gewählten Versicherungsschutzes — einer Stabilität, die dem Versicherungsnehmer natürlich nicht geschenkt wird. Immerhin stellt dieser ‚Wahltarif mit Leistungsanpassung', deren Ablauf vom Bundesaufsichtsamt selbstverständlich jeweils geprüft wird, einen bemerkenswerten Versuch dar, ‚goodwill'-mindernde Verärgerung an der Krankenversicherung auszuschalten. Es kann daher auch ganz dahingestellt bleiben, ob sich die Erwartungen der DKV als des größten europäischen Unternehmens dieser Branche im Wettbewerb in vollem Ausmaß erfüllen werden oder nicht: Im Blick auf den ‚goodwill', der im sozialpolitischen Geschäft eine Rolle spielt, zählt dieser Versuch, guten Willen zu beweisen . . . hus"

Der Haushalt 1964. („Frankfurter Allgemeine Zeitung", 20./21. 11. 1963.) „Die Bundesregierung hat am Dienstag den Haushalt des Bundes für 1964 einstimmig verabschiedet. Der Haushalt sieht Ausgaben und Einnahmen in Höhe von 60,3 Milliarden Mark vor und entspricht der normalen Wachstumsrate des Bruttosozialprodukts von rund sechs Prozent . . .

Im Bundeshaushalt werden deutlich Schwerpunkte gesetzt. Der größte Anstieg ist bei den sozialen Leistungen des Bundes zu verzeichnen. Hier war es am Dienstag im Kabinett auch am schwersten, Entscheidungen zu treffen. Offenbar hat es in der Kabinettsitzung Überlegungen gegeben, die Verbesserung des Kindergeldes weiter hinauszuschieben, um den Kriegsopfern mehr Mittel zukommen zu lassen. Die Regierung hat sich solchen Kompromißvorschlägen jedoch widersetzt. Sie wird Einspruch gemäß Artikel 113 des Grundgesetzes einlegen, falls der Bundestag über die Vorschläge der Regierung zur Verbesserung der Kriegsopferversorgung hinausgeht . . .

Für die Erhöhung des Kindergeldes sind in den Haushalt gut eine Milliarde Mark eingestellt worden; das bedeutet, daß das Kindergeld erst zum 1. April 1964 auf den neuen Bundeshaushalt übernommen und erhöht werden kann. Insgesamt steigt der Etat des Bundesarbeitsministeriums um 2,01 Milliarden Mark auf 13,58 Milliarden Mark. Damit nahmen die Soziallelstungen des Bundes weit mehr als alle anderen Ausgaben des Bundes zu . . ."

BfA: 40% mehr Heilmaßnahmen wegen seelischer Störungen. (Westfäl. Nachr., Münster, 14. 11. 63): Aus einer statistischen Erhebung der BfA geht hervor, daß die Heilmaßnahmen, die wegen geistiger und psychischer Störungen gewährt wurden, von 12 711 im Jahre 1961 um mehr als 40% auf 18 235 im Jahre 1962 angestiegen sind. Diese Krankheitsgruppe stellt 11,4% der insgesamt 160 344 Heilmaßnahmen, die die BfA 1962 ihren sechs Mill. Versicherten gewährte, dar . . .

Zwar nicht vollkommen, aber anerkennenswert. (Aus der „Deutschen Versicherungszeitschrift", Heft 10, Oktober 1963.) „Nach vierjährigen Vorarbeiten hat eine große private Krankenversicherungsgesellschaft in ihren sog. ‚Wahltarifen 63' eine automatische Anpassung der Leistungen und Beiträge an die Entwicklung der Behandlungskosten vorgesehen . . .

Mit diesen dynamischen Tarifen dürfte man dem Ziel, den Versicherungsnehmern einen dem jeweiligen Kostenniveau entsprechenden Versicherungsschutz in dem einmal gewählten Grad zu garantieren, ziemlich nahe gekommen sein. Eine immer und überall hundertprozentige Aufrechterhaltung des vom Versicherten gewählten Schutzumfanges ist auch bei diesem System nicht gegeben. Zunächst folgt die Anpassung der tatsächlichen Kostenentwicklung immer mit einer gewissen Verzögerung, die im Extremfall, wenn eine Kostensteigerung bereits im ersten Monat des Beobachtungszeitraumes sich ergeben hat, fast 15 Monate beträgt. Innerhalb dieser Zeit liegt dann eine Unterversicherung vor. Des weiteren kann die Erhöhung der Behandlungskosten bis zu 9% über die Anpassung hinausgehen; zwar kann dieser Vorsprung später wieder eingeholt werden, es ist jedoch auch der Fall denkbar, daß die Kostenentwicklung den Anpassungen auf lange Sicht immer um ein paar Prozent voraus ist. Schließlich kann bei einer durchschnittlichen Erhöhung um 10% das Kostenniveau in München durchaus konstant geblieben sein, während es in Köln um insgesamt 20% gestiegen ist. Eine zehnprozentige Anpassung führt dann in München zu einer Überdeckung, ohne die Unterversicherung in Köln vollständig zu beseitigen. Hinzu käme in einem solchen Falle noch die Schwierigkeit, die Münchener Versicherten von der Notwendigkeit einer Anpassung zu überzeugen.

Ein vollkommenes System zur Erhaltung des Versicherungsschutzes zu jedem Zeitpunkt und für jeden einzelnen Versicherten kann es nur in der Theorie, niemals aber in der Praxis geben. Das Verdienst dieses Unternehmens, der privaten Krankenversicherung einen neuen Weg gewiesen zu haben, ist in bohem Maße anerkennenswert. Hierdurch ist eine Entwicklung angebahnt worden, die so manche Enttäuschung und Verärgerung der Versicherten vielleicht zu mildern vermag. Deshalb ist zu wünschen, daß viele Unternehmen der privaten Krankenversicherung durch Weiterentwicklungen ihrer Tarife ihre seit Jahren verfolgten Bemühungen fortsetzen, ein zeitgemäßes Maximum an Versicherungsschutz anzubieten."

„Amoklauf". (Aus der „Ersatzkasse", Zeitschrift des Hauptausschusses der Ersatzkassenverbände, Heft 10, Oktober 1963.) „Der deutsche Kassenarzt ist ein notleidender Kuli im weißen Kittel. Verraten von den tyrannischen Funktionären seines Standes, leistet er Frondienste am medizinischen Fließband unter der Knute allmächtiger Krankenkassen."

So etwa sieht das Bild aus, das eine ärztliche Outsider-Organisation im hemmungslosen Amoklauf durch den Blätterwald der Boulevard- und Illustrierten-Presse von der Situation des Ärztestandes malt. Der kleine Verein gibt sich den Anschein eines Bannerträgers der Freiheit und ist doch nur das Sammelbecken jener Unzufriedenen, die von eigenen, demokratisch gewählten Institutionen wegen wiederholter unwirtschaftlicher Behandlungs- und Verordnungsweise mit Regressen belegt werden mußten.

Das Häuflein der Regreßschützer mochte das Prinzip der Wirtschaftlichkeit, ohne das eine soziale Krankenversicherung überhaupt nicht denkbar ist, durch bedingungslose, unkontrollierte Behandlungs- und Verordnungsfreiheit abgelöst wissen und versucht, dem Versicherten einzureden, daß das zu seinem Besten wäre. Aber der Trick ist faul und wird selbst von harmlosen Gemütern durchschaut. Der Versicherte weiß, daß er mit seinem Beitrag bezahlen muß, was immer der Arzt auf den Rezeptblock schreibt oder an Untersuchungen vornimmt. Und wie hoch müßte dieser Beitrag sein, wenn die rund 45 000 Vertragsärzte nicht an das Prinzip der Wirtschaftlichkeit gebunden wären?

Diese Fragestellung hat nichts mit kleinlichem Mißtrauen gegenüber dem Vertragsarzt als solchem zu tun. Aber, wo eine Gemeinschaft Kosten trägt und schon zwei große Ersatzkassen jährlich mehr als 30 Millionen Krankenscheine ausgeben, kommt das ohne eine Orientierung des Kostenumfangs an allgemein gültigen Begriffen nicht aus. Der Versicherte, der diese Kosten tragen muß, hat Anspruch darauf, daß seine Versicherungsbeiträge nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten in ärztliche Leistung umgesetzt werden. Die Krankenkasse ist für ihn der Sachwalter, daß dieses Prinzip gewahrt wird. Die Kontrolle der Wirtschaftlichkeit haben die Kassen vertrauensvoll den Ärzten selbst übertragen. Sie wird wahrgenommen von den Kassenärztlichen Vereinigungen, die den Status der Körperschaften des öffentlichen Rechts haben. Das ist ein faires System, und wenn die Regreßschützer ausgerechnet die Kassenärztlichen Vereinigungen als ‚Feind Nr. 1 der Ärzte' bezeichnen, dann wird damit deutlich, wohin der ‚Idealismus' dieser Freiheitssucher zielt.

Selbstverständlich bleiben auch die Ersatzkassen beim Amoklauf der Regreßschützer nicht verschont. In der Zeitschrift des Vereins wird der Arzt-Ersatzkassen-Vertrag, der allgemein als die fortschrittlichste Vereinbarung in der sozialen Krankenversicherung gilt, als ‚berüchtigt' apostrophiert, und jüngst haben die Regreßschutz-Funktionäre sogar Dienstaufsichtsbeschwerde gegen die Ersatzkassenverbände und die KBV erhoben. Es geht dabei um das schwierige Problem der Anspruchsberechtigung. Was sich die Regreßschützer von dieser Aktion versprechen, steht in den Sternen. Ergebnis der Aufsichtsbeschwerde könnte vielleicht sein, daß der § 4 Abs. 2 des neuen Vertrages als unzulässig bezeichnet wird. Das aber würde bedeuten, daß dann alle Ersatzkassen-Versicherten auf Krankenschein behandelt werden müßten, wie es bei allen anderen Kassen seit eh und je geschieht. Die Regreßschützer hätten damit einen Schuß nach hinten ausgelöst."

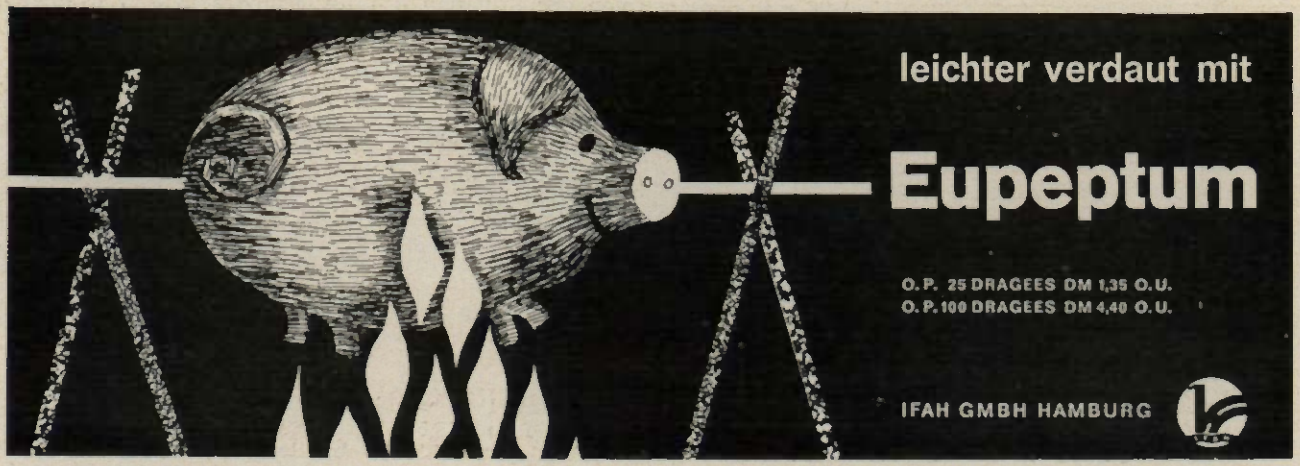
„Den Kindern mehr Raum". (Glosse in „Sozialer Fortschritt", herausgegeben von der Gesellschaft für Sozialen Fortschritt e. V., Heft 11, November 1963.) „Wer hätte gedacht, daß die Reichsgaragenordnung einmal Anknüpfungspunkt einer sozialen Selbstverständlichkeit werden würde! Bekanntlich verpflichtet sie den Bauherrn, bei jedem Neubau für eine entsprechende Garagenversorgung der Hausbewohner Sorge zu tragen. Das Stadtparlament von Braunschweig hat sich nun die begrüßenswerte Frage gestellt, ob die Kinder seiner Stadt nicht zumindest ebensoviel Recht haben sollten wie die Personenkraftwagen.

Es beantwortete diese Frage mit dem einstimmigen Beschluß, daß jeder Bauwillige, der in Zukunft in Braunschweig ein Haus mit mehr als drei Wohnungen zu errichten beabsichtigt, auf seinem Grundstück gleichzeitig auch einen Kinderspielplatz anzulegen hat. Die städtische Bauordnung wurde entsprechend ergänzt. Aber nicht genug damit, die Stadtväter gingen auch gleich ins Detail. So bestimmten sie im einzelnen: Für jede Wohnung eines mehr als drei Mietwohnungen umfassenden Hauses ist eine Spielplatzfläche von mindestens 2,5 qm vorzusehen, der Spielplatz hat in sonniger Lage zu liegen und muß der sonstigen Hofbenutzung gegenüber genügend geschützt sein. Wenn ein Bauherr mehr als 25 Wohnungen errichtet, hat er zusätzlich eine eigene Fläche für Bewegungsspiele anzulegen; bei einem Bauvorhaben von mehr als 80 Wohnungen muß für die üblichen Spielgeräte gesorgt werden. Ist die Einrichtung eines Spielplatzes auf dem betreffenden Baugrundstück nicht möglich, so hat der Bauherr mit anderen Bauwilligen zusammen einen Gemeinschaftsspielplatz anzulegen. Bauplänen, die diesen Überlegungen nicht gerecht werden, wird in Zukunft die Genehmigung versagt.

Wir gehen nicht soweit, zu sagen, Braunschweig sei mit diesem Beschluß seiner Stadtväter zu einer besonders kinderfreundlichen Stadt geworden. Vielmehr wird hier nur eine Selbstverständlichkeit nachgeholt, an der sich aber immerhin die anderen Großstädte unseres Landes ein Beispiel nehmen können. Daß diese Selbstverständlichkeit aber leider noch nicht überall als solche erkannt wird, geht schon aus der Tatsache hervor, daß der braunschweigische Haus- und Grundbesitzerverein, vertreten durch seinen Vorsitzenden, Handwerkskammerpräsidenten Walter Öhler, Bedenken gegen den Beschluß der Stadtväter angemeldet hat. Er bemerkte, daß die Haus- und Grundbesitzer zwar auch für Kinderspielplätze seien, daß die Absichten der Stadtväter aber weit über das Ziel hinausschössen.

Wir sind anderer Meinung. In Braunschweig wird in Zukunft nur das getan, was nötig ist. Ein Vertreter des Handwerks, des arbeitsintensivsten Wirtschaftszweiges, der sich immer — und mit Recht — über Arbeitskräftemangel beklagt, sollte doch am ehesten einsehen, daß nur ein gesundes Aufwachsen unserer Jugend in the long run einen gesunden und damit leistungswilligen Berufsnachwuchs garantieren kann."

Fast alle Angestellten in den Ersatzkassen. („Industriekurier", 5. 11. 1963): Mee. Die Expansion der Angestellten-Ersatzkassen schwächt sich ab. Mit 5,5 Millionen Versicherten im Durchschnitt des Jahres 1962 wuchs der Gesamtbestand gegenüber dem Vorjahr nur noch um 4,5 Prozent gegenüber 6,54 Prozent von 1960 auf 1961 und 7,25 Prozent von 1959 auf 1960. Die Ursache dieser Abschwächung ist ganz einfach darin zu sehen, daß das ansprechbare Reservoir an Angestellten einfach erschöpft ist und mit der von der natürlichen Bevölkerungsentwicklung diktierten Stagnation der Erwerbstätigkeit die Angestellten-Krankenkassen nur noch in dem Maße ihren Anteil an den Versicherten der gesetzlichen KrV vergrößern können, wie sich das Verhältnis der gesetzlichen KrV weiterhin zugunsten der Angestellten verschiebt. Die Volkszählung des Jahres 1961 ergab mit 5,8 Millionen Angestellten bereits ein Verhältnis 2:1. Ein Vergleich mit der Mitgliederzahl der Angestellten-Ersatzkassen (5,6 Millionen am Jahresende 1962) zeigt, in welchem Ausmaß auch bei Berücksichtigung der nicht erwerbstätigen Weiter-



versicherten die Angestellten mittlerweile den Weg zu den Ersatzkassen gefunden haben.

Damit bestätigt sich eine frühere Prognose, wonach die AOKen als Hauptleidtragende dieser Entwicklung zu reinen Arbeiterkassen geworden sind. Mit 8 Prozent seit 1957 blieb das Wachstum des Versichertenbestandes der AOKen weiter hinter dem der Beschäftigung (+ 14 Prozent) zurück, während dasjenige der Ersatzkassen mit 50 Prozent weit vorauseilte.

Der Mitgliederbestand der gesetzlichen Krankenversicherung

Stand vom 31. 12. 1962

Kassen	Gesamtmitglieder	Anteil in %	Rentner	in % der Mitglied.
Ortskrankenkassen	15 313 247	55,1	3 793 780	24,8
Ang.-Ersatzkassen	5 595 520	20,1	367 282	6,6
BetriebsKrkn.	3 738 382	13,4	589 024	15,8
Knappschaftsk.	1 356 034	4,9	755 894	55,7
Innungskrankenk.	1 066 412	3,8	58 830	5,5
Landkrankenkassen	419 410	1,5	65 163	3,8
Arbeiter-Ersatzk.	261 617	0,9	15 417	5,9
See-Krankenkasse	68 492	0,3	6 682	9,8

40 Prozent freiwillig Weiterversicherte: Infolge der erfreulichen (von den Ersatzkassen beklagten) Stabilität der Versicherungspflichtgrenze (660 DM seit 1957) waren 1962 bereits über 40 Prozent der Mitglieder (ohne Rentner) nichtversicherungspflichtig (1961 = 35 Prozent). Die Gesamteinnahmen der acht Angestellten-Krankenkassen betrugen 1962 = 2,16 Milliarden DM (+ 15 Prozent). Das gesamte Beitragsaufkommen belief sich auf 2,10 Milliarden DM, woraus sich ein durchschnittliches Beitragsaufkommen je Mitglied in Höhe von 381,34 DM (+ 9 Prozent) ergibt. Die Gesamt-Leistungsausgaben der Kassen betrugen 1962 = 1,93 Milliarden DM (+ 17 Prozent). Der Vermögensnachweis für 1962 weist einen Überschuß der Aktiva in Höhe von rund 214 Millionen DM aus. Das ist ein Kopfvermögen je Mitglied von nur 38 DM und entspricht dem Durchschnittsbetrag für 1 Monat und 7 Tage.

Die Angestellten, so schreibt die zweitgrößte unter den acht Angestelltenkassen, die Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK), in ihrem soeben veröffentlichten Jahresbericht 1962, suchen keine „billige" Kasse. Bei einem Anstieg der Beiträge pro Mitglied um über 9 Prozent (Vorjahr über 11 Prozent) kann davon auch keine Rede sein, wie denn überhaupt die relativ stabilen Beitragssätze in den gesetzlichen Kassen über das absolute Wachstum der Beiträge hinwegtäuschen. Wie die Ausgabenentwicklung zeigt, werden die Ersatzkassen im kommenden Jahr möglicherweise um eine abermalige Beitragserhöhung nicht herumkommen, es sei denn, der Gesetzgeber käme ihnen mit der erstrebten Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze entgegen. „Während im Vorjahre", so schreibt die Barmer Ersatzkasse (BEK) in ihrem Jahresbericht 1962, „die auf ein Mitglied berechneten Beitragseinnahmen infolge der allgemeinen Beitragserhöhung zum 1. 8. 1961 noch stärker zugenommen hatten als die Leistungsausgaben (11,1 zu 7,1 Prozent), war das Verhältnis im Jahre 1962 wieder umgekehrt (9,2 zu 11,3 Prozent)." Die Leistungen sind also schneller gestiegen als die Einnahmen, eine Entwicklung, die sich infolge jüngster Vereinbarungen mit den Ärzten und in Anbetracht verlangsamter Einkommenszuwachsraten noch steigern dürfte. Welche Auswirkungen solche Vereinbarungen haben, zeigen die im Durchschnitt aller Ersatzkassen im Jahre 1962 um 38 Prozent gestiegenen Ausgaben für Zahnbehandlung als Folge der Honorarerhöhung ab 1. 1. 1962 (und des Nachholbedarfs an zahnärztlicher Versorgung nach dem vertragslosen Zustand vom 8. 9. bis 10. 12. 1961).

Die „Barmer" ist mit 2,4 Millionen Mitgliedern nicht nur die größte der Ersatzkassen, sie macht traditionell auch recht detaillierte Angaben über die Geschäfts- und Mitgliederentwicklung, womit sie die vorläufigen Gesamtzahlen des Verbandes nicht unwesentlich ergänzt. Bemerkenswert, daß danach auf 11 Pflichtversicherte nur 21,4 mitversicherte Familienangehörige entfallen, während auf 100 Versicherungsberechtigte 122,4 Angehörige kommen. Trotz dieser großen Differenz liegt das durchschnittliche Beitragsaufkommen der Versicherungsberechtigten mit 39 DM monatlich nur um 10 DM über demjenigen der Pflichtversicherten. Zumal die Ersatzkassen nach wie vor bei der Ausgabenentwicklung nicht die gleiche Trennung vornehmen, liegt weiterhin der Verdacht nahe, daß die Beiträge der freiwillig Versicherten die von diesem Personenkreis tatsächlich verursachten Kosten nicht decken, die Pflichtversicherten also für die mehr verdienenden Weiterversicherten mitzahlen.

Klage führen die Ersatzkassen alljährlich über die Entwicklung der Rentner-KrV. Der Anteil der Rentner im Mitgliederbestand beläuft sich auf 6,56 Prozent und liegt damit wesentlich unter dem Anteil (vgl. Tabelle) der Rentner an den Mitgliedern der AOKen, nicht zu reden von der Sondersituation der Knappschaftskassen. Immerhin hat sich, wie die Barmer berichtet, bei ihr der Rentnerbestand (nicht der Rentneranteil) seit dem 31. 12. 1956 nahezu verdoppelt. Die Leistungsausgaben je Rentner liegen um 13,5 Prozent über denen eines Mitgliedes der allgemeinen KrV, eine Kluft, die von Jahr zu Jahr größer wird. Obwohl der zu Lasten der Rentenversicherungsträger erhobene Beitrag je Rentner in der Barmer infolge der Grundlohnerhöhung und der Beitragsanhebung allein 1962 um 29 Prozent auf 321 DM stieg, lag er gleichzeitig um 79 DM (20 Prozent) unter der durchschnittlichen Leistungsausgabe je Rentner und Familienangehörigen. Insgesamt stand einer Beitragseinnahme für Rentner von 54 Millionen DM bei der Barmer eine Leistungsausgabe von 67 Millionen DM gegenüber. So beachtlich damit die zu Lasten der Versicherten gehende Differenz ist, so sehr wünscht man sich ähnlich detaillierte Rechnungen für die Weiterversicherten.

Das Milliardengeschäft (Arnold Gehlen in „Neue Rhein-Zeitung", Köln, vom 16. 11. 1963): Seit vier Jahren ist die Diskussion über eine KrV-Reform im Gange. Von den 18 Millionen Mitgliedern der KrV kennt sich in diesem Meinungsstreit niemand mehr aus. Sie aber wollen wissen, ob unser KrV-System gut oder schlecht ist, ob sie beim Arzt oder im Krankenhaus gut aufgehoben sind oder nicht. Sie wollen wissen, ob sie noch besser betreut werden können, was das alles kostet, ob die Reformpläne auch Hand und Fuß haben. Die NRZ hat eine große Untersuchung über die KrV angestellt. Sie hat über den Zaun geblickt, um Vergleiche anzustellen und zu erfahren, wie es das Ausland macht. Der NRZ-Report soll auch den Nichtfachmann ins Bild setzen. Bisher war der Kampf um die Reform nur eine Angelegenheit der Experten. Es wird immer schwieriger, die Sprache dieser Experten zu verstehen. — Es war im Jahre 1958. Die deutschen Teilnehmer an der 8. Generalversammlung der Internationalen Vereinigung für soziale Sicherheit in London gingen mit stolzgeschwellter Brust in die Hotels, um die Tagesereignisse bei einem Schlaftrunk zu diskutieren. Lord Beveridge, der streitbare Vorkämpfer für soziale Sicherheit in Großbritannien, hatte die sozialpolitischen Musterknaben aus der Bundesrepublik mit einem für englische Begriffe überwältigenden Lob ausgezeichnet: „Großbritannien hätte vor dem 1. Weltkrieg seine Sozialversicherung nicht einführen können, wenn es nicht das Beispiel Deutschlands vor Augen gehabt hätte." Die deutschen Delegierten vergaßen für einen Augenblick das bundesdeutsche Schlagwort: Wenn du arm bist, mußt du früher sterben.

> ***Vor Jahresende daran denken:***
>
> **Durch Einzahlungen in die Bayerische Ärzteversorgung Steuern sparen!**

Im November 1963 ließ sich selbst Dr. Hans-Wolf Muschallik, Vorsitzender der KrV-Nordrhein, einer der bekanntesten ärztlichen Standesvertreter vom Format eines Gewerkschaftsführers à la Bauarbeiterboß Georg Leber, das Kompliment entlocken: „Unser gegliedertes soziales KrV-System ist eine segensreiche Einrichtung. Ich kann die Versicherten nur dazu beglückwünschen." Nach zahlreichen Studienreisen ins Ausland, die ihn bis nach USA geführt haben, bleibt er dabei: „Ein besseres System, als wir es haben, gibt es nicht."

Die Lobeshymnen auf die deutsche KrV kommen nicht von ungefähr. Oft reformiert, ständig mit neuen Paragraphen eingedeckt, inzwischen in ein Korsett von 1584 Seiten gesteckt, in Gesetze, Verordnungen und Bestimmungen gepreßt, haben die Sozialversicherung und mit ihr die KrV zwei Weltkriege, eine Inflation, eine Weltwirtschaftskrise, eine Diktatur, haben sie Hungerjahre und das Wirtschaftswunder bis heute unbeschadet überstanden. Sie werden auch die Epoche überstehen, die mit dem Namen des Bundesarbeitsministers Blank verbunden ist. Blank holte vor vier Jahren zum erstenmal zum schwerwiegendsten Eingriff in das System der gesetzlichen KrV in deren 80jähriger Geschichte aus und hielt mit ständig abgewandelten Reformplänen die Öffentlichkeit in Atem. Je länger die Reform-Diskussion anhält, um so mehr wächst die Zahl Sachkundiger, die diese Reform für überflüssig halten. — Die RVO aus dem Jahre 1912 mit ihren zahlreichen Anhängen, darunter allein 84 Direktiven und Anordnungen der Alliierten in den ersten drei Nachkriegsjahren bis 1948, fordert den Fachleuten ohnehin schon ein Wissenstraining enormen Ausmaßes ab. Wer sich in dem Paragraphenwald der Sozialversicherung auskennt, der gehört zur geistigen Elite des Landes. — Die Sozialversicherten können sich in dem Bewußtsein wiegen, daß sie besser gegen Wechselfälle des Lebens geschützt sind als alle anderen Menschen auf dieser Welt:

Sie haben den bestmöglichen Versicherungsschutz, wenn sie zum Arzt oder ins Krankenhaus gehen müssen;

sie beziehen ihr volles Einkommen für 6 Wochen weiter, wenn sie krank sind;

sie bekommen eine Rente, die höher liegt als in allen anderen Ländern;

sie sind besser dran als Engländer, Schweden, Franzosen u. a.

Das gleiche gilt trotz des zehnjährigen Feldgeschreis der ärztlichen Standesorganisationen im Kampf um bessere Honorierung heute auch für die deutschen Kassenärzte. Und es gilt für die deutsche Heilmittelindustrie, für alle, die am großen Gesundheitsgeschäft der 18 Millionen Versicherten beteiligt sind. 1962 hat die gesetzliche KrV über 12 Milliarden DM ausgegeben. Der deutsche Industriegigant VW hatte 1962 einen Jahresumsatz von 5,2 Milliarden DM. Das 7-Millionen-Volk der Griechen muß mit einem jährlichen Staatshaushalt von knapp drei Milliarden auskommen.

Die Frage, was passieren würde, wenn es plötzlich die gesetzliche KrV nicht mehr gäbe, wagt niemand zu stellen. Eine Pleite der Krankenkasse hätte genauso katastrophale Folgen für die Volkswirtschaft wie eine Pleite der Automobilindustrie oder der Bauindustrie, die sich als die wichtigsten Vorreiter der Konjunktur erwiesen.

Kongresse und Fortbildung

6. Internationales Symposion über radioaktive Isotope in Klinik und Forschung

Die II. Medizinische Universitäts-Klinik Wien hält vom 8. bis 11. Januar 1964 in Bad Gastein das 6. Internationale Symposion über radioaktive Isotopen in Klinik und Forschung ab.

Themen: Die Verwendung von Gammastrahlen niedriger Energie und von Bremsstrahlen in medizinischer Forschung. Gleichzeitige Verwendung mehrerer Isotope des gleichen Elements. Stoffwechseluntersuchungen an Menschen mit C^{14}- oder H^3-markierten Verbindungen.

Teppich-Haus BREHM Größtes Teppichlager Oberfrankens mit eigenen Importen

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

Belautsch	129×95	160,—	Bidjar	221×135	880,—	Kirman, feine Knüpf.	419×296	4800,—
Mahal	195×130	260,—	Kaltak Bidjar	198×129	980,—	Sherkat, fein	354×241	4550,—
Massul	203×138	350,—	Serap	322×82	695,—	Kirman Laver, antik	375×263	9500,—
Khamsee	198×135	480,—	Karabagh, alt	410×180	3900,—	Djoshegan	322×223	1280,—
Melas, alt	189×133	850,—	Kasak, alt	468×123	2320,—	Gaszwin,		
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,—	Sinneh Täbris, antik,		
Tarki, alt	192×161	680,—	Heris	250×350	1950,—	sehr feine Knüpfung,		
Isfahan	225×147	980,—	Heris	198×312	980,—	ohne Fehler,	759×446	36 000,—
Araun Käschan	210×130	980,—	Sabsewar	273×209	1980,—	Kasak, alt	220×110	2200,—

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

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

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

Saturationsanalyse und immunochemische Varianten. Bestimmung und Reduktion der Bestrahlungsdosis in der Isotopendiagnostik. Untersuchungen mit markierten Proteinen.

Auskunft: Dr. R. Höfer, Radioisotopen-Laboratorium, II. Med. Univ.-Klinik, Wien IX, Garnisongasse 13.

„Klinische Tage" in Innsbruck

Die „Klinischen Tage" der Chirurgischen Universitätsklinik Innsbruck finden vom 26. bis 28. Februar 1964 statt. Vorgesehen sind: Operationsdemonstrationen, klinische Visiten, Kurzvorträge, Diskussionen usw. nach den Wünschen der Teilnehmer.

Auskunft: Sekretariat der Chirurgischen Univ.-Klinik Innsbruck, Anichstraße 35, z. H. von Frau Kapferer.

„Klinisches Wochenende" in Innsbruck

Mit dem **Hauptthema:** „Folgenschwere Fehldiagnosen in der Chirurgie" findet in der Chirurgischen Universitätsklinik in Innsbruck vom 29. Februar bis 1. März 1964 das „7. Klinische Wochenende" statt.

Auskunft: Sekretariat der Chirurgischen Univ.-Klinik Innsbruck, Anichstraße 35, z. H. von Frau Kapferer.

KONGRESSKALENDER

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

Januar 1964:

6.—11. 1. in **Bad Gastein:** 6. Internationales Symposion über „Radioaktive Isotope in Klinik und Forschung". Auskunft: Dr. R. Höfer, Radioisotopen-Laboratorium der II. Med. Univ.-Klinik, Wien IX, Garnisongasse 13.

11.—25. 1. in **Madonna di Campiglio:** XXV. Fortbildungslehrgang des Deutschen Sportärztebundes im Wintersport. Auskunft: OMR Dr. Fr. Friedrich, 8 München 23, Wilhelmstraße 16. **Kongreßreise:** Prospekte durch Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.

13.—24. 1. in **Neuherberg b. München:** Strahlenschutzkurs (Einführungs- und 1. Fortbildungskurs) für Werksärzte. Auskunft: Dr. med. R. Wittenzellner, Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstr. 1, Post Schleißheim.

Februar 1964:

3.—21. 2. in **Neuherberg bei München:** Strahlenschutzkurs (Einführungskurs, 1. und 2. Fortbildungskurs) für Ärzte, Tierärzte, Apotheker usw. Auskunft: Dr. med. R. Wittenzellner, Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1, Post Schleißheim.

3. 2.—1. 7. in **Amsterdam:** Internationaler Kursus über Gesundheitsentwicklung. Auskunft: Netherlands Universities Foundation for International Co-Operation, 27 Molenstraat, Den Haag.

10.—20. 2. in **Neutrauchburg üb. Isny/Allg.:** Einführungslehrgang in die Manual-Therapie (WS und Extremitäten). Auskunft: Sekretariat der MWE, Schloßgut Neutrauchburg über Isny/Allgäu.

26.—28. 2. in **Innsbruck:** „Klinische Tage" der Chirurgischen Univ.-Klinik Innsbruck. Auskunft: Sekretariat der Chirurg. Univ.-Klinik, Innsbruck, Anichstraße 35, z. H. v. Frau Kapferer.

Februar/März 1964:

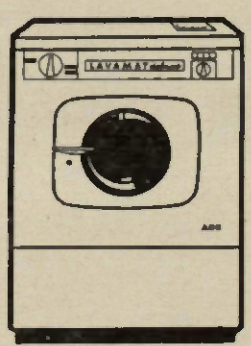
23. 2.—6. 3. in **Freudenstadt:** Diagnostik-Kurs (D-Kurs) der Ärztl. Forschungsgemeinschaft für Arthrologie und Chirotherapie (FAC) e. V. im Rahmen der Frühjahrstagung des Zentralverbandes der Ärzte für Naturheilverfahren. Auskunft: Sekretariat der FAC, Hamm/Westf., Ostenallee 83, Klinik für manuelle Therapie.

24. 2.—6. 3. in **Neuherberg bei München:** Strahlenschutzkurs für Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Auskunft: Dr. med. R. Wittenzellner, Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1, Post Schleißheim.

Seit wir ihn haben, klappt's viel besser!

Schmutzige Wäsche gibt es überall. Wie gut, da einen LAVAMAT zu haben. Ganz gleich, was Sie waschen wollen, PERLON oder grobes Leinen. Der LAVAMAT pflegt alles strahlend sauber und gewebeschonend.

Vorteile, auf die es ankommt: millionenfach bewährtes Zwei-Laugen-Verfahren – beliebig wählbare Waschprogramme, auch für Chemiefasern und Wolle – Bottich und Trommel aus EDELSTAHL „rostfrei" – frei aufstellbare und fest zu verankernde Modelle – auch zum Anschluß an die „Schuko"-Steckdose.



Ab 1180,– DM (empfohlener Preis für „AEG-turna"). Und noch ein Vorteil: der AEG-Kundendienst ist immer und überall für Sie da.

Der LAVAMAT wird Ihnen überall unverbindlich vorgeführt. Oder senden Sie untenstehenden Coupon an die AEG-Werke Nürnberg. Sie erhalten dann kostenlos umfangreiches Informationsmaterial.

AEG

LAVAMAT

Senden Sie mir bitte kostenlos Prospekte über AEG-Waschautomaten.

Name .....

Ort .....

Straße .....

An das AEG-Waschautomaten-Werk Abt. GW 2 85 Nürnberg Postfach 180

Februar/März 1964:

29. 2.—1. 3. in **Innsbruck:** „7. Klinisches Wochenende" der Chirurgischen Univ.-Klinik Innsbruck. Auskunft: Sekretariat der Chirurg. Univ.-Klinik, Innsbruck, Anichstraße 35, z. H. v. Frau Kapferer.

29. 2.—15. 3. in **Engelberg/Schweiz:** XXVI. Fortbildungslehrgang des Deutschen Sportärztebundes im Wintersport. Auskunft: OMR Dr. Fr. Friedrich, 8 München 23, Wilhelmstraße 16.

März 1964:

1.—7. 3. in **Freudenstadt/Schww.:** 26. Kongreß des Zentralverbandes der Ärzte für Naturheilverfahren. Auskunft: Dr. med. H. Haferkamp, 65 Mainz, Adam-Karrillon-Str. 13.

8.—21. 3. in **Badgastein: IX. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer — Lehrgang für praktische Medizin. Thema: „Das Krebsproblem in der Praxis". Auskunft und Prospekte durch Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.**

9.—21. 3. in **Davos: XII. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer — Lehrgang für praktische Medizin. Thema: „Das Krebsproblem in der Praxis". Auskunft und Prospekte durch Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.**

15.—21. 3. in **Igls b. Innsbruck:** 1. Internationaler Frühjahrskongreß für Ganzheitsmedizin und Naturheilverfahren. Auskunft: Bundesverband Deutscher Ärzte für Naturheilverfahren e. V., 8 München 2, Richard-Wagner-Straße 10.

21.—24. 3. in **Neapel:** III. Weltkongreß für kybernetische Medizin. Auskunft: Gen.-Sekr. Dr. A. de Chiara, 348, Via Roma, Neapel.

22.—26. 3. in **Badgastein:** Diagnostik-Kurs (D-Kurs) der Ärztl. Forschungsgemeinschaft für Arthrologie und Chirotherapie (FAC) e. V. Auskunft: Sekretariat der FAC, Hamm/Westf., Ostenallee 83, Klinik für manuelle Therapie.

BUCHBESPRECHUNGEN

Kleine Chirurgie. Von H. Eufinger. Verlag Urban & Schwarzenberg, München, 1961. 272 S., 95 Abb., Kunststoffeinband, DM 18.—.

Das vorliegende, 1961 erschienene Werk gibt einen kurzen, aber prägnanten Überblick über das umfangreiche Gebiet der Chirurgie.

Es soll dem praktischen Arzt ein Wegweiser für Diagnostik und Therapie chirurgischer Erkrankungen, die in einer Allgemeinpraxis behandelt werden können, sein.

In einem speziellen Kapitel über die Anaesthesie in der kleinen Chirurgie werden sowohl örtliche als auch Allgemeinbetäubung erschöpfend behandelt und dabei auf die Narkosemittel und deren Anwendung eingegangen. Besonders zu begrüßen ist die Darstellung der Komplikationen in der Anaesthesie.

Die Techniken kleinerer — auch dem praktischen Arzt möglicher — operativer Eingriffe sowie der Fraktur- und Wundbehandlung werden verständlich und übersichtlich erläutert.

Auf dem Gebiet der Therapie werden konservative und operative Behandlungsarten abwägend gegenübergestellt. Auch den Antiblotica und Cortison-Präparaten wird der ihnen gebührende Platz eingeräumt.

Hervorzuheben ist, daß der Verfasser auf die Darstellung der diagnostischen Möglichkeiten besonderen Wert gelegt hat.

Somit bildet das Buch ein wertvolles Hilfsmittel für den praktisch tätigen Arzt. Hofmeister

Versuch einer Darstellung der psychoanalytischen Theorie. Von Prof. Dr. C. G. Jung. Rascher Verlag, Zürich. 195 Seiten, Ganzleinen, DM 14,80.

Aus den Neuausgaben von Werken C. G. Jungs sei gerade dieser kleine Band herausgegriffen, der neun Vorlesungen, die Jung in den Vereinigten Staaten 1912 hielt, umfaßt. Der Leser dieser, in schöner, klarer Sprache gebrachten Einführung in die analytischen Theorien der damaligen Zeit ist Zeuge einer geschichtlichen Wende. Der Leser hat hier das seltene Erlebnis, daß sich ein großer Mann vom Einfluß seines überragenden Lehrers und Freundes zu lösen beginnt. Man sieht voll Staunen und Bewunderung das erste Werden und Entfalten der Psychologie Jungs aus der damals dogmatischen Enge der analytischen Schule Freuds.

(Gerweck, München)

Kraepelin und Freud. Beitrag zur neueren Geschichte der Psychiatrie. Von Prof. Dr. K. Kolle. Verlag Gg. Thieme, 7 Stuttgart. 88 Seiten, kart., DM 7,60.

Verdientermaßen sei an das Büchlein erinnert, weil es als Ergebnis eingehender Kenntnis der beiden Forscher, Kraepelin und Freud, deren Leben und Werk in kurzen Strichen skizziert. Nun hat die Schrift etwas von einem Bekenntnis an sich und bewältigt deshalb, trotz aller Kürze, mit so viel Hingabe und Präzision ihre Aufgabe, daß sie neben den zahlreichen Aufsätzen, die von Kolle jedem dieser Forscher gewidmet wurden, historische Bedeutung hat. (Gerweck, München)

„Die schönsten Vogelstimmen". „Stimmen einheimischer Vögel". Franckhsche Verlagshandlung, Kosmos-Lehrmittel, 7 Stuttgart 1. 3 Schallplatten, 5.40 DM und 6 DM.

Die Franckhsche Verlagshandlung hat in der Reihe ihrer Kosmos-Lehrmittel auch zwei Serien von Langspielplatten herausgebracht. Die eine enthält „Die

Bei allen Erkrankungen der Atmungsorgane

Antibex®

SIMPLEX · FORTE · CUM EPHEDRINO

125 ccm enthalten
50 mg Dihydrokodein

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

schönsten Vogelstimmen", die andere „Stimmen einheimischer Vögel".

Wer die Vogelstimmen erst einmal kennen und unterscheiden lernen möchte, dem wird die Platte der Serien „Stimmen einheimischer Vögel" eine große Hilfe sein. Stimmen von acht verschiedenen Vögeln mit den dazu gehörenden Erläuterungen findet er auf jeder dieser Platten. Auf den Platten der anderen Serie „Die schönsten Vogelstimmen" sind nur jeweils zwei Vögel zu hören, deren Gesängen man lange zuhören kann. Berücksichtigt man beim Abspielen, daß die Vogelstimmen viel höhere Frequenzen haben, die nur beim Einstellen der Tonblende auf „hell" naturgetreu wiedergegeben werden können, so wird der naturverbundene Hörer an den von Dr. Tretzel aus dem Zoologischen Institut der Universität Erlangen musterhaft hergestellten Aufnahmen einen großen Genuß haben.

Als Wunsch bliebe nur noch übrig, die Vögel auf den Plattenhüllen in ihren natürlichen Farben abzubilden.

R-n.

Das Haus der Gifte. Von Prof. Dr. Wolfgang Bücherl. Kosmos-Verlag, Franckh'sche Verlagsbuchhandlung, Stuttgart. 181 Seiten, 69 Fotos auf 40 Kunstdrucktafeln. Ganzleinen DM 19,80.

Prof. Dr. W. Bücherl, der den Lesern unseres Bayerischen Ärzteblattes nicht mehr unbekannt ist, (s. seinen Aufsatz in Heft 8/1963), berichtet in diesem Buch von seinem in der ganzen Welt bekannten Institut in Sao Paulo und von der gefahrvollen Tätigkeit, die er und seine Mitarbeiter dort verrichten.

An der Wiege von Butantan stand die Pest; aber sie hat ihren Meister und Bezwinger gefunden: Vital Brazil hat in unermüdlicher Forscherarbeit auf fast allen Gebieten der Medizin eine Stätte geschaffen, in der Seren gegen Schlangen, Spinnen und Skorpione, zahlreiche Virus- und andere Infektionskrankheiten gewonnen werden.

Butantan ist wegen seiner Schlangengärten, seiner Sammlungen von Skorpionen, Kammspinnen, Taranteln und Vogelspinnen aber auch eine Attraktion für Weltenbummler und Touristen. Nachdem Professor Bücherl Tausenden von Besuchern vorgeführt hatte, wie Schlangen entgiftet werden, viele sogar das Glück hatten, den Paarungstanz der Skorpione zu erleben und dabeizusein, wenn die Vogelspinne das Geheimnis ihres kunstvollen Falltürenbaus preisgibt, entschloß er sich, alles Wissenswerte aufzuzeichnen, damit auch die Laien und Wissenschaftler, die nicht die Möglichkeit haben, nach Butantan zu kommen, teilnehmen können an einer Führung durch das Haus der Gifte.

Beilagenhinweis

Dieser Ausgabe sind Prospekte folgender Firmen beigefügt:

Klinge, München 23 APOPLECTAL
Klinge, München 23 OVIBION
Dr. R. Reiss, Berlin
Temmler-Werke, Marburg
Dorsch & Co., K. G., München
Dr. F. Sasse, Berlin
Chemiewerk Homburg, Frankfurt/M.

„Bayerisches Ärzteblatt". Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstraße 85/III, Tel. 36 11 21. Schriftleiter: Dr. med. Willy Reichstein.

Die Zeitschrift erscheint monatlich.

Bezugspreis für Nichtmitglieder der Ärztlichen Kreisverbände in Bayern DM 2.40 vierteljährlich, zuzüglich Zustellgebühr. Postscheckkonto Nr. 52 52 Amt München, Bayer. Landesärztekammer (Abt. Bayer. Ärzteblatt). Anzeigenverwaltung: Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler, München 15, Sonnenstraße 29, Telefon-Sammel-Nr. 55 80 81, Fernschreiber 05 23662, Telegrammadresse: Gablerpreß. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharschinger, München. Druck: Richard Pflaum Verlag, München. Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrophotographie sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten.

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

Alleiniger Inhaber der Verlagsrechte ist die Bayer. Landesärztekammer, München, Königinstraße 85.

Gegen Müdigkeit am Morgen

Depression nach dem Erwachen, Erschöpfung, Arbeitsunlust, Arteriosklerose, morgens 1 Kapsel

permorgen-vitamin

Rp.: Vitamin A, Vitamin D_2, Vitamin B_6, Vitamin B_{12}, Methionin, ungesättigte Fettsäuren, Calciumlevulinat, Magnesiumthiosulfat, Natriumsilicat
Packung mit 30 Kapseln
permorgen-vitamin-schwarzhaupt DM 5.90

Gegen Müdigkeit am Abend

vorzeitigen Leistungsabfall, Schwäche, Gereiztheit, Kältegefühl, Rekonvaleszenz, Nachtblindheit, nachmittags oder abends 1 Kapsel

perabend-vitamin

Rp.: Vitamin B_1, Vitamin B_2, Vitamin K, Vitamin E, Folsäure, Nicotinsäureamid, Cholin, Inosit, Glycerin, Natriumglycerophosphat, Natriumfluorid
Packung mit 30 Kapseln
perabend-vitamin-schwarzhaupt DM 5.90

Gezielte Vitaminversorgung und spezifische Ergänzung der täglichen Nahrung!

Bitte hier abtrennen!

Bestellschein

Erbitte kostenloses Versuchsmuster von
permorgen-vitamin-schwarzhaupt ○
perabend-vitamin-schwarzhaupt ○

Persönliche Unterschrift und Stempel:

SCHWARZHAUPT • KÖLN

Bay. Ä.

Bei der Chirurgischen Abteilung des

Stadtkrankenhauses Fürth/Bay.

(Leitung: Ärztl. Direktor Prof. Dr. Kurt Denecke) sind

zwei Assistenzarztstellen

zum 1. Januar 1964 zu besetzen.

Die Abteilung bietet mit 265 Krankenbetten in 7 Krankenstationen vielseitige Ausbildungs- und Fortbildungsmöglichkeiten, vor allem in der Unfallchirurgie bis zur großen Chirurgie, Urologie und in der modernen Anästhesie. Zeitgemäße diagnostische und therapeutische Einrichtungen stehen zur Verfügung. Chirurgische Vorkenntnisse sind nicht unbedingt erforderlich. Wir sind zur Facharztausbildung zugelassen. Vergütung nach BAT III, bei Erfüllung der tariflichen Voraussetzungen BAT II, Ortsklasse S. Unterstützung bei der Wohnraumbeschaffung.

Bewerbungen mit handgeschriebenem Lebenslauf und Lichtbild sowie den üblichen Unterlagen wollen beim **Stadtkrankenhaus Fürtb/Bay.**, umgehend eingereicht werden.

An der **gynäkologisch-geburtshilflichen** Abteilung (100 Betten) des **Städt. Marienkrankenhauses Amberg** (5 Fachabteilungen, 600 Betten) ist ab 1. 1. 1964, spätestens 1. 2. 1964 die Stelle eines

planmäßigen Assistenzarztes

zu besetzen. Möglichkeit zur vollen Facharztausbildung! Geregelte Dienstzeit! Nachtdienst wird zusätzlich vergütet. Vergütungsgruppe BAT III/II je nach Ausbildung. Hilfe zur Wohnraumbeschaffung zugesichert.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbeten an das **Personalamt der Stadt 845 Amberg/Opf.**

Am **Städt. med. Krankenhaus Freising** ist am 1. 1. 1964 eine

Assistenzarztstelle

zu besetzen.

Das Krankenhaus hat 100 interne Betten einschließlich Isollerabteilung. Für die Facharztausbildung für innere Medizin können bis zu 3 Jahre angerechnet werden. Vergütung nach BAT III, Zusatzversicherung möglich.

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

Am **Zentralen Strahleninstitut** der Städt. Krankenanstalten Nürnberg (Vorstand: Medizinaldirektor Dr. Jakob) ist ab sofort die Stelle eines

Assistenzarztes

zu besetzen.

Die Möglichkeit einer umfassenden radiologischen Facharztausbildung in allen Sparten der Röntgen-Diagnostik und Röntgen-Therapie einschließlich Radioisotopen-Diagnostik und -Therapie ist gegeben.

Anstellung im Angestelltenverhältnis mit Bezahlung nach Tarif (Ortsklasse S); Dienstantritt nach Vereinbarung.

Bewerbungen mit Lebenslauf, Lichtbild und Abschriften der Ausbildungs- und Stellenzeugnisse ab sofort erbeten an

Stadt Nürnberg - Personalamt

Am **Städt. Krankenhaus Landsberg am Lech** (240 Betten) ist zum 1. 1. 1964 die Stelle

eines chir. Assistenzarztes

neu zu besetzen. Gegebenenfalls kann auch

ein Medizinalassistent

angenommen werden (zur Ableistung der chir. und gynäkol.-geburtshilflichen Ausbildung).
Die chirurg. Abteilung hat 125 Betten (2 Jahre Facharztausbildung, D-Arzt-Verfahren und §-6-Fälle), in 3 Jahren Neubau (Chefarzt Dr. Sedlmeier).
Zum Sommer 1964 ist die Stelle des

chir. Oberarztes (Chefarzt-Vertreter)

neu zu besetzen.
Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen sind an die **Stadt Landsberg am Lech — Personalamt** — zu richten.

Für den **Erweiterungsbau zum Krelskrankenhaus Rehau/ Ofr.** werden zum 1. März 1964

zwei Assistenzärzte

für die innere Abteilung gesucht.

Vergütung nach LKrAT II, Ortsklasse A, Unterkunft und Verpflegung im Haus, zusätzliche Altersversorgung.

Der internen Abteilung stehen 60 Betten und 8 Betten für die Infektionsabteilung zur Verfügung.

Bewerbungen mit Lichtbild, Lebenslauf und Zeugnisabschriften erbeten an die

Landkreisverwaltung 8673 Rehau

Im **Orthopädischen Krankenhaus Schloß Werneck üb. Schweinfurt** ist sofort oder später

eine Assistenzarztstelle

nach BAT II zu besetzen.

Volle Facharztausbildung möglich. Wohnung, auch für Verheiratete, vorhanden.

Bewerbungen sind an die **Direktion des Orthopädischen Krankenhauses Schloß Werneck über Schweinfurt** zu richten.

An der Chirurgischen Abteilung (ca. 70 Betten) des **Kreiskrankenhauses Naila im Frankenwald** (schöne Mittelgebirgsgegend) ist zum 1. 1. 1964 die Planstelle eines

Assistenzarztes

wieder zu besetzen. Bezahlung nach Vergütungsgruppe II BAT/Lkr.AT. Für Facharztausbildung sind zwei Jahre anrechnungsfähig. Moderne Neubauwohnung oder Einzelappartement steht zur Verfügung.
Bewerbungen an die **Landkreisverwaltung, 8674 Naila/Ofr.**

Jüngere, freundliche Laborantin

mit guten Kenntnissen und Erfahrung auf dem Gebiete der klinischen Chemie für internistische Praxis mit Labor (Elko III, Flammenphotometer, Elektrophorese) in Coburg gesucht. Maschinenschreiben, auch nach Diktat (Stenorette) erforderlich. Gehalt nach Vereinbarung, reichlich Jahresurlaub. Eintrittstermin 1. Februar evtl. 1. April 1964. Zuschriften unter Nr. 331 770 über Anzeigenverwaltung BAYER. ÄRZTEBLATT, 8 München 15, Sonnenstraße 29.

Erfahrene

med.-techn. Assistentin

für mod. Labor, mögl. i. d. Zeit v. Mitte Februar bis Mitte März 1964, für Url.-Vertr. gesucht. Verpflegung im Hause. Unterkunft kann beschafft werden. Angebote mit Gehaltsansprüchen erbet. an

Städt. Krankenhaus
8972 Sonthofen/Allgäu

Beachten Sie unsere Beilagen

Für **größere, frauenärztl. Praxis, Nürnberg**, wird selbständige

Arzthelferin

gesucht. Gutes Arbeitsklima. Moderne Einrichtungen. Zuschriften mit neuerem Amateurbild, handgeschriebenem Lebenslauf u. Angabe der Gehaltsvorstellungen, mit oder ohne freie Station, erbeten unter Nr. 331/764 über Anzeigenverwaltung BAYER. ÄRZTEBLATT, 8 München 15, Sonnenstraße 29

CIBA

Zum baldmöglichen Eintritt suchen wir zur Betreuung von niedergelassenen Ärzten und Kliniken

Arzt, Apotheker oder Naturwissenschaftler

als wissenschaftlichen Mitarbeiter für den Raum Oberfranken.

Die Tätigkeit ist vielseitig und abwechslungsreich und wird der Bedeutung der Position und den Leistungen entsprechend gut honoriert; Industrie-Erfahrung wird besonders bewertet.

Wir bieten festes Gehalt, Jahresgratifikation, Pauschalspesen und Kilometergeld. Zur wirtschaftlichen Sicherung der Zukunft unserer Mitarbeiter gehören eine Unfallversicherung und Altersversorgung. Finanzielle Hilfe bei Fahrzeug- und Wohnraumbeschaffung wird gewährt.

Geeignete Persönlichkeiten, die als Lebensaufgabe an einer entwicklungsfähigen Dauerstellung in einem Unternehmen mit Weltgeltung interessiert sind, werden gebeten, vollständige Bewerbungsunterlagen (kurzgefaßter, tabellarischer Lebenslauf, Zeugnisabschriften sowie neueres Lichtbild) einzureichen. Vertrauliche Behandlung wird zugesichert.

CIBA Aktiengesellschaft
Personalabteilung
7867 Wehr/Baden
Ruf (07762) 601, Haus-App. 312

Praxis

Praxisräume

In Nürnberg, Plärrernähe, 50 qm à DM 2.— ohne Baukostenzuschuß an Facharzt (Nerven, Haut, Augen) ab sofort zu vermieten. Angebote unter Nr. 331/761 über Anzeigenverwaltung BAYER. ÄRZTEBLATT, 8 München 15, Sonnenstraße 29

Zentrum Bambergs

In Haus mit Apotheke ist erster Stock, für Arzt geeignet, zu vermieten bzw. Gesamtobjekt zu verkaufen. Angebote erbet. unt. Nr. 331/763 über Anzeigenverwaltung BAYER. ÄRZTEBLATT, 8 München 15, Sonnenstraße 29

Würde gerne mit jungem, tüchtigem Arzt eine gute Praxis aufbauen

Bin 21/165, mit Gymnasium u. guten Umgangsformen sowie ansprechendes Äußeres. Bildzuschriften erbeten unter Nr. 331/758 über Anzeigenverwaltung BAYER. ÄRZTEBLATT, 8 München 15, Sonnenstr. 29

Stellengesuche

Kaufm. prakt. Arzthelferin

Arzttochter, mittl. Reife, gutes Examen, Walnerschule, Führerschein, firm im Labor, Steno und allen anfallenden Arbeiten, ab sofort bis Mitte März 64 frei. Bereit anzulernen. Dann MTA-Ausbildung. Evtl. Urlaubsvertretung in den Ferien und später, bestimmte Zeit als MTA. Gefl. Angebote unter Nr. 331/768 über Anzeigenverwaltung BAYER. ÄRZTEBLATT, 8 München 15, Sonnenstraße 29.

Arztwitwe

69 J. alt, gesund u. leistungsfähig, übernimmt geeignete Tätigkeit in Arzthaus oder Privatklinik (am liebsten mit Krankenpflege) gegen Kost und Wohnung. Keine sonstigen Verpflichtungen oder Lasten. Raum Südbayern bevorzugt. Angebote unter Nr. 331/765 über Anzeigenverwaltung BAYER. ÄRZTEBLATT, 8 München 15, Sonnenstraße 29

Arzthelferin

mit Diplom sucht zum 1. 4. 1964 neuen Wirkungskreis in München (kl. Labor, Kassenabrechnung u. alle vorkommenden Arbeiten). Angebote mit Gehaltsangabe u. evtl. Wohnmöglichkeit erbet. unt. Nr. 331/771 über Anzeigenverwaltung BAYER. ÄRZTEBLATT, 8 München 15, Sonnenstraße 29

Anzeigenschluß am 25. des Monats

Bei einem Wirt zu Gast

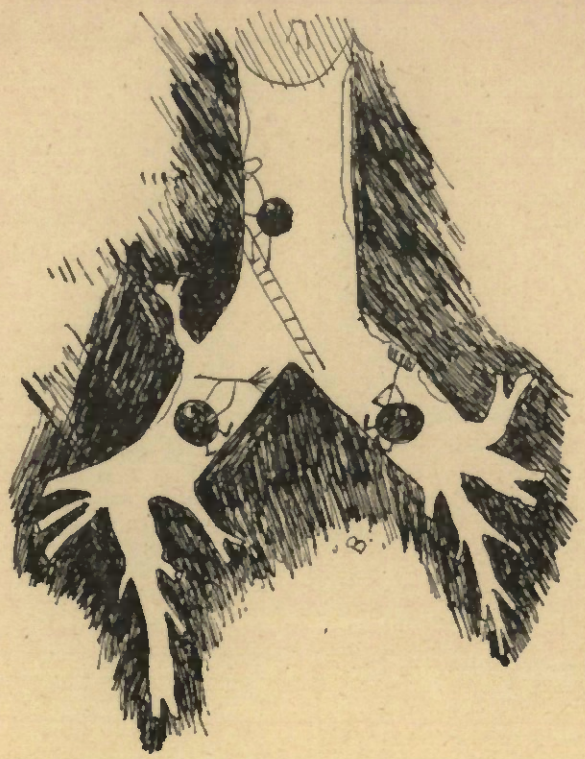
Von Bernd Boehle
244 Seiten, 70 mehrfarbige Aquarelle, z. T. fünffarbig gedruckt, 2., völlig neubearbeitete Auflage. Ballonleinen DM 16,80.

Dieses kleine Werk ist ein bibliophiler Leckerbissen für alle, die beruflich und privat viel unterwegs sind. Die Reise angenehm zu würzen und zu wissen, wo 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, Jutastr. 24

BAYERISCHE
LANDESBAUSPARKASSE
DIE BAUSPARKASSE DER SPARKASSEN
München 2 · Karolinenplatz 1 · Telefon 228501



Großreinemachen in den Bronchien

Bronchiektasen

Bronchitis

Pneumomykosen

und Lungengangrän

Zum Abhusten von Röntgenkontrastmitteln

GELOMYRTOL
KAPSELN

Gelamyrtol enthält in dünndarmlöslichen Gelatinekapseln je 0,12 g Myrtol. Dieses ist die bei 160–180° übergehende Fraktion des aus den Blättern der Myrtenpflanze gewonnenen Myrtenöles. Myrtal, ein alterprabter Naturstaff, enthält als Hauptwirkstaff Cineal.

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

G. POHL-BOSKAMP · HOHENLOCKSTEDT / HOLSTEIN

PERU-LENICET® SALBE

Die Heilsalbe des Arztes!

mild und schmerzlindernd
granulationsfördernd
juckreizstillend
epithelisierend

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

1/3 Dose DM 1.15
1/1 Dose DM 1.70
lt. Arzneitaxe

DR. RUDOLF REISS CHEMISCHE WERKE
BERLIN WEST · HAMBURG · MÜNCHEN

Dr. Erdt Arnulf
Baindlkirch
1611