

BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Nummer 2

München, Februar 1964

19. Jahrgang

Gedanken zur Betreuung alter Menschen*)

Von Dr. H. Sewering, Präsident der Bayer. Landesärztekammer

Wenn man bei uns oder irgendwo in der Welt über Bevölkerungsfragen spricht und den Altersaufbau einer Bevölkerung erörtert, dann kommt immer das bekannte Bild der Pyramide. Sie hat unten eine breite Basis, die sich in die Spitze verjüngt. Wir bezeichnen das als das normale Bild. In den letzten Jahren erörtern wir — teilweise mit Sorge —, daß sich dieses gewohnte Bild im Altersaufbau unserer Bevölkerung ändert. Die Pyramide wird nach oben nicht mehr so schlank. Der Anteil der alten Menschen an unserer Gesamtbevölkerung wird immer größer und damit entstehen neue Probleme. An und für sich ist dieses Älterwerden unserer Bevölkerung ein erfreuliches Zeichen; zeigt es doch, daß die Bemühungen der Ärzteschaft, der medizinischen Wissenschaft, unsere Bemühungen auf dem Gebiete der Hygiene und der Gestaltung unserer Lebensverhältnisse Erfolg hatten und die Menschen eben heute mehr Aussicht haben, alt zu werden, als früher. Aber die neuen Aufgaben, die damit auf uns zukommen, müssen irgendwie angesprochen, in Angriff genommen und bewältigt werden. Wir müssen uns darüber klar sein, daß alte Menschen nun einmal mehr Hilfe und auch mehr ärztliche Hilfe brauchen als normalerweise die Jungen, obwohl wir nicht verkennen wollen, daß gerade aus der Sicht der Arbeitsfähigkeitsziffern der Betriebe die Alten oft wesentlich fester, gesünder und widerstandsfähiger sind als manche Jungen. Aber wenn wir uns umsehen, dann werden wir erkennen, daß es mit der Behandlung und Beratung dieser alten Menschen im Sprechzimmer des Arztes oder in ihrer Wohnung nicht immer getan ist. Sie bedürfen in einem relativ großen Umfange auch der Behandlung in Krankenhäusern. Und diese Tatsache, daß der Anteil der alten Menschen in unseren Krankenhäusern immer größer geworden ist, daß vor allem in den internen Abteilungen, aber auch in anderen Abteilungen, immer mehr Menschen in hohem oder höherem Alter liegen, hat in den letzten Jahren — vor allem auch in der letzten Zeit — zu Diskussionen über das Krankenhausproblem, die Krankenhausbehandlung im allgemeinen und der alten Menschen im besonderen, Anlaß gegeben. Ich darf nur an Schlagworte erinnern wie diese: Die alten Leute blockieren unsere Krankenhausbetten, sie liegen in den teuren Betten und verlegen uns den Platz, den wir so dringend bräuchten. Es kommen Vorschläge: Man sollte Alters-Krankenhäuser errichten oder an die Krankenhäuser eigene Abteilungen für alte Menschen an-

gliedern, denn das sei rationeller und billiger. Ich denke gerade an einen solchen Vorschlag, der lautete: Wir bauen so viele neue Kreiskrankenhäuser, da können wir doch die alten verwenden für unsere alten Menschen. Vor diesen Überlegungen möchte ich aus unserer ärztlichen Sicht und Verantwortung heraus dringend und nachhaltig warnen. Ich glaube, meine Damen und Herren, das Problem der Behandlung und ärztlichen Betreuung alter Menschen darf unter keinen Umständen aus Rationalisierungsgesichtspunkten heraus gesehen werden. Der alte Mensch hat den gleichen Anspruch auf die modernste ärztliche Betreuung wie der junge. Er kommt mit dem gleichen Vertrauen und der gleichen Hoffnung auf Gesundheit zu uns, und wir dürfen ihn nicht dadurch enttäuschen, daß wir ihm den normalen Weg, den jeder andere gehen kann, wenn er ins Krankenhaus muß, irgendwie verbauen. Ich glaube, erst wenn alle Möglichkeiten modernster ärztlicher Behandlung ausgeschöpft sind und wir dann zu der Überzeugung kommen, daß langfristige Pflege und ärztliche Behandlung not tut, erst dann können wir uns nach Möglichkeiten umsehen, die diesen alten Menschen gute Unterkunft, beste Pflege und ebenso gute ärztliche Betreuung gewährleisten.

Das mag, wenn ich es im Kreise von Ärzten und von Menschen sage, die mit uns verbunden sind, etwas Selbstverständliches sein. Aber, meine Damen und Herren, meine Erfahrungen gerade aus der letzten Zeit verpflichten mich, diese Gesichtspunkte einmal herauszustellen. Wir fragen uns weiter: Wo findet nun eigentlich der alte Mensch die von ihm gewünschte Unterkunft mit guter, mit liebevoller Pflege? Wenn Sie auch hier die Diskussionen verfolgen, so wird Ihnen auffallen, daß, fast wie aus der Pistole geschossen, die Antwort kommt: Er findet sie in erster Linie im Altersheim!

Nun, wir sind uns darüber klar, daß für viele unserer alten Mitmenschen — vor allem wenn sie alleinstehen — das Altersheim, das schöne Altersheim, die ideale Unterbringung ist. Wir sollten uns aber — glaube ich — auch hier immer wieder einiger Dinge erinnern, die in Gefahr sind, unterzugehen: Zunächst einmal wäre es die Verpflichtung der jungen Familie, auch für ihre Alten zu sorgen. Es wäre eine Ehrenpflicht! Und ich bewundere immer wieder in meiner täglichen ärztlichen Arbeit, wie sehr sich gerade unsere Flüchtlingsfamilien aus dem Osten dieser Ehrenpflicht bewußt sind, wie sie gemeinsam — die Jungen und die Aiten — miteinander sich ein neues Heim geschaffen haben, wie sie zusam-

*) Ausführung bei der Eröffnung der 14. Wissenschaftlichen Ärztagung am 13. Dezember 1963.

menhelfen, wie sie sich gegenseitig ergänzen und mit weich innerer Freude und Befriedigung sie mir dann erzählen, wie sie — die Alten und die Jungen gemeinsam — unter einem Dache leben und sich ein neues Zuhause geschaffen haben. Für mich sind diese Flüchtlingsfamilien, die ich so zahlreich in meiner eigenen Praxis habe, ein Vorbild für den Begriff Familie und für Ehrfurcht und Liebe zu den Alten in der Familie. Ich weiß, daß es erhebliche äußere Widerstände gibt. Allein die Wohnraumfrage macht es manchmal schwer, diesen Idealzustand herzustellen. Aber, meine Damen und Herren, wir wollen nicht verkennen, daß es doch in großem Umfange nicht die äußeren Verhältnisse sind, die hindernd im Wege stehen, sondern daß der Wille verlorengegangen ist, für die Alten in der Familie selbst zu sorgen, sie im Familienkreis zu belassen.

Es ist eines der negativen Kennzeichen unserer Zeit,

daß man die Kinder in den Kinderhort schickt, die Alten in die Altersheime; daß Mann und Frau dem Gelderwerb nachgehen, um mehr zu verdienen und dabei nicht mehr merken, wie sie immer ärmer werden.

Verzeihen Sie mir diesen kurzen Abstecher in eine Problematik, die im engeren Sinne vielleicht nicht in unsere Fortbildungstagung hineingehört. Ich glaube aber, wir müssen uns doch immer wieder bewußt sein, daß wir keine Mediziner, sondern Ärzte geworden sind. Was uns gegenübertritt, was unsere Hilfe und Betreuung sucht, das ist der Mensch, der Mensch mit allen seinen Problemen, mit den menschlichen, mit den sozialen, natürlich auch mit den medizinischen. Aber nur wenn wir sie alle in einem sehen und uns ihrer annehmen, wenn wir auf diese Weise unseren Mitmenschen helfen, dann, glaube ich, haben wir unsere Aufgabe als Arzt erfüllt.

Vitalitätsstörungen als Fortbildungsthema

Programmorschau auf die 33. Vortragsreihe des „Augsburger Fortbildungskongresses für praktische Medizin“ vom 20. bis 22. März 1964

Von A. Schretzenmayr

Ermüdung und Schlaf sind Urphänomene des Lebens, so wie der Schmerz. Störungen von Ermüdung und Schlaf geben neben dem Schmerz heute sehr häufig Anlaß zur Beunruhigung des Menschen über seine Gesundheit und damit Anlaß zur Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe. Eine weitere Parallele zum Schmerz besteht: So wie die Patienten von einem brennenden, bohrenden, tobenden, stechenden, klopfenden, krampfartigen, hellen, dumpfen Schmerz sprechen, ebenso

bilderreich ist die Sprache des Leidenden, der uns von Vitalitätsstörungen klagend berichtet. Diese Bildhaftigkeit in der menschlichen Ausdrucksweise ist es wohl gewesen, die die Dichter, Philosophen und Künstler aller Zeiten und Welten angeregt hat, die Urphänomene des Lebens, Geburt und Tod, Liebe, Hoffnung und Freude, Schmerz, Trauer, Ermüdung und Schlaf in Form von Bildern zu sehen und künstlerisch zu gestalten.

Lassen Sie uns deshalb, bevor wir auf die medizinisch-wissenschaftlichen Aspekte des Themas „Ermüdung und Schlaf“ eingehen, einen kurzen Blick auf seine künstlerische Interpretation werfen, wobei der Versuch gemacht werden soll, die bildhafte Sprache des müden und schlafgestörten Patienten durch Abbildungen aus dem Kunstschaffen nicht nur zu illustrieren, sondern auch zu analysieren.

Eines der häufigsten Epitheta, die wir im Zusammenhang mit der Ermüdung in der ärztlichen Sprechstunde hören, ist das der „unnatürlichen“ Müdigkeit. Der Patient glaubt mit Sicherheit zwischen der natürlichen und einer von ihm als pathologisch empfundenen, unnatürlichen Müdigkeit unterscheiden zu können; nicht selten wird das Wort „unnatürlich“ noch mit den Ausdrücken „zum Sterben müde“, „todmüde“, „zu Tode erschöpft“ illustriert. Die Wissenschaft verfügt leider nicht über ein so zuverlässiges Kriterium zur Objektivierung des Unterschiedes zwischen natürlicher und unnatürlicher Müdigkeit. Zwar würde uns der Physiologe einiges über quantitativ und qualitativ verschiedene, biochemische Vorgänge bei der Ermüdung und bei der Erschöpfung sagen können, in der Klinik aber steht der Arzt den Klagen über „unnatürliche“ Müdigkeit zunächst ratlos gegenüber. Nicht so der Künstler! Mit überzeugender Eindringlichkeit zeigt uns das Phänomen der „natürlichen“ Müdigkeit ein unbekannter Künstler des klassischen Altertums im „Jüngling von Tralleis“ (4. Jahrhundert vor Christus): Ermattet an einen Pfeiler der Palaestra gelehnt, in den weichen



Der Jüngling von Tralleis



Sterbender Gallier (240 n. Chr.)

Wollmantel des Sportlers gehüllt, zeigt der Jüngling in Haltung und Gesichtsausdruck wohl die Spuren der Anstrengung des sportlichen Wettkampfes, es liegen aber sowohl Erhabenheit, ja Heiterkeit und Siegesbewußtsein in diesem Gesicht, daß wir die Bezeichnung der natürlichen Müdigkeit gerne akzeptieren und den griechischen Meister ob seiner künstlerischen Ausdruckskraft zutiefst bewundern. Ganz anders die künstlerische Interpretation des „zu Tode erschöpft seins“: Erschüttert erkennen wir die bildhafte Darstellung dieses Begriffes in dem Werk der hellenistischen Künstlerschule in Pergamon, das unter dem Namen „der sterbende Gallier“ (240 vor Christus) wegen seines reichen Gefühlsgehaltes weltberühmt wurde. Beide Figuren zeigen die für die Ermüdung typische, nach vorne gebeugte Haltung, doch dort ein lächelnder Mund im Bewußtsein des Sieges, hier der Mund verzerrt im Schatten der Todesmüdigkeit. Die beiden Skulpturen sind zugleich ein klassischer Beitrag zum Thema des klinischen Blicks, den uns unbekannt griechische Künstler über mehr als 2000 Jahre überliefert haben.

Nicht selten verbergen sich hinter der Klage der „Sterbensmüdigkeit“ psychische Faktoren. Die Etrusker, die Meister in der Darstellung der Lebensfreude und der Vitalität, haben selbstverständlich auch der Depression, der Trauer, der psychogenen Erschöpfung ihr künstlerisches Talent gewidmet. „Mutter und Kind“ ist das Thema eines etruskischen Sarkophags (5. Jahrhundert v. Chr.) von fundamentaler Ausdruckskraft: Es ist der Moment festgehalten, in dem der Mutter bewußt wird, daß das Kind in ihrem Schoß nicht schläft, sondern tot ist. In den zweieinhalbtausend Jahren, die diesem Bildnis folgten, ist keinem Künstler die Darstellung der exogenen Depression so plastisch wie diesem unbekanntem etruskischen Meister gelungen.

Die „lähmende“ Müdigkeit ist immer wieder eine Klage unserer müden und schlaflosen Patienten. Soweit nicht eine organische Psychose vorliegt, ergibt die

psychische Exploration — es braucht nicht gleich die Psychoanalyse zu sein! — eine Enttäuschung als Wurzel dieser spezifischen Klage, eine Enttäuschung im Beruf, eine Liebesenttäuschung, eine Lebensenttäuschung und daraus geboren sehr häufig die Angst vor weiteren Enttäuschungen, die transcendale Angst des modernen Menschen. So wenig dem klassischen Künstler diese Seite der Vitalitätsstörung bekanntgewesen zu sein scheint, so sehr hat sich der „Moderne“, der



Mutter mit Kind (5. Jahrh. v. Chr.)



Hodler: Enttäuschte Seelen (1892)

durch die Psychologie und Psychoanalyse kontaminierte Künstler unserer Zeit mit solchen Problemen auseinandergesetzt. Unser Sprung über zwei Jahrtausende in der Wahl unserer Abbildungen zum Thema „Ermüdung und Schlaf“ mag bei oberflächlicher Betrachtung grotesk erscheinen; wer aber die Sinnenfreudigkeit der etruskischen Kunst, die kraftvolle Betonung des Gefühlsausdruckes der pergamenischen Plastik und den — allerdings oft mißlungenen — Versuch der modernen Kunst kennt, das Trieb- und Affektleben zu interpretieren, wird die Parallelen über die Jahrtausende hinweg erkennen. „Lähmende“ Müdigkeit im Sinne der Störungen des Arbeits-, Trieb- und Affektlebens ist das Thema vieler Darstellungen moderner Künstler, z. B.



E. Münch: Heimkehrende Arbeiter (1912)

Hodlers Bilder „Der Tag“, „Die Nacht“, „Die Lebensmüden“, „Enttäuschte Seelen“. Wie bei den Darstellungen im klassischen Altertum auch hier wieder die nach vorn gebeugte Haltung als Ausdruck der Müdigkeit. Dämonischer und mit tiefer Dramatik ringt Edvard Munch, der „Strindberg“ unter den Malern, mit den Problemen Angst, Vitalität, Krankheit und Tod. In seiner Studie „Heimkehrende Arbeiter“ finden wir wieder das Symptom der nach vorn gebeugten Körperhaltung als Ausdruck der Müdigkeit. Überzeugend vermittelt uns die Darstellung nicht nur das Bild der körperlichen Müdigkeit nach langer Arbeitszeit, sondern auch die Symbolik der „lähmenden“ Müdigkeit durch die eintönige Fabrikarbeit, das psychische Bild des grauen Alltags, das Drama der Depression infolge Fehlens eines höheren Zieles.

Zum 2. Teil unseres Programms, zum Thema Schlaf, könnte man eine ganze Kunstgeschichte abbilden. Wir wollen nur einen einzigen Aspekt im Bild aufleuchten lassen, der zugleich medizinisch der wichtigste ist, näm-

lich den der menschlichen Rhythmik. Kein geringerer als Michelangelo hat diese Interpretation des Schlafes seinen berühmten Marmorplastiken in der Nuova sagrestia in Florenz zugrunde gelegt, jedem Florenzbesucher sind sie bekannt. Der menschliche 24-Stunden-Rhythmus, dargestellt durch die allegorischen Figuren „Tag“ und „Nacht“ und „Erwachen“ und „Einschlafen“ wird in dieser Grabkapelle der Mediceer zum Symbol für das menschliche Leben, für Tod und Auferstehung, für Werden und Vergehen.

Lassen Sie uns hieran mit der wissenschaftlichen Interpretation unseres Themas „Ermüdung und Schlaf“ anknüpfen: Nur die Kenntnis von der 24-Stunden-Rhythmik des Menschen — das Thema des ersten Referenten der Augsburger Frühjahrstagung, Prof. Menzel, Hamburg — gibt uns die Möglichkeit, die Problematik der Müdigkeit und der Schlafstörungen zu verstehen. Weitere Grundlagenreferate wären notwendig, dieses Verständnis noch zu vertiefen, man müßte Themen über die Physiologie der Ermüdung und des Schlafes, über die Pathophysiologie und Biochemie der Wach- und Schlafzustände einschalten, man müßte den Pharmakologen und Toxikologen und vielleicht auch den Psychologen zu Wort kommen lassen. Leider reicht die Zeit hierzu nicht aus. Aber das Wesentliche aus diesen Grundlagenfächern wird ein Referat zusammenfassen, das der bekannte Wiener Psychiater Hans Hoff übernommen und das den anspruchsvollen Titel tragen wird: „Klinische Pharmakologie der Weck- und Schlafmittel, der Neuroleptica und Neuroplegia.“ Hans Hoff ist jedem fortbildungsfreudigen Kollegen bekannt und wir freuen uns, daß er — wie so oft — auch für dieses schwierige Thema, nach Augsburg kommt. Die Haltung des in der Praxis tätigen Arztes bei der Therapie der Störungen, der Ermüdung und des Schlafes wird weitgehend von diesem Grundsatzreferat Hans Hoffs beeinflußt werden.

Was soll nun der Arzt der Praxis im einzelnen tun bei den unendlich vielen Klagen über Müdigkeit und Störungen der Vitalität? Um diese Frage so praxisnah als möglich beantworten zu können, haben wir mehrere Monate lang in der internistischen Sprechstunde alle Patienten mit Klagen über Müdigkeit notiert, sie nach der verursachenden Diagnose gruppiert, die Erfahrungen anderer Fachgruppen hinzugenommen und so ein klinisches Handbuch der Müdigkeit erhalten. Es stellte sich heraus, daß — wie bei den Grundlagenfächern zu diesem Thema — nur ein Bruchteil des klinischen Materials für das Programm des Fortbildungskongresses Verwendung finden konnte. Wir mußten aus Zeitmangel vor allem Referate weglassen, wo die Ursache der Vitalitätsstörung offensichtlich ist, so Referate über konsumierende Erkrankungen (Ca, Tbc, chronische Infektionen und Intoxikationen), ferner soziologische und arbeitsmedizinische Referate (z. B. Doppelbelastung der verheirateten Arbeiterin) und spezielle Referate aus dem Bereich der Psychohygiene, der Sexologie und der Psychotherapie. Schließlich mußten alle selteneren und praxisfernen Ursachen ausgeschieden werden. Unter dem Aspekt der diagnostisch-therapeutischen Leitsymptome gruppiert sich nun der klinische Teil unseres Themas in folgende Abschnitte. Neurologisch-psychiatrische Ursachen: Prof. Reisner, Wien (Neurologie), Prof. Sattes, Würzburg (Psychiatrie einschließlich Psychosomatik), Prof. H. P. Wolff, Homburg (vegetativer Erschöpfungszustand); Biorheutische

Probleme: Prof. Betke, Tübingen (Das müde Kind); Prof. Schulte, Tübingen (Die Altersmüdigkeit); Organerkrankungen: Prof. Schölmerich, Mainz (Herz- und Kreislauferkrankungen); Prof. Fleischhacker, Wien (Bluterkrankungen); Prof. Neumayr, Wien (Lebererkrankungen); Priv.-Dozent Dr. Schwarz, München (Endokrine Erkrankungen); und schließlich Ernährungsfragen: Dr. med. habil. Volkheimer, Berlin (Fehlernährung als Müdigkeitsursache).

Es ist selbstverständlich, daß neben der Diagnostik der Therapie bei diesem Thema besondere Beachtung geschenkt werden muß. Eine besondere Form der Therapie bei den Vitalitätsstörungen, nämlich das Heilverfahren, wird dem traditionellen Podiumgespräch am Samstag mittag zur Diskussion überantwortet werden. Die Ärzte der Praxis sind, so sehr sie das Prinzip des Heilverfahrens bejahen, in manchen Punkten skeptisch: Schicken wir die richtigen Patienten zum Heilverfahren? Gibt es neben medizinischer auch soziale oder gar politische Indikationen für das Heilverfahren? Wird das Heilverfahren überall richtig durchgeführt? Zu wenig Therapie? Nur panem et circenses? Wird zuviel Diagnostik und Therapie betrieben? Wie kommt der Patient zurück? Geheilt? Anspruchsvoller als zuvor? Als ausgebildet eingebildeter Kranker? Und noch viele andere Fragen bewegen den Arzt der Praxis. Hat er, der Arzt der Praxis, überhaupt ein Recht, solche Fragen zu stellen? Hat er ein Recht zur Kritik an einer Maßnahme, an der er — sonst der aktive Therapeut — nur passiv und als Zuschauer aus weiter Ferne beteiligt ist? Wir hoffen, daß möglichst viele Kollegen Fragen stellen, und wir hoffen, objektive Antworten zu finden, so sehr auch der ganze Komplex mit Emotionen belastet ist. Als Sachkenner der gesetzlichen und sozial-

politischen Fragen des Komplexes „Heilverfahren“ wird ein Arzt, der in der Sozialversicherung an führender Stelle steht, Direktor Dr. med. Caris, LVA Württemberg, zu Erläuterungen zur Verfügung sein. Eine Vorschau auf das Augsburger Programm im März 1964 wäre unvollständig, würde nicht auch auf die klinische Fortbildung im Rahmen der Augsburger Kongresse hingewiesen werden. Am Freitag und Samstag nachmittag stehen den Kongreßteilnehmern alle Türen in allen Augsburger Krankenhäusern offen, Chefärzte und ihre Mitarbeiter bemühen sich, wie bei den vorangegangenen 33 Kongressen, dem ärztlichen Besucher anhand klinischer Fälle einen Querschnitt durch die moderne Therapie ihres Fachgebietes zu geben. Es sind zwar nur Stunden der Wiedereinkehr in die Klinik, aber durch die Konzentration des Dargebotenen zweimal im Jahr, vermitteln diese Stunden dem regelmäßigen Hörer mindestens in gleicher Weise „klinische Fortbildung“, wie eine 14tägige Gastarztstätigkeit, für die er sich doch nur alle drei bis fünf Jahre, wenn überhaupt, freimachen kann. Diese klinische Fortbildung ist für Augsburg eine alte, verpflichtende Tradition. Vor mehr als 400 Jahren hat Vesallius die Ärzte der Reichsstadt und ihrer Umgebung, die Ärzte Achilles Gasser, die beiden Occo, Ambrosius Jung, Lukas Stenglin, Dr. Weber aus Landsberg und viele andere Unbekannte zu Consllien und interessanten Sektionen nach Augsburg eingeladen und hat mit ihnen die Anamnese, die Klinik, die Therapie und die Epikrise eingehend diskutiert. Dem Vorbild Vesalius folgend, laden auch wir unsere Kollegen aus nah und fern ein und freuen uns auf ihren Besuch.

Anschrift des Verfassers: Professor Dr. med. A. Schretzenmayr, Augsburg, Schaezlerstraße 19.



Michelangelo: Grabmal des Giuliano de Medici, Florenz, Neue Sakristei (1520—1534)

Psychologie der „Geburtenregelung“

Von E. Schaetzling

Noch niemals ist in dieser Welt eine Geburt ohne eine vorausgegangene Schwangerschaft erfolgt, woraus unmißverständlich hervorgeht, daß die bionome Vorbedingung zu einer jeden Geburt in der entsprechenden Schwangerschaft bestehen muß.

Dementsprechend ist eine „Geburtenregelung“ oder gar „Geburtenkontrolle“ allein und ausschließlich durch die Abtreibung möglich.

Konsequenterweise nannte Gesenius sein kluges Buch: „Empfängnisverhütung“ (Urban & Schwarzenberg Verlag).

Dessenungeachtet wird in einem gegen die „Empfängnisverhütung“ polemisierenden Schrifttum die „Geburtenregelung“ (hier im Gegensatz zur „Geburtenkontrolle“) gutgeheißen (vgl. Stanislas de Leszapis S. J.: „Geburtenregelung — Geburtenkontrolle“, Herder Verlag). Das ist natürlich ein dialektischer Unfug.

Der umgekehrte, ebenfalls tendenziöse Selbstbetrug gipfelt in der Behauptung, man könne ausgerechnet mit einer „Geburtenkontrolle“ (s. o.) die Abtreibungen vermeiden. Die Vertreter dieser Spätlese eines auch noch mißverstandenen Malthusianismus predigen in Deutschland etwas ganz anderes als im Ausland, wobei die Abtreibungsfreudigkeit in umgekehrter Proportion zum Quadrat der Entfernung steht. Es ist also nicht von ungefähr, daß sich die internationale „bincontrol-Gesellschaft“ nicht etwa „Gesellschaft zur Förderung der Empfängnisverhütung“ nennt.

Um trotz solch bigotter Sprachverwilderung eine saubere Begriffsordnung zu erzielen, werden die psychologischen und soziologischen Hintergründe der sogenannten „Geburtenregelung“ geschildert. Und weil nicht etwa verhütete Schwangerschaften, sondern trotz aller kontrazeptiven Bemühungen entstandene abgetrieben werden, wird zum Abschluß ein dialektischer Ratschlag zur wirklichen Bekämpfung der Abtreibung gegeben.

Ein Schalk meinte einmal, daß — mit Ausnahme der (selbstverständlich gegnerischen) Politik — auf keinem Gebiet mehr gelogen würde als auf dem der Sexualität. Das ließe sich eigentlich nur steigern, wenn man diese beiden Begriffe miteinander paart, wie es bei der sogenannten „Bevölkerungspolitik“ der Fall ist. Die Berichte darüber sind auch entsprechend, nämlich ebenso alarmierend wie verwirrend. Schlagzeilen wie: „Unsere Erde wird zu klein...“ — „Die Übervölkerung als Welt ernährungsproblem...“ — „Die sittliche Notwendigkeit der ‚Geburtenkontrolle‘...“ usw., usw., beunruhigen jeden treusorgenden Familienvater, weil jene weltweite Menschheitssorge scheinbar die persönliche Zukunft der eigenen Kinder in Frage stellt.

Das Verlogene an der Angelegenheit kommt vom „Gruppenegoismus“, der darin gipfelt, daß praktisch jede nationale oder kontinentale oder kirchliche oder politische Gruppe ganz offenbar den Standpunkt vertritt, daß sich stets nur die Konkurrenzgruppen — also

immer die anderen (!) — durch Sterilisation oder Abtreibung oder andere massive antikonzeptionelle Maßnahmen in ihrer Fortpflanzung einzuschränken hätten, auf daß die eigene Art wachse, blühe und gedeihe.

Die Werbeslogans: „Die gelbe Gefahr...“ oder „Die schwarze Gefahr...“ — „Jeder dritte Mensch ist ein Chinese...“ — oder auch bloß das Thema: „Das Übervölkerungsproblem in den Entwicklungsländern...“ sprechen diesbezüglich eine deutliche Sprache. Andererseits ist es tröstlich zu wissen, daß sich das chinesische oder das indische oder das kongolesische Liebespaar um den ganzen Rummel ebensowenig kümmert wie das europäische, so daß uns deshalb jene Art der international gemünzten „Geburtenkontrolle“ eigentlich gar nicht bekümmern kann.

Anders ist es mit dem persönlichen Verantwortungsbewußtsein eines jeden Elternpaares für das zukünftige Wohl seiner Kinder. Der Familienbegriff hat sich nämlich sehr gewandelt. Früher umfaßte die Familie mindestens drei Generationen. Die Alten saßen auf dem Altenteil und gaben weise Ratschläge aus ihrer Lebenserfahrung. Die jungen standen im Dienst der herrschenden Zwischengeneration. Und heiraten durfte nur derjenige, der Meister war oder sonstwie den Nachweis erbrachte, daß er eine Familie wirklich ernähren konnte. Diese patriarchalische Form der Nachwuchsregelung ist sehr in Vergessenheit geraten. Nachdem der Vater Staat durch seine zahlreichen sozialen „Versicherungen“ die Familie früherer Prägung durch Wochenhilfe und steuerliche Kinderprämien, Stipendien und Renten, Krankengeld und Heilverfahren, Parteiförderung und Beamtenbeihilfen und vieles andere mehr entpflichtet hat, fühlt sich auch die junge Generation nicht mehr verpflichtet, der alten zu dienen.

Wenn heutzutage unsere jungen Menschen heiraten und damit angeblich eine „Familie“ gründen, dann handelt es sich kennzeichnenderweise stets um eine „Neugründung“, die sich nach den Gesetzen der Logik (bis auf das Elternpaar) wieder auflösen muß, sobald die Kinder flügge geworden sind. Der Auflösungsprozeß der alten Familie ist ein Nebenprodukt der Industrialisierung und der Demokratie, jedoch möge dieser Hinweis nicht etwa als negative Kritik gewertet werden, denn die Jugend hat ja immer recht!

Zwar kann und braucht der heutige Bräutigam jene antiquierte Ehetauglichkeit im Sinne einer Meisterwürde nicht mehr nachzuweisen; die gleichberechtigte Braut gleicht diesen Mangel durch ihre eigene Berufsarbeit aus, wodurch die Kleinstfamilie zum „Team“ wird.

Nachdem die Frau an die Seite des Mannes getreten ist, hat die Familie freilich kein Zentrum mehr, aber dennoch ist es ein schöner Gedanke, wie die beiden jungen Menschen mutig und tapfer Hand in Hand ihr Leben doch immer wieder „meistern“!

Bloß erhebt sich die Frage, ob man jene Doppelverdienerehepaare überhaupt „Familie“ nennen soll, denn die hieraus resultierenden „Schlüsselkinder“ sind keine erfreuliche Zeiterscheinung, weil die noch so gut ge-

leitete „Kinderkrippe“ keine Mutterliebe ausstrahlt. Das andere Problem liefern die familienlos gewordenen alten Menschen, die in einer Atmosphäre der Lieblosigkeit auch noch immer älter werden, statt früh zu sterben. Das klingt grob, aber selbst die beste Rente kann keine Liebe ersetzen.

Gewiß ist der skizzierte Umwandlungsprozeß unserer Gesellschaft noch in der Gärung, aber eins ist bereits sicher: Die Zeiten, als jeder Knabe (als Knecht) und jede Tochter (als Magd) einen echten Gewinn des Bauernhofes darstellten, sind vergangen. Es mögen und werden sich andere Formen bilden, die den „Kindersegen“ in des Wortes ursprünglicher Bedeutung wiederherstellen. Jedenfalls bedeutet zur Zeit — bei aller Anerkennung des natürlichen Strebens zur modernen Familie — jedes heute geborene Kind für seine Eltern eine Belastung, die ein erhöhtes Maß an Opferbereitschaft fordert und mit den tatsächlichen Möglichkeiten des Elternpaares in Einklang stehen muß. Schließlich will jeder vernünftige Mensch seinen Kindern zum mindesten die gleichen Lebenschancen bieten, die er selber hatte, so daß die kritiklose Zeugung neuen Lebens zu Lasten des Staates eine asoziale Note hat.

Wie aber soll solch vom guten Geist der Verantwortung gelenkte „Geburtenregelung“ erfolgen?

Da eine Geburt nur nach einer eingetretenen Schwangerschaft erfolgen kann, setzt eine Regelung oder gar Kontrolle von Geburten logischerweise die entsprechenden Schwangerschaften voraus. Demnach kann eine „Geburtenregelung“ nur im Abbruch der Gravidität bestehen. Ich sage bewußt „Abbruch“, weil der schönende Ausdruck „Schwangerschaftsunterbrechung“ für die legalisierten Abtreibungen ebenfalls falsch ist und schuldiges Denken verrät. Wenn ich irgend etwas unterbreche, muß ich es schließlich auch mal wieder fortsetzen können, was nach einer „Schwangerschaftsunterbrechung“ meines Wissens noch niemals gelungen ist. Es handelt sich also grundsätzlich immer um Abtreibungen, die zur Zeit auch zum Zweck der „Geburtenregelung“ sanktioniert und gehandhabt werden — in Japan, wo ein ganzes Volk in Not den verzweifelten Versuch macht, seine Geburtenrate durch jene Euthanasie im Mutterleib zu drosseln. Hierorts ist so etwas selbstverständlich verboten — wir sind ja keine Japaner.

Ähnlich zweigleisig denkt man über die Sterilisation, die den Entwicklungsländern empfohlen wird, während sie bei uns „gegen die guten Sitten“ verstößt.

Nun wohl — tatsächlich sind beide Vorstellungen so grausam und abwegig, daß man eine „Geburtenregelung“ überhaupt nicht empfehlen kann, geschweige denn eine „Geburtenkontrolle“, weil dieses häßliche Wort noch geschmackloser ist. Deshalb wollen wir uns lediglich mit der „Empfängnisverhütung“ befassen, die nach dem Gesagten durchaus diskutabel erscheint. Leider wird hier allerdings viel um das Problem herumgeredet. Es wird weit mehr gewarnt als empfohlen; die meisten Mittel gelten als verboten, unsicher oder gar als gesundheitsschädlich.

Wenn zum Beispiel in immer wiederkehrender Polemik erst kürzlich der Wiener Ordinarius für Gynäkologie, Prof. J. Amreich, schlicht alle zur Empfängnisverhütung in die Scheide eingeführten Mittel kurz und bündig für gesundheitswidrig erklärt und dabei sogar eine erhöhte Disposition zum Portiokrebs behauptet*),

so ist das einfach nicht wahr. Zum mindesten wird mit dieser etwas merkwürdigen Aufklärungstechnik keinem jungen Menschenpaar geholfen. Auf der anderen Seite hat kennzeichnenderweise in gewissen Kreisen die an sich widernatürliche Enthaltensamkeit eine gute Presse, obwohl gerade sie das einzige sichere Verhütungsmittel ist! Dies einem Ehepaar zu empfehlen, geht freilich am guten Sinn der Ehe vorbei und hat schon deshalb keinen Zweck, weil der Rat doch nicht eingehalten würde.

Nun wollte man mogeln und empfahl die Vermeidung der fruchtbaren Tage der Frau, die sich angeblich nach Knaus errechnen oder nach van der Velde mit dem Thermometer messen oder neuerdings nach Reimann-Hunziker und Wild mittels Indicin sogar durch eine chemische Farbreaktion im Urin bestimmen lassen. Diese Sexualität unterm Rechenschieber oder im Heimplabor hat lediglich einen theoretischen Wert, weil derart ernüchternde Praktiken der natürlichen Erotik widersprechen und deshalb nur von Liebessdilettanten einwandfrei vollzogen werden — also von Menschen, die ich einmal scherzhaft die „beamteten Ehepaare“ genannt habe.

Als Mitentdecker der „Knauschen Regel“ schrieb mir der kluge Japaner Oglno, daß es bei der Kalenderliebe nur eine Frage der Zeit sei, bis die Frau schwanger würde, was ich aus eigener Beobachtung bei allen echten Liebespaaren nur bestätigen kann.

An diesem Beispiel sehen wir bereits, daß die Verhütungsmaßnahmen gar nicht so unsicher sind, bloß die Menschen sind in Liebesdingen gottlob triebhaft und temperamentvoll und deshalb bei der Anwendung aller Verhütungsmittel unzuverlässig! Das wird am deutlichsten beim Unterbrechen des Verkehrs, dem Coitus interruptus, jenem von alters her geübten Mangelversuch, der außerdem angeblich sehr gesundheitsschädlich sein soll. Also das ist eine böswillige Zwecklegende und ganz bestimmt nicht wahr**), sonst gäbe es schließlich nur noch kranke Leute! Aber an Sicherheit steht diese so verbreitete Primitivtechnik wirklich an letzter Stelle.

Diesbezüglich ist der übliche Männerschutz, das Präservativ, weit überlegen — allerdings für den Preis einer gewissen Gefühlsbeeinträchtigung. Gleich sicher ist der Schutz der Frau, das Scheidenpessar, besonders dann, wenn es mit einem Gelepräparat kombiniert wird. Aber diese Mittel müssen eben dauernd angewandt und ständig zur Hand sein, was erfahrungsgemäß — besonders sonntags — nicht immer der Fall ist. Und hier setzt dann wieder die erwähnte Unzuverlässigkeit der Liebe mit dem bekannten „Einmal ist keinmal“ ein, worauf die Mißerfolge natürlich dem gar nicht angewandten Medikament in die Schuhe geschoben werden.

Diese scheinbare Unvernunft des Mannes und auch der Frau erklärt sich ganz natürlich. Man bedenke, daß beim Manne andauernd Millionen von Samenfäden gebildet werden, und bei der Frau allmonatlich ein Ei zum Naturzweck der Befruchtung heranreift! Bekanntlich bewirken das die Hormone, jene Janusstoffe, die nicht nur unsere Triebe anregen, sondern gleichzeitig auch die zugehörigen Betriebsmittel zur Verfügung stellen.

Bei der Ovulation könnte man direkt von einer hor-

*) Amreich, I. (Wien 1, Stubenring 2): Wien. med. Wschr. 112 (1962), S. 9.

**) Vgl. Schaezling: „Die Schädlichkeit des Coitus interruptus — als iatrogene Suggestion“, MfMeWo 1960/41.

monalen Gipfelkonferenz der Erotik sprechen, welche die beiden Geschlechter nicht nur zusammenführt und auch immer wieder aufs neue zusammenhält, sondern ebenfalls für die Erhaltung unserer Art verantwortlich zeichnet. Und daß in solchen Liebessituationen die Antikonzeption ins Hintertreffen gerät, ist doch nur natürlich. Denn all dies geschieht jenseits unseres neunmalweisen Verstandes. Wohigemerkt — nicht etwa die Frau, sondern das reife Ei in ihr, jene Instanz im weiblichen Organismus, jenes kreatürliche „Es“ im Leibe, will nämlich vom Biologischen her jedesmal befruchtet werden.

Wahrscheinlich ist es auch ganz gut, wenn trotz aller Verhütungsmaßnahmen, oder genauer gesagt, infolge der Schludrigkeit ihrer Anwendung, ab und an einmal ein neuer Erdenbürger entsteht, der dann bei seiner Geburt zumeist recht mütterlich und auch väterlich begrüßt wird.

Wenn man über diesen Natursinn nachdenkt, erscheint mir das neueste Mittel, die antikonzeptionelle „Pille“ in ihrer Wirkung — ohne echte und ernste medizinische Indikation (etwa zur Bebandlung einer Endometriose) — doch etwas fragwürdig, weil diese Droge über das Zwischenhirn gerade die typische Leistung der Frau, nämlich die Eireifung, abdrosselt. Damit bringt man den weiblichen Menschen völlig aus seinem natürlichen Rhythmus, denn von einem „Zyklus“ kann bei dieser „hormonalen Kastration“ wirklich nicht mehr die Rede sein. Gewiß wird durch allvierwöchentliche Unterbrechung des Pilienskonsums scheinbar und in sehr raffinierter Weise ein menstrueler Zyklus vorgetauscht! In Wirklichkeit handelt es sich dabei jedoch lediglich um Entzugsblutungen nach Absetzen der hormonalen Drogendrossel, was die unkundige Frau dann als „Periode“ empfinden oder erleben oder werten soll — auf daß sich die „Unwohle“ wohl fühle.

Tatsächlich betrügt man damit die Frau um ihre beglückende proliferative Aufbauphase, also gleichsam um ihre bionome „Hochzeit“ und giftet sie pausenlos in das praemenstruelle Tief mit all seinen Symptomen der Leistungsinderung und der dann logischen Depression, der Gewichtszunahme infolge medikamentogener oder auch iatrogener Wasserretentionen, der zumeist „Migräne“ genannten Kopfschmerzen und psycholablen Reizbarkeit, Spasmen aller Art in den Brüsten und im Magendarmtraktus und nicht zuletzt der schluckzessiven Hinabminderung der Libido bis zur Anaesthetie oder sekundären Frigidität. Das heißt, das vielbeschriebene „Praemenstruelle Syndrom“ — jenes Handikap vieler Frauen für just die Hälfte ihrer generativen Lebenszeit — wird künstlich, oder genauer gesagt: chemo-pharmazeutisch zur Immanenz manifestiert — beziehungsweise durch Ausschaltung der praeovulatorischen Phase zum Dauerzustand erhoben, so daß praktisch nichts typisch Weibliches mehr übrigbleibt.

Der Direktor des Weltbevölkerungsrates, Dr. Nelson (USA), möchte gerne die Pille für den Mann fördern. Es soll auch bei den entsprechenden Versuchen gelungen sein, die Spermio-genese zu meucheln — aber leider wurden (nach Kirchoff) die solcherart traktierten Männer — so als Begleiterscheinung oder side-effect — impotent. Deshalb habe ich arge Zweifel daran, ob die Männerwelt ebenso arglos eine Hormonbremse in Pillenform — die ihre Zeugungskraft abwürgt —

verspeisen würde, wie man es offenbar von der (gleichberechtigten) Frauenwelt erwartet.

Wir Menschen müssen alles im Leben irgendwie bezahlen, also auch die „Empfängnisverhütung“ — sei es durch ernüchternde Vorbereitungen, sei es durch erhöhte Risiken.

Der goldene Mittelweg dürfte auch hier im gesunden Kompromiß liegen, indem wir uns in einer unseren sozialen Verhältnissen angepaßten und vernünftigen Weise vorsehen — das dennoch entstehende Kind aber nicht verleugnen, sondern lieben und aufziehen und zu unserem Kinde machen. Keinesfalls darf die Antikonzeption so weit gehen, daß wir uns hormonal oder sonstwie sterilisieren, weil das dem Menschsein zuwiderliefe, denn mein Sohn oder meine Tochter ist die irdische Fortsetzung meines Seins in der Unsterblichkeit des Lebens.

Ein ehrliches Plädoyer für die Antikonzeption darf bei aller Gegnerschaft zur Abtreibung nach dem Gesagten nicht in dem törichtem Tendenzmärchen münden, man könne die kriminellen Aborte durch die Propaganda der Verhütungsmittel abschaffen. Schließlich werden ja keine verhüteten Schwangerschaften abgetrieben, sondern die trotz aller (angeblichen) Prophylaxe eingetretenen. Die Arbeit wäre also unvollständig und steril, wenn nicht anschließend eine (natürlich wiederum psychologische) Anweisung zur Verhinderung der Abtreibung geboten würde. (Das steht nämlich in keinem Lehrbuch.)

Unter den Frauen, die uns Gynäkologen mit Abtreibungswünschen plagen, handeln viele — und besonders die noch unerfahrenen erstmalig schwangeren — in ihrer aktuellen Notsituation hauptsächlich aus panischer Angst bestimmter Prägung nach der Art einer Kurzschlußreaktion.

Solche Frauen sind umstimmbare, allerdings nicht mit den üblichen Mitteln des guten Zuredens, der sittlichen Ermahnung oder gar der Bedrohung für Leib und Leben, und schon gar nicht mit dem billigen Hinweis auf strafrechtliche Folgen der Abtreibung.

Bei Unverheirateten ist allein die Angst vor Schimpf und Schande immer noch stärker als ein noch so gut gemeinter religiöser Zuspruch, der ja die Bedeutung des unehelichen Kindes keineswegs aufhebt, sondern eher betont. Im übrigen weiß das Publikum längst, daß die tatsächlichen Gefahren der kunstgerechten Abtreibung kaum höher zu bewerten sind als die der Geburt. Und für das „Verbrechen gegen das keimende Leben“ hat die Frau aus dem Volke überhaupt kein Organ des Verstehens, weil ihr solche mehr der Allgemeinbeit dienenden Paragraphen zu persönlichkeitsfern erscheinen, als daß der kriminelle Charakter des Eingriffs eingesehen werden könnte.

So heroisch die meisten Frauen alle ärztlichen Maßnahmen inklusive der dubiosen Knickungs- und anderer Operationen mutig erdulden, wenn sie unbedingt Mutter werden wollen, so rücksichtslos sind sie gegen sich selbst, wenn ihrer Überzeugung nach eine unerwünschte Schwangerschaft beseitigt werden muß! Die entsprechenden Impulse sind wohl deutlich transrationaler Struktur, so daß das Problem mit rationalen Begründungen nicht zu lösen ist. Außerdem klingen die für die Abtreibung sprechenden Argumente aus dem Munde der Frau in Not nicht nur äußerst rational und vernünftig, sondern sie sind es auch!

Folglich darf man sich also im entsprechenden Gespräch weder an den Verstand noch an die Vernunft wenden; es gilt vielmehr, die irrationalen Bezirke des Mutterinstinktes zu mobilisieren, wozu sich in eigener Praxis eine transrationale Dialektik gut bewährt hat.

Angeregt durch den Schriftsteller Kurt T ue h o l s k y, der als erster die Leibesfrucht „sprechen“ ließ, fußt der Gedanke auf der Empfehlung eines klugen Jesuitenpaters namens G. J. Strangfeld. H. Schwab hat daraus sein „Tagebuch eines Ungeborenen“ formuliert, wobei er allerdings bereits im Titel das Endergebnis verrät und somit den heilsamen Überraschungseffekt ausschaltete. Die dritte Anregung, den Embryo wie einen Erwachsenen sprechen zu lassen, empfang ich durch mittelalterliche Kirchenbilder, wo das Christuskind im Mutterleib niemals als Embryo, ja noch nicht einmal als Kind, sondern stets mit den Proportionen eines Miniaturmenschen dargestellt wurde. Der nachdenkliche Betrachter wird unschwer das Motiv jener malerischen Gestaltung erkennen: Der Foetus ist nicht foteris! Deswegen scheitern auch immer wieder jene gutherzigen Versuche, gravide Frauen mittels eines anatomischen Atlas über die Entwicklung des Embryos vom „Leben“ ihres Kindes zu überzeugen. Das ist viel zu rational und häßlich zugleich. Der von mir verwandte Handzettel trägt als Überschrift:

„Das Tagebuch der kleinen . . .“

Der Raum für den Namen bleibt zunächst frei. Dennoch läßt diese Titulatur infolge ihrer Ähnlichkeit mit dem Drama:

„Das Tagebuch der Anne Frank“

im Unterbewußtsein bereits die Vorstellung von Brutalität, Grausamkeit und Mord assoziativ anklingen, ohne daß solches gesagt würde.

Die Technik der Methode ist sehr einfach. Man frage die Appellantin so nebenbei, wie sie das Kind wohl nennen würde, wenn es ein Mädchen sei? Erhält man auf diese Testfrage einen weiblichen Vornamen, so ist dieser mit dem Nachnamen der Patientin in „Das Tagebuch der kleinen —“ — beispielsweise „Eva Schulz“ — einzutragen.

Außerdem verrät die Preisgabe eines Kindernamens schon eine günstige Prognose des Verfahrens. Bekommt man dagegen anstelle eines Namens lediglich die patzige Antwort, daß das Kind eben nicht zur Welt kommen dürfe, so wird einfach der Vor- und Zuname der potentiellen Mutter eingeschrieben, was im Sinne der unbewußten Selbstanwendung eine dann notwendige, noch stärkere Aufrüttelung bedeutet. Dann wird das Blatt zum Lesen gegeben.

Bei richtiger Auswahl der hierfür geeigneten Patienten treten zumeist sehr bald Tränen auf. Die Lenkung des weiteren Gesprächsverlaufes sei der dialektischen Erfahrung und dem psychologischen Einfühlungsvermögen des einzelnen Kollegen überlassen, um der alten Lehrbuchweisheit, man solle in solchen Fällen den Willen zum Kind erwecken, wenigstens teilweise gerecht zu werden. Leider steht nirgends geschrieben, wie man das machen soll; deshalb möge der Beitrag als praktische Anregung in jener Richtung gewertet werden.

Bei vorsichtig ausgewählten Fällen habe ich selber mit der skizzierten dialektischen Methode viel Erfolg gehabt — besonders bei Erstschwangeren. Der Nachweis

Bitte beachten Sie die Fortbildungsveranstaltungen in Bayern

Augsburger Fortbildungskongreß
vom 20. bis 22. März 1964

Regensburger Kollegium für ärztliche
Fortbildung
vom 7. bis 10. Mai 1964

der Erfolge bestand in der Geburt der Kinder. Deshalb wäre es erfreulich, wenn aufgeschlossene Kollegen die dargestellte Technik übernähmen, damit wenigstens ein Teil der sonst zum intrauterinen Fruchttod verurteilten Kinder erleben, daß es doch ein Weiterleben nach der Geburt gibt.

Von psychiatrischer und auch von psychotherapeutischer Seite wurden allerdings gegen mein angeblich zu grobes Vorgehen Bedenken erhoben. Man fürchtete bei psycholabiler Klientel eventuell einen Suizid auslösen zu können.

Dieser Einwand ist sehr ernst zu nehmen und beweist, daß auch diese Dialektik nicht ohne vorherige und gewissenhafte Psychodiagnostik angewandt werden darf. Der Text lautet nämlich:

Das Tagebuch der kleinen . . .

1. 5. Aus Liebe haben mich meine Eltern heute ins Leben gerufen.
15. 5. Meine ersten Adern entstehen — und mein Körper formt sich sehr schnell.
19. 5. Ich habe schon einen Mund.
21. 5. Mein Herz fängt an zu schlagen.
Wer will bezweifeln, daß ich lebe!
22. 5. Ich weiß gar nicht, weshalb sich meine Mutter eigentlich Sorgen macht?
28. 5. Meine Arme und Beine beginnen zu wachsen. Ich recke und strecke mich.
8. 6. Aus meinen Händen sprießen kleine Finger. Das ist schön! Bald werde ich damit greifen können.
15. 6. Erst heute hat meine Mutter erfahren, daß ich bei ihr bin. Ich habe mich sehr darüber gefreut.
20. 6. Jetzt ist es sicher, daß ich ein Mädchen bin.
24. 6. Meine sämtlichen Organe sind vorgebildet. Ich kann bereits Schmerzen empfinden.
6. 7. Ich bekomme Haare und Augenbrauen. Das schmückt mich!
8. 7. Meine Augen sind schon lange fertig, wenn auch die Lider noch geschlossen sind. Aber bald kann ich alles sehen — die ganze schöne Welt, und vor allem meine liebe Mutter, die mich noch bei sich trägt.
19. 7. Mein Herz schlägt wundervoll. Ich fühle mich so geborgen und bin sehr glücklich.
20. 7. Heute hat mich meine Mutter umgebracht . . .

Anschrift des Verfassers: Dr. med. E. Schaetzing,
Berlin 37, Clayallee 256

Das städtische Ausbildungsinstitut für Krankenpflege in München

Der imposante Neubau des Münchner städtischen Ausbildungsinstitutes für Krankenpflege, mit einem Kostenaufwand von fast 5,3 Millionen DM erstellt, wurde in einem Festakt seiner Bestimmung übergeben, der eingeleitet wurde durch eine Ansprache des evangelischen Pfarrers Meyer und durch die kirchliche Weihe durch den katholischen Pfarrer Federl.

Der Wandel im Schwesternberuf

Der Krankenhausreferent Stadtrat Dr. Erwin Ham m verwies auf den Wandel im Schwesternberuf. Die Fortschritte und die neuen Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft haben den Tätigkeitsbereich des Pflegepersonals wesentlich erweitert und seine Verantwortung gesteigert. Der Schwesternberuf steht heute auf einer Stufe mit den anderen sozialen Frauenberufen. Der größere Bedarf an Schwestern, u. a. bedingt durch den Bau neuer und der Erweiterung bestehender Krankenhäuser, durch die Intensivierung und Spezialisierung der Pflege und die Verkürzung der Arbeitszeit wird zunehmend durch die sog. freien Schwestern gedeckt. Die Besetzung der Schwesternstellen mit wirklich guten Pflegekräften wird, so hofft die Stadt, durch die Errichtung des Ausbildungsinstituts in den kommenden Jahren trotz des zunehmenden Bedarfs gesichert sein. Schon rein zahlenmäßig hat sich seit der Zeit, als 1832 im allgemeinen Krankenhaus l. d. Isar die ersten zwei Barmherzigen Schwestern die Wärterinnen ablösten und im August 1840 sieben Schwestern des Ordens in der „Lokal-, Armen- und Krankenanstalt zu Haidhausen“ einzogen, dann nach

der Inbetriebnahme des Krankenhauses Schwabing im Jahre 1907 mit 24 Barmherzigen Schwestern ein gewaltiger Wandel vollzogen: Pfl egten noch in den Jahren nach dem Kriege ea. 300 Barmherzige Schwestern und nur 26 freie Schwestern (also weniger als 10% der Ordensfrauen) in fünf der z. Z. bestehenden acht städtischen Krankenhäuser, so stehen heute diesen 300 Barmherzigen Schwestern mehr als 700 freie Schwestern (also weit mehr als das Doppelte) gegenüber. In den drei übrigen städtischen Krankenhäusern, gesamtvertraglich durch die Schwesternschaft München vom Bayer. Roten Kreuz und die Caritas-Schwernerschaft Bayern besetzt, waren es nach dem Kriege 105 gegenüber jetzt 160 Verbandsschwernern. Der erhöhte Bedarf an freien Schwestern veranlaßte den Stadtrat vor einigen Jahren die Ausbildung in der Krankenpflege auf eine breitere Grundlage zu stellen und die alte städtische Krankenpflegeschule durch eine nach schulischen Grundsätzen geführte moderne Ausbildungsstätte zu ersetzen. Die alte städtische Krankenpflegeschule wurde im Jahre 1920 durch den damaligen Direktor des Schwabinger Krankenhauses, Prof. Dr. Kerschensteiner, ins Leben gerufen und bildete teils weltliche, teils Ordensschülerinnen aus. Nach dem Kriege hatte die wiedererrichtete Schule nur mehr weltliche Schülerinnen und Schüler, deren Zahl sich von 25 bis über 100 steigerte. Die neue städtische Krankenpflegeschule wurde mit Grundsatzbeschuß des Stadtrates vom 25. 2. 1958 eingerichtet. Sie begann im Jahre 1960 unter Leitung des Chefarztes Prof. Dr. Störmer und der welt-



Das neue Münchner Städtische Ausbildungsinstitut für Krankenpflege

lichen Schuloberin Schwester Lieselotte Geibel mit pädagogisch ausgebildeten weltlichen Lehrschwestern den Unterricht nach dem neuen, den Bedürfnissen des großstädtischen Krankenhausbetriebes angepaßten und nach schulischen Gesichtspunkten aufgebautem Lehrplan. Wegen der räumlich beengten Unterbringung im Krankenhaus Schwabing konnte die Schule, die gemäß vertraglicher Vereinbarung künftig auch den Schwesternnachwuchs der Münchner Kreiskrankenhäuser heranbringen soll, erst heuer die volle Kapazität erreichen. Ausstattung, Lehrplan, Unterrichtsmethodik und Ausbildungsergebnisse entsprechen dem internationalen Niveau und gelten heute schon als beispielhaft. Charakterlich geeignete, bildungsfähige Mädchen können hier die beste Ausbildung zu einem der schönsten Frauenberufe erhalten.

Vom Frühjahr 1961 bis zum Herbst 1962 wurde an dem sinnvoll geplanten Schulinternat der Schwesternschule gebaut, das wegen Krankheit und Tod der ersten Schuloberin Lieselotte Geibel erst jetzt als städtisches Ausbildungsinstitut für Krankenpflege der Öffentlichkeit übergeben wird. Die Größenordnung entspricht dem aus der Zunahme der weltlichen Pflegekräfte resultierenden großen Nachwuchsbedarf, der sich in den nächsten Jahren noch weiter steigern wird; steht doch die Besetzung des neuen städtischen Krankenhauses Harlaching und des neuen Kreiskrankenhauses Pasing in den Jahren 1964/65 bevor. Die dreijährige Ausbildung in der Krankenpflege an der städtischen Schwesternschule gibt den Schülerinnen die Möglichkeit, die berufliche Krankenpflege in ihrer Gesamtheit gründlich zu erlernen, Verständnis, Bereitschaft und Verantwortung für die ihr in der sozialen Gemeinschaft gestellten Aufgaben zu entwickeln und ihre Persönlichkeit zu entfalten. Der Unterricht an der Schule und auf den Krankenstationen ist planvoll koordiniert, die Unterrichtsfächer sind sorgfältig ausgewogen. Die Gesamtzahl von 6960 Stunden in drei Ausbildungsjahren verteilt sich auf den eigentlichen Lehrgang (1. und 2. Ausbildungsjahr) und das praktische (3.) Jahr; wobei 1160 Stunden auf den Unterricht an der Schule und 5166 Stunden auf die praktische Ausbildung auf den Stationen (einschließlich schulischer Unterweisung) sowie 634 Stunden auf Sport, Studienzeit und Studienbesuche entfallen. Nach der halbjährigen Probezeit, dem ersten und zweiten Ausbildungsjahr finden Zwischenprüfungen statt. Die Stationen geben laufend Beurteilungen ab. Die staatliche Krankenpflegeprüfung liegt am Ende des dritten Ausbildungsjahres. Die Stadt stellt Dienst- und Schutzkleidung, gewährt freie Unterkunft und Verpflegung und ein monatliches Taschengeld; hierzu kommt eine stille Prämie von monatlich 35 DM im 1. und 2. Ausbildungsjahr, die nach der an die Ausbildung anschließenden ununterbrochenen zweijährigen Tätigkeit in einem Münchener städtischen oder Kreiskrankenhaus samt Zins und Zinseszins fällig wird. Im dritten Ausbildungsjahr erhalten die Schülerinnen die tariflichen Bezüge für Praktikantinnen in der Krankenpflege. Wesentlich sei, „freie Menschen für diesen Beruf zu gewinnen, die Hoffnung und Freude an das Krankenbett bringen“. Die Pflegerinnen brauchen — entgegen weitverbreiteter Meinung — auch nicht auf die Heirat zu verzichten. Sie seien als Verheiratete ebenso willkommen. Man erwarte aber von allen, die hier ihre Ausbildung fänden, daß sie der Stadt München die Treue hielten. Der Be-



Aula

ruf der KrankenpflegerInnen sei heute durch gute Bezahlung wieder attraktiv geworden. Die Anmeldungen zum Besuch der Krankenpflegeschule kommen laufend in großer Zahl, zurückzuführen auf die fundierte Ausbildung in der Schule und den Krankenhäusern der Stadt und auf den Unterricht durch hervorragende Fachlehrkräfte.

Die Förderung des Krankenbauswesens in München

Oberbürgermeister Dr. Hans Jochen Vogel hob in seiner Ansprache hervor, daß eine Millionenstadt wie München eine Fülle von Aufgaben zu erfüllen habe, so die Erweiterung der kommunalen Gemeinschaftseinrichtungen, ohne die die Zivilisation zusammenbräche. Dazu gehörten besonders die Krankenhäuser. Seit Kriegsende habe die Stadt München 50 Millionen Mark für den Wiederaufbau und den Ausbau der städtischen Krankenhäuser investiert. Aber erst die Menschen, die sich der Kranken annähmen, „machen aus den toten Gebäuden ein Krankenhaus“. Es gelte, die Lücke, die durch den erhöhten Bedarf an Schwestern entstanden sei, zu schließen. Die erste Voraussetzung für die Lösung des Schwesternproblems sei, daß die Grundlage für eine gründliche Ausbildung geschaffen werde.

Schwesterberuf und medizinischer Fortschritt

Seine Festansprache widmete Univ.-Professor Dr. R. Nissen, Direktor der Chirurgischen Univ.-Klinik Basel und Präsident der „Deutschen Gesellschaft für Chirurgie“ für 1964, dem Thema „Schwesterberuf und medizinischer Fortschritt“. Er verwies darauf, daß er vor sechs Jahren bei der Eröffnung der Chirurgischen Klinik des Krankenhauses r. d. Isar den Festvortrag halten konnte. Das Schwesternhaus, das Gegenstand der Einweihungszeremonie ist, kann als eine organische Erweiterung des Hospitalwesens der Stadt München angesehen werden. Darüber hinaus haben ganz allgemein die Bemühungen um Verbesserung von Ausbildungs-, Arbeits- und Lebensbedingungen der Schwestern ihre Bedeutung im Zusammenhang mit medizinischen Fortschritten gewonnen. Mehr noch als unter der Assistentennot leiden heute die Hospitäler unter dem Schwesternmangel. Damals betonte Prof. Dr. Nissen: „Die Frage von Pflegerinnen und Pflegern im weitesten Sinne des Wortes ist fast auf der ganzen Welt in eine kritische Phase getreten. Die ständig zunehmende Lebenserwartung des Menschen, die Häufung der Straßenunfälle, die ge-

steigerte Zahl von Untersuchungsmethoden, die sich nur im Hospital durchführen lassen, hat die Zahl der Kranken gewaltig vermehrt. Vor- und Nachbehandlung sind unendlich komplizierter geworden, die Anforderung an die Pflege infolgedessen quantitativ und qualitativ erheblich gesteigert. Demgegenüber steht die Tatsache, daß viel zu wenig Frauen sich dazu entschließen, die pflegerische Betreuung der Kranken berufsmäßig auszuüben. Es besteht die Gefahr, daß die Fortschritte der Medizin und Chirurgie dadurch nicht zur universellen Anwendung kommen können, daß es an diesen wichtigen Mittelpersonen fehlt. Die Situation ist so drängend und dringend geworden, daß eine gründliche und schnelle Reorganisation von Auswahl, Ausbildung und Stellung notwendig ist, um den toten Punkt zu überwinden.“ Das wurde damals gesagt.

Die geschichtliche Entwicklung des Schwesternberufes

Schon die organisatorischen Anfänge des Schwesternberufes haben einen solchen Widerspruch zwischen den Ergebnissen der medizinischen Wissenschaft und ihrer Anwendung gezeigt. „Sie werden mir — so hoffe ich — nicht verargen, wenn ich Ihre Aufmerksamkeit mit einem historischen Exkurs in Anspruch nehme. Die Neigung zur geschichtlichen Betrachtung wird unterstützt durch erstaunliche Ähnlichkeiten in der Entwicklung und Einschätzung Ihres Berufes und des der Chirurgen. Dabei will ich die Zeitperiode unerwähnt lassen, in der Arztum und Krankenpflegewesen in der Hand von Priestern und Mitgliedern religiöser Orden lag. Die Priesterärzte mußten zum mindesten aus der operativen Tätigkeit sich zurückziehen, als auf dem Konzil zu Tours im Jahre 1163 der Grundsatz „Ecclesia abhorret a sanguine“ „Die Kirche will kein Blut sehen“ verkündet wurde. Die pflegenden Ordensschwestern und -brüder blieben aber. Sie haben ein bewunderungswürdiges Kapitel der Krankenbetreuung geschrieben, und sie hielten sich ziemlich unbeeinflusst von den Entwicklungsschwankungen, die sich auf dem Boden des übrigen Schwesternwesens vollzogen.

Ich selbst verdanke der Pflege von Ordensschwestern in kritischen Stunden nach einer Verwundung im I. Weltkrieg wahrscheinlich Leben und Gesundheit.“

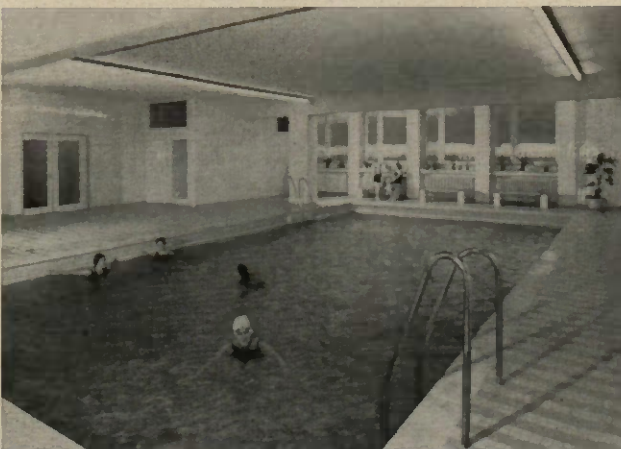
Es ist begreiflich, daß dort, wo nicht die Ausschließlichkeit religiöser Bindung vorlag, Qualität der Hospitäler und der Schwestern sich die Waage hielt, und es ist kein Geheimnis, daß noch bis zum Ende des vorigen Jahrhunderts alle Patienten, die sich eine häusliche

Behandlung leisten konnten, das öffentliche Krankenhaus mieden. Lange Zeit hindurch war das Hospital ein Ort der Isolation von Pest- und Geisteskranken, ohne daß damals und dort auch nur der Versuch der Behandlung gemacht wurde. In der nächsten Phase findet man es als öffentliche Wohlfahrtseinrichtung, die (wie es wörtlich in einem städtischen Edikt heißt) „mittellosen Fremden und völlig Verarmten der eigenen Gemeinde“ die Pflege und Behandlung angedeihen ließ, die jeder andere in seinem eigenen Haus zu erhalten suchte. Das war noch verständlich für die erste Hälfte des vorigen Jahrhunderts. Um 1850 herum aber liegt die große Cäsar. Die ärztliche Kenntnis von Krankheiten der inneren Organe hatte gewaltig zugenommen. Hörrohr und Narkose waren entdeckt, Antiseptik und Aseptik ausgearbeitet, und die neue Wissenschaft der Laboratoriumsuntersuchungen begann festen Fuß im Krankenhaus zu fassen.

Dann kam das für den freien Schwesternberuf entscheidende Ereignis: der Krimkrieg. Er demonstrierte in erschütternder Weise, daß Medizin nicht allein eine Sache von Wissenschaft und Technik ist. Florence NIGHTINGALE, eine Frau mit viel gesundem Menschenverstand, Organisationstalent und einer Fülle von Güte und Menschlichkeit lenkte die Aufmerksamkeit der Ärzte auf das Primat der Krankenpflege in einer Weise, welche die ganze zivilisierte Welt aufhorchen machte. In der Tat war bis zum Auftreten dieser großen Reformatorin die Schwesternpflege, soweit sie nicht in den Händen von Nonnen und Ordensschwestern lag, in einem erstaunlichen Tiefpunkt verblieben. Florence NIGHTINGALE, die keineswegs zu Übertreibungen neigte, stellte fest, daß die Pflege in der Hauptsache von solchen getan werde, die — und ich zitiere sie wörtlich — „zu alt, zu schwach, zu alkoholisiert, zu schmutzig, zu stumpf oder zu schlecht waren, um irgend etwas anderes zu tun“.

„Es war zur gleichen Zeit, da von der allgemeinen Mißachtung auch meine damaligen Fachgenossen — die Chirurgen — betroffen wurden. Bezeichnend für das hohe Maß der Mißachtung war die Tatsache, daß damals ein Freiburger Professor von den Studenten mit Mißhandlung bedroht wurde, als er für die akademische Anerkennung der Chirurgen eintrat.“

Florence NIGHTINGALE, „the lady with the lamp“, die Frau mit der Lampe, wie sie von ihren nächtlichen Runden Verwundeten und Kranken in Erinnerung blieb, war in allem etwas Einzigartiges. In dem berühmten Lazarett von Skutari war sie in der Lage, mit 30 Hilfsschwestern die Sterblichkeit ihrer Pflegebefohlenen von 42 auf 2% zu verringern — eine fast unvorstellbare Leistung. Ihr Beispiel wurde ein Ferment, das in fast allen Kulturländern zu jener Bewegung führte, die man mit dem Begriff der Schwesternschulen und -gemeinschaften verband. Wohl hatte sie ein Vorbild im Institut der Diakonissen von Kaiserswerth gefunden. Wie andere Besucher, sah sie die Größe der Kaiserswerther Erziehung im Geist völliger Hingabe an den Beruf. Sie selbst, die immer körperlich gebrechlich war und die Einsamkeit liebte, war noch 60 Jahre tätig, um dieses Ziel der Schwesternausbildung zu erreichen und zu konsolidieren. Drei Jahre nach der Rückkehr von Florence NIGHTINGALE aus dem Krimkrieg war Henri DUNANT, ein Genfer Bankier — mehr durch einen Zufall — Augenzeuge der



Schwimmbad

blutigsten Schlacht des französisch-österreichischen Krieges bei Solferino. Er erlebte mit tiefster Erschütterung die unvorstellbare Nachlässigkeit und Kältherzigkeit, mit der die Verwundeten und Gefangenen behandelt wurden. Er appellierte an Ort und Stelle an die Bevölkerung, und sein Losungswort „Sono fratelli“, „Wir sind alle Brüder“, fand den nötigen Widerhall. Ungeübte Frauen und Männer versorgten die Verletzten und gaben das erste Beispiel einer menschlichen Reaktion, die den selbstverständlichen Geboten der Nächstenliebe und nicht denen einer nationalen Gruppierung gehorchte. Vier Jahre später kam es in Genf zur Gründung des Internationalen Roten Kreuzes, dem Hunderttausende, vielleicht Millionen, Gesundheit, Existenz und oft sogar die Freiheit verdankten.

Der nächste Schritt in der Entwicklung des Schwesternwesens bestand in der Gründung von Schulen, die oft der Initiative von einem Hospital entsprangen, fast in jedem Falle aber mit einem oder mehreren Krankenhäusern verbunden waren. Viele dieser Schulen gewannen einen Ruf, der bis über die nationalen Grenzen reichte.

„Die Pflege des kranken Mitmenschen ist nicht nur ein Beruf, sie ist eine Berufung.“

Es ist fraglos, daß nicht allzu viele Frauen und Männer die Voraussetzungen, welche die berufsmäßige Krankenpflege stellt, zu erfüllen vermögen — ein Beweis dafür, daß hier wirklich eine Berufung vorliegt.

Der Schwestern tägliches Werk steht in dauernder und vertrauter Verbindung mit dem Schmerz, nicht selten mit dem Tod. Während der Arzt seine Aufmerksamkeit von einem Krankheitsfall zum anderen überträgt, bleibt die Schwester lange Zeit zusammen mit der gleichen Gruppe von Patienten — ein Kontakt, der zwangsläufig dem Risiko größerer emotionaler Beteiligung ausgesetzt ist.

„Es ist viel über die Schwesternausbildung geschrieben und diskutiert worden. Manchen derjenigen, welchen die Berufsvertretung anvertraut ist, scheint eine Verlängerung der Schulzeit deswegen notwendig zu sein, weil sich das medizinische Wissensgut ständig vermehrt, und es ist kein Zweifel, daß sie recht haben, wenn die Leistung wirklich vom Grade der wissenschaftlichen, oder sagen wir besser technischen, Kenntnisse abhängig wäre. Ich glaube aber, daß Wesen und Ziel der Ausbildung häufig verkannt werden. Man wird einer Schwester, die so viele pflegerische Auf-

gaben zu lernen hat — und wenn man die heutige Lernzeit ums doppelte steigerte — niemals eine wirkliche medizinische Ausbildung vermitteln.“ Es soll auch, sagte Prof. Dr. Nissen, nicht der Zweck der Erziehung sein, sozusagen halbgebackene Ärzte zu produzieren.

„Das Schwergewicht der Schwesternleistung liegt auf einem anderen Gebiet, und es ist gut, darüber klar zu sprechen. Es ist um so wichtiger, das zu betonen, weil die gleichen Überlegungen auch für einen wichtigen Teil der ärztlichen Tätigkeit gelten. In unserem Zeitalter der Technisierung wird auf medizinischem Gebiet im weitesten Sinne des Wortes — und darin ist eben jeder mit einbezogen, der mit der Behandlung von Kranken verbunden ist — unleugbar und rechtmäßig großes Gewicht auf das Erlernen neuer und verbesserter Methoden gelegt. Die technischen Fortschritte bringen aber die Gefahr, daß andere Elemente der Krankenbetreuung zurückgedrängt werden, die für der Schwestern Arbeitserfolg wahrscheinlich noch mehr Bedeutung haben, als für den des Arztes. Das sind Klugheit des Herzens, Takt, Mitgefühl und Aufopferungsfähigkeit. Die Ergänzung, die Wissen, Forschen und methodische Routine notwendig haben, ist die, ich möchte sagen, zeitlose Sorge für den kranken Mitmenschen. Die Schwesterntätigkeit wie die ärztliche ist zu eng verbunden mit menschlicher Not; sie ist ein zu guter Freund des Menschen, wenn er in Furcht und Kummer ist, um zu glauben, daß die perfektteste Beherrschung der technischen Handreichungen den Sinn des Berufes ganz erfüllt. In der praktischen Medizin hat sich schon gezeigt, daß die dominierende Stellung, die in Diagnose und Behandlung heute das Laboratorium einnimmt, nicht nur Vorteile gebracht hat. Es ist eine Verringerung des Kontaktes zwischen Arzt und Kranken eingetreten. Diese Unzulänglichkeit der modernen medizinischen Praxis wird durch die besseren therapeutischen Möglichkeiten weit aufgewogen. Es wäre aber ein unglückliche Entwicklung, wenn die Technisierung der Schwesternarbeit dieses Element der Entfremdung verstärken statt abschwächen würde. Wenn man, wie z. B. wir Ärzte, mit ernstem Interesse das heutige und künftige Schwesternproblem betrachtet, suchen wir natürlich nach Mitteln der Besserung. Äußere Mißstände, die früher vielleicht die Anwerbung von jungen Mädchen zu diesem schönen Beruf erschwert haben, sind heute weitgehend verschwunden.“ Prof. Dr. Nissen denkt an ungenügende Bezahlung, an ungenügende Wohnungs- und Verpflegungsverhältnisse,



Eupaco®

| | |
|-----------------------|---------|
| 10 Tabletten | DM 2.50 |
| 5 Zäpfchen | DM 1.90 |
| 5 Zäpfchen für Kinder | DM 1.75 |
| 10 Ampullen zu 1 ml | DM 5.30 |

Preise o. U. n. A. T.

Cascan GmbH · Wiesbaden

**krampflösend + beruhigend bei allen spastisch
schmerzhaften Zuständen der glatten Muskulatur**



an engherzige Kontrolle des sogenannten Lebenswandels, eine Kontrolle, die früher häufig genug die Berechtigung eines Privatlebens verneinte.

Das übergeordnete Prinzip aller schwesterlicher Tätigkeit hat vielleicht niemand besser formuliert wie die Tübinger juristische Fakultät, als sie eine Schwester zum Ehrendoktor ernannte. Sie, die Schwester, war einer ganzen Generation, jener des Ersten Weltkrieges, wegen ihrer Tätigkeit in den sibirischen Gefangenenlagern als der „Engel von Sibirien“ bekannt geworden. Von ihr sagt die Urkunde: „Elsa BRANDSTRÖM, die, dem Gebote des Herzens folgend, mutig für die Bedrängten eintrat und den Schwachen half,

die das Recht der Menschlichkeit verteidigte gegen Gewalt,

die Brücken schlug von Volk zu Volk und von Mensch zu Mensch,

stärker als das Recht sie zu schaffen vermag.“

Die Berufspädagogik in der Krankenpflegeschule

Die wissenschaftliche Leiterin der Schwesternhochschule Frankfurt/M., Frau Dr. Marianne Günzel, beschloß die Reihe der Vorträge mit ihren Ausführungen über die „Grundsätze der Berufspädagogik in der Krankenpflegeschule“.

Wenn die Stadt München in den letzten Jahren sich um die Einrichtung dieses Ausbildungsinstitutes für Krankenpflege bemüht hat, so setzt sie damit ein Werk des Münchener Schulrates Georg Kerschensteiner fort. Kerschensteiners Auseinandersetzung mit der Problematik der „praktischen Bildung“ um die Jahrhundertwende hat die Entwicklung des Berufsschulwesens maßgeblich beeinflußt. Die Fortbildungsschule ist die bedeutendste Leistung Kerschensteiners. Nun bezieht sich Kerschensteiners Berufspädagogik vorwiegend auf die handwerklichen Berufe, die sich nach und nach in industrielle Berufe verwandeln. Seine grundsätzlichen Gedanken gelten heute noch, und die Problematik der Berufe der industriellen Gesellschaft hat er bereits vor 60 Jahren gesehen.

Das trifft auch auf die Problematik der Krankenpflegeschule zu. Die „soziale Berufenheit“ der Mädchen, um mit Kerschensteiner zu sprechen, die „innere Berufenheit“, mit ganzem persönlichem Einsatz die pflegerische und soziale Arbeit zu leisten, scheint in der heutigen Berufssituation in Frage gestellt. Schon das Statistische Jahrbuch der Bundesrepublik sagt uns, daß das große Angebot im verarbeitenden Gewerbe und im Handel $3\frac{1}{2}$ Millionen Frauen, dagegen in den öffentlichen Diensten $1\frac{1}{4}$ Millionen, und davon nur ein knappes Viertel in der Krankenpflege, beschäftigt. Die absolute Zahl der Mädchen, die den Krankenpflegeberuf heute ergreifen, ist zwar gestiegen, aber das Krankenhaus hat sich verändert und braucht mehr Krankenpflegepersonal als früher. Während noch zu Beginn des Jahrhunderts das Krankenhaus nur zu Operationen und bei schweren akuten Krankheiten, oft auch nur von einer weniger bemittelten Schicht, in Anspruch genommen wurde, wird es jetzt, außer in Krankheitsfällen, auch zu diagnostischen Zwecken, zu besonderen stationären und ambulanten Behandlungen, aufgesucht. Mit diesen Behandlungen sind notwendigerweise Spezialisierungen und Technisierungen in das Krankenhaus gekommen, die Auswertung der Untersuchungen, Füh-

rung von Kurven und Krankenblättern, sowie Abrechnungen, also vielerlei schriftliche Arbeiten, verlangen, so daß der Krankenpflegedienst auch Arbeiten enthält, die keineswegs die direkte Verbindung mit dem Patienten herstellen, also die soziale Berufenheit nur mittelbar ansprechen. Die Vielzahl der verschiedenen Aufgaben verlangt ein neues Durchdenken der berufspädagogischen Situation. Es ist das Verdienst aller Schwesternverbände, die zusammengeschlossen sind in der „Arbeitsgemeinschaft deutscher Mutterhausverbände“ und in der „Deutschen Schwesterngemeinschaft“, daß sie sich um eine neue Gestaltung der Schwesternschulen seit 1945 ehrlich bemüht haben. Aber überall gab es Grenzen, teils gesetzlicher Art, teils finanzieller Art, die unübersteigbar schienen, vor allem scheiterte die Verwirklichung der Pläne an der Tatsache, daß die Lernschwestern in erster Linie Arbeitskräfte waren und heute auch noch in manchen Krankenhäusern volle Arbeitskräfte sind, so daß eine gute umfassende Ausbildung nicht gewährleistet ist und dadurch der Beruf auch für viele begabte Mädchen und auch für die Eltern an Anziehungskraft verlor.

Es ist das große Verdienst der Stadt München, eine solche Berufsschule, die die Ausbildung der Krankenschwestern übernimmt, errichtet zu haben und sie finanziell und ideell zu unterstützen. Diese grundlegende Änderung einer Krankenpflegeschule, in der die Schülerinnen zwei Jahre außerhalb des Stellungsplanes des Krankenhauses, im dritten Jahr drei Schülerinnen = eine Schwester stehen, ermöglicht eine gründliche, vielseitige, systematische Ausbildung. Dadurch ist es nicht mehr möglich, die Lernschwester nur in Lücken auf der Station einzusetzen und dabei die Ausbildung auf anderen Stationen zu kürzen oder wegzulassen. In einer geplanten Reihenfolge absolviert die Lernschwester jetzt Unterricht und Praxis im Krankenhaus. Damit ist die Lernschwester zur Schülerin geworden, und die Krankenpflegeausbildung vollzieht sich im Rahmen einer „Berufsschulausbildung“ und steht damit in ihrer Ausgestaltung unter den Grundsätzen der Berufspädagogik. Die Vielzahl der Unterrichtsfächer in der Krankenpflegeschule könnte zu dem Schluß führen, daß die Theorie in der Ausbildung überwiege. Es bedeutet aber niemals, daß jedes Fach in seiner vollen Systematik behandelt werden soll, sondern hier setzt die didaktische Besinnung ein: Stoffauswahl unter dem Gesichtspunkt Krankenpflege! Der Kerschensteinersche Fundamentalsatz, daß theoretische Interessen in den meisten Fällen aus den praktischen herauswachsen, gilt auch als Grundsatz für die Stoffauswahl. Das Erfahrungswissen steht im Vordergrund. Erfahrungswissen setzt Beobachtenlernen voraus, aus den Beobachtungen lernen führt zum anschaulichen Denken. Aus dem Denken können die Zusammenhänge bewußt werden. Pflegen muß verantwortet werden, das kann es nur, wenn es auf diese Weise durchdacht wird, und damit auf die Ebene der praktischen Selbstkontrolle gestellt wird. Das ist das Ziel und der Sinn des theoretischen Unterrichtes. In der Krankenpflegeschule und im Demonstrationzimmer wird systematisch gelernt. Auf der Krankenpflegestation wird am Ernstfall gelernt. Lernen beißt hier mittun, Einordnung in den Tageslauf, Einordnung in den Arbeitsverlauf. Lehrmeister sind die Stationschwester und alle examinierten Schwestern auf einer Station, sie sind das Vorbild, ihr Umgangston, ihre Art und Weise, den Patienten zu betreuen, wirken

beispielhaft, wirken viel intensiver und nachhaltiger als theoretische Erläuterungen. In gleicher Weise stehen aber auch alle Ärzte, Assistenzärzte, Stationsärzte, Oberärzte und Chefärzte als Miterzieher auf der Station. Die notwendige Zusammenarbeit zwischen Arzt und Schwester wird hier den Schülerinnen deutlich, sie lernen durch das Einfügen in ein gutes Team einen Stil besonderer Arbeitsmethoden kennen, und sie lernen dadurch ihre verantwortungsvolle Aufgabe im Zusammenhang mit der gesamten Arbeit auf der Station kennen.

Die Unterrichtsschwestern sollen immer eine berufspädagogische Ausbildung erhalten haben, denn ihnen obliegt der größere Teil der Unterrichtsstunden, vor allem haben sie die spezielle Ausbildung zur Krankenpflege in der Hand. Die Vortragende wies auf die Initiative der Schwesternverbände hin: die Ausbildung zur Unterrichtsschwester führen die Schwesternverbände in besonderen, meist einjährigen Kursen durch (Werner-schule vom Roten Kreuz in Göttingen, Schwesternhochschule der Caritas in Hohenlind/Köln, Schwesternhochschule der Diakonie in Berlin, Soziales Seminar in Kai-

serswerth, Unterrichtsschwesternausbildung an der Schwesternschule der Universität Heidelberg, Schwesternhochschule des Agnes-Karell-Verbandes, Frankfurt/M.). In allen diesen Fortbildungskursen steht die berufspädagogische Ausbildung der Unterrichtsschwestern im Vordergrund.

Der Krankenpflegeberuf stellt Ansprüche an das medizinisch-technische Können, er stellt Ansprüche an das medizinisch-pflegerische Können, und er stellt nach wie vor hohe Ansprüche an das soziale Verständnis für den Mitmenschen, an die christliche Nächstenliebe.

Im Ausbildungsinstitut für Krankenpflege der Stadt München wird versucht, die Grundsätze einer beruflichen Schule zu verwirklichen, d. h., Krankenschwestern heranzubilden, die in einem rationalisierten und technisierten Krankenhaus arbeiten können, und dabei die lebendige Beziehung zum kranken Menschen in all seinen leiblichen und seelischen Nöten und Leiden wachhalten.

So bot diese Festveranstaltung einen guten Überblick über die vielseitigen Probleme, die bei der Ausbildung von Krankenschwestern erwachsen. K-g.

AUS DEM STANDESLEBEN

Aus der Sitzung des Kammervorstandes

Der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer nahm zu Beginn seiner Sitzung, zu der er am 1. Februar 1964 in München zusammengetreten war, einen Bericht seines Präsidenten über eine Reihe standespolitischer Fragen entgegen.

Änderung der Bestallungsordnung

Herr Dr. Sewering teilte mit, daß der Entwurf zur Änderung der Bestallungsordnung für Ärzte im Bundesgesundheitsministerium fertiggestellt ist und in der nächsten Zeit der Bundesärztekammer zur Stellungnahme zugeleitet werden wird.

Röntgen-Strahlenschutzverordnung

Der Entwurf einer Röntgen-Strahlenschutzverordnung, über deren wesentlichen Inhalt der Vorstand in seiner letzten Sitzung informiert worden war, wurde am 23./24. Januar 1964 im Bundesgesundheitsministerium vor einem sehr großen Kreis Sachverständiger und Vertreter betroffener Organisationen und Vereinigungen beraten.

Herr Dr. Reichsteln, der als Vertreter der Bundesärztekammer an dieser Sitzung teilnahm, hat der vorgesehenen Genehmigung für die ärztliche Anwendung von Röntgenstrahlen und der Feststellung einer besonderen ärztlichen Fachkunde durch staatliche Stellen mit großem Nachdruck und unter eingehender Begründung widersprochen. Das Bundesgesundheitsministerium wird nun den Entwurf dieser Verordnung unter Berücksichtigung der Ergebnisse der zweitägigen Beratung überarbeiten und dann dem gleichen Kreis wieder zur Stellungnahme zuleiten.

Untersuchung nach dem Bundesseuchengesetz in Bayern demnächst auch für niedergelassene Ärzte

Der Präsident konnte dann bekanntgeben, daß Bayern als einziges Bundesland die Kann-Bestimmung des § 18 des Bundesseuchengesetzes aufgreifen will.

Das Bayerische Staatsministerium des Innern will anordnen, daß die vorgeschriebenen Untersuchungen von Personen, die in Lebensmittelbetrieben beschäftigt sind, auch von niedergelassenen Ärzten durchgeführt werden können.

Der Vorstand begrüßte diese Absicht, mit der wieder eine Aufgabe aus dem öffentlichen Bereich den frei praktizierenden Ärzten anvertraut werden soll.

Er weist aber die Kollegen nachdrücklich darauf hin, daß ihre Bereitschaft zur Übernahme solcher Tätigkeiten (s. z. B. auch Jugendarbeitsschutzgesetz!) die Voraussetzung für die Aufrechterhaltung und Fortentwicklung solcher Regelungen ist.

Der Kammerpräsident teilte in diesem Zusammenhang weiter mit, daß in Bayern für die allernächste Zeit mit der Einführung des vertraulichen Leichenschau-scheines zu rechnen ist. Darin kann vielleicht auch der Beginn einer Entwicklung von der amtlichen Leichenschau zur ärztlichen Todesbescheinigung liegen.

Der Vorstand nahm diesen Bericht mit Zustimmung zur Kenntnis und beschäftigte sich dann u. a. mit folgenden Fragen:

Ärztliche Leistungen in der eigenen Familie und für Kollegen

Aus gegebenem Anlaß erfolgte eine längere Beratung des Problems der Honorierung ärztlicher Leistungen bei der Behandlung der eigenen Familie sowie anderer Kollegen und deren Familien. Es bestand Einmütigkeit darüber, daß diese Frage kein juristisches Problem darstellt, sondern nach berufsethischen Gesichtspunkten beurteilt werden muß.

Nach eingehender Aussprache bekräftigte der Vorstand die althergebrachte Standesauffassung, wonach Ärzte ohne Rücksicht auf etwa bestehende Versicherungsverhältnisse für die Behand-

lung der Ehefrau und der Kinder kein Honorar verlangen.

Das gleiche gilt nach Auffassung des Vorstandes auch für die Behandlung von Kollegen sowie deren Frauen und Kinder.

In der Debatte über diese Frage brachten die Vorstandsmitglieder noch zum Ausdruck, daß sich in solchem Verhalten die besonders enge Verbundenheit unseres Standes zeigt, die es auch nicht erfordert, für Hilfe aus kollegialer Solidarität mit Geschenken zu danken, die manchmal den Wert eines sonst üblichen Honorars übersteigen.

Notwendige Versicherungen für die Ehefrauen

Bei einer Aussprache über Fürsorgefragen wurde dem Vorstand mitgeteilt, daß der größte Teil der Gesuche von Arzttwitwen wegen der Kosten für Krankenhausaufenthalt gestellt wird. Der Vorstand nimmt diese Tatsache zum Anlaß, alle Kollegen dringend zu bitten, für sich selbst, insbesondere aber auch für ihre Ehefrauen eine Krankenhaustagegeldversicherung oder Krankenhauskostenversicherung abzuschließen. Welche von beiden Versicherungsarten die günstigere ist, kann nur von Fall zu Fall und unter Berücksichtigung sonst bestehender Versicherungen festgestellt werden. In jedem Falle aber muß darauf geachtet werden, daß nicht Versicherungen abgeschlossen werden, deren Bestimmungen die Möglichkeit der Kündigung durch die Versicherung, insbesondere nicht bei Eintritt eines bestimmten Lebensalters, vorsehen.

Versicherung gegen Berufskrankheiten

Der Vorstand beschäftigte sich sodann mit der Versicherung der Ärzte gegen Berufskrankheiten und Berufsunfälle bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege in Hamburg.

Er beschloß, die bayerischen Kollegen eindringlich darauf hinzuweisen, daß nur das in der Praxis beschäftigte Personal bei der Berufsgenossenschaft pflichtversichert ist. Die Ärzte müssen sich bei der Berufsgenossenschaft freiwillig versichern lassen.

Die Erfahrung zeigt immer wieder, wie notwendig dieser Versicherungsschutz ist. Ärzte, die bei der Berufsgenossenschaft bisher nicht versichert sind, werden daher dringend ersucht, diese Versicherung umgehend abzuschließen.

Überwachung der Praxisschilder

Es hat sich als notwendig erwiesen, wieder einmal auf die Bestimmung des § 23 (Schilderordnung) der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns hinzuweisen. Darin ist festgelegt, welche Zusätze auf Praxisschildern erlaubt sind. Die Kreisverbände werden gebeten, die Kollegen auf die Einhaltung dieser Bestimmung aufmerksam zu machen.

Fachärzte und ärztlicher Sonntagsdienst

Es wurde festgestellt, daß der gesetzliche Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung diese auch zur Regelung des Sonntagsdienstes verpflichtet. Ob diese Sicherstellung allein durch Fachärzte erfolgen kann, die nicht mehr verpflichtet und veranlaßt sind, sich auf allen Gebieten der Medizin fortzubilden, ist strittig. Hingegen ist es,

wenn die Möglichkeit besteht, nach Auffassung des Vorstandes sehr zweckmäßig, Fachärzte zusammen mit praktischen Ärzten zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung am Wochenende einzuteilen.

Keine Diagnose auf Krankentransportscheln

Nach Auffassung des Vorstandes gehören Krankheitsdiagnosen nicht auf die Formulare für den Krankentransport durch das Rote Kreuz und andere Stellen. Es genügt vielmehr der Hinweis „sitzend“ oder „liegend“ zu transportieren oder „Infektionsfall“. Ist eine Begründung erforderlich, so genügt die Bemerkung „Krankenhausaufnahme erforderlich“.

Kurse für ungeprüfte Röntgenhelferinnen

Im Vollzuge der von der Bayerischen Landesärztekammer zur Ausbildung und Prüfung von Röntgenhelferinnen beschlossenen Vorschriften, denen das Bayerische Staatsministerium des Innern zugestimmt hat, beschäftigte sich der Vorstand mit der Prüfungsordnung. Er hat sie in der unter der Rubrik „Amtliches“ auf Seite 164 dieses Heftes abgedruckten Form beschlossen.

Professor Maurer wieder Vorsitzender des Krankenhausausschusses

Der Krankenhausausschuß der Bayer. Landesärztekammer trat am 5. Februar 1964 zu einer konstituierenden Sitzung in München zusammen. Die Mitglieder wählten Herrn Professor Dr. Georg Maurer, Chefarzt des Krankenhauses r. d. Isar, erneut zum Vorsitzenden des Ausschusses.

Ein Bericht über diese Sitzung, auf der nach einem Referat des Herrn Kollegen Dr. Hein, Ministerialrat und Leiter der Gruppe Humanmedizin im Bayer. Staatsministerium des Innern, der Krankenhausplan des Bayer. Staatsministeriums des Innern beraten wurde, erfolgt im nächsten Heft des Bayer. Ärzteblattes.

Honorarverhandlung mit der Bundeswehr

Die Bundeswehr beabsichtigt für die übenden Reservisten der territorialen Verteidigung die ärztliche Versorgung auch durch freipraktizierende Ärzte sicherzustellen. Verhandlungen über die vertragliche Regelung dieses Bereitschaftsdienstes und seine Honorierung werden zur Zeit von den ärztlichen Organisationen (Hartmannbund, NAV und Marburger Bund) im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer geführt. Über das Ergebnis wird baldmöglichst berichtet werden.

Neuer Vorstand des Marburger Bundes

Der Verband der angestellten Ärzte Deutschlands (Marburger Bund) wählte auf der diesjährigen ordentlichen Hauptversammlung am 19. 1. 1964 die nachstehend genannten Herren in den Vorstand:

1. Vorsitzender: Dr. med. Dietrich T e c h e n , Hamburg,
2. Vorsitzender: Dr. med. Horst B o u r m e r , Pesch bei Köln,
- Beisitzer: Dr. med. Wolfgang B e c h t o l d t , Frankfurt,
Dr. med. Wilhelm G e i s t , Dortmund,
Dr. med. Erwin O d e n b a c h , Köln,
Dr. med. Walter W i n d m i l l e r , Ulm,
Dr. med. Heino I t a l , Mannheim.

Anstalts-Psychiatrie auf neuen Wegen

270 Experten tagten in Bedburg-Hau / Tages- und Nachtkliniken bewährten sich

Wie umfangreich der Aufgabenbereich fortschrittlicher Anstalts-Psychiatrie geworden ist, zeigte die 5. Psychiatertagung, zu der der Landschaftsverband Rheinland für den 9. und 10. Oktober in das Rheinische Landeskrankenhaus Bedburg-Hau — der größten Einrichtung ihrer Art in Europa — eingeladen hatte. Fragen des weiteren Bestehens von Landeskrankenhäusern sowie der Einrichtung von Tages- und Nachtkliniken, wie sie bereits in Frankfurt, Düsseldorf und Bonn bestehen, aber auch aktuelle Probleme der Rehabilitation und Geriatrie wie der Jugendpsychiatrie waren die thematischen Schwerpunkte des praxisnahen Programms, das 270 Experten aus allen Teilen zu einem gewinnbringenden Gedankenaustausch vereinigete.

Die Tagung ließ keinen Zweifel daran, daß sich in der Psychiatrie ein Wandel angekündigt hat, der als Folge neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse und verbesserter Behandlungsmöglichkeiten zu werten ist. Es hätte nicht erst der radikalen Ausführungen des Londoner Psychiaters Dr. med. Joshua Bierer bedurft, um zu erkennen, daß die Bestrebungen fortschrittlicher Anstalts-Psychiatrie sich immer mehr von dem früher allein als wirksam erachteten Grundsatz der „heilsamen Isolierung“ abwenden. Hatte Dr. Bierer der Auflösung großer Anstalten und der Einrichtung von sog. „Torno“-Kliniken — praktisch „Wechselschicht“-Hospitäler — sowie von Clubs, verbunden mit einer „Team“-Arbeit von Arzt, Pfleger und Patienten das Wort geredet, so zeigte der Erfahrungsbericht von Professor Dr. med. Kulenkampff (Frankfurt/Main) über die Frankfurter Tages- und Nachtambulanz und ihre Bedeutung für die psychiatrische Nachsorge und Rehabilitation der Patienten in erfreulicher Sachlichkeit auf, welche Wege in der Bundesrepublik bei einer Reform der Anstaltspsychiatrie praktikabel erscheinen. Hier setzt sich nämlich das Krankengut völlig anders zusammen als in England, wo kriminelle Geisteskranken und Schwachsinnige in besonderen Anstalten untergebracht sind.

Das Frankfurter Beispiel verdient Beachtung, weil es sich dadurch — wie Professor Dr. Kulenkampff betonte — erleichtern läßt, die Patienten in den Alltag zurückzuführen. „Die Probleme tauchen ja nicht bei ihrer Einweisung, sondern bei ihrer Entlassung auf; und Entlassung ist nicht dasselbe wie Rehabilitation.“ Die Frankfurter Einrichtung ist der Universitäts-Nervenambulanz angeschlossen. Im kommenden Jahr soll ihr ein Neubau folgen, in dem 60 Tages- und Nachtpatienten betreut werden können. Die Tagesambulanz, die seit 1962 besteht, wird zur Zeit von 18 bis 20 Patienten vom Morgen bis zum Nachmittag aufgesucht. Ihre Häuslichkeit ist in Ordnung, doch bedürfen sie der fachlichen Behandlung. Freiwillig machen sie sich im Klinikgarten, im Labor und in der Verwaltung nützlich, wobei sie von Beschäftigungstherapeuten angeleitet werden. Abends kehren sie in ihre Familien zurück. Entlassene Patienten werden vom gleichen Arzt weiter betreut. Das System der „Team“-Arbeit, an der ein Oberarzt, zwei Assistentinnen sowie eine Fürsorgerin beteiligt sind, hat sich nach Professor Dr. Kulenkampff bereits bewährt. Als Vorzug der Tagesambulanz

gibt, daß sie eine Anpassungsfähigkeit an die Erfordernisse des Einzelfalles erlaubt. Ziel ist, die Zahl der Bewahrfälle so niedrig wie möglich zu halten. Das wirkte sich schon positiv auf die Bettennot aus.

Sind die Tagespatienten am Abend zu Hause, kommen am späteren Nachmittag die Nachtpatienten. Sie wurden vorher stationär behandelt und versuchen, sich wieder im Berufsleben zurechtzufinden. Viele sind alleinstehend, wohnungs- und mittellos oder entstammen einer konfliktbeladenen Umwelt. Die Frankfurter Regelung gestattet ihnen, nach getaner Arbeit — sie wird meist von einer Fürsorgerin vermittelt — wieder in die während der Krankheit vertraut gewordene Umgebung zurückzukommen. Sie bietet ihnen Abendessen, Nachtlager und Frühstück und vor allem: ärztlichen Rat und Aussprachemöglichkeiten mit Leidensgefährten. Bei Neurosen, Psychosen, Psychopathie und Schizophrenie konnte die Arbeit immer mehr auf die Aufgaben der Rehabilitation konzentriert werden; Schiffbruch war nur bei Süchtigen und Alkoholikern zu verzeichnen. Bisher haben 200 Patienten die Tages- und Nachtambulanz der Frankfurter Universität durchlaufen. Manche kamen nur kurze Zeit, andere monatelang.

Ein besonderes Problem ist allerdings die Wochenendgestaltung, da die Klinik erst um 17 Uhr geöffnet wird. Ein Sonntagsdienst von erfahrenen Schwestern und Ärzten erscheint für den Träger der Klinik unrentabel, da die Patienten in der Krankenversicherung als ambulant gelten. Der bewilligte Tagessatz von 4 DM steht in keinem Verhältnis zu den Unterhaltungs- und Pflegekosten.

Wie der Leiter der Gesundheitsabteilung des Landschaftsverbandes Rheinland, Landesrat Dr. med. Hans-Werner Müller (Köln), erklärte, solle mit dem siebensten Rheinischen Landeskrankenhaus, das in Heiligenhaus bei Düsseldorf als „modernste Klinik ihrer Art in Europa“ entstehen soll, das Frankfurter Beispiel Nachahmung finden. Ein Novum soll mit einer neuartigen Aufnahmeklinik geschaffen werden, in der Laboratorien, Röntgenabteilung, die Räume für physikalische Therapie, für Krankengymnastik und Beschäftigungstherapie untergebracht werden. Eine räumliche Trennung in Frauen- und Männerseiten ist nicht mehr vorgesehen. In der Übergangsstation werden eine Tages- und Nachtambulanz eingerichtet, zu der auch ein ausgedehnter sozialpsychiatrischer Dienst gehören soll.

„Pensionierungsschock“ macht Sorge

Wieviel es auf dem Gebiet fortschrittlicher Psychiatrie noch zu tun gibt, zeigte auch das wissenschaftliche Programm, in dem Fragen der Geriatrie besonders breiter Raum zugebilligt worden war. „Nichts treibt den Alterungsprozeß schneller voran als die Furcht vor dem Alter, das wiederum durch ärztliche Kunst hinausgeschoben wird“, bemerkte Professor Dr. med. Panse (Düsseldorf) in seinem Vortrag „Zur Psychologie und Soziologie des Alterns“, der die Tagungsteilnehmer aufhorchen ließ. Das Altern sei zwar nicht frei von physischen und psychischen Störungen, aber keine

Krankheit. Es sei notwendig, daß der psychischen Hygiene des Alterns mehr Rechnung getragen werde als bisher. Vor allem müßten Komponenten vermieden werden, die zur voreiligen Alterung führten. Auch der Psychiater müsse darum den Ursachen der Arteriosklerose nachspüren. Dabei könne nicht erst solange gewartet werden, bis verbindliche Ergebnisse spezieller Untersuchungen vorlägen. Eine Vielzahl alter Menschen sehe in ihrem Leben keine Erfüllung mehr, was oft ihrer sozialen Umwelt zuzuschreiben sei. Der Redner wandte sich scharf dagegen, Beamte und Angestellte zwangsweise zu pensionieren, nur, weil sie 65 Jahre alt geworden sind. Es sei „unsozial“, einen noch arbeitswilligen und arbeitsfähigen Menschen durch einen „Pensionierungsschock“ mit Macht alt werden zu lassen. Nach Meinung von Professor Panse bieten sich

— wie in der freien Wirtschaft auch — genügend Möglichkeiten zur Weiterbeschäftigung über die Altersgrenze hinaus, vor allem bei Arbeitskräften, die Außergewöhnliches geleistet oder eine spezielle Tätigkeit ausgeübt hätten. „Den rüstigen alten Menschen muß ihr Selbstgefühl erhalten bleiben. Darum muß im öffentlichen Leben viel mehr von solchen Möglichkeiten Gebrauch gemacht werden. Den Alten muß die Befürchtung genommen werden, nutzlos zu sein. Das Altersheim darf erst die letzte Station in ihrem Leben sein, da Isolierung und Vereinsamung das Schlimmste sind, was es für sie gibt. Ehe sie dort einziehen, sollte ihre Kraft noch zum Wohle der Allgemeinheit genutzt werden. Der alte Mensch muß viel stärker als bisher in den öffentlichen Sozialprogrammen berücksichtigt werden.“

OR

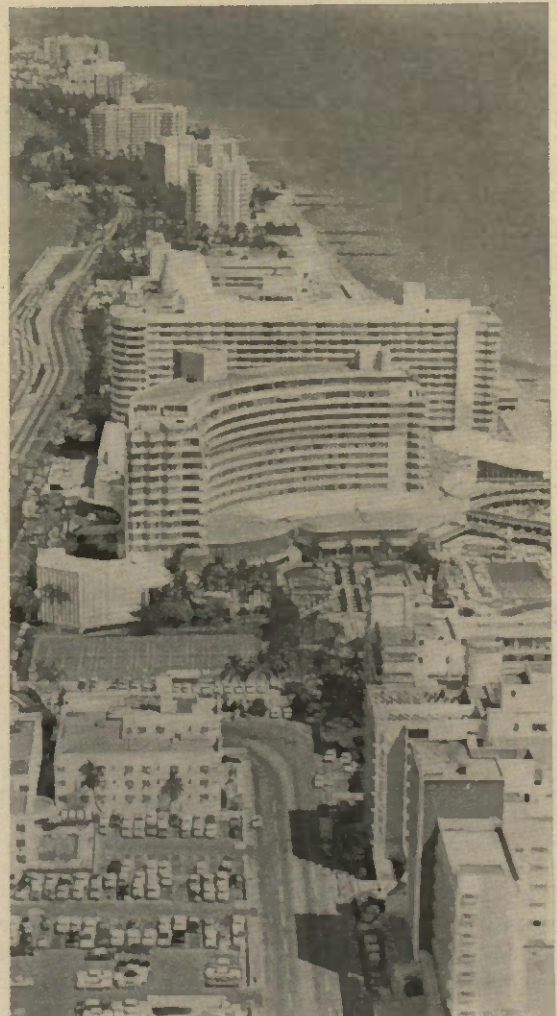
„Oral-Pathologists“ trafen sich in Florida

Von F. H. Lepp

„La force principale du système d'enseignement américain est l'absence de la peur de dire des bêtises“ (HAEMMERLI, 1959).

Nicht etwa dort, wo Eisenbahnen laut ratternd vorüberrollen oder „Jets“ heulend über die Startbahn jagen und auch nicht dort, wo Straßenkreuzer lärmend hupen, sondern dort, wo das natürliche und liebliche Rauschen des offenen Meeres so angenehm und wohlthuend empfunden wird, inmitten einer märchenhaft tropischen Flora und Fauna, hatte die „American Academy of Oral Pathology“ (AAOP) in diesem Jahre ihr „Annual Meeting“ abgehalten. Dieser malerische Erdenwinkel, der jährlich von 1½ Millionen²) Erholung suchender Menschen frequentiert wird, heißt Miami, der Welt größtes Winterseebad an der Ostseeküste der Halbinsel Florida. Den eigentlichen Schauplatz dieser nordamerikanischen wissenschaftlichen Fachtagung bildete der förmlich in den Himmel ragende Wolkenkratzer des mit verschwenderischer Pracht direkt am Atlantik errichteten Super-Luxus-Hotels „Seville“ in Miami-Beach, jenem weltberühmten Vorort von Miami, der auf einer vorgelagerten, nehrungsartigen Insel, dem „Lido di Malamocco“ gleich, besonders nach dem Kriege rasant gewachsen ist. Hier sind begreiflicherweise Luxus, Eleganz und Wohlstand par excellence und in nicht mehr zu überbietender Form zu Hause. Hier haben Großzügigkeit und Weiträumigkeit privater und städtischer architektonischer Planungen — notabene Miami-Beach besitzt allein 700 luxuriöse „swimming pools“ — überdimensionale Ausmaße angenommen, die mit europäischen Maßstäben einfach nicht mehr vergleichbar sind. Hinzukommt die außergewöhnliche Schönheit des südlichen maritimen Landschaftsbildes mit seiner farbenfreudigen Pflanzenwelt, die auf den Neuankömmling schlechthin überwältigend wirkt. In dieser wundervollen geographischen und klimatischen Atmosphäre lebt die 62 000 Seelen zählende einheimische Bevölkerung, bunt nach Rassen und Farben durcheinandergewürfelt, sichtlich mit ihrem Los zufrieden und dem Fremden gegenüber höflich und liebenswürdig. Mit GYSEL (1960) „séduit son caractère franc, jovial, travailleur, ignorant des classes“. Glückliche Menschen in einem reichseg-

neten Land! Kein Wunder, daß MAUROIS einmal schreiben konnte: „La terre aux Etats Unis est si abondante, que le voisin n'est pas un rival.“ Auch bei einem Spaziergang durch die City dieses Luxusbades gewinnt man nur erfreulich-günstige Eindrücke. Die Gepflegt-



Miami-Beach, das Mekka des modernen Tourismus, wie man es beim Anflug des Flughafens Miami sieht.

heit und Sauberkeit des Straßenbildes, namentlich die Diszipliniertheit und absolute Geräuschlosigkeit im keineswegs etwa geringen Autoverkehr fallen dem Besucher, besonders aus noch südlicheren Breiten, angenehm auf. Neben der englischen Sprache wird übrigens überraschend viel spanisch gesprochen. Diese starke Verbreitung des „castellano“ dürfte mit dem exilkubanischen Element zusammenhängen, dem die USA großzügigerweise Asyl gewährt haben. Alles in allem ein großartiges tropisches Ferienparadies, „un pays, qui, malgré tout, reste encore pour nous le Nouveau Monde“ (VILLAIN, 1947). Will man den Gesamteindruck dieser dazu noch bei Nacht geradezu fenumantlichteten „Magic City“ auch nur einigermaßen wirklichkeitsgetreu wiedergeben, so könnte man dies tatsächlich nur mit Hilfe von Superlativen tun. Jedenfalls trifft die Formulierung, die BRAUN (1959) in seinem aufschlußreichen Amerika-Bericht für das New Yorker Milieu gegeben hat, auch hier zu: „Es ist ein gewaltiger Eindruck, dem sich niemand, der dies mit offenen Augen betrachtet, verschließen kann.“

Hier also, in diesem bezaubernden Ambiente Floridas, tagten die Zahn-, Mund- und Kieferpathologen der Vereinigten Staaten in diesem Jahre zum 17. Male seit ihrer Gründungsversammlung (1946). Mit großen, über dem Hauptportal des Kongreßgebäudes angebrachten Lettern „Welcome the Oral Pathologists“, wurden die Kollegen aus nah und fern empfangen und im „Lobby“ des Grand-Hotels unter Aushändigung des Kongreßabzeichens registriert. Damit war sofort die Anonymität aufgegeben und der persönlich-menschliche Kontakt hergestellt. Prunk- und geschmackvoll zugleich und mit allem nur erdenklichen innenarchitektonischen Komfort und modernsten technischen Raffinessen ausgestattet, standen mehrere der prachtvollen Räumlichkeiten des „Seville“, vor allem der „Madrid-Room“, der „Granada-Room“, der „Valencia-Room“ und der „Matador-Room“ für die wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Veranstaltungen zur Verfügung, wie überhaupt die meisten der „fellows, members and guests“ im angenehmen gekühlten Hotel selbst untergebracht wurden³⁾.

Nachdem der „Council of the American Academy of Oral Pathology“ und der „American Board of Oral Pathology“ ihre mehr geschäftlichen und administrativen Konferenzen beendet hatten, und die Prüfung der neuen Kandidaten auf ihre Eignung zum „Fellowship“ im Pathologischen Institut (ANDERSON) der Universität Miami erfolgt war, wurde die eigentliche wissenschaftliche Fachtagung unter dem Vorsitz RICKLES offiziell eröffnet. Seitdem K. H. THOMA im Jahre 1947 die erste Veranstaltung der gerade frischgegründeten⁴⁾ AAOP präsierte, sind fast zwei Jahrzehnte ins Land gegangen, und bis zum heutigen Jahrespräsidenten, GREENE, haben dem kundigen Fachmann längst wohlbekannte 16 Spezialisten mit klangvollem Namen die Geschicke dieser stark aufwärtsstrebenden pathologisch-

anatomischen Fachorganisation bestimmt. Auch der europäischen Zahn-, Mund- und Kieferpathologie sind die leitenden Köpfe, denen sukzessive das Amt des Jahrespräsidenten der AAOP übertragen wurde, ein Begriff: CAHN (1946), BOYLE (1949), KERR (1950), BLAYNAY (1951), GOLDMAN (1952), ROBINSON (1953), AISENBERG (1954), WEINMANN (†) (1955), SHAFER (1956), TIECKE (1957), WALDRON (1958), BERNIER (1959), COLBY (1960), MITCHELL (1961), RICKLES (1962) und GREENE (1963). Heute umfaßt die AAOP bereits 500 aktive Mitglieder⁵⁾, die sich regelmäßig einmal im Jahr in den verschiedensten Staaten Nordamerikas zu einem in freundschaftlich-kollegialen Töne stattfindenden freien wissenschaftlichen Meinungsaustausch versammeln. Für die künftigen „Annual Meetings“ sind die Tagungsorte bereits fixiert, nämlich Bethesda (Maryland) 1964, Las Vegas (Nevada) 1965 und Baltimore (Maryland) 1966.

Fassen wir das wissenschaftliche Programm des diesjährigen AAOP-Kongresses etwas näher ins Auge, so mögen an dieser Stelle kurze Angaben über die Vortragsthemen genügen, um schlaglichtartig die fachlichen Fragestellungen zu beleuchten, mit denen sich unsere nordamerikanischen Kollegen — übrigens durchwegs „Chairmen“ bekannter US-Universitäten — augenblicklich beschäftigen. Der Tieferschürfende wird weitere Einzelheiten im Publikationsorgan der AAOP, d. h. in der bei Mosby in St. Louis erscheinenden „Oral Surgery, Oral Medicine and Oral Pathology“ nachlesen können.

Als erster Vortragender äußerte sich SPRAGUE von der Air-Force-Basis Lackland in Texas zur Frage der Verwendung des Terminus „Leukoplakia by Oral Pathologists“. Es folgten SHKLAR und I. MEYER von der Tufts University in Boston mit einem Beitrag zum Thema: „Neurogenic Tumors of the Mouth and Jaws“. Anschließend sprach SPICER vom National Institute of Health in Bethesda über „Histochemistry of Mucins of Salivary Glands“, und BAHR (Washington) beschloß die Vormittagssitzung mit einem Vortrag: „Changing Concepts in Pathology“. In der Nachmittagsveranstaltung hörten wir zunächst ROWE von der Universität St. Louis, der eingehend über den VIII. Internationalen Krebskongreß in Moskau Bericht erstattete. Sein Thema lautete: „The ever Smaller World — A Report of the Eight International Cancer Congress, Moscow, U.S.S.R.“. Danach referierten DACHI und ROVIN von der Universität Kentucky in Lexington über das „Treacher Collins Syndrome“ (Mandibulo-Facial-Dystostosis). Den letzten Vortrag vor dem „Recess“ übernahm der Pathologe ANDERSON von der Universität Miami. Er befaßte sich mit der Frage des „Grading and Clinical Staging of Cancer“. In den späten Nachmittagsstunden folgte zunächst GRIFFIN von der Emory-Universität in Atlanta mit einer Mitteilung über: „Fluorescent Antibody Study of Herpes Simplex Virus Lesions and

Cefasabal®
TROPFEN · TABL. · AMP.



CEFAK · KEMPTEN

Pyelitis Cystitis
Prostatitis
Prostatahypertrophie

Recurrent Aphthae“. Dann demonstrierte BLOZIS von der Universität Chicago einen „Pseudotumor of Hemophilia“, und GORLIN von der Universität Minnesota, die „Seele“ des Meeting, gab interessante „New Oral Syndromes“ (Reiter) bekannt. Weiter zeigte WALDRON, ebenfalls von der Emory-Universität in Atlanta, histologische Befunde von „Granular Celi Fibroameloblastomas of the Jaws“, und BADEN von der Fairleigh-Dickinson Universität in Teaneck, übrigens ein geborener Berliner, trug in recht temperamentvoller Weise eine Arbeit über „Oral Manifestations of Marfan's Syndrome“ vor. Zum Abschluß des ersten Verhandlungstages interpretierte LEVIN (Philadelphia) seltene Veränderungen der Mundhöhlenschleimhaut bei einigen „Systemic Diseases“, und der Berichterstatter, als geladener Gast, belegte mit anatomischen und experimentellen Befunden neuere Auffassungen über „The Functional Anatomy and Pathology of the Parafaryngeal Spaces“. Der nächste und letzte Tag war histotechnischen Laboratoriumsfragen vorbehalten. Man ventilerte in einem mehrstündigen aufschlußreichen Symposium das aktuelle Thema: „The Development and Application of Special Staining Techniques in Research and Diagnostic Pathology“. Als „Moderator“ fungierte der bekannte Spezialist des „National Institute of Health“ in Bethesda (Maryland), BURSTONE, der erst kürzlich wieder durch seine vorzügliche Monographie: „Enzyme Histochemistry and its application in the study of neoplasma“ (New York, 1962) hervorgetreten ist.

Daß bei einer nordamerikanischen ärztlichen Fachtagung Beanstandungen technischer, organisatorischer oder gar wissenschaftlicher⁶⁾ Art praktisch überflüssig sind, bedarf keiner besonderen Erwähnung. Alles lief wie am Schnürchen. Pünktlichkeit und Diszipliniertheit hinsichtlich der gewährten Redezeit waren beispielhaft. Die Projektion funktionierte tadellos, betätigte doch der sehr aktive und eigentliche spiritus rector der Gesellschaft, Dr. ROBERT J. GORLIN, selbst Chairman der Universität Minnesota (Minneapolis) und außerdem ihr Generalsekretär und Schatzmeister zugleich, höchstpersönlich die verschiedenen Bildwerfer, und zwar unermüdlich, vom ersten bis zum letzten Vortrag! Selbstverständlich wurden alle klinischen und morphologischen Befunde ausschließlich in Form von erstklassigen farbigen slides und Zeichnungen, Schemata usw. als ebenso vollendete Schwarz-Weiß-Dias mit gut lesbarer Schrift demonstriert. Die Vortragenden selbst sprachen durchweg frei und waren über das Mikrophon gut zu verstehen. Ihre wissenschaftlichen Produktionen verrieten neben der Beherrschung der Materie gründliche Vorbereitung unter weitgehender Berücksichtigung des internationalen Schrifttums⁷⁾. Alles wickelte sich, wie gesagt, wie selbstverständlich und reibungslos ab, und zwar in einer für den ausländischen, namentlich für den deutschen Beobachter, auffallend wohlthuenden, freundschaftlich-kollegialen Atmosphäre! Das Auditorium war, was ebenfalls angenehm auffiel, stets sehr gut besetzt, störender Pendelverkehr jedenfalls die Ausnahme. Diesen Punkt hebt auch C. H. FISCHER (1960) in seinem Bericht über die Jahrhundertfeier der American Dental Association (New York, 1959) ausdrücklich hervor. Beachtlich war das bemerkenswert rege Interesse während der wissenschaftlichen Diskussion selbst. Man empfand unwillkürlich „eine unerschöpfliche Begeisterung für Wissen-

schaft und Forschung und „keeping up with the latest“ (BERTRAM, 1962). Es ist keineswegs übertrieben, wenn man das wissenschaftliche Gesamtniveau im Sinne RENTCHNICK'S (1959) mit den bedeutungsvollen Worten: „esprit de recherche intense“ qualifiziert. Jeder, gleichgültig ob Hochschullehrer, Praktiker oder Student, erlaubt sich, kritisch in die Verhandlungen einzugreifen, ohne Scheu oder Hemmung. Widerspruch auf wissenschaftlichem Gebiet wird in den USA nicht nur toleriert, sondern ist als ernste Pflicht sogar erwünscht. „Kritik ist das wichtigste Motiv des Fortschritts“, das sagte schon EDUARD PFLÜGER (1829—1910) vor fast 100 Jahren! Jedenfalls haben subalterne Leisetreter oder „Lieblingssklaven“ (Fr. v. MÜLLER) jenseits des Atlantik keine große Zukunft. Niemand ist autoritätsgläubig, apodiktisch oder erstarrt gar vor Ehrfurcht. So etwas wie, sagen wir militärische Zucht und Ordnung, würde sich mit dem amerikanischen Arbeitsklima, das dem Kollegen unabhängiges, freiberufliches und durch keinerlei standespolitische Einengungen oder Bevormundungen gehandikapt Schaffen und Wirken gestattet, schon gar nicht vertragen. Alle sind gleichgestellte Mitarbeiter, aber niemals Untergebene. Berufliche Titulierungen fallen ebenfalls praktisch weg, zumal akademische Rangordnungen keine Rolle spielen. Der „Herr Professor“ oder „Herr Dozent“ existieren nicht, wie ja auch der Vorgang des Habilitationsverfahrens oder die Privatdozentur völlig unbekannte Begriffe darstellen. Infolgedessen kennt man auch nicht jenes augenblicklich vieldiskutierte monopolistische, hierarchisch-autokratische Gebilde, an dessen ferner Spitze, gewissermaßen wie ein „pape“ oder „dieu infallible“ (HAEMMERLI), die alles beherrschende oligarchisch regierende Autorität — zuweilen „falsche Autorität“ (NISSEN, 1956) — des Ordinarius thronet. Ja, man spöttelt sogar ein bißchen über diese traditionell-antiquierte monarchische Position des deutschen Instituts- oder Klinikdirektors, zumal ja tatsächlich auch heute noch mancher deutsche Gelehrte im Ausland eine ziemlich „geheimrätliche“⁸⁾ (SCHAEFER und SCHOEN, 1954) Figur abgibt. Wenn unter diesen Umständen ein koreanischer HUMBOLDT-Stipendiat scherzhaft den deutschen Ordinarius mit „einem Fürsten in einem mittelalterlichen Schloß“ vergleicht, der dort mit unumschränkter Selbstherrschaft souverän dominiert, so ist dieser Vergleich noch nicht einmal an den Haaren herbeigezogen. In Deutschland sind eben die Männer berühmt, in den Vereinigten Staaten dagegen die Kliniken und Institute (JORES, 1952). Glaubt übrigens der noch nicht eingeweihte Ausländer bei solchen nordamerikanischen Kongressen eine akademische Anrede anwenden zu müssen, so wird ihm von seinen Gastgebern sehr bald bedeutet: „my name is Jaime, George, John“ oder dgl. Der bereits erwähnte Dr. GORLIN wurde ganz schlicht und einfach von allen Anwesenden mit „Bob“ angesprochen. Bei der Bildprojektion hörte man die Vortragenden bloß rufen: „the next, please, Bob, the next, Bob, usw.“ Ob jung oder alt, ob hoch oder niedrig, alle beteiligen sich völlig zwanglos, wie als gleichrangige Gesprächspartner und ohne lakalenartige Unterwürfigkeit an der freien wissenschaftlichen Aussprache⁹⁾. Dabei wird sehr offen und sachlich, gelegentlich auch scharf und freimütig debattiert. In wissenschaftlichen Dingen wird überhaupt mit recht offenen Karten gespielt. Jener Schleiher der Geheimnistuerei (TAVEL, 1949), der in

Europa gelegentlich im Gange befindliche oder noch nicht veröffentlichte Forschungsarbeiten umgibt, braucht hierzulande nicht erst gelüftet zu werden. Immer herrscht ausgesprochen kollegiale, ja fast brüderliche Eintracht vor, ohne gegenseitige Mißgunst, ohne Wettrennen oder Befürchtungen um eine Karriere, die für die deutschen Verhältnisse leider auch heute noch bezeichnend sind. Der ausgeprägte Grad freundschaftlich-kollegialen Zusammenlebens ist jedenfalls eindrucksvoll und nachahmenswert. Daß man als Arzt oder Zahnarzt, auch wenn man Lehrstuhlinhaber ist, nicht alles übersehen und beherrschen kann, wird in den USA als ganz selbstverständlich anerkannt und niemandem verübelt. Auch Koryphäen kann einmal ein Irrtum unterlaufen, und daher gilt „drüben“ der Wahlspruch „What's wrong in being wrong?“ (HAEMMERL). Kommt ein Lapsus vor, so findet er meist in humorvoller Weise seine Erledigung. In Deutschland würden zwei Menschen, wie es JORES recht amüsant in seinem „Bericht über einen Studienaufenthalt in Amerika“ geschildert hat, nach einer etwas hitzigen fachlichen Auseinandersetzung sehr wahrscheinlich fürs ganze Leben verfeindet die wissenschaftliche Arena verlassen. Selbst ein so abgeklärter Geist wie der des alternden GOETHE war gegen derartige persönliche Wallungen keineswegs gefeit und konnte zuweilen aus dem seelischen Gleichgewicht gebracht werden (MAX PLANCK, 1945). Die wenig erfreuliche Art der aggressiven wissenschaftlichen Diskussion — SPIELER (1946) spricht etwas kraß vom „stachelgeschweinig“ Gebärden der Geistesarbeiter —, die gelegentlich sogar in richtige Polemik ausartet, ist eben in Amerika verpönt. PAYR (1924) hat daher schon vor Jahren vorgeschlagen, „das Immerhin würdevolle Wort ‚Polemik‘ — übrigens ‚nur als Kunst geübt zuweilen statthaft‘ (BERG, 1953) — gegen ‚Schrifttumsstänkerei‘ zu vertauschen.“ Daß andererseits „wissenschaftlichen Streitfragen ein nicht zu unterschätzender Wert innewohnt und zum unentbehrlichen Rüstzeug einer jeden lebendig fortschreitenden Wissenschaft gehören“ (PLANCK), steht außer allem Zweifel. Nur sollten sie sachlich und ohne daß die Parteien wie Kampfhähne aufeinander losgehen, in harmonischer Form gelöst werden. „Odisse errorem, amare errantem.“

So bot das Miami-Meeting eine Fülle von Beobachtungs- und Vergleichsmöglichkeiten, die gerade den europäischen Besucher klar erkennen ließen, daß die USA, einst eine unbedeutende Kolonie des Alten Kontinents, heute zum mächtigsten Staat dieser Erde herangewachsen sind. Die Vereinigten Staaten haben nicht nur eine eigene Kultur und einen eigenen Lebensstil entwickelt, sondern auch auf allen wichtigen Gebieten der Wirtschaft und Technik sowie der Wissenschaft und Forschung unbestreitbar die Führung übernommen. Während es früher noch zum guten Tone gehörte, an einer berühmten europäischen Universität studiert zu haben, ist heute jeder Amerikaner fest davon überzeugt, bereits die besten Medical- und Dental-Schools der Welt im eigenen Lande zu besitzen. Ein Hochschulsystem, das einen solchen fundamentalen Meinungsumschwung bewirkt hat, so meint KARRER (1954) mit Recht, kann also nicht allzu schlecht sein.

Solche und ähnliche Ansichten sickerten bei den Konversationen in Florida immer wieder durch. Der wissenschaftliche Gedankenaustausch und persönliche

Kontakt, der ja mit BERG den eigentlichen Reiz der Bühne auf solchen Fachtagungen ausmacht, ergab sich natürlich nicht nur während der Arbeitssitzungen selbst, sondern namentlich auch anlässlich der gesellschaftlichen Veranstaltungen. Besonders während der „President's Reception“ im „Valencia-Room“ und beim Fest-Bankett im „Matador-Room“ des Seville-Hotels konnte man sich erneut von dem freien und vollkommen ungezwungenen Tone überzeugen, der auch die festlichen Anlässe amerikanischer wissenschaftlicher Kongresse beseelt. Die ausgesprochene Toleranz gegenüber übertriebenem Titelwesen, die Indifferenz, die akademischen Rangordnungen sowie rigiden Gesellschafts- und Umgangsformen gegenüber entgegengebracht wird, mag dazu beitragen, jene bewunderungswürdige, fröhlich-heitere Stimmung unter Fachkollegen aufkommen zu lassen, die den europäischen Gast fasziniert. Ils aiment la vie, la gaieté... (VILLAIN).

Auch am herrlichen „Beach“, der sich mit majestätischer Pracht als feinster palmenbestandener, blendend-weißer Sandstrand unmittelbar an der ebenfalls weiß leuchtenden Ozeanseite der imposanten Hotel-Paläste entlangzieht, bot sich reichlich Gelegenheit zur weiteren persönlichen Unterhaltung und Verständigung über gemeinsam interessierende Fragen. Auffallend dabei war immer wieder die wohlthuende Zwanglosigkeit, ja die fast legeren¹⁰⁾ Umgangsformen, mit denen die nordamerikanischen Kollegen offiziell wie inoffiziell miteinander verkehren. Freilich, man darf nun um Gotteswillen nicht glauben, daß etwa keine gesellschaftliche oder berufliche Etikette bestünde. Im Gegenteil, wer dies meint, befindet sich gründlich im Irrtum. Nur ist eben alles weniger förmlich und nicht so übertrieben starr oder konventionell ausgeprägt wie bei uns. Es ist „anders“, wie sich GINS vor Jahren einmal geäußert hat. Nach jener mit Prestige und Ressentiment geladenen Atmosphäre, wie man sie in europäischen Fachkreisen leider noch gelegentlich antreffen kann, müßte man hier gewiß sehr lange suchen. Von Amerika können wir jedenfalls viel lernen...

Wenn ich abschließend meinen Gesamteindruck mit ein paar Worten zusammenfassen darf, so möchte ich es im Sinne BERTRAMS tun, zumal damit die derzeitige Situation der medizinischen USA treffend charakterisiert wird: „Die allgemeine Welle des medizinischen Fortschritts und der Fortbildungsbefissenheit ist ansteckend. Der weite Horizont des amerikanischen medizinischen Alltags erfrischt und belebt. Das hohe Niveau und die weltweit anerkannte Stellung der Kliniken und Institute begeistert.“

Anschrift d. Verf.: Dr. F. H. Lepp, APT. 10800 (SABANA GRANDE), Caracas — (VENEZUELA).

¹⁾ Departamento de Investigaciones Científicas, Facultad de Odontología, Universidad Central de Venezuela, Caracas (Venezuela).

²⁾ In allen westdeutschen Heilbädern und Kurorten zusammen werden nach einer Mitteilung des Bäderverbandes in Bonn jährlich „nur“ etwa 3 Millionen Kurgäste registriert.

³⁾ Als auch in gesundheitlicher Beziehung vorteilhaft erweist sich dabei der sog. „American Plan“, d. h., man nimmt lediglich zwei allerdings recht üppige Mahlzeiten — VILLAIN schrieb wohl aus diesem Grunde: „on ne mange pas, on se nourrit“ — ein, das „Breakfast“ im Badedreß am Morgen und das „Dinner“ galamäßig am Abend. Dadurch verfügt man in zeitlicher Hinsicht praktisch über den ganzen Tag.

4) Aus historischen Gründen sei daran erinnert, daß in Deutschland bereits im Jahre 1923 eine „Deutsche Gesellschaft für Dentale Anatomie und Pathologie“ auf Anregung von RÖMER ins Leben gerufen wurde, und zwar im Anschluß an den sog. „s. Dr. MEUSSER-Autorenenabend“, nachdem der erste am 7. März 1922 in der WESKischen Wohnung in Berlin stattgefunden hatte. Die damals bei der konstituierenden Geschäftssitzung am 17. Januar 1923 im Zahnärztlichen Institut der Universität Berlin anwesenden Fachgelehrten: ADLOFF, BECKER, EULER, HILLE, LUBARSCH, NEUMANN, RÖMER, PARTSCH, SCHRÖDER, WESKI und WILLIGER wellen, mit Ausnahme von NEUMANN, heute schon längst nicht mehr unter den Lebenden. Leider hat die Gesellschaft, die eine außerordentlich fruchtbare wissenschaftliche Tätigkeit entwickelt hat, den 2. Weltkrieg nicht überlebt.

5) „Honorary Fellows“ sind bis jetzt: ASH, BRADLAW, BUNTING, DART, FRENCH, HATTON (†) und SWANSON.

6) Das Geheimnis des Erfolges der wissenschaftlichen Forschung in den USA liegt u. a. in der sog. „Big Science“, d. h., es werden sehr viele Forscher auf ein breiteres Spektrum von Experimenten angesetzt. Diese sog. „Schrotschußmethode“ oder „riskante Forschung“ (BUTENANDT, 1953) ist zwar kostspielig, aber auch sehr erfolgreich.

7) Im allgemeinen dürfte wohl die Ansicht C. H. FISCHERS, daß nämlich „der Amerikaner sich nur selten die Mühe macht, deutschsprachige Fachliteratur zu studieren“, leider immer noch zu Recht bestehen. Und es ist sicher auch richtig zu behaupten: „Für uns ist Amerika entdeckt, Europa aber nicht immer für den Amerikaner (FISCHER).“ Auch HELD und CHAPUT (1959) äußern sich in ihrem Parodontose-Werk ähnlich. Dieser „literarische“ Vorwurf bezieht sich in noch weit größerem Maße auf das in spanischer und portugiesischer Sprache erscheinende ibero-amerikanische Fachschrifttum, obwohl hier allerdings die unregelmäßige Erscheinungsweise, der begrenzte Aktionsradius sowie das fluktuierende wissenschaftliche Niveau der „revistas“ und „gacetas“ die Hauptschuld an der kritisierten Situation tragen dürfte. Vielleicht sollte man, wie es z. B. BONSACK (1950) vorgeschlagen hat, „envoyer des tirés-à-part aux „pontifes“ de leur spécialité aux USA afin de faire connaître leurs travaux et la bibliographie presque toujours parfaite qui les accompagne. Cela sera une pénétration pacifique, mais efficace — car on ne pourra plus ignorer le travail en question“. Möglicherweise könnte ein solcher automatischer Versand von Sonderabdrucken Wunder wirken. Allerdings soll nicht verschwiegen werden, daß unter Umständen auch unser schwerverständlicher deutscher Papierstil (REINERS, 1952) für die amerikanische „Unterlassungssünde“ verantwortlich gemacht werden könnte. Denn Goethe soll schon gesagt haben: „die Deutschen verstünden es, die Wissenschaften unzugänglich zu machen“ (REINERS). Die Ansicht jenes nordamerikanischen Redakteurs, der für die deutschen Fachzeitschriften noch weit mehr als für die amerikanischen einen sog. „rewriter“ für notwendig hielt, ist mithin noch nicht einmal so abwegig. Über einen solchen „sprachgewandten Philologen, der die Fähigkeit besitzt, auch aus Schweizer-deutschen Fragmenten setz- und lesbare Arbeiten zu gestalten“ (HEDINGER, 1957), verfügt offenbar schon seit langen Jahren die „Schweizerische Medizinische Wochenschrift“.

8) In den USA wird das deutsche Universitätssystem im Hochschuljargon gerne auch als „Geheimratssystem“ bezeichnet, wohl deshalb, weil berühmte von Geheimräten geleitete Institute und Kliniken früher vielfach von Amerikanern frequentiert wurden. Für den Amerikaner gilt daher auch heute noch der „Herr Geheimrat“ als der Prototyp des deutschen autoritären Klinikchefs älterer Prägung. Besonders nach dem letzten Kriege wurde über die Vor- und Nachteile des deutschen sog. Instituts- oder Geheimratssystems und des amerikanischen sog. Departementsystems auch in der Öffentlichkeit stark diskutiert. Ohne an dieser Stelle näher auf das Für und Wider des „geheimrätlichen“ Vorwurfes eingehen zu wollen, sollte man mit SCHAEFER und SCHOEN (1954) aber doch über die Berechtigung dieser Rekrutierung einerseits, über die guten Seiten des Geheimrates, der das Gesicht der klassischen deutschen Medizin weitgehend geformt hat, andererseits, doch etwas tiefer nachdenken. So wie sich allerdings heute die diesbezügliche Situation der deutschen Universität von Amerika aus gesehen darbietet, wird man — Ansätze eines nicht anbahnenden, aber noch keineswegs grundlegenden Umschwunges sind zwar im Sinne des 3. MÜSSBAUEReffektes (FAUTH, 1963), d. h., wie Silber-

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- und Assistentenvermittlung der Bayerischen Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstraße 85/IV, Telefon 36 11 21.

streifen am Horizont bereits erkennbar —, falls das weltweit bekanntgewordene Wörtchen „Made in Germany“ wieder seinen guten alten Klang erhalten soll, um eine nicht mehr länger aufschiebbare tiefgreifende Änderung unserer immerhin anachronistischen und reformbedürftigen hierarchisch-autokratischen Hochschulstruktur wohl nicht herumkommen. Dies um so mehr, als auch das Problem „Flucht von der Deutschen Universität“ mit der überkommenen inneren Gliederung unserer Alma Mater eng gekoppelt ist. Die Göttinger Soziologen (PLESSNER, FRENZEL, v. KROCKOW u. a., 1956/1958) und neuerdings namentlich HEMMERICH (1963) haben nur zu recht, wenn sie diese „Flucht“ mit dem schlechten Arbeitsklima an den „Großbetrieben“ unserer deutschen Institute und Kliniken, d. h., mit den offenen und latenten, durch den menschlich oft unerfreulichen starken Konkurrenzdruck bedingten Spannungen in Zusammenhang bringen. HEMMERICH spricht uns älteren, ehemaligen wissenschaftlichen Assistenten direkt aus der Seele, wenn er an einer Stelle seines aufschlußreichen „Zeit“-Artikels schreibt: „Und ich lasse mich nicht davon abbringen: Für mein Gefühl gehen gerade die Besten nicht des Geldes wegen nach drüben (es sind derer seit 1945 bereits mehr als 4000!), sondern weil sie es nicht ertragen können, in einer solchen Atmosphäre zu arbeiten, welche nur ein Argument kennt: das argumentum ad hominem.“ Daß ein solch ungesundes Betriebsklima im Laufe der Zeit dazu führen muß, „daß in erster Linie diejenigen sich durchsetzen, in denen physische wie psychische Robustheit sich mit Anpassungsfähigkeit in fragwürdiger Weise paaren (FRENZEL)“, wird daher nur zu verständlich. Jedenfalls erscheint es mit SCHAEFER und SCHOEN nicht ratsam, an unserem bisherigen deutschen System auf die Dauer festzuhalten. Auch hier gilt Kaiser Joseph II. historischer Ausspruch: „Tempi passati“.

9) Dieses manchmal fast familiäre Verhalten beobachtet man in allen Gesellschaftsschichten, sogar bei hochgestellten Persönlichkeiten bis zu den Staatsmännern hinauf. GYSEL berichtet über ein nettes Erlebnis während der Hundertjahrfeier der American Dental Association in New York. Da hätte ihn ganz überraschenderweise der Ex-Vizepräsident der USA, Nixon, mit einem freundlichen „How do you do?“ die Hand geschüttelt, als wenn er ihn schon lange kennen würde.

10) PLESSNER (1956) meint: „Man könnte vielleicht sagen salopp.“ Wir glauben, daß jeder der diesbezüglichen Situation besser gerecht wird.

Franz-Redeker-Preis 1963 verliehen

Das Preisrichterkollegium hat den Franz-Redeker-Preis 1963 folgenden Arbeiten zuerkannt:

Herrn Med.-Dir. Dr. Langmann, Mülheim/Ruhr, Ges.-Amt, für seine Arbeit:

„Tuberkulosebekämpfung in sozialhygienischer Hinsicht.“

Herrn Prof. Dr. Spieß und

Herrn Dr. Lüders, Göttingen, Kirchweg 38, für ihre Arbeit:

„Untersuchung zu einer Verbesserung der Tuberkulinprobe.“

Herrn Dr. med. Marek, Ass.-Tierarzt, Köln-Deutz, Düppelstraße 2, für seine Arbeit:

„Sozialhygiene und Tuberkulosesituation aus veterinärmedizinischer Sicht.“

PERSONALIA UND FAKULTÄT

Würzburg: Der Privatdozent Dr. Dr. Friedrich Schröder, Universität Bonn, wurde zum ordentlichen Professor für Zahnheilkunde, insbesondere Kieferchirurgie in der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg ernannt.

Dem Privatdozenten der „Geburtshilfe und Frauenheilkunde“, Dr. med. Horst Kremling, wurde die Bezeichnung „apl. Prof.“ verliehen.

Der Privatdozent der „Physiologie“, Dr. med. Heinrich Schröder, wurde zum Universitätsdozenten ernannt.

Zu Privatdozenten wurden ernannt:

Wiss. Ass. Dr. med. Erhard Ambros für „Kinderheilkunde“

Wiss. Ass. Dr. med. Horst Gieseler für „Chirurgie“

Wiss. Ass. Dr. med. Hans Hochrein für „Innere Medizin“

Wiss. Ass. Dr. med. Helmut Hüner für „Chirurgie“

Wiss. Ass. Dr. med. Eimar Stöckler für „Allgemeine Pathologie und Pathologische Anatomie“

Wiss. Ass. Dr. med. Wolfgang Thoenes für „Allgemeine Pathologie und Pathologische Anatomie“

Wiss. Ass. Dr. med. Albrecht Wilhelm für „Chirurgie“.

Professor Dr. med. K. Stucke, Oberarzt der Chirurgischen Universitätsklinik Würzburg, wurde von der Belgischen Gesellschaft für Chirurgie zum Membre Associé Etranger gewählt.

AUS DER GESCHICHTE DER MEDIZIN

Unveröffentlichte Briefe von Johann Lucas Schönlein aus den Jahren 1818–1821

herausgegeben von Dr. Paul Schrödl (Kronach)

Johann Lucas Schönlein, geboren am 30. 11. 1793 in der Residenzstadt Bamberg des Hochstiftes Bamberg, war einer der bedeutendsten und bekanntesten europäischen Kliniker seiner Zeit. Als ordentlicher Professor der Pathologie und Therapie und Direktor der inneren Klinik wirkte er in Würzburg, Zürich und Berlin.

Eine ausführliche Biographie Schönleins existiert noch nicht. Wer heute daran arbeiten will, findet wesentliche Lücken bei dem Versuch, das Originalmaterial zu sammeln. Es ist dies weitgehend dadurch bedingt, daß Erich Ebstein¹⁾, weiland Mitarbeiter im Sudhoffschen Institut in Leipzig, eine Biographie vorbereitete, alle greifbaren Dokumente zusammentrug, aber leider zu keinem Abschluß kam. Karl Sudhoff²⁾ hat in einem Brief an G. Sticker³⁾ 1923 das baldige Erscheinen einer Schönlein-Biographie angezeigt, die aber nie erschien. Sämtliche Unterlagen blieben im Sudhoffschen Institut in Leipzig liegen und sind leider verbrannt. Auf eine Anfrage erhielt ich aus Leipzig am 7. 3. 1962 zur Antwort: „Auf Ihre Anfrage nach den Briefen Schönleins müssen wir Ihnen leider mitteilen, daß wir solche Briefe nicht besitzen; der umfangreiche Nachlaß Schönleins, der sich in unserem

Institut befand, ist durch Kriegseinwirkung verlorengegangen.“

Aus diesen Gründen erschien es mir gerechtfertigt, eine, wenn auch kleinere Folge von unveröffentlichten Briefen Schönleins, welche sich unter der Signatur msc. 70/72 a in der Staatlichen Bibliothek in Bamberg befinden, zur Kenntnis zu bringen. Dies um so mehr, als Schönlein in den Briefen als der kluge, kenntnisreiche, von seiner Lebensaufgabe als Arzt und Wissenschaftler erfüllte, man möchte sagen besessene Mann uns oft ohne Maske entgegentritt. (Einzelne Briefe werden hier z. T. auszugsweise veröffentlicht.)

Die Briefe sind an den Ministerialsekretär des Kgl. Bayerischen Obermedizinalkollegiums⁴⁾, Karl Grau, gerichtet und stammen aus den Jahren 1811–1821. Grau war 1808 der Sekretär der Kriegs-Separata-Kommission (Intendantur in Bamberg) und wurde im gleichen Jahr als Geheimkanzlist in das Innenministerium nach München versetzt. 1816 heiratete er Karoline, Tochter eines kgl. Hoflakais, Gemminger. Sie ist Empfängerin einiger Briefe. 1817 wurde Grau expedierender Sekretär des Obermedizinalkollegiums mit einem Jahresgehalt von

RECORSAN®

die älteste **Herzsalbe**
 über allen neuzeitlichen Forderungen entsprechend
 schnelle Penetration und Resorption, hierdurch sichere Wirkung
 fettfrei – wasserlöslich – nicht schmutzend

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

RECORSAN-GMBH. APOTHEKER REINHARD & SOHN-MÜNCHEN-GRÄFELFING

1200 fl. 1847 erhielt er den Titel Geheimsekretär (Personalakt des Bayerischen Hauptstaatsarchivs, Abt. I Mf 36 712).

Die Bekanntschaft Schönleins mit Sekretär Grau geht auf den Februar/März 1817 anlässlich eines Aufenthaltes in München zurück. Schönlein hat damals bei der Familie Grau gewohnt. Seine Anwesenheit in der Landeshauptstadt ist aus seinem Brief an Lorenz Oken vom 13. 4. 1817 bekannt. Sie diente neben einem Besuch des dortigen Krankenhauses und der medizinisch-praktischen Lehranstalt vor allem der Proberelation⁵⁾, dem Staatsexamen, die nur in einem der beiden kgl. Medizinalkollegien in München oder Bamberg abgelegt wer-

den konnten. Schönlein legte die Prüfung in München ab und benützte die Gelegenheit, sich bei dem sehr maßgeblichen Herren des Obermedizinalkollegiums vorzustellen.

Am 28. 11. 1817 war Schönlein durch Regierungsdekret nach rühmlichst abgeleisteten Vorbedingungen in der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg bestätigt worden.

Die nicht leicht zu entziffernden Briefe sind in moderne Rechtschreibung gebracht, aber die originale Wort- und Satzstellung beibehalten⁶⁾. Die Briefe an Frau Karoline Grau waren immer den Briefen an ihren Gatten beigelegt. Dr. P. Schrödl

Die Briefe

Bamberg, den 12. März 1818

Mein lieber Herr Sekretär!

Fehlgeschossen edier Schütze. Der Schuß war gut gezieht, aber er hat nicht getroffen. Dr. Vend⁷⁾ hat mir vor wenigen Tagen Ihren grimmigen Brief übergeben, und in der vorhergehenden Nacht träumte ich, es wäre Ihr mir kürzlich verehrter Pfeifenkopf in der Mitte durch meine Schuld gebrochen. Der Traum, der offenbar Freundschaftsbruch bezeichnete und Ihr Brief dazu hätten mich wohl schrecken können, wenn ich mehr auf Träume hielte, und Ihrem Brief nicht gleich angesehen hätte, daß er grimmiger schein, als es ist. Aber schon der Schein ist mir zuwider, darum hören Sie geduldig meine Entschuldigung. Das Übel an der Hand, woran ich schon zu München litt (wenn Sie sich gütigst zu entsinnen belieben), nahm eine so bösertige Form an, daß ich nur durch die größte Schonung und Ruhe der Hand, verbunden mit den geeigneten Mitteln im Stande war, den fatalen Konkurs⁸⁾ mitzumachen und den Zustand der Hand verschlimmerte. Die erste Zeile, welche ich wieder schreibe, ist an Sie gerichtet. Nun urteilen Sie über meinen Verdruß. Für die Übersendung der beiden Hefte meinen verbindlichsten Dank. Ihr gütiges Anerbieten von Sanders Dissertation würde ich gleich annehmen, wenn sich dadurch die Maße meiner Verbindlichkeiten gegen Sie sich nicht häufen lassen. Sippel⁹⁾ ist über die mitgeteilten Rezepte entzückt, sobald er nur etwas zur Besinnung kommen wird, verspricht er ein kleines Apotheker-Honorar zu übernehmen. Auch ich werde mit künftigem Postwagen Ihnen zwei Dukaten übersenden als Zahlung der beiden Hefte und der künftig erscheinenden. Unserer auf mich zürnenden gnädigen Frau küsse ich liebevoll das kleine Händchen, Ihnen aber und allen Ihren Angehörigen empfiehlt sich

Ihr Freund Schönlein und bittet Sie nur noch um einen Brief oder Briefchen vor seiner Abreise nach Würzburg

Würzburg, den 15. März 1818

Mein lieber Herr Sekretär!

Ich weiß nicht, welcher unglücklicher Stern über unserer Freundschaft waltet; kaum dachte ich Ihren gerechten Zorn etwas besänftigt zu haben, so muß ich schon wieder einen neuen Brief mit neuen Entschuldigungen beginnen. Noch wäre ich wohl nicht in dem Besitz Ihres werten Schreibens, hätte mich nicht ein scheinbar unglücklicher Zufall meinen dringenden Ge-

schaften in Würzburg entrissen und mich nach Bamberg geführt. Meine Mutter litt nämlich an einer ziemlich heftigen Lungenentzündung. Ziegler¹⁰⁾ behandelte sie. Man schilderte mir von verschiedenen Seiten die Gefahr sehr groß; um Gewißheit zu erhalten, eilte ich selbst nach Bamberg. Statt der geträumten Gefahr fand ich Ihren Brief, welcher mir sagte, daß Sie weniger böse sind, als Sie es erscheinen. Unterdessen kehrte ich in mein Jammertal zurück mit dem Willen, Ihnen umgehend zu schreiben. Mein Wille irrte sich im Tage und mein Umzug verdrängte endlich selbst meinen Willen. So kam es, daß ich erst jetzt zum Schreiben komme. Ich wollte Ihnen so vieles sagen, ich wollte Sie um so vieles fragen, und nun ist alles ungeschehen. So verliert der Mensch den Sinn, wenn er sich selbst nur schuldig weiß. Beiliegend finden Sie die zwei längst versprochenen Dukaten. Den Überschuß mit den landesüblichen Zinsen habe ich gut bis zu meiner Ankunft in München, wenn ich Sie anders wieder als Hausmann begrüßen darf. Da jetzt die Maut zwischen Würzburg und Altbaiern¹¹⁾ wieder weggefallen ist, so werde ich mir die Freiheit nehmen, Ihnen mit der ersten Gelegenheit einige Flaschen Wein zum Versuchen zu schicken. Sehr bestürzt hat mich die Nachricht, daß unsere Frau Karoline einen Groll auf mich habe. Ich wagte es, eine eigene Epistel an sie zu schreiben. Ich werde nicht in den Verdacht kommen, der gnädigen Frau mehr als gewöhnlicher Freund gewesen zu sein, da ich das Glück habe, mich nennen zu dürfen

Ihren Freund Schönlein.

P. S.: Empfehlen Sie mich Ihren Schwiegereltern. Für Sanders Beiträge meinen innigsten Dank. Könnten Sie mir nicht die Klassifikation des letzten Konkurses sub rosa mitteilen? — Ich nehme Dist. II Nr. 358

Gnädige Frau!

Man hat mich überreden wollen, es wären Sie beide recht böse auf mich, weil ich mehrere Briefe von Ihnen nicht beantwortet hätte. Täuscht mich mein Gedächtnis nicht sehr — und daß es mich nicht, wenigstens nicht in diesem Falle täuscht, dafür bürgt ich —, so war ich nur einmal so glücklich, einige Zellen von Ihnen zu erhalten, und diese Zellen entlehnten so viel, so unendlich viel, worauf ich Ihnen entweder nichts sagen kann oder die Antwort mündlich geben muß. Mehr als Ihr angeblicher Groll hat mich aber die Nachricht von Ihrer Krankheit erschreckt. Und was die

Bei unkomplizierten
entzündlichen Erkrankungen
der ableitenden Harnwege
genügt vielfach
die Therapie mit

Uro-Med®

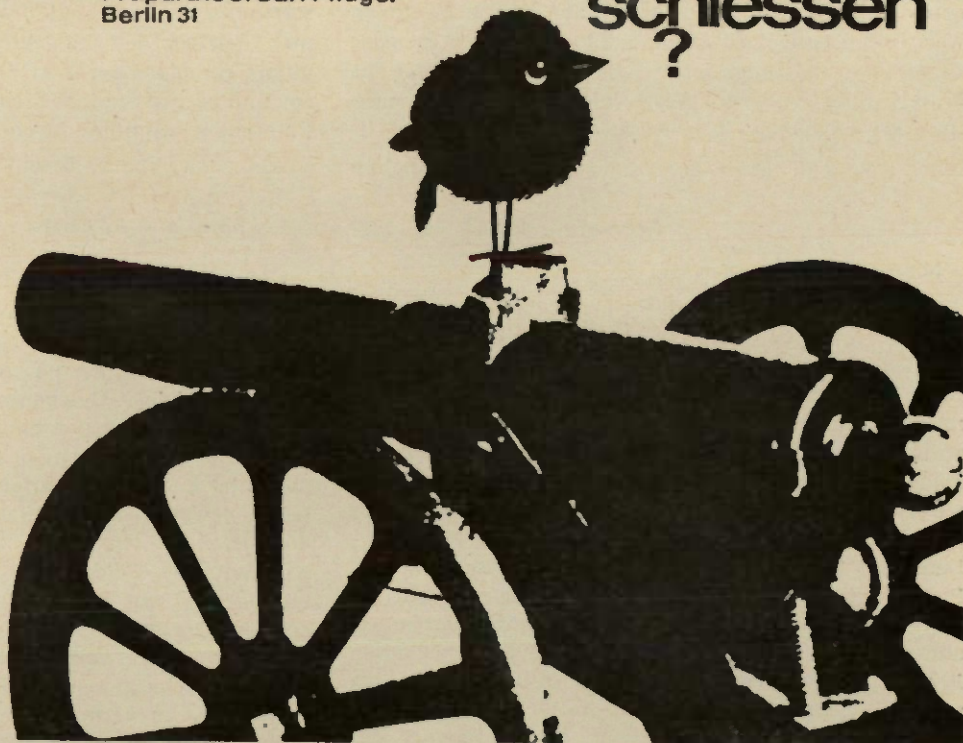
einem schmerzstillenden
Harnantisepticum.

Indikationen: „Reizblase“,
Cystopyelitis, Prostatitis.

30 Dragées DM1.- o.U.
60 Dragées DM1.75 o.U.

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

Warum
gleich
mit
Kanonen
schiessen
?



Schmerz vergeht- Eu-Med®

Ein klassisches Analgeticum

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

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



Krankheit war, und die Gefahr und wie die Heilung und von allem diesem nichts. Gerade als wenn es niemand freundlich interessiere und als wenn jener Sprache, welche ich spreche, das Wort teilnehmender Freund fehle. Jetzt, gnädige Frau, ist die Reihe an mir zu zürnen, und zwar mit mehr Recht, als dies je an Ihnen war. Und diesen Zorn in das entgegengesetzte Element zu wandeln, ist Ihnen leicht, unendlich leicht. Und das Mittel? Eine Zeile, ein Wort, nicht gelegentlich, weil Ihr Herr Gemahl es tut, geschrieben an

Ihren gehorsamsten Diener Schönlein

Würzburg, den 12. Juli 1818

Mein lieber Herr Sekretär!

Ich danke Ihnen für die Übersendung der beiden neuesten Hefte von Brullot¹¹⁾. Sie finden anliegend den fraglichen Band, um dessen Zurücksendung in einem Brief ich Sie aber bitte. Sie mögen hierin einen Beweis meiner Wahrheitsliebe erkennen, welches vielleicht auch geeignet sein kann, die Richtigkeit der Daten meiner beiden letzten Briefe zu bestätigen und die unseriösen Vermutungen der sauberen Herren Rosenmerkel und Mannert^{11a)} in das rechte Licht zu stellen. Doch Sie beteuern, daß Sie jedem Verdacht keinen Platz gönnen, und mit dieser Versicherung bin ich zufrieden. Das Resultat des Konkurses freut mich, und zwar um so mehr, weil ich dadurch einen guten Freund kennenlernte, an dessen Aufrichtigkeit ich schon längst zu zweifeln Anlaß hatte. Untrüglich war das Ganze mein Triumph, denn alle Mitglieder des ehrwürdigen Bamberger Kollegiums sind mir Feinde von Dorn^{12a)} herab bis zu Pfeufer^{12b)}. Was des letzteren Verärgerung anbelangt, so haben Sie mich mißverstanden. Ich erkundigte mich danach, weil es ein allgemeines Interesse für mich hat, nicht bloß es mich individuell angeht. Meine Tendenz ist eine ganz verschiedene. Ich denke jetzt nicht entfernt daran, nach Bamberg zu kommen. Ich suche mich hier in Würzburg festzusetzen und die Leute zu ärgern; denn wer nicht aus der Stadt geboren, wird für einen Fremden gehalten, der sich gewaltsam einzudrängen sucht und den Eingeborenen das Plätzchen rauben will; deshalb vereinigt sich alles, was Würzburger heißt, gegen einen solchen Eindringling, wofür man auch mich hält. Ich muß gestehen, das Verhältnis macht mir innige Freude und an die herrliche Luft habe ich mich gewöhnt. Ich hoffe, daß es mir gelingt, trotz Opposition festen Fuß zu fassen. Dazu hat sich jetzt eine herrliche Gelegenheit geboten, wozu ich Ihres Beistandes bedarf. Durch die Versetzung des Dr. Gutberlet¹³⁾ auf das Stadtphysikat zu Schweinfurt ist dessen Stelle als Impfarzt und Substitut des Stadtphysikus¹⁴⁾ dahier erledigt worden. Ich habe um die Stelle nachgesucht, welche um 300 fl. trägt, und diese fließen aus der eigenen Medizinalkasse des ehemaligen Großherzogtums¹⁵⁾ und wird kein guter Grund sich finden lassen, mir mein Gesuch abzuschlagen. So haben sie dem Regierungsdirektor Miege¹⁶⁾ vorgespiegelt, daß diese Stelle überflüssig sei, weil sie ihre Entstehung bloß der Bequemlichkeit des Medizinalrates Groth¹⁶⁾ verdanke und sie gegen eine geringe Gratifikation einem anderen Arzt übertragen werden könne. Wirklich haben sie zu diesem Ende auch schon den Landgerichtsarzt links des Maines, Dr. Vend, in Vorschlag gebracht.

Die Medizinalräte Horsch¹⁷⁾ und Thierauf¹⁸⁾, welche mit dem Referat über diese Sache beauftragt sind, haben sich gegen die Einziehung dieser Stelle erklärt und wird die hiesige Regierung deshalb keinen Beschluß fassen können und die Sache an das Ministerium zum Entscheid geschickt. Ohne Zweifel wird man darüber das Gutachten des Obermedizinalkollegiums einholen. Bereiten Sie daher die Herren darauf vor und suchen Sie ihre Meinung darüber zu erforschen. Empfehlen Sie allen Ihren Angehörigen

Ihren

Diener und Freund Schönlein.

Ich höre ja, daß Christophel sei auf dem Wege!!!

Gnädige Frau!

Ihre Kriegserklärung kommt mir sehr erwünscht. Jetzt muß ich notwendig nach München gehen. Da ich während meines ersten Aufenthaltes mehrmals die freilich traurige Gelegenheit hatte, Ihre Taktik zu studieren, so kann der Sieg wohl nicht lange zweifelhaft sein. Sie scheinen dieses selbst zu fühlen, indem Sie zum Ende Ihres anfangs sehr grimmigen Manifestes gewaltig gelinde Saiten aufspannen. Wann ich komme, kann ich Ihnen nicht sagen: dies wäre der Klugheit eines Feldherrn zuwider. Den Feind zu überfallen, ist ja, wie Sie wissen, meine Stärke. Genug, ich komme. Treffen Sie deshalb Ihre Maßnahmen. Und weil Sie schon vom Friedensschließen sprechen, so würde es sehr geraten sein, zur Feier desselben eine Pantomime zu veranstalten, denn ich sehne mich danach, endlich doch einmal wieder im Parterre zu sitzen und nach Herzenslust zu lachen, nachdem ich jetzt im letzten halben Jahr zum eigenen und fremden Ärger mich halbtot gestellt habe.

Der Feindin Händchen küßt ehrfurchtsvoll

Ihr freundlicher Feind Schönlein.

Würzburg, den 2. Aug. 1818

Mein lieber Herr Sekretär!

Ihr gestriger Brief hat mich sehr überrascht. Ich habe nicht im Traum an so etwas gedacht und ich war lange unentschlossen, ob ich in dieser Beziehung einen öffentlichen Schritt tun soll. Doch endlich dachte ich, man muß dem Freund doch ein Zeichen geben, daß man noch am Leben ist. Denn allein gegen Sie gesagt, ich beschäftige mich auch nicht von der Ferne mit der Hoffnung eines befriedigenden Erfolges. Sie kennen ja die Erlanger Herren so gut wie ich. Wie sollten sie sich überwinden können, einen jungen Menschen ohne Namen in ihrer Mitte aufzunehmen, da sie selbst Männern, wie z. B. Borst¹⁹⁾, jetzt Professor in Tübingen, welchen Deutschland als tüchtigen Kopf kannte, standhaft einen Platz an ihrer Fakultät verweigerten. Deshalb finden Sie auch beiliegende Bittschrift sehr kurz. Tun Sie damit, was Sie wollen. Sie mögen wegnehmen, zusetzen, verbessern, korrigieren, wie es Ihnen gut dünkt. So ausgestattet und zugestutzt, bitte ich Sie, die unglückliche Prinzessin auf die Freierei zu führen. Fällt sie durch und bekommt einen Korb, nun gut, da tröste ich mich mit dem, daß „noch nicht aller Tage Abend ist“. An Herrn v. Hartz²⁰⁾ werde ich morgen schreiben, auch an Winter²⁰⁾ und Grossi²¹⁾. Sondieren Sie doch einmal die Herren. Nun Gott befohlen, die Sache mag einen Aus-

gang nehmen, welchen sie will, so ist mir doch Ihr Brief unendlich lieb, weil ich einen neuen sprechenden Beweis Ihrer Freundschaft und grenzenlosen Güte gegen mich darin gefunden habe. Grüßen Sie die gnädige Frau und benachrichtigen Sie vom Stand der Aktion

Ihren ergebenen, dankbaren
Schönlein.

Beilage

Durch den Abgang des Herrn Professors Harles²²⁾ nach Bonn ist die Stelle eines Professors der speziellen Pathologie und Therapie an der Königlichen Universität Erlangen in Erledigung gekommen. Ich wage es, Eure Majestät um die allergnädigste Verleihung dieser Stelle alleruntertänigst, gehorsamst, zu bitten. Vom Beginn meines akademischen Lebens war ich stets bemüht, mich zum künftigen, öffentlichen Lehrer zu bilden, und während eines siebenjährigen Aufenthaltes auf verschiedenen Hochschulen Deutschlands wählte ich Pathologie und Therapie zu den Gegenständen meines besonderen Studiums. Bei meiner Rückkehr in das Königreich im Jahre 1817 geruhten Eure königliche Majestät allergnädigst, mich zum Privatdozenten an der königlichen Universität zu Würzburg zu ernennen wegen der rühmlichst geleisteten Vorbedingungen, wie das höchste Anstellungsdekret sagt. Zwar las ich zu Würzburg nicht über die gesamte Therapie, aber ich habe doch Vorträge über einzelne Krankheitsfamilien und über verwandte Gegenstände und pathologische Anatomie gehalten und wie ich mich rühmen darf mit vielem Beifall und allgemeiner Zufriedenheit. In dieser Beziehung berufe ich mich nicht bloß auf die Aussage meiner Zuhörer, sondern auf das Zeugnis der medizinischen Fakultät. Vertrauensvoll auf den allergnädigsten Ausspruch Eurer Majestät: daß das Institut der Privatdocenten für die Bildung öffentlicher Lehrer bestimmt sei, vertraue ich Euerer königl. Majestät²³⁾

alleruntertänigst, treu gehorsamer
Dr. Johann Lukas Schönlein
Privatdozent an der Universität
zu Würzburg

Würzburg, 8. Aug. 1818

Mein lieber Herr Sekretär!

Daß ich Ihren Brief vom 1^{ten} erst jetzt beantworte, daran ist ganz allein mein Erstaunen schuld, denn das zuvorkommende Benehmen des Obermedizinalkollegiums ist mir rein ein Rätsel, wozu ich den Schlüssel bloß in Ihrem ausgezeichnet freundschaftlichen Benehmen finden kann. Aber ich muß Ihnen doch gestehen, daß es mir scheinen will, als stünde die Sache noch immer im weiten Felde. Was sich aber auch immer ereignen mag, ich komme doch bestimmt zu Anfang des Septembers nach München; denn früher Sie zu sehen und Ihnen meinen Dank für Ihr übergütiges Benehmen zu sagen, daran hindern mich leider meine Vorlesungen. Damit wir auch ein Tröpfchen finden, was eines Ministerialsekretärs und eines Privatdozenten würdig und wert ist, werde ich Sorge tragen, daß eine kleine Weinlieferung als Quartiermacher vorausgeht. Zeichnen Sie mir daher gefälligst Ihre Hausnummer auf, welche ich deutlich anzugeben habe. Herrn v. Hartz habe ich leider noch nicht ge-

schrieben, Sie kennen ja meinen Widerwillen in Geschäften dieser Art. Sollte dies wohl noch nötig sein? Da auf morgen der Geburtstag unserer gnädigen Frau fällt, so bitte ich Sie, einstweilen meine Stelle zu übernehmen und meine Glückwünsche darzubringen, bis ich so glücklich bin, ihr persönlich meine Gefühle auszudrücken, mit denen ich bin

Ihr
ergebener dankbarer Schönlein.

Bamberg, den 31. Okt. 18

Mein sehr werter Herr Sekretär!

Unter hundertfältigen Unannehmlichkeiten kam ich gestern hier an; nachdem ich zu Erlangen übernachtet hatte, ohne jemand dort zu sprechen. Ich war daher erfreut, mich hier von jedermänniglich Doctor begrüßt zu hören und der Mühe überhoben zu sein, die Leute zu unterrichten, daß die Professur ins Wasser gefallen sei. Überhaupt finde ich, daß man hier vom Stande der Aktion ziemlich gut unterrichtet ist, und ich habe manches erfahren, dessen Kenntnis mir zu München wäre von Nutzen geworden; so z. B., daß die Universität Erlangen auf Befehl des Ministeriums mit Kleser²⁴⁾ zu Jena in Unterhandlung getreten sei; also Bestätigung eines Verdachtes, welchen ich Ihnen ja auf der Stelle äußerte! Was soll man denken? Wem glauben? Wie steht es mit der Aufrichtigkeit des Ministeriums? Über den Inhalt des Erlanger Gutachtens dürfen Sie sich weiter keine Mühe geben: sie hätten gar nichts gegen mich, ich wäre ein hoffnungsvoller junger Mensch, aber sie bedürfen eines Mannes von entschiedenem Rufe und diesen hätte ich nicht, ergo bis hierher kann ich dem Gang der Dinge ruhig zuschauen, doch was meinen Unwillen im höchsten Grade erregen muß, ist der Umstand, daß man sehr emsig die Sage zu verbreiten sucht, als hätte ich um die Stelle nachgesucht und darum meine Reise nach München. Ich glaube hierin und in einigen anderen Ereignissen eine Aufforderung zu finden, die ganze Sache zur Publicität zu bringen, was in einem gedruckten Brief an Herrn v. Zentner²⁵⁾ mir am entsprechendsten scheint. Meinen Entschluß befestigt die Erklärung meines Vaters, daß er gerne Geld und alles opfere, weil er jetzt die Überzeugung gewonnen habe, daß ich nichts vernachlässigt hätte. Zu einem Landphysicat könne er seine Einwilligung nicht geben, weil ich dort physisch und moralisch zugrunde gehen würde. So gehe ich also in 12 Tagen nach Würzburg, um den Winter hindurch mich zu langweilen und zu ärgern. Mit des Frühlings Sonne wird vielleicht auch mir eine Sonne aufgehen. Wie gerne bliebe ich nicht hier! Im Kreise meiner Freunde finde ich eine kleine Entschädigung für Ihr kaum verlassenes Haus. Sie scheinen nur helterer und fröhlicher zu sein als je. Ziegler und Sippel lassen Sie und Ihre liebe Frau grüßen. Letzterer wird nächstens an Sie schreiben und Ihnen aus Mangel an Rheinwein als Honorar für die Recepte 20 Fläschchen Stein zu übersenden die Ehre haben. Unserer gnädigen Frau küsse ich ehrfurchtsvoll das zarte Händchen. Empfehlen Sie Ihren Schwiegereltern und Angehörigen

Ihren
Freund und Diener Schönlein.

Der Kapuziner auf Ihr Sauerkraut wird schleunigst abreisen, sobald er ganz eingekleidet ist.

Bamberg, den 3. Nov. 18

Mein sehr werter Herr Sekretär!

Ihr gestriger Brief hat mich, wenn auch nicht aus den Wolken, doch aus dem Nebel geworfen und das Sprichwort erprobt, auf Regen folgt Sonnenschein. Es ist ganz in der Ordnung, daß ich gerade durch Sie das Resultat einer Unterhaltung erfahre, welche Ihre Güte ursprünglich eingeleitet hat. Meine Danksagung werden Sie mir noch zu sparen gestatten, bis ich das Vollständige weiß, nicht etwas, wenn sich die Vermutung aufdringen könnte, um dadurch den Grad zu bestimmen; nein!, sondern bloß um das Spätere nicht zuvorderst zu nehmen, denn es ist ja natürlich und herkömmlich, daß der Dank die Schlußarie in Opern der Art macht, wenn ich auch befürchten muß, daß Sie nicht so davon gerührt werden, wie am Schlußquartett des Herrn Veluti. — Ich habe mich wohl gehütet, das geringste von der angenehmen Kunde zu sagen, auch meinen Eltern deshalb Stillschweigen geboten. Im Gegenteil suche ich das leicht Glauben findende Gerücht zu verbreiten, Pfeufer¹⁾ werde ohne Zweifel die Stelle erhalten. Und natürlich hegt der Geck noch immer diesen Wahn und ist unverschämt genug, öffentlich zu behaupten, derseibe Weg, welcher ihn zum Spitaldirektor leitete, würde ihn auch nach Erlangen führen. — Warum mußte ich gerade im Moment der Entscheidung abreisen! Doch aufgeschoben ist nicht geschenkt. Im Kalender von 1819 hoffe ich, daß auch ein Ostern steht. Die Zeit bis dahin wird mir zwar lange werden, aber Geduld. Dann bringe ich den Ziegler mit und eine neue schön gemalte Piquetkarte. Und haben wir nur ein wenig Glück, so machen wir die Rückreise zu vier, nämlich mit Ihnen und Ihrer Frau Gemahlin, ich würde sagen zu fünf, aber der Christophele ist doch kaum für eine Person zu rechnen. Kommen Sie ja mit! Ziegler läßt in seinem neu erbauten Hause schon Zimmer zurecht machen, um seine Gäste nach Würde zu empfangen. Der gnädigen Frau, Ihren Schwiegereltern, Schwägern und Schwägerinnen empfiehlt sich

Ihr

Diener und Freund Schönlein.

Würzburg, 18. Nov. 18

Wertester Herr Sekretär!

Sie sehen, ich sitze hier in Würzburg. Man hat mir Hoffnung gemacht, als Adjunkt von Friedreich²⁾, welcher sich für unfähig erklärt hat, den Winter hindurch der Klinik vorzustehen, angestellt zu werden. Ich gehe auf diese Einladung vor einigen Tagen herab und finde, daß die Sache bei Licht betrachtet — nichts ist. Die Gewohnheit hat mich schnell getröstet und über das, was einmal sein muß, dachte ich, kann man sich nicht ärgern. Ans Vorlesen denke ich nicht, weil mir niemand einen verlangten Gegenstand abzutreten Lust zeigt. Darum werde ich meine sieben Zwetschgen zusammenpacken und mich mit meinem Vater gemütlich hinter den Ofen setzen. Vielleicht scheint im kommenden Frühling die Sonne heißer und ich kann des Ofens entbehren, doch ehe ich von hier mit meiner gedrehten Nase abziehe, harre ich noch der Gewährung einer Bitte entgegen, welche ich schon wieder an Sie zu stellen wage. Ich bin hier einem Mann einige Gefälligkeiten schuldig, welcher sonderbar genug ein schwangerschaftliches Verlangen nach der Quartalausgabe der Verfassungsurkunde³⁾ besitzt, welcher er aber zu seinem großen Leidwesen bis jetzt noch nicht habhaft werden konnte. Wenn es anders möglich ist, daß meine Schuld an Sie noch gemehrt werden kann, so müßte es dadurch geschehen, daß Ihre Güte mir ein Exemplar auf Schreibpapier oder noch besser auf Satin verschaffe. Den Betrag dafür werde ich Ihnen umgehend übersenden. Seien Sie ja nicht ungehalten. Sie kennen ja meine Wolfsnatur, welche immer nach der ganzen Hand hascht, wenn man mir den Finger reicht. Und im Grund sind Sie am Ende doch ganz allein schuld. Warum haben Sie sich immer so weicherzig gegen mich gezeigt. Ihnen, der gnädigen Frau und allen Ihren Angehörigen empfiehlt sich

Ihr

gehorsamer Diener und Freund
Schönlein.

(Fortsetzung folgt)

Ehrung des Andenkens von J. L. Schönlein in Bamberg

Die Stadt Bamberg, die Staatliche Bibliothek Bamberg, der Historische Verein Bamberg und die Naturforschende Gesellschaft Bamberg veranstalteten eine Reihe von Vorträgen über Professor Dr. med. Johann Lucas Schönlein (geb. 30. 11. 1793, gest. 23. 1. 1864) anlässlich seines 100. Todestages. In einer Gedenksitzung der „Naturforschenden Gesellschaft“ für Schönlein, ihr früheres Mitglied, sprach Dr. med. Georg Schneider über „Vorgänger und Nachfolger des großen Arztes“. Im Historischen Verein Bamberg hielt Dr. med. Paul Schrödl einen Vortrag: „Johann Lukas Schönlein. Neue Forschungen zu seinem Leben und seinem Werk.“ In einem Akademischen Festakt beleuchtete Prof. Dr. med. Max Knorr „Johann Lukas Schönlein und der Beginn einer neuen Epoche in der Medizin“.

Eine Ausstellung „Johann Lukas Schönleins Bamberger Vermächtnis“ in der Neuen Residenz zu Bamberg gab vom 23. Januar bis 9. Februar 1964 ein eindrucksvolles Bild von Schönlein und seiner Zeit.

Johann Lukas Schönlein als Paläontologe

Professor Dr. Johann Lukas Schönlein, der Schöpfer der naturhistorischen Richtung in der Medizin, über dessen Wirken im „Bayer. Ärzteblatt“ (1964/1) berichtet wurde, hat auch auf dem Gebiete der Paläontologie Bedeutsames geleistet. Er hatte eine große Sammlung fossiler Pflanzen aus der sogen. Keuperformation (aus der obersten Stufe der Triasformation). Die interessanteren Stücke ließ er abbilden. Die Bilder überließ er zu wissenschaftlichem Gebrauch dem Grafen Caspar Maria von Sternberg. (Graf Sternberg war ein anerkannter Wissenschaftler. Dies führte zu seiner jahrelangen Freundschaft mit Goethe. Die Angabe in der „Allgemeinen Deutschen Biographie“, daß Sternberg zu den 13 Gründern der „Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte“ gehörte, ist unrichtig. Er war nur Mitglied. Auch die Behauptung, daß die Gründung dieser Gesellschaft der Idee Sternbergs entsprende, ist zu widerlegen, da es der Jenenser Naturphilosoph Oken war, der den ersten Aufruf zur Gründung ver-

öffentliche. Neben anderen bedeutenden Persönlichkeiten war Graf Sternberg durch Herausgabe einer Medaille (1828) in Berlin geehrt worden, die auf ihrer Rückseite die Inschrift trug: „Naturae et floriae utriusque Scrutator indefessus.“ Graf Caspar Maria von Sternberg war der Gründer des „Böhmischen Nationalmuseums“ in Prag. Goethe war dessen gründendes Mitglied und wurde 1822 zum Ehrenmitglied ernannt. Daß in diesem Nationalmuseum, damals noch ohne rein tschechische Note, vielmehr im regionalen Sinne „böhmisch“, die Naturwissenschaften besonders

*) Siehe: Walther Koerting, „Die Tagung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte in Prag 1837“ in Stifter-Jahrbuch, VII. 1962.

berücksichtigt wurden, war u. a. dem Einfluß von Oken zuzuschreiben. Als Frucht gemeinsamer Studien mit Goethe veröffentlichte Graf Sternberg u. a. das hervorragende Werk „Versuch einer geognostisch-botanischen Darstellung der Flora der Vorwelt“ (Prag 1838).

Er hat dabei mehrere der Schönleinschen Bilder benutzt*). Auf der Naturforscher-Versammlung 1829 in Heidelberg verteilte Schönlein selbst Abbildungen eines gigantischen Schachtelhalms, Equisetites Schönleinii Sternb. Hingewiesen sei auch auf zwei nach Schönlein benannte Farnkräuter, Crediopteris Schönleinii Presl. und Taeniopteris Schönleinii Ettingshausen. Seine Sammlung fossiler Pflanzen schenkte Schönlein dem Mineralogischen Museum in Berlin. W. Koerting

AUS DER BUNDESPOLITIK

Bundesgesundheitsministerin zur Anhebung der Gebührensätze der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (Preugo)

In der Fragestunde des Deutschen Bundestages richtete Abgeordneter Dr. Ditttrich (CSU) an die Bundesregierung die Frage, ob ihr bekannt sei, daß die Mindestsätze der Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte seit 1957 und die Höchstsätze seit 1924 unverändert geblieben seien.

Bundesministerin Frau Dr. Schwarzhaupt bestätigte die Richtigkeit des der Frage zugrunde liegenden Tatbestandes und erklärte ergänzend, daß die Mindestsätze auf Antrag der Ärzteschaft zweimal, in den Jahren 1952 und 1957, erhöht worden seien. Die vor dem Jahre 1962 gestellten Anträge hatten sich jedoch nicht auf eine Erhöhung erstreckt.

Auf die Frage des Abgeordneten, warum die Bundesregierung bisher nicht dem bereits im September 1962 gestellten Antrag der Bundesärztekammer entsprochen und die längst fällige Anhebung der Gebührensätze an das heutige Preisniveau beschlossen habe, antwortete Frau Dr. Schwarzhaupt, der Antrag der Bundesärztekammer sei zunächst wie das auch in den Jahren 1952 und 1957 geschehen sei, in einem Sachverständigen-Ausschuß aus Kreisen der Ärzteschaft, der Sozialversicherungen und der Sozialhilfe, der in Anlehnung an § 13 der Preugo gebildet wurde, besprochen worden. Die letzte Besprechung dieses Ausschusses habe am 3. Oktober des vergangenen Jahres stattgefunden. Dabei seien sehr voneinander abweichende Auffassungen der Sachverständigen zutage getreten.

Inzwischen sei ein Antrag der Bundesärztekammer vom 11. Oktober 1963 auf eine weitergehende Erhöhung der Mindestsätze der Amtlichen Gebührenordnungen

sowie ein Antrag der Spitzenverbände der Krankenversicherungsträger und der Sozialhilfeträger vom 6. November 1963 hinzugekommen. Dieser letzte Antrag zielt darauf ab, vor der Entscheidung über den Antrag der Bundesärztekammer erhebliche Änderungen der Amtlichen Gebührenordnung vorzunehmen.

Dies alles habe eine eingehende und zeitraubende Prüfung erforderlich gemacht, die durch die stark voneinander abweichenden Standpunkte und Argumente der interessierten Kreise erschwert worden sei.

Eine Änderung der Gebührensätze der Preugo, die nach übereinstimmender Meinung heute nicht mehr zeitgemäß sei, halte auch die Bundesregierung für dringend erforderlich. Doch lasse sich noch nicht übersehen, in welchem Sinne und zu welchem Zeitpunkt entschieden werden könne. Um die Verhandlung zu beschleunigen, prüfe sie (Bundesministerin Frau Dr. Schwarzhaupt) zur Zeit, ob sich durch einen Vermittlungsvorschlag die gegensätzlichen Meinungen überbrücken lassen und hoffe, daß dies möglich sei. Endgültiges lasse sich jedoch im Augenblick noch nicht darüber sagen.

Bundestagsausschuß für Gesundheitswesen nimmt zweite Beratung zur Novelle des Arzneimittelgesetzes auf

Anläßlich seiner Sitzung am 15. und 16. Januar 1964 in Berlin, Reichstagsgebäude, nahm der Bundestagsausschuß für Gesundheitswesen unter Vorsitz des Abgeordneten Dr. Hamm (FDP) seine Beratungen über die dem Ausschuß vorliegende Novelle des Arzneimittelgesetzes wieder auf und faßte zu einigen bisher noch umstrittenen Fragen des Änderungsgesetzes Beschlüsse. Die Vorlage soll so bald wie möglich plenarreif gestal-

-Heel

Bei Schwindel jeder Genese,
Menière, Reisekrankheiten —

Vertigoheel®

-Heel

Grippe, Erkältungskrankheiten

Gripp-Heel®

Tabletten Ampullen

tet werden und spätestens im Februar dem Plenum des Deutschen Bundestages zur zweiten und dritten Lesung und Verabschiedung zugeleitet werden.

Nach einer Mitteilung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern sind in Bayern im Jahr 1963 13 Erkrankungen an übertragbarer Kinderlähmung gemeldet worden. Im letzten Epidemiejahr 1960 waren es 1182 Fälle. Aus diesen Zahlen läßt sich der sensationelle Erfolg der Schluckimpfungen ablesen, die in Bayern bereits gegen alle drei Erregertypen der Kinderlähmung durchgeführt wurden. Diesen Erfolg gilt es nun für die Zukunft zu sichern. Die bayerische Bevölkerung soll weiterhin vor Kinderlähmungsepidemien verschont bleiben. Das wird nur gelingen, wenn sich jeder vor einer Erkrankung an Kinderlähmung schützt. Je größer der Anteil der Geimpften in der Bevölkerung ist, um so geringere Möglichkeiten, sich auszubreiten, hat diese Krankheit.

Die staatlichen und städtischen Gesundheitsämter bereiten jetzt die Nachtermine für die Schluckimpfung I vor, die am 17. Februar 1964 beginnen werden. Dazu sollen alle nachgeborenen Kinder und alle bisher nicht gegen Typ I Geimpften kommen.

Aussprache des Vorstandes der FDP-Bundestagsfraktion mit den Repräsentanten der akademischen Heilberufe

Auf Anregung des Vorsitzenden des Bundestagsausschusses für Gesundheitswesen, Dr. Ludwig Hamm (Kaiserslautern), hatte der Vorstand der FDP-Fraktion die Repräsentanten der akademischen Heilberufe am 22. Januar 1964 nach Bonn zu einer Aussprache über aktuelle gesundheits-, sozial- und finanzpolitische Fragen und über die hieraus resultierenden Aufgaben der Legislative und Exekutive eingeladen. Für den erkrankten Präsidenten Dr. Fromm nahm der Vizepräsident der Bundesärztekammer, Dr. Eckel, und deren Hauptgeschäftsführer, Dr. Stockhausen, an der Aussprache teil. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung war vertreten durch ihren Ersten Vorsitzenden, Dr. Voges, und ihren Hauptgeschäftsführer, Dr. Schlöggel. Für die Spitzenorganisationen der Zahnärzteschaft waren Präsident Dr. Müller und Verbandsdirektor Dr. Braun, für die Arbeitsgemeinschaft der Berufsvertretungen Deutscher Apotheker Präsident Ries und das geschäftsführende Vorstandsmitglied, Dr. Meyer, für die Bundesapothekerkammer Präsident Dr. Klie und

für die Deutsche Tierärzteschaft Präsident Dr. Schulz anwesend.

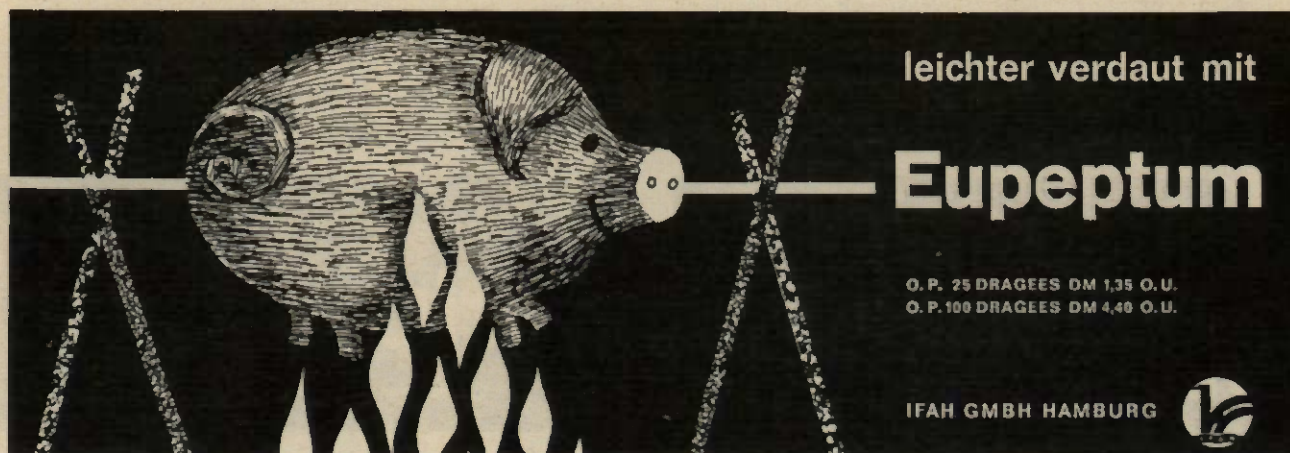
Die sich nach einem gemeinsamen Abendessen anschließende Diskussion, in der die Stellung des Bundesgesundheitsministeriums, die dem Bundestag vorliegenden Gesetzentwürfe auf dem Gebiete der Gesundheits- und Sozialpolitik, die Novelle zum Arzneimittelgesetz, das Krankenversicherungs-Neuregelungsgesetz, das Mehrwertsteuergesetz und seine Auswirkung auf die freien Berufe sowie die Anhebung der Gebührensätze der Preugo, in aller Offenheit behandelt wurde, zeigte, wie nützlich und notwendig diese Art Gedankenaustausch sein kann, und zwar nicht nur im Interesse der Heilberufe selbst, sondern vielmehr zum Wohle der Gesundheit der Bevölkerung. Alle Beteiligten waren am Schluß der Aussprache der einhelligen Auffassung, daß der nunmehr aufgenommene Kontakt durch weitere Zusammenkünfte intensiviert werden soll.

Gesetz über die Jugendzahnpflege

Von Dr. med. dent. Richard T a m b l é
Mitglied des Bundestagsausschusses
für Gesundheitswesen

Der Deutsche Bundestag verabschiedete in seiner Plenarsitzung vom 11. Dezember 1963 einstimmig den vom Ausschuß für Gesundheitswesen beschlossenen Entwurf eines Gesetzes über die Jugendzahnpflege. Den Beratungen des federführenden Gesundheitsausschusses lagen zwei Initiativanträge der Koalitionsparteien CDU/CSU und FDP sowie der SPD zugrunde. Entsprechend der bisher in den Bundestagsausschüssen geübten Praxis wurde der Entwurf der CDU/CSU zur Beratungsgrundlage bestimmt und beschlossen, den SPD-Entwurf zur Mitberatung heranzuziehen und bei der Erstellung der Ausschußvorlage zu berücksichtigen.


Mit der Verabschiedung des Gesetzes über die Jugendzahnpflege haben die im Deutschen Bundestag vertretenen politischen Parteien ein seit Jahrzehnten bestehendes Anliegen der Öffentlichkeit und der verschiedenen im Bereiche der Gesundheitspflege tätigen Organisationen im Interesse der Zahngesundheit unserer Jugend verwirklicht. Das noch in Geltung befindliche „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ vom 3. 7. 1934 und seine Dritte Durchführungsvorordnung vom 30. 3. 1935 erwähnen zwar die Schulzahnpflege. Es heißt darin: „Der Amtsarzt hat darüber zu wachen, daß der schulärztliche Dienst einschließlich der Schulzahnpflege durch-



leichter verdaut mit

Eupeptum

O. P. 25 DRAGEES DM 1,35 O. U.
O. P. 100 DRAGEES DM 4,40 O. U.

IFAH GMBH HAMBURG 

geführt wird.“ In der Praxis hat sich aber erwiesen, daß diese Vorschriften völlig unzureichend sind, denn sie haben nichts daran geändert, daß nach wie vor die Schulzahnpflege eine freiwillige Leistung geblieben ist. Es ist bis heute der freien Entscheidung staatlicher Stellen und der Kommunalen Selbstverwaltung überlassen, ob überhaupt und in welchem Umfang Mittel für Zwecke der Schulzahnpflege bereitgestellt werden, ebenso, welches System der Schulzahnpflege im einzelnen Fall gewählt wird.

Die Erfolge auf dem Gebiet der Schulzahnpflege, insbesondere in den Jahren des Wiederaufbaues seit 1945, verdienen große Anerkennung. Dennoch ist der gegenwärtige Stand der Schulzahnpflege höchst unbefriedigend. Zur Zeit werden etwa 60% der Kleinkinder, Kinder und Jugendlichen durch Reihenuntersuchungen erfaßt; für einen beträchtlichen Teil ist also überhaupt noch keine Jugendzahnpflege vorhanden. Darüber hinaus werden nicht einmal die 60% Erfassten regelmäßig, wie es unbedingt erforderlich ist, nachuntersucht, noch weniger durch eine „Nachgehende Gesundheitshilfe“ betreut. Deshalb ist eine gesetzliche Regelung erforderlich, um sämtliche Kinder und Jugendliche im Alter von 3 bis 18 Jahren durch eine systematische Jugendzahnpflege nach einheitlichen Grundsätzen zu erfassen. Das ist nur zu erreichen, wenn der Gesetzgeber die Durchführung den hierfür zuständigen Stellen zur Pflicht macht. Der vom Deutschen Bundestag beschlossene Gesetzentwurf beschränkt sich auf einige unabdingbare Vorschriften. Er verfolgt das Ziel, daß diese Maßnahmen nunmehr in der Bundesrepublik nach einheitlichen Grundsätzen, die im einzelnen noch in den Durchführungsbestimmungen festzulegen sind, gewährt werden. Jedes Land wird dabei die örtlichen Gegebenheiten berücksichtigen, die im wesentlichen von der Zahnartztdichte, den geographischen, soziologischen und anderen Bedingungen, abhängen.

Nach Inkrafttreten des Gesetzes wird den Gesundheitsämtern zur Pflicht gemacht, seine Durchführung zu gewährleisten. Sie sind gehalten, folgende Leistungen sicherzustellen:

1. Die regelmäßige zahngesundheitliche Belehrung der Kinder und Jugendlichen (richtige Ernährung, Zahn- und Mundpflege, die Zahnkaries und ihre Folgen). Die Belehrung soll auf das Alter der zu belehrenden Kinder abgestellt sein und kann durch Gespräche, Vorträge und Filme erfolgen;
2. jährlich mindestens eine zahnärztliche Untersuchung zur Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit;

3. Nachgehende Gesundheitshilfe, insbesondere die Nachuntersuchung der behandlungsbedürftigen Kinder und Jugendlichen.

Es obliegt ihnen ferner, die Eltern, Vormünder, Personensorgeberechtigten sowie Kindergärtnerinnen, Hortnerinnen, Lehrer und Berufsausbilder in allen Fragen der Zahngesundheit zu beraten. Außerdem sollen die Gesundheitsämter die Untersuchungsbefunde zum Zwecke der Auswertung erfassen. Im Interesse eines optimalen Erfolges der Jugendzahnpflege wird es erforderlich sein, bei Wahrnehmung ihrer Aufgabe mit allen zuständigen Organisationen zusammenzuarbeiten.

Die jährliche Untersuchung ist eine allgemein anerkannte Mindestforderung. Sie wird mit dem Ziel durchgeführt, einen Überblick über den Zustand des Gebisses, die Lagebeziehung der Zähne und Kiefer zueinander und über die Beschaffenheit der Mundschleimhaut zu gewinnen und den Befund in einem schriftlichen Bericht festzuhalten. Der Gesetzgeber hat davon abgesehen, die Pflicht zur schriftlichen Benachrichtigung des vorstehend genannten Personenkreises gesetzlich zu verankern, weil es sich hier um eine Organisationsaufgabe handelt, deren Regelung in die Kompetenz der Länder fällt. Außerdem ist die notwendige Gleichbehandlung in den Ländern über Art. 84 Abs. 2 GG gegeben, wonach die Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates allgemeine Verwaltungsvorschriften erlassen kann.

Besondere Bedeutung haben die Bestimmungen über die „Nachgehende Gesundheitshilfe“. An die jährlich mindestens einmalige Untersuchung soll sich in einem angemessenen Abstand eine Nachuntersuchung derjenigen anschließen, die einen krankhaften Befund aufweisen oder der Aufforderung zur Erstuntersuchung nicht gefolgt sind. In der Durchführungsverordnung sollen diese Zeitabstände genauer festgelegt werden. Ein sozialhygienisch bedeutsames Problem in der Jugendzahnpflege ist die sogenannte „Restanten“-Sanierung, d. h. die Zahnsanierung auch bei denjenigen Jugendlichen, die trotz Aufforderung bei der Feststellung von Zahnschäden durch den Jugendzahnarzt den Hauszahnarzt nicht zur Behandlung aufsuchen. Hier soll nun die „Nachgehende Zahngesundheitshilfe“ einsetzen. Einen ähnlichen Begriff, nämlich den der „Nachgehenden Fürsorge“, enthält auch das Bundessozialhilfegesetz. Mit der „Nachgehenden Fürsorge“ soll verhindert werden, daß behobene Schäden wieder

neu

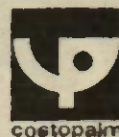


palmalgin®

-Tropfen-Sirup-
Komplexe Therapie
des Hustens
bei Erkältungs-
krankheiten.

Nur 1 Verordnung!
Das zusätzliche
„Grippemittel“
wird erspart!

Costopalm Arzneimittel-Fabrik GmbH 7067 Plöderhausen bei Stuttgart



costopalm

eintreten. Bei dem Gesetz über die Jugendzahnpflege handelt es sich aber darum, daß die Schäden noch nicht beseitigt sind. Aus diesem Grund erschien es dem Gesetzgeber nicht angebracht, den Ausdruck „Nachgehende Fürsorge“ hier anzuwenden. Die „Nachgehende Gesundheitshilfe“ besteht in der individuellen Beratung in Sonderfällen und umfaßt alle Maßnahmen, die notwendig sind, den Erfolg der Jugendzahnpflege sicherzustellen, wenn ein solcher bei der ersten Nachuntersuchung nicht festgestellt wird. Als Maßnahmen der „Nachgehenden Gesundheitshilfe“ sind u. a. vorgesehen eine nochmalige Benachrichtigung der Eltern, Vormünder, Personensorgeberechtigten sowie Kindergärtnerinnen, Hortnerinnen, Lehrer und Berufsausbilder durch aufklärende und mahnende Schreiben, Einschaltung der Schule in besonderen Fällen, Aufnahme der Verbindung zum Hauszahnarzt sowie Besuch der Personensorgeberechtigten.

Nach den Bestimmungen des Gesetzes über die Jugendzahnpflege erhalten Kinder und Jugendliche im Alter von 3 bis 18 Jahren auf die Leistungen — regelmäßige zahngesundheitliche Belehrung, jährlich mindestens eine zahnärztliche Untersuchung zur Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit und eine „Nachgehende Gesundheitshilfe“, insbesondere die Nachuntersuchungen bei Behandlungsbedürftigkeit — einen Rechtsanspruch. Außerdem werden die Leistungen unentgeltlich gewährt. Im Zusammenhang mit der Beratungspflicht der Gesundheitsämter wurde ein Rechtsanspruch nicht ausdrücklich festgelegt, weil den genannten Personen die Möglichkeit gegeben ist, hiervon Gebrauch zu machen.

Um die Länder einerseits in die Lage zu versetzen, die zu erwartenden Ausgaben in den Haushaltplan 1965 einzuplanen, und andererseits, die organisatorischen Voraussetzungen dafür zu schaffen, daß die gesetzlichen Maßnahmen rechtzeitig durchgeführt werden können, soll das Gesetz erst am 1. Januar 1965 in Kraft treten.

Bei der Beratung im Bundestagsausschuß für Gesundheitswesen wurde eingehend die Frage diskutiert, ob in das Gesetz Bestimmungen aufgenommen werden sollen, nach denen die Länder bestehende Einrichtungen und Leistungen aufrechterhalten bzw. weitergewähren dürfen, die über das hinausgehen, was in solchen Einrichtungen auf Grund des Gesetzes über die Jugendzahnpflege geschaffen werden muß. Die Mehrheit lehnte es ab, eine solche gesetzliche Regelung vorzunehmen. Der Ausschuß war der Überzeugung, daß es sich bei den in diesem Gesetz festgelegten Maßnahmen um Mindestleistungen handelt, so daß die darüber hinausgehenden der Länder hierdurch nicht berührt werden, und zwar gleichgültig, ob diese bereits bestehende Einrichtungen und Leistungen oder weitergehende zukünftige Maßnahmen betreffen.

Durch die Annahme des Ausschußberichtes wird die Bundesregierung gebeten, auf die Länder dahin gehend einzuwirken, daß die Benachrichtigung der Eltern und Personensorgeberechtigten schriftlich erfolgt. Zur besseren statistischen Auswertung sollen für das Bundesgebiet einheitliche Vordrucke herausgegeben werden.

Die Vorschriften des Gesetzes über die Jugendzahnpflege sollen zu einem späteren Zeitpunkt in das in Vorbereitung befindliche allgemeine Jugendhilfegesetz aufgenommen werden.

Bundesrat lehnt Jugendzahnpflege ab

Der Bundesrat hat dieses Gesetz inzwischen abgelehnt, da nach seiner Auffassung der Bund keine Kompetenz zum Erlaß eines solchen Gesetzes hat.

Auch die Bayerische Staatsregierung hatte gegen das Gesetz Einwendungen erhoben, da nach ihrer Auffassung zu seiner Durchführung bei den bayer. Gesundheitsämtern etwa 150 Zahnärzte und zahlreiche Hilfskräfte eingestellt werden müßten. Außerdem könnten die Ziele dieses Gesetzes auch durch die freipraktizierenden Zahnärzte erreicht werden.

Weltgesundheitsstag 1964

In der Bundesrepublik wird der Weltgesundheitsstag 1964 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) unter dem Motto „Unbesiegt Tuberkulose“ stehen. In einer Feierstunde der Bundesregierung am 7. April 1964 um 10.30 Uhr in der Redoute, Bad Godesberg, wird Bundesgesundheitsministerin Dr. Elisabeth Schwarzhaup sprechen. Die Festansprache wird Prof. Dr. Schröder, Berlin, der Präsident des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose, halten.

Weiterer Rückgang der Tuberkulose

Auch 1962 ist, wie in den vorhergehenden Jahren, ein Rückgang der Neuzugänge der an aktiver Tuberkulose Erkrankten im Bundesgebiet ohne Berlin festzustellen. Wie in „Wirtschaft und Statistik“ berichtet wird, betragen auf 100 000 Einwohner bezogen, die Neuzugänge 1962 104 gegenüber 113 im Vorjahr, somit ist ein Rückgang von 8 v. H. festzustellen. Der Gesamtbestand der an Tuberkulose Erkrankten betrug im Berichtsjahr 507 auf 100 000 Einwohner, er hat sich gegenüber 1961 ebenfalls um 8 v. H. vermindert. Den größten Anteil hatte die nichtansteckende Tuberkulose der Atmungsorgane mit 296, dann folgt die ansteckende Tuberkulose der Atmungsorgane mit 135 auf 100 000 Einwohner, während der entsprechende Anteil der Tuberkulose anderer Organe 78 betrug. Auch in diesem Jahr lassen die gemeldeten Bestandszahlen deutlich erkennen, daß Männer häufiger als Frauen an Tuberkulose erkrankten, das Verhältnis beträgt 1,8 Männer zu 1,0 Frauen. Die Sterblichkeit an Tuberkulose ist um 4 v. H. von 14,3 im Jahr 1961 auf 13,7 im Jahr 1962, bezogen auf 100 000 Einwohner, zurückgegangen.

Cor-Vel®

Herzsalbe

bei Herzneurose, Angina pectoris vasomot. und im Klimakterium

„NEOS“-DONNER K.-G., 1 BERLIN 36

AUS DER LANDESPOLITIK

Öffentliche Schutzimpfung gegen Kinderlähmung

Brief des Bayer. Staatsministers des Innern
an den Präsidenten der Bayer. Landesärztekammer.

Der Bayer. Staatsminister des Innern hat wegen der Nachtermine für die Polio-Schluckimpfung den nachstehend abgedruckten Brief an den Kammerpräsidenten geschickt:

„Das Bayer. Staatsministerium des Innern hat die staatlichen und städtischen Gesundheitsämter angewiesen, vom 17. bis 29. Februar d. J. Nachtermine für die Schluckimpfung 1 durchzuführen. Ich darf Sie, sehr geehrter Herr Präsident, wiederum bitten, die niedergelassenen Ärzte von diesen Nachterminen zu unterrichten. Die Mithilfe der freien Ärzteschaft war bei den früheren Aktionen von großer Bedeutung. Zu dem Erfolg der ersten Impfkation hat die Ärzteschaft wesentlich beigetragen.

In epidemiologischer Hinsicht haben sich die Schluckimpfungen sehr segensreich ausgewirkt. Im Jahre 1963 wurden nur mehr 13 Kinderlähmungsfälle gemeldet. Im letzten Epidemiejahr 1960, vor den Schluckimpfungen, erkrankten allein 1182 Menschen. Diese günstige epidemiologische Lage gilt es aber noch weiterhin zu verbessern. Die bayerische Bevölkerung soll auch künftig von der Kinderlähmung verschont bleiben. Deswegen sollen alle nachgeborenen Kinder und noch nicht gegen den Typ I Geimpfte zu den Nachterminen für die Schluckimpfung 1 kommen.

Ich darf Sie, sehr geehrter Herr Präsident, nochmals bitten, die niedergelassenen Ärzte zur Mithilfe anzuregen.“

Fortfall der Diagnoseerpressung auf Behörden-Chinesisch

„Im Hinblick auf die Regelung in § 19 Abs. 2 Satz 1 der Urlaubsverordnung vom 24. 9. 1963 (GVBl. 109) wird die FME vom 9. 1. 1962 P 1121 — 35 974 aufgehoben.“

Diese schönen Worte voll schlichter Klarheit erhielt Herr Kollege Dr. Dehler (FDP) vom Finanzministerium als Antwort auf seine Frage nach dem Wortlaut der Entschließung, mit der die Bediensteten des bayerischen Staates endlich davon befreit wurden, im Falle einer Erkrankung den Arzt von seiner Schweigepflicht entbinden zu müssen.

Nach langen Bemühungen des Herrn Kollegen Dehler und mehrfachen Beratungen im Bayer. Landtag hatte sich das Finanzministerium am 25. 6. 1963 endlich entschlossen, einem auch vom Präsidenten der Bayer. Landesärztekammer wiederholt vorgetragenen Wunsch

zu entsprechen und die Diagnoseerpressung aufzuheben.

Die Herrn Kollegen Dehler übermittelte Antwort lautet ins Deutsche übersetzt:

Die Bediensteten des Bayer. Staates haben das gleiche Recht auf die Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht wie jeder andere Staatsbürger. Sie brauchen daher im Falle ihrer Erkrankung den Arzt nicht mehr von seiner Schweigepflicht zu entbinden.

Entwicklung des bayerischen Krankenhauswesens

Die Anfrage des Herrn Abgeordneten Faltermeier (SPD), die Entwicklung des bayerischen Krankenhauswesens betreffend, hat der bayer. Innenminister wie folgt beantwortet:

1. Von 1952 bis 1962 wurden insgesamt 294 Krankenhäuser neu eröffnet und 254 Krankenhäuser geschlossen. Bei den neu eröffneten Krankenhäusern überwiegen die leistungsfähigeren Neubauten. Aufgelassen wurden hauptsächlich kleine und medizinisch leistungsschwache Krankenhäuser.
2. Das Bettenangebot hat seit 1952 mehr zugenommen als die Bevölkerung. Wird den Verhältnissen des Jahres 1952 die Meßziffer 100 zugrunde gelegt, so hat sich die Meßziffer für die Betten in allen Krankenhäusern bis zum Jahre 1961 auf 124,4 erhöht; die Meßziffer für die Bevölkerung ist dagegen nur auf 103,6 gestiegen.
3. In Bayern trafen 1961 im Durchschnitt 7,4 Betten für Akutkranke und 3,8 Betten für Kranke in Sonderkrankenanstalten auf 1000 der Bevölkerung, das sind zusammen 11,2 Betten auf 1000 Einwohner.
4. Die Vergleichszahl für das Bundesgebiet beträgt 10,3 Betten auf 1000 Einwohner.

Schulen ohne Turnhalle

Die schriftliche Anfrage des Herrn Abgeordneten Mohrmann (SPD) betreffend Volksschulen ohne eigene Turnhallen hat der bayer. Kultusminister wie folgt beantwortet:

Über die Räume für den Turnunterricht an den öffentlichen Volks- und allgemeinen Sonderschulen liegt das in der Anlage beigefügte Zahlenmaterial vor, das dem Heft Nr. 150 der „Statistischen Berichte des Bayerischen Statistischen Landesamts“ vom 12. Juni 1963 entnommen ist. Es gibt die Verhältnisse nach dem Stand vom 1. Oktober 1962 wieder.

Aus dem vorliegenden Zahlenmaterial ist nicht ersichtlich, wieviel Prozent der Volksschulkinder auf

Jod-Vel®

3%, 6% u. 10% ★

percutane Jod-Anwendung

(Ungt. Lugol.)

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

„NEOS“-DONNER K.-G., 1 BERLIN 36

Schulen ohne Turnhallen entfallen. Das Bayerische Statistische Landesamt wurde gebeten, bei der Aufbereitung der Erhebung nach dem Stand vom 1. Oktober 1963 auch diese Zahlen festzustellen. Bis zum Vorliegen des genauen Ergebnisses kann die Anzahl der Schulkinder, für die weder eine Turnhalle noch ein

Gymnastikraum zur Verfügung steht, nur geschätzt werden. Legt man bei einer solchen Schätzung zugrunde, daß ein- bis vierteilige Schulen im allgemeinen über keine Turnhallen oder Gymnastikräume verfügen, so könnte daraus gefolgert werden, daß eine Schülerzahl von rund 40% in Betracht käme.

Räume für den Turnunterricht an den öffentlichen Volks- und allgemeinen Sonderschulen

| Regierungsbezirk | Schulturnhallen | Gymnastikräume | Schulen | | | | |
|----------------------|-----------------------|----------------|---|--|---|--------------------------------------|---|
| | | | denen eine Schulturnhalle zur Verfügung steht | denen keine Schulturnhalle zur Verfügung steht | die nur einen Sonder- oder Gymnastikraum für Leibesübungen benützen | die eine sonstige Turnhalle benützen | die keine Gelegenheit zum Turnunterricht in einer Halle oder einem Sonder- bzw. Gymnastikraum haben |
| | in der eigenen Schule | | | | | | |
| Oberbayern | 178 | 72 | 302 | 988 | 75 | 101 | 812 |
| Niederbayern | 33 | 31 | 70 | 836 | 62 | 67 | 707 |
| Oberpfalz | 32 | 51 | 77 | 758 | 86 | 45 | 627 |
| Oberfranken | 55 | 35 | 103 | 901 | 91 | 45 | 765 |
| Mittelfranken | 79 | 28 | 148 | 726 | 43 | 76 | 607 |
| Unterfranken | 40 | 43 | 79 | 992 | 74 | 108 | 810 |
| Schwaben | 80 | 25 | 136 | 980 | 42 | 119 | 819 |
| Bayern 1962/63 | 495 | 285 | 915 | 6181 | 473 | 561 | 5147 |
| davon München | 109 | 29 | 167 | 10 | 6 | 1 | 3 |
| Nürnberg | 44 | — | 82 | 17 | 3 | 3 | 11 |
| Augsburg | 31 | 1 | 47 | — | — | — | — |
| Regensburg | 8 | 3 | 24 | 14 | 6 | 4 | 4 |
| Würzburg | 11 | — | 23 | 4 | 3 | 1 | — |
| übr. kreisfr. Städte | 109 | 38 | 266 | 89 | 15 | 44 | 30 |
| Landkreise | 185 | 214 | 306 | 6047 | 440 | 508 | 5099 |
| Bayern 1961/62 | 478 | 219 | 858 | 6251 | 346 | 603 | 5302 |

1) z. B. vereinseigene

Feuilleton

Sollen Bücher Kranke heilen helfen?

Probleme der Patienten-Bibliotheken

Von Dr. Wolfgang G u b a l k e

Nun wurde auch die Psycho-Therapie durch Literatur in der Krankenbehandlung, das Buch als Medikament für Patienten entdeckt, allerdings erst im Ausland. In großen Patienten-Bibliotheken „fortschrittlicher“ Krankenhäuser haben die Bücher auf den Karteikarten sozusagen ihre „Indikation“: es gibt „sedative“, d. h. beruhigende, Krimis als „Schlafmittel“ und „tonisierende“ moderne Literatur, die an- bzw. aufregt, je nach Krankheitsfall. Das Charakterbild der „Biblio-Therapie“ schwankt indessen noch in der Medizingeschichte. Es wurde und wird allenthalben von Ärzten überwiegend skeptisch kritisiert.

Es gab noch vor Jahrzehnten viele Ärzte, die hielten gerade die Langeweile für besonders heilsam und schenkten deshalb einer Behandlung mit Krankenbett-Lektüre kaum Beachtung. Dann wuchs im Ersten Weltkrieg das Bedürfnis nach Lesestoff in zahllosen Lazaretten, indessen blieb er meist ein Geschenk des Zufalls, bald derart zerlesen, daß er schon aus hygienischen Gründen wenig geeignet schien. Seit die gesetzliche Krankenversicherung umfangreichere Krankenhausaufenthalte ermöglichte, suchte man sie unter sozialen Aspekten zwar nicht abzukürzen, aber „unter-

haltsam“ zu gestalten. Seit einiger Zeit bemühen sich auch in Deutschland Sozialreferenten und Leiter öffentlicher Büchereien, Patienten in Krankenhäusern mit Lektüre zu versehen, wie sich versteht, „guter“. Der Beruf des Krankenbibliothekars (belderlei Geschlechts) als Spezialaufgabe des Bücherwesens entstand und sucht sein „Berufsbild“ zu klären.

Wenn man bedenkt, daß ein ins Krankenhaus eingewiesener Mensch eben, weil er krank ist, ärztlicher Betreuung untersteht und Lektüre nicht ohne Einfluß auf seinen Zustand bleiben kann, erhebt sich für Ärzte und Bücherei-Betreuer die Frage: Können und sollen Bücher Kranke heilen helfen? Die Initiative zur Klärung des Problems ergriff in Deutschland der „Arbeitskreis Krankenhausbüchereien“ und die „Beratungsstelle für Krankenlektüre“ der Medizinischen- und Nerven-Klinik in Gießen, die schon mehrere Tagungen abgehalten hat. Man empfand sich offensichtlich als „Pionier im Neuland“. Einige Groß- und Kreisstädte haben Krankenhäuser mit Bibliotheken ausgestattet, die nach gewissen Erfahrungen zusammengestellt wurden. Jüngst schuf auch die Medizinische Akademie in Düsseldorf eine derartige Bibliothek, bei der es aber noch mit dem

Transport ans Krankenbett zu hapern scheint. Dies kann aber nicht verkennen lassen, daß der weitaus überwiegende Teil der Krankenanstalten „bibliotherapeutisch“ noch unversorgt ist, nicht nur aus technisch-finanziellen, sondern eben therapeutischen Gründen.

Will und kann der Kranke lesen?

Wie weit kann und will überhaupt der Kranke lesen, sofern er kann, ist die erste Frage. Immer wieder tauchen, vor allem in Leserschriften an die Presse, Beschwerden auf über die Unruhe im Massenbetrieb der großen Krankenhäuser, die je nach Gesundheitszustand und Veranlagung unterschiedlich empfunden wird. Radiogeräte „konkurrieren“ mit mitteilbaren und unterhaltungsbedürftigen Patienten, übrigens nicht nur in der III. Klasse. Schon um vier Uhr beginnt oft der Betrieb, und wenn dann im Verlauf des Tages die Voraussetzungen für eine Lektüre gegeben sind, fragt es sich, welchen Effekt sie haben kann.

Und schon stehen die Probleme auf: soll der Kranke durch Lektüre „die Mauer um sein Bett abbauen“, „zum gemeinsamen Gespräch und Lachen gebracht“ werden? Welcher therapeutischer Effekt entsteht für die Mitbewohner eines Zimmers in der „Steigerung des Kontaktbedürfnisses“, etwa durch einen herumgelesenen Zukunftsroman, „nach dem das ganze Zimmer aufhört, sich zu kratzen und zu jucken, um nur noch von Raketen zu sprechen“, wie es Pfarrer Dr. Euler einmal formulierte, ein bibliotherapeutischer Pionier in Gießen.

Meist sind die Bibliotheken so ausgestattet, daß nur ein kleiner Teil der Kranken mit Büchern versehen werden kann oder will. Denn oft wird für die Inanspruchnahme der Büchereien von den Bibliothekarinnen noch geworben. Kann der Andrang der „Leseratten“ im Hinblick auf die Mehrzahl der Nichtleser die Notwendigkeit einer Bibliothek beweisen, die ja doch einen finanziellen Aufwand erfordert? Eigentlich müßte jeder kranke Leser Ruhe im Zimmer beanspruchen können für ungestörte Lektüre, die, sofern sie die allgemeine Unterhaltung anregt, deplaziert erscheint. Hierzu gehören auch Störungen durch die von Patienten mitgebrachten Seh- und Hörfunkgeräte.

„Gezielte Therapie...“

Prof. Dr. Koch, jüngst noch an der Gießener Medizinischen Universitätsklinik und jetzt in Frankfurt tätig, faßte einmal zusammen: „Ärzte können Büchereien nicht organisieren, wohl aber Bedingungen der Krankheiten beurteilen. In schweren Fällen sei Lektüre nicht nur überflüssig, sondern auch gefährlich. Seine Frau habe z. B., in der Typhus-Rekonvaleszenz schon fast gesund, nach der Lektüre von „Stalingrad“ einen Schock und schweren Rückfall erlebt. Grundsätzlich seien in schweren Fällen die Patienten zunächst 3 bis 5 Tage völlig teilnahmslos, dann, etwa vom 7. bis zum 20. Tage, „enorm gereizt“. Vom 20. bis 30. Tag beruhigen sie sich wieder und reagieren vom 30. bis zum 60. gesund. Hiernach müsse sich die Lektüre richten. Bildbände seien oft physisch so schwer, daß sie der Patient nicht halten könne. In der ersten Woche erwachender Teilnahme scheinen Landschaften, Architektur, „aber bloß keine modernistische Kunst“, ferner Kurzgeschichten zur Lektüre geeignet, da man längere Romane „schwer unterbrechen“ könne. In den nächsten

zwei Wochen abnormer Reizbarkeit und Nelgung zur Identifizierung solle man Probleme und „Auseinandersetzungen mit anspruchsvoller Literatur“ vermeiden. In den Wochen der Rekonvaleszenz wäre „leichte naturwissenschaftliche Kost“, Sachbücher, die nicht anstrengen und Romane möglichst historischen Inhalts angebracht.

Prof. Dr. Herbert Begemann, München, vermochte sich in einer Entgegnung mit Kochs „Stadien“ nicht ganz einverstanden zu erklären, sah aber auch die Möglichkeit negativer Beeinflussung durch Bücher gegeben, „je tiefer ein Kunstwerk ins Echte trifft“. Begemann berichtete vom Fall einer Bäuerin, die durch einen Bergbauernroman, in dem ein Sohn den Tod erlitt, „schlaflose Nächte“ gehabt habe, da sie durch die Lektüre an den gleichen Tod ihres Sohnes erinnert worden sei. Mitunter werden Kranke, denen man bestimmte Bücher verweigert hatte, von Gallenkoliken befallen. Immerhin konzidiert Begemann: „Aber auch Lektüre kann zur Hilfe des Arztes werden, wenn sie gezielt ist.“ So gesehen, kann man Krankenbüchereien nützlich finden.

„Ablenkung“, aber wie?

Kaum bestritten wird, daß gerade unter therapeutischem Aspekt Lektüre einer Ablenkung dienen kann, und zwar vorwiegend bei Kranken, die zu Depressionen neigen. Hier gibt Pfarrer Euler aber zu bedenken, ob man mit „ablenkenden Büchern“ nicht doch nur „Gelonida“, d. h. Betäubungsmittel, verabreicht, die das Übel selbst kaum beeinflussen. Dennoch seien Kranke ohne Lektüre „nur noch Patienten, die sich treiben lassen“. Man solle weniger „primitive“ von „differenzierten“ Lesern unterscheiden, als „anspruchlos“ von „anspruchsvollen“ Büchern.

Was heißt aber „anspruchlos“ und „anspruchsvoll“ und welche Wirkung hat es? Krimis und Liebesromane lenken zwar ab, aber in eine „egozentrische Isolierung“, meint Euler. Man brauche vielmehr „Hinlenkung zu Vorbildern“, Biographien, „hellsamen Identifikationen“, bei denen „Kranke Kranke trösten“.

Am lebhaftesten umstritten hinsichtlich ihres therapeutischen Wertes sind indessen immer noch die Krimis, „Schund“heftchen und Illustrierten, die die Patienten meist selbst mitbringen oder sich von Besuchern bringen lassen. Von den Bücherei-Lettern oder Bibliothekarinnen werden sie offensichtlich als Konkurrenz empfunden, und zwar vom Standpunkt der „guten“ Literatur. Soll man aber mit Patienten über literarisches Niveau streiten? Es erscheint etwas unduldsam, wenn man von „erfahrenen“ Bücherei-Betreuern hört: „Die Leute kommen mit Heftchen und wollen kein Buch, wir aber wollen sie zum Buche bringen.“ Die Richtlinien der Krankenhausbüchereien des Internationalen Bibliothekar-Verbandes fordern, dem Patienten „Schundliteratur zu verweigern, selbst wenn sie von ihm gefordert wird“. Mit Genugtuung erklären immer Vertreterinnen des literarischen Niveaus, es sei ihnen gelungen, den Verkauf solcher Literatur im Krankenhausbereich verbieten zu lassen auf Grund des Rechts des Hausherrn.

Demgegenüber wird gerade vom therapeutischen Standpunkt aus geltend gemacht, daß mitgebrachte und selbstgekaupte Heftchen und Literatur, abgesehen davon, daß sie die Verwaltung bzw. den Steuerzahler

nichts kosten, dem Patienten doch gefallen und „heilend wirken müssen“. Gerade ein literarisch „gutes“ Buch könne zu therapeutisch fragwürdigen Auseinandersetzungen führen. Es wird immer wieder beobachtet, daß „gebildete“ Patienten mit „guten“ Büchern, „die sie schon lange mal lesen wollten“, wohl versehen, als bald beginnen, „Mord und Totschlag unter der Bettdecke zu lesen“.

Der Krimi gilt zwar als wichtiges „Medikament“, doch richtet sich seine Wirkung ganz nach der Zusammensetzung bzw. „Deklaration“. Euler meinte einmal, es gehöre zur „Barmherzigkeit“, einen Kranken mit einem Krimi über seine Beschwerden hinwegzubringen. Ein großer Krimi-Verlag tritt zwar für „Sauberkeit“ und „Anständigkeit“ der verwendeten Stoffe ein, ohne sie aber zu definieren. Sie sollen auch „harmlos“ sein. Können sie aber dann noch wirken? Wächst die Harmlosigkeit mit der Zahl der Opfer? Sind aufregende Krimis zulässig, wenn vom Arzt Sedativa verordnet werden? Therapeutisch am wertvollsten scheinen jene Krimis zu sein, die ein Schlafmittel ersetzen können. In der II. Klasse kann man übrigens meist so lange lesen, wie man will. Darin liegt nicht nur eine Chance, sondern auch ein Risiko.

Um „Nebenwirkungen“ von „Biblio-Arzneien“ zu reduzieren, ist in manchen Krankenhäusern der Buchaustausch unter Patienten verboten, was auch die „Anregung gemeinsamer Gespräche und des Lachens“ hindert. Hier und dort werden die Wagen mit einer Bücherauswahl an die Betten gefahren, die allgemein auf den Fluren verkehren. Die Bücher sind je nach der Abteilung einigermaßen therapeutisch gesondert. Chirurgische Fälle können sozusagen „alles lesen“, meist auch internistische. Die psychiatrisch-neurologischen verlangen eine besondere „Bestückung“: möglichst keine „blutigen“ Stoffe (die in der chirurgischen Abteilung noch tragbar scheinen). Im übrigen bevorzugen Frauen Gesellschaftsromane, Männer Abenteuer „und alte Leute veraltete Lektüre“. Unter den Bildbänden ist meist impressionistische Malerei gefragt, kaum aber modernistische. Zeitgeschichte findet wachsendes Interesse, doch ist der therapeutische Wert von SS- und KZ-Greuel umstritten. In einer der größten westdeutschen Krankenhäuser, der Münchener, die für 9 Krankenhäuser mit insgesamt 5000 Betten 16 000 Bände zur Verfügung stellt, wurden im vergangenen Jahr je Bett 2,4 Bände ausgeliehen.

Vorbildung bei wem?

Sollen nun die Ärzte biblio-therapeutisch oder die Bibliothekare ärztlich vorgebildet werden, ist die Frage. Zu den bisher angeregten Vorlesungen über Krankenhausbüchereien für Ärzte erklärten diese nahezu einstimmig, diese „nicht verkraften“ zu können. Auch die Bibliothekare des internationalen Verbandes, die

nach zunächst beschlossenen „Allgemeinen Anweisungen“ „gewisse medizinisch-psychologische Kenntnisse“ besitzen sollten, verzichteten in einer „Neufassung“ auf sie. Doch sei die Zusammenarbeit mit den Ärzten „wünschenswert“. Nach den Richtlinien des Internationalen Bibliothekar-Verbandes sollen Krankenhausbibliotheken als „fachliche Einrichtungen, wie eine Röntgenanlage“ gelten und Büchereileiter auch „Kontakt mit abstoßenden Krankheitsfällen aufnehmen“.

Anschrift des Verfassers: Dr. Wolfgang Gubalke, 8 München 23, Martiusstraße 2.

AMTLICHES

Vergütung der nicht vollbeschäftigten Ärzte der staatlichen Gesundheitsämter

Die Stundenvergütung der nicht vollbeschäftigten Ärzte der staatlichen Gesundheitsämter wurde nach Verhandlungen mit dem Staatsministerium der Finanzen mit Wirkung vom 1. 1. 1964 für die ersten 25 Arbeitsstunden im Kalendermonat auf 13,50 DM (bisher 11 DM) und für jede weitere Stunde auf 12 DM (bisher 9,50 DM) neu festgesetzt. Nicht vollbeschäftigte Ärzte, die im Hauptamt als Beamte oder Angestellte im nicht-staatlichen öffentlichen Dienst stehen oder Ruhestandsbeamte sind, erhalten vom gleichen Zeitpunkt an eine Stundenvergütung von 10 DM (bisher 8,50 DM) und 8 DM (bisher 7 DM). Mit einer weiteren Erhöhung der Vergütungssätze ab 1. 1. 1965 kann voraussichtlich gerechnet werden.

Prüfungsordnung für Röntgenhelferinnen

(laut Beschluß der Bayer. Landesärztekammer vom 1. Februar 1964)

§ 1

(Zulassung)

Über die Zulassung zur Prüfung entscheidet der Kursleiter im Einvernehmen mit den Lehrkräften.

§ 2

(Prüfungsausschuß)

Der Prüfungsausschuß besteht aus dem Vorsitzenden, dem Kursleiter sowie mindestens drei weiteren Lehrkräften.

§ 3

(Prüfung)

Die Prüfung besteht aus zwei Teilen.

Im praktischen Teil hat der Prüfling mindestens ausreichende Kenntnisse in der Lagerungs- und Aufnahmetechnik sowie im Strahlenschutz nachzuweisen.

Im theoretischen Teil hat der Prüfling Fragen aus

Jacosulfon ist die heilende Hand des Arztes

Εὐρηκα



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 über-

schießenden 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)

allen Gebieten des Lehrstoffes schriftlich und mündlich zu beantworten.

§ 4

(Feststellung des Ergebnisses)

Die Prüfung gilt als bestanden, wenn in beiden Prüfungsteilen unter Berücksichtigung der Zielsetzung der Kurse mindestens ausreichende Kenntnisse nachgewiesen werden.

Wer im praktischen Teil versagt, hat die Prüfung nicht bestanden. Der Prüfungsausschuß entscheidet mit Stimmenmehrheit; bei Stimmengleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden.

§ 5

(Wiederholung)

Eine Wiederholung der Prüfung ist erst nach nochmaliger Teilnahme an einem Kurs möglich.

§ 6

(Prüfungszeugnis)

Über die bestandene Prüfung wird ein Zeugnis nach dem Muster der Anlage ausgestellt.

Anlage

BAYERISCHE LANDESÄRZTEKAMMER
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Zeugnis

Hiermit wird bestätigt, daß

geboren am in

an einem von der Bayerischen Landesärztekammer mit Zustimmung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern (ME III 8 — 5370/58 — 2/63 vom 16. Oktober 1963) durchgeführten Kurs für ungeprüfte Röntgenhelferinnen teilgenommen und die abschließende Prüfung am

bestanden

hat,

München, den

Der Vorsitzende
des Prüfungsausschusses

Der Präsident

Die Prüfungsergebnisse werden nicht benotet.

GESETZES- UND RECHTSFRAGEN

Vertragsbruch eines Praxisvertreters ist Standeswidrigkeit

Urteil des Berufsgerichts für die Heilberufe beim
Oberlandesgericht Nürnberg vom 6. 11. 1963, AZ BG —
A 3/63; rechtskräftig.

Sachverhalt:

Der erkrankte Facharzt Dr. Z. in A. hatte mit Dr. X. vereinbart, daß dieser ihn vom 29. 10. 1962 bis 22. 12. 1962 vertreten solle. Dr. X. nahm seine Tätigkeit auch auf. Am 25. 11. 1962 erklärte er dem Dr. Z., daß er telegraphisch zu seiner erkrankten Mutter gerufen worden sei und sie besuchen wolle; dabei wolle er zunächst zu sich nach Hause fahren. Von dieser Reise kehrte Dr. X. nicht mehr zur Vertretung in die Praxis des Dr. Z. zurück. Er entschuldigte sein Fernbleiben gegenüber Dr. Z. später damit, daß er erkrankt sei.

Das Berufsgericht sprach gegen Dr. X. einen Verweis aus und erkannte außerdem auf eine Geldbuße von DM 800.—; weiterhin wurden dem Beschuldigten die Kosten und Auslagen des Verfahrens auferlegt.

Aus den Gründen:

Das Berufsgericht ist auf Grund der Hauptverhandlung davon überzeugt, daß der Beschuldigte von Anfang an die Absicht hatte, nicht mehr nach A. zurückzukehren. Diese Überzeugung schöpft das Berufsgericht aus den Aussagen der beiden Zeugen Dr. Z. und Dr. Y. Aus diesen Aussagen ergibt sich, daß der Beschuldigte nach seiner eigenen Ankündigung nicht sogleich nach B. fuhr, wo sich seine Mutter befand, sondern nach C. Es ergibt sich ferner daraus, daß der Beschuldigte bis auf einen ganz geringen Teil seine gesamte Habe mitnahm und daß er schon bei seiner Abreise offen ließ, wann er wieder zurückkommen werde.

Der Beschuldigte hat sich durch sein Verhalten einer Verletzung der ihm als Arzt obliegenden Pflichten schuldig gemacht. Der Beschuldigte hatte sich verpflichtet, den Zeugen Dr. Z. bis zum 22. 12. 1962 zu vertreten. Diese vertraglich übernommene Pflicht hat der Beschuldigte verletzt, indem er am 25. 11. 1962 A. verließ und nicht mehr dorthin zurückkehrte. Wenn, wie der Beschuldigte vorbringt, seine Mutter in B. erkrankt war, so hätte für den Beschuldigten eine kurze Reise nach B. genügt, um sich über ihren Zustand zu unterrichten. Der Beschuldigte hätte spätestens am nächsten Tag wieder in A. zurück sein können. Es war durch nichts begründet, daß der Beschuldigte zuerst nach C. zu seiner Familie fuhr. Wenn der Beschuldigte, wie er angibt, warme Kleidung benötigte, so hätte er sich diese schicken lassen können.

Der Beschuldigte hat durch sein Verhalten in doppelter Weise gegen seine beruflichen Pflichten verstoßen. Nach § 2 Abs. 1 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns ist jeder Arzt verpflichtet, seinen Beruf gewissenhaft auszuüben. Dazu gehört auch, daß ein Arzt die ihm anvertrauten Patienten nicht ohne zureichenden Grund im Stich läßt. Das aber tat der Beschuldigte, als er trotz dem Umstand, daß der Zeuge Dr. Z. krank zu Bett lag, am 25. 11. 1962 ohne Grund dessen Vertretung beendete und die Patienten einem ungewissen Schicksal überließ. Auch der Vertreter eines Arztes ist verpflichtet, für die von ihm in dieser Eigenschaft behandelten Patienten mit aller Sorgfalt zu sorgen. Der Beschuldigte mißachtete diese Pflicht, indem er diese Patienten am 25. 11. 1962 verließ, ohne für ihre ordnungsgemäße weitere Betreuung gesorgt zu haben. Die vornehmste Aufgabe jedes Arztes ist der Dienst an der Gesundheit der ihm anvertrauten kranken Menschen. Dieser Aufgabe wurde der Beschuldigte nicht gerecht. Der Beschuldigte wußte, daß die weitere ärztliche Versorgung seiner Patienten nicht gewährleistet war, da Dr. Z. selbst erkrankt war

und sich nicht um seine Praxis kümmern konnte. Zudem hat der Beschuldigte den Zeugen Dr. Z. entgegen seiner wirklichen Absicht in den Glauben versetzt, daß er in absehbarer Zeit wieder zurückkehren werde. Dr. Z. konnte sich daher auch nicht sofort um einen anderen Vertreter bemühen, da er damit rechnen mußte, daß der Beschuldigte wieder zurückkehren und die Vertretung fortsetzen werde. Außerdem wußte der Beschuldigte auch, daß es für den Zeugen Dr. Z. schwierig war, von einem Tag zum anderen Tag einen Vertreter für seine Praxis zu bekommen.

Der Beschuldigte bat ferner gegen § 12 Abs. 1 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns verstoßen. Nach dieser Vorschrift hat jeder Arzt seinen Kollegen durch rücksichtsvolles Verhalten Achtung zu erweisen. Dazu gehört auch, daß ein Arzt nicht ohne wirklich zwingenden Grund einen mit einem anderen Arzte geschlossenen Vertrag bricht. Dies gilt vor allem dann, wenn es sich dabei um die Vertretung eines Arztes handelt, der wie im vorliegenden Falle durch Krankheit daran gehindert ist, seine Praxis selbst auszuüben. Dadurch, daß der Beschuldigte die Vertretung des Zeugen Dr. Z. plötzlich und ohne zureichenden Grund beendete, brachte er diesen in erhebliche Schwierigkeiten. Es war für Dr. Z. nicht nur schwierig, einen anderen Vertreter zu finden. Es liegt auch auf der Hand, daß eine ärztliche Praxis, zumal wenn sie wie im vorliegenden Falle auch mit Operationen und stationärer Behandlung verbunden ist, erheblich darunter leidet, wenn für die Patienten ganz plötzlich jede weitere ärztliche Versorgung unterbleibt.

Das Verhalten des Beschuldigten gegenüber dem Zeugen Dr. Z. war nicht, wie es § 12 Abs. 1 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns fordert, rücksichtsvoll, sondern rücksichtslos.

.....

Das Berufsgeschicht spricht gegen den Beschuldigten einen Verweis aus und bringt damit zum Ausdruck, daß sein Verhalten eines Arztes unwürdig war. Angesichts der Schwere der von dem Beschuldigten begangenen Verletzung seiner Berufspflichten ist daneben auch noch die Verhängung einer Geldbuße geboten. Bei der Entscheidung über die Höhe dieser Geldbuße hat das Berufsgeschicht beachtet, daß der Beschuldigte schon einmal vom Berufsgeschicht verurteilt werden mußte, weil er die von ihm eingegangene Verpflichtung, einen anderen Arzt zu vertreten, nicht einhielt.

Es ist daher geboten, die Geldbuße so hoch zu bemessen, daß dem Beschuldigten klar wird, daß es zu seinen ärztlichen Pflichten gehört, daß er die von ihm übernommenen Vertretungen anderer Ärzte gewissenhaft und ordnungsgemäß wahrnimmt und daß er sich nicht ungesühnt nach Belieben von diesen Verträgen lösen kann. Das Berufsgeschicht setzt die Buße auf 800 DM fest in der Erwartung, daß durch diese Maß-

nahme neben dem ausgesprochenen Verweis der Beschuldigte veranlaßt wird, sich in Zukunft so zu verhalten, wie es sich für einen Arzt geziemt, und daß er auch dann, wenn er andere Ärzte vertritt, seine dabel übernommenen Pflichten gegenüber dem vertretenen Kollegen und gegenüber den Patienten gewissenhaft und mit aller Sorgfalt erfüllt ...

(Vergl. auch das Urteil des Berufsgeschichts f. d. Heilberufe b. OLG Nürnberg im Bayer. ÄBl. 1962/646.)

RA Pöllinger, München

Hypothek - Grundschuld - Rentenschuld - Reallast

Was man über Kapitalaufnahme durch Grundstücksbelastung wissen muß

Die Hypothek

(C) Als Hauptform für eine pfandrechtliche Belastung von Grundstücken kommt die Hypothek in Frage. Die Hypothek ist auf Zahlung eines Kapitals gerichtet. Sie ist eine Grundstücksbelastung in der Weise, daß dem Berechtigten (Hypothekengläubiger) wegen einer ihm zustehenden oder erst künftig entstehenden Forderung ein bestimmter Geldbetrag aus dem Grundstück zu zahlen ist. Das Grundstück haftet dergestalt, daß der Eigentümer (Hypothekenschuldner) die Befriedigung des Hypothekengläubigers aus dem verhafteten Grundstück wegen der eingetragenen Forderung zu dulden hat.

Der Hypothek liegt eine persönliche Forderung zugrunde. Außer dem Grundstück mit Zubehör, den Miet- und Pachtzinsforderungen haftet dem Hypothekengläubiger wegen seiner Ansprüche derjenige, der die Hypothekenschuld aufgenommen hat, bzw. derjenige, der diese Schuld übernommen hat, mit seinem gesamten sonstigen persönlichen Vermögen. Darin besteht der wichtige Unterschied zwischen Hypothek und Grundschuld, da für die Grundschuld nur das Grundstück haftet und eine persönliche Haftung ausgeschlossen ist. Der Vertrag, durch den sich jemand zur Bestellung einer Hypothek verpflichtet, das Grundstück, bedarf keiner Form. Die Entstehung der Hypothek ist jedoch abhängig von dem dinglichen Vertrag, d. h. der Einigung der Parteien und Eintragung im Grundbuch. Das belastete Grundstück haftet für das eingetragene Kapital und die eingetragenen bzw. gesetzlichen Zinsen. Außerdem für die Kosten der Kündigung, der Klage und der Zwangsvollstreckung.

Welche Gegenstände haften für die Hypothek?

Außer dem Grundstück haften für den Anspruch des Hypothekengläubigers die Erzeugnisse, Bestandteile und das Zubehör des Grundstücks, soweit es in das Eigentum des Grundstückseigentümers gelangt ist.

Da durch die hypothekarische Belastung die ordnungsmäßige Bewirtschaftung des Grundstücks nicht unmöglich gemacht werden darf, können die Erzeug-

INSPIROL

freie
Atemwege



nisse, Bestandteile und Zubehörstücke von ihrer Haftung befreit werden. Sie werden von der Haftung frei, wenn sie veräußert und von dem Grundstück innerhalb der Grenzen einer ordnungsmäßigen Wirtschaft entfernt werden. Wenn jedoch eine Beschlagnahme durch den Hypothekengläubiger erfolgt ist, darf eine Entfernung zum Nachteil des Gläubigers nicht mehr erfolgen.

Die Briefhypothek

Über die eingetragene Hypothek wird im allgemeinen ein Hypothekenbrief erteilt. Der Brief muß enthalten die Bezeichnung als Hypothekenbrief, den Geldbetrag der Hypothek, das belastete Grundstück, Unterschrift und Siegel. Er soll überdies enthalten die Bezeichnung des Eigentümers, die der Hypothek im Range vorgehenden oder gleichstehenden Rechte. Der Hypothekenbrief ist nicht nur Beweismittel, sondern eine Art Wertpapier. Der Gläubiger einer Briefhypothek erwirbt diese noch nicht mit der Eintragung der Eintragung, sondern erst mit der Übergabe des Briefes seitens des Eigentümers. Bis zur Übergabe steht die Hypothek dem Eigentümer zu. Mit Rücksicht hierauf darf das Grundbuchamt den Hypothekenbrief nur mit Einwilligung des Hypothekenschuldners dem Gläubiger aushändigen.

Die Buchhypothek

Die Erteilung des Briefes kann ausgeschlossen werden. Hierzu bedarf es der Einigung des Gläubigers und des Eigentümers und der Eintragung im Grundbuch. Die Grundlage für die Buchhypothek ist allein das Grundbuch. Ist die Hypothek in das Grundbuch eingetragen, bevor der Eigentümer die Gegenleistung empfangen hat, so besteht für den Eigentümer eine Verlustgefahr. Der eingetragene Gläubiger hat nämlich die Möglichkeit, über die Hypothek zu verfügen, er kann einen gutgläubigen Erwerber zum rechtmäßigen Gläubiger machen. Um dies zu verhindern, gewährt das Gesetz ein Schutzmittel durch Eintragung eines Widerspruchs für den Fall, daß der Gläubiger eingetragen wurde, bevor er die Gegenleistung entrichtete.

Teilweise Befriedigung des Hypothekengläubigers

Bei teilweiser Rückzahlung der Hypothekenschuld tritt eine Teilung der Hypothek ein. Wenn eine Briefhypothek geteilt wird, so können Teilhypothekenbriefe hergestellt werden. Auch ohne Herstellung eines Teilhypothekenbriefes ist die Abtretung eines Teiles einer Briefhypothek möglich. Es bedarf dann entweder der Übergabe des Stammbriefes oder der Einräumung des Mitbesitzes an diesem. Wenn der Schuldner dem Hypothekengläubiger den vollen Betrag seiner Forderung zurückzahlt, so geht die Hypothek als sogenannte Eigentümerhypothek auf den Schuldner über. Nachdem der Gläubiger weggefallen ist, erwirbt der Grundeigentümer die Hypothek als ein ihm selbst an seinem Grundstück zustehendes Recht, das er auf verschiedene Weise wieder verwerten kann. Wird die Forderung nur teilweise zurückgezahlt, so entsteht eine Eigentümerhypothek nur in Höhe des zurückgezahlten Betrages. Diese Eigentümerhypothek hat nicht den gleichen Rang wie die Resthypothek des Hypothekengläubigers, sondern die Resthypothek behält den Rang vor der Eigentümerhypothek, damit der Gläubiger nicht benachteiligt wird. Hat der Hypothekengläubiger nach einer Teilrückzahlung über diese Zahlung dem

Schuldner eine sogenannte löschungsfähige Quittung erteilt, so kann der Schuldner eine entsprechende Änderung im Grundbuch herbeiführen und die zur Eigentümerhypothek gewordene Teilhypothek auf seinen Namen umschreiben lassen.

Die Grundschild

Die Grundschild ist eine Grundstücksbelastung des Inhalts, daß an den, zu dessen Gunsten die Belastung erfolgt, eine bestimmte Geldsumme aus dem Grundstück zu zahlen ist. Während die Hypothek „zur Befriedigung wegen einer dem Gläubiger zustehenden Forderung“ bestellt wird, ist die Grundschild von einer Forderung nicht abhängig, wenn sie auch häufig ebenso wie die Hypothek zur Sicherheit einer Forderung eingetragen wird. Trotzdem bleibt die Grundschild von der Forderung völlig unabhängig. Auch ihr Fortbestehen wird nicht berührt von dem persönlichen Rechtsverhältnis, auf dem die Bestellung der Grundschild beruht. Für die Grundschild haften wie bei der Hypothek die Erzeugnisse, Bestandteile und das Zubehör der Grundstücke, Miet- und Pachtzinsforderungen sowie Forderungen an Versicherungsgesellschaften. Die Grundschild kann sowohl als Brief- wie als Buchgrundschild eingetragen werden. Der Grundschildbrief erleichtert den Erwerb und Übergang der Grundschild und ist zur Geltendmachung der Grundschild erforderlich. Wenn der Eigentümer den Gläubiger befriedigt, so geht die Grundschild als Eigentümergrundschild auf ihn über.

Die Rentenschuld

Die Rentenschuld ist eine besondere Art der Grundschild. Anstelle eines bestimmten Kapitals ist bei der Rentenschuld eine bestimmte Geldsumme, Geldrente genannt, in regelmäßig wiederkehrenden Terminen aus dem Grundstück zu zahlen.

Die Reallast

Eine Reallast ist die Belastung eines Grundstücks in der Weise, daß an den Berechtigten wiederkehrende Leistungen aus dem Grundstück zu entrichten sind. Nicht erforderlich ist dagegen, daß diese Leistungen regelmäßig wiederkehren.

Welche Bücher und Geschäftspapiere können nach Ablauf des Jahres 1963 vernichtet werden?

Aus den handelsrechtlichen und steuerrechtlichen Vorschriften über die Aufbewahrungsfristen von Büchern, Aufzeichnungen, Geschäftspapieren, Belegen usw. ergibt sich für die Bücher, Inventare und Bilanzen eine zehnjährige und für die weiteren aufbewahrungspflichtigen Unterlagen eine siebenjährige Aufbewahrungspflicht.

Mit Ablauf des Kalenderjahres 1963 können daher die folgenden Unterlagen vernichtet werden:

1. Geschäftsbücher, deren letzte Eintragung vor dem 1. Januar 1954 erfolgt ist;
2. Inventare, Bilanzen und Verlust- und Gewinnrechnung, die vor dem 1. Januar 1954 aufgestellt wurden;
3. sonstige Aufzeichnungen, deren letzte Eintragung vor dem 1. Januar 1957 erfolgt ist;
4. empfangene Handelsbriefe, die vor dem 1. Januar 1957 eingegangen und Abschriften der abgesandten

Handelsbriefe, die vor dem 1. Januar 1957 abgesandt worden sind;

5. Rechnungen, Qultungen, Belege, Registrierkassenstreifen, Kassenzettel, Lieferscheine, Frachtbriefe und ähnliche Unterlagen, wenn sie vor dem 1. Januar 1957 ausgestellt worden sind.

Als Bücher, die zehn Jahre lang aufzubewahren sind, gelten alle Bücher, die Bestandteil einer ordnungsmäßigen Buchführung sind, ohne Rücksicht darauf, ob sie als Buch oder in Loseblattform (Kartei) geführt werden. Es gehören aber auch die Bücher dazu, deren Führung für steuerliche Zwecke besonders vorgeschrieben ist (z. B. Wareneingangsbuch, Warenausgangsbuch) und Bücher, die nach anderen gesetzlichen Vorschriften geführt werden müssen und die für die Besteuerung von Bedeutung sind (z. B. Weinbuch, Vieheinkaufsbuch, Aktienbuch u. ä.). Soweit in einzelnen Steuergesetzen für bestimmte Unterlagen kürzere Aufbewahrungsfristen als sieben Jahre enthalten sind, gelten die kürzeren Fristen.

Unabhängig von der Möglichkeit, Bücher und sonstige Unterlagen vernichten zu können, ist es jedoch zweckmäßig, alles was für ein noch nicht abgeschlossenes Verfahren (z. B. steuerliches Rechtsmittelverfahren, Betriebsprüfung u. ä.) Bedeutung haben kann, bis zum rechtskräftigen Abschluß des Verfahrens aufzubewahren.

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

Wert der Sachbezüge in der Sozialversicherung für 1964

Für Zwecke der Sozialversicherung hat die Bayerische Staatsregierung mit Verordnung vom 10. Dezember 1963 die Werte der Sachbezüge für das Kalenderjahr 1964 festgesetzt. Diese Bewertung ist auch bei der Durchführung der verschiedensten Gesetze von Bedeutung.

Die Stadt- und Landkreise wurden in zwei Bewertungsgruppen eingeteilt, und zwar

Bewertungsgruppe I mit den Städten: Aschaffenburg,

Augsburg, Bad Kissingen, Bad Reichenhall, Erlangen, Fürth, Ingolstadt, München, Neu-Ulm, Nürnberg, Regensburg, Schweinfurt, Würzburg und einigen daran angrenzenden kreisangehörigen Gemeinden;

Bewertungsgruppe II mit allen übrigen Gemeinden;

Der Wert der vollen freien Station (einschließlich Wohnung, Heizung und Beleuchtung) beträgt

| bel: | in Bewertungsgruppe | |
|--|---------------------|---------------|
| | I mtl. DM | II mtl. DM |
| a) jugendlichen Arbeitnehmern und Lehrlingen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr | 114,— | 102,— |
| b) Angestellten mit Diensten höherer Art (z. B. Ärzte, Apotheker usw.) und für alle Angestellten, die nur wegen Überschreitung der Jahresarbeitsverdienstgrenze der Angestelltenversicherungspflicht nicht unterliegen | 159,— | 135,— |
| c) für alle übrigen Arbeitnehmer | 126,— | 114,— |

Bei nur teilweiser Gewährung von freier Station sind von diesen Sätzen anzusetzen für

| | |
|--|-------------------|
| Wohnung (ohne Heizung und Beleuchtung) | $\frac{3}{20}$ |
| Heizung und Beleuchtung | $\frac{1}{20}$ |
| 1. und 2. Frühstück | je $\frac{1}{10}$ |
| Mittagessen | $\frac{3}{10}$ |
| Nachmittagskaffe | $\frac{1}{10}$ |
| Abendessen | $\frac{2}{10}$ |

Diese neue Bewertung der Sachbezüge ist ab 1. Januar 1964 anzuwenden. -alpe-

STEUERFRAGEN

Nichtabführung von Sozialversicherungsbeiträgen durch den Arbeitgeber

Ein Arbeitgeber (Beklagter) hatte gegen die Verpflichtung, Sozialversicherungsbeiträge für den Kläger abzuführen, schuldhaft verstoßen. Ein Arbeitgeber muß wissen, daß er verpflichtet ist, für seine Beschäftigten Beiträge abzuführen. In Zweifelsfällen hat er sich bei der Einzugsstelle des Gesamtsozialversicherungsbeitrages oder bei den einzelnen Versicherungsträgern oder bei dem Versicherungsamt zu erkundigen, ob Versicherungspflicht besteht.

Da der Beklagte sich zu Beginn der Beschäftigung des Klägers nicht bei einer dieser Stellen wegen der Versicherungspflicht erkundigt hatte, haftet er dem Kläger auf Schadensersatz für die entgangene Rente, weil er pflichtwidrig und schuldhaft zu wenig Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung abgeführt hatte. Ein schuldhafter Verstoß gegen die als Schutzgesetz anzusehenden Sozialversicherungsbestimmungen über

Beitragsentrichtung verpflichtet den Arbeitgeber sowohl nach § 823 Abs. 2. BGB als auch unter dem Gesichtspunkt einer Verletzung des Arbeitsvertrages zum Schadensersatz (Urteil des Bundesarbeitsgerichts vom 12. 7. 1963 — 1 AZR 514/61).

Die Ausübung der Praxis im Einfamilienhaus: Dadurch keine Beeinträchtigung der Eigenart als Einfamilienhaus

Ein praktischer Arzt übte seine Arztpraxis mit getrenntem Eingang für die Praxis im Einfamilienhaus aus. Er wünschte die Bewertung seines Hauses als gemischtgenutztes Grundstück. Sein Antrag wurde vom Finanzgericht Düsseldorf, Kammern in Köln, im rechtskräftigen Urteil vom 28. 2. 1963 (VI 43/61 Bew.) abgewiesen.

Aus den Entscheidungsgründen:

Als Einfamilienhaus gelten solche Wohngrundstücke, die nach ihrer baulichen Gestaltung nicht mehr als

eine Wohnung enthalten, und zwar auch dann, wenn sie teilweise unmittelbar eigenen oder fremden gewerblichen und öffentlichen Zwecken dienen und dadurch die Eigenart als Einfamilienhaus nach der Verkehrsauffassung nicht wesentlich beeinträchtigt wird. Die Entscheidung der Frage, ob die teilweise gewerbliche (freiberufliche) Nutzung eines Grundstücks diesem nach der Verkehrsauffassung die Eigenart als Einfamilienhaus nimmt, hängt von dem Ausmaß dieser Nutzung ab. Dient ein Grundstück überwiegend Wohnzwecken, so ist grundsätzlich davon auszugehen, daß die Eigenart als Einfamilienhaus nicht wesentlich beeinträchtigt wird. Auch Wohnhäuser mit Verkaufs- oder Werkstatträumen, in denen Kaufleute oder Handwerker ihren Gewerbebetrieb ausüben, werden in der Regel als Einfamilienhäuser angesehen, wenn die Nutzung zu Wohnzwecken überwiegt. Erst recht kann dann aber ein Haus, in dem ein freiberuflich tätiger Arzt (bzw. Rechtsanwalt, Wirtschaftsprüfer usw.) einige Räume als Praxis benutzt, hierdurch seine Eigenschaft als Einfamilienhaus nicht verlieren.

Beiträge des Arztes zu einer allgemeinen Unfallversicherung: In der Regel Sonderausgaben

Prämienzahlungen für eine allgemeine Unfallversicherung zu eigenen Gunsten stellen im allgemeinen Sonderausgaben dar, soweit es sich nicht um Werbungskosten oder Betriebsausgaben handelt. Die Prämienzahlungen können nur dann Betriebsausgaben bilden, wenn der Versicherungsvertrag als solcher Betriebsvermögen darstellt (notwendiges oder gewillkürtes Betriebsvermögen). Notwendiges Betriebsvermögen wird nur dann gegeben sein, wenn es sich um einen Betrieb handelt, bei dem in erheblichem Umfang mit Betriebsunfällen gerechnet werden muß und die Betriebsunfälle die Veranlassung zu dem Abschluß der Versicherung waren, wie dies auf Personen mit besonders gefahrerhöhender Tätigkeit zutrifft. Ist die spezifisch betriebliche Unfallgefahr des Betriebs dagegen sehr gering und im Rahmen der Beurteilung der Gesamtgefährdung des Versicherten ohne beachtliche Bedeutung, so liegt notwendiges Privatvermögen vor. Werden in diesem Fall Versicherungsleistungen zu Lasten des Betriebs gezahlt, so handelt es sich um Privatentnahmen, die bei Ermittlung des Betriebsergebnisses auszuschneiden sind.

Bei der Tätigkeit eines praktischen Arztes kann nicht von einer besonders gefahrerhöhenden Art im oben angeführten Sinne die Rede sein. Hierfür würde nicht einmal der Umstand sprechen, daß der Arzt in gewissem Umfang auch aus beruflichen Gründen mit seinem Pkw am Straßenverkehr teilnimmt und damit den sich hieraus ergebenden Risiken unterliegt. Diesen Gefahren unterliegt jeder Kraftfahrer, gleich ob er mehr oder weniger beruflich oder privat an ihm teilnimmt. Die Prämienzahlungen können im Hinblick auf dieses Risiko steuerlich nicht unterschiedlich behandelt werden, etwa danach, ob ein Steuerpflichtiger das Kraftfahrzeug als Arzt für seine Patientenbesuche, als Arbeitnehmer für seine Fahrten zwischen Wohnung und Arbeitsstätte oder für Privatfahrten benutzt (Urteil des Bundesfinanzhofs vom 16. 5. 1963 — IV 75/60 U).

Sparen und Anlegen

Wissen, was die Analysten tun...

Im letzten Beitrag dieser Reihe haben wir gehört, daß unsere Banken begonnen haben, Aktien-Analyse-Büros einzurichten, und daß sie im Rahmen ihres Kundendienstes über die (oder einige) Ergebnisse der Arbeit dieser Stellen berichten. Das Gebiet der Aktien-Analyse ist dem amerikanischen Geldanleger schon seit langem vertraut. In den USA wird der Wertpapierverkehr zwischen den Sparern und der Börse nicht durch die Banken abgewickelt, sondern durch besondere Unternehmungen („Makler“-Broker), die ausschließlich im Wertpapierhandel tätig sind. Diese Spezialisierung legte es nahe, das Arbeitsfeld „Aktie“ geistig ganz anders zu durchdringen als es bei uns und auf dem Kontinent überhaupt der Fall ist bzw. war. Hinzu kommt, daß das amerikanische Wertpapierrecht den Ausweis der wirklich erzielten Gewinne verlangt, wenn es sich um Gesellschaften handelt, deren Aktien an einer Börse amtlich notiert werden. Die US-Aktien-Analysiker haben für ihre Arbeit also einen bedeutend besser geeigneten Rohstoff als die Aktienhändler etwa in Deutschland, wo die Verschleierung des wirklichen Gewinns immer noch als höchste Bilanzierungskunst gilt.

Gleichwohl sind unsere Banken seit einigen Jahren dabei, amerikanische Methoden der Aktienbewertung im Rahmen des Möglichen zu übernehmen. Dazu hat der verstärkte geschäftliche Kontakt mit amerikanischen Brokern und der Börse in Wallstreet geführt. Viele deutsche Aktienhändler waren auch schon auf Studienreisen in den Staaten, so wie Wallstreet-Analysten öfters in Gruppen deutsche Börsen, Banken und Großunternehmungen besucht haben. Es gehört heute einfach zum internationalen Standard der Wertpapierabteilung einer Bank, daß sie einigermaßen bewährte Prinzipien moderner Aktienbewertung anwendet bzw. daß sie auch in dieser Hinsicht nach neuen Wegen sucht.

Wir werden also geeignete Geschäftspartner für unsere Banken nur dann sein und bleiben, wenn wir uns selbst ein paar Vorstellungen von moderner Aktienbewertung machen. Davon also sei im heutigen Beitrag die Rede. Wir werden in großen Strichen aufzeichnen, um was es geht (und das „Bayerische Ärzteblatt“ keinesfalls mit einem Fernkursus für Bankkommis verwechseln).

Da der Wert eines Unternehmens am besten anhand seiner Ertragskraft festgestellt werden kann, spielt diese Ertragskraft für die Analysten eine hervorragende Rolle. Der Haken ist nur, daß sie für deutsche Aktiengesellschaften nur aus einer Reihe von Positionen, etwa dem veröffentlichten Aufwand an Ertrag- und Vermögensteuern, geschätzt werden kann. Aber nehmen wir an, es habe sich einigermaßen genau feststellen lassen, was die Aktiengesellschaft A im letzten Jahr wirklich „verdient“ hat. Das seien 8 Mill. DM. Diese Gesellschaft arbeite mit 50 Mill. DM Aktienkapital; dann hat sie 16 Prozent ihres Aktienkapitals echt verdient — und wir sind, als Aktionäre, nach Maßgabe unserer Beteiligung am Aktienkapital an diesem Gewinn beteiligt (er erhöht unser Vermögen, teils in bar, als Dividende nämlich, teils als Vermögenszuwachs beim Unternehmen — Steuern jeweils abge-

zogen!). Diese 16 Prozent echter Gewinn werden nun in Beziehung gesetzt zum Börsenkurs der Aktie, der 200 Prozent betragen möge. 200 dividiert durch 16 sind 12,5. Diese Aktie wird also mit dem 12,5fachen ihres Jahresgewinns bezahlt — eine Formulierung, die wir in den Bilanzbesprechungen großer Zeitungen häufig lesen können und unter der wir uns jetzt also etwas vorzustellen vermögen. Der Name dieser Formel: price-earnings-ratio (Verhältnis von Preis [des Aktienkapitals] und Gewinn).

Die Aktiengesellschaft B, die der gleichen Branche angehört und gleichfalls ein Aktienkapital von 50 Mill. DM habe, verdiene nun das Doppelte, nämlich 16 Mill. DM. Das sind 32 Prozent ihres Aktienkapitals und ergibt, da der Kurs gleichfalls 200 betrage, eine price-earnings-ratio von 6,25, oder: diese Aktie wird, gemessen am Jahresgewinn und damit an der Ertragskraft, nur halb so hoch bezahlt wie die Aktie der Gesellschaft A. Für den Geldanleger ist das ein Hinweis darauf, daß die Aktie A an der Börse eher zu hoch und daß die Aktie B eher zu niedrig notiert. Er wird also etwa überlegen, ob er nicht seine Aktien der Gesellschaft A jetzt verkaufen soll, um Aktien des Unternehmens B zu erwerben. — Wir sehen, daß diese Methode der Aktienbewertung nur zwischen Unternehmungen angewendet werden kann, die der gleichen Sparte angehören. Sie hat nicht zuletzt für internationale Kursvergleiche ihre Bedeutung.

Niemals kann eine solche Formel allein alle einigermaßen notwendigen Auskünfte geben — selbst dann nicht, wenn sie stets mit ganz zuverlässigen Größen (echter Gewinn) rechnen könnte. Im Gegenteil, gerade wenn die price-earnings-ratio bei zwei vergleichbaren Gesellschaften sehr weit auseinandergeht, ist es notwendig, nach Gründen für eine solche Differenz zu forschen. Ein guter Bankmann, den wir auf solche Dinge hin ansprechen, wird immer ein paar einleuchtende Hinweise parat haben. Da ist z. B. in einer Gesellschaft endlich eine umfassende Reorganisation und eine Straffung in der Führungsspitze beschlossen worden, und schon steigt der Kurs, obwohl sich das in den Gewinnen noch gar nicht hat auswirken können (Musterfall: AEG), die Aktie wird also mit einem höheren Vielfachen ihres Gewinns bezahlt — und gerät damit näher an die psychologische Grenze für ihren momentanen Kursauftrieb: Das ist ein typischer Fall

für die — börsenübliche — Vorwegnahme einer erwarteten zukünftigen Entwicklung. Steigt die price-earnings-ratio aus solchen Gründen plötzlich erkennbar an, so mag es Zeit sein, den Verkauf dieser Aktie zu überlegen.

Weniger geeignet für die Aktienbewertung ist folgende Rechnung mit zwei Zahlen, die den Vorteil haben, klare Werte zu sein. Man nimmt den Kurswert eines Unternehmens (Aktienkapital mal Kurs durch hundert) und dividiert das durch die Höhe des Jahresumsatzes. Je kleiner der Quotient ist, um so stärker sind die Aktien nach dieser Rechnung „unterbewertet“; allerdings sagt der Umsatz nur etwas über die Marktstellung, nichts aber über die Ertragskraft aus. Interessanter schon ist das Verhältnis von Umsatz und Lohn- und Gehaltssumme. Wenn die Personalaufwendungen bei einem Unternehmen, gemessen am Umsatz, vergleichsweise hoch sind, so ist das ein Grund, der dafür spricht, daß dieses Unternehmen an der Börse zurückhaltender bewertet werden sollte als ein anderes, branchegleiches, das weniger Löhne und Gehälter je Umsatzeinheit zahlt. Diese Auffassung geht von der Vorstellung aus, daß die Personalkosten in unserer Zeit die Tendenz haben, schneller als die Arbeitsproduktivität zu steigen, daß also ein Unternehmen mit relativ hohen Lohn- und Gehaltsaufwendungen von dieser Kostenentwicklung in besonderem Maße betroffen werden könnte. Die „Bewertung“ einer Gesellschaft an der Börse ist, notabene, nicht der Prozentwert ihrer Aktien, sondern ihr am Anfang dieses Absatzes erklärter „Kurswert“.

Das hat einen naheliegenden Grund. Der Aktienkurs (Prozentwert der Aktien) ergibt sich aus Angebot und Nachfrage nach diesen Papieren. Ist das Aktienkapital hoch (und zudem nicht überwiegend in festen Händen), so ist das Angebot praktisch groß, der Kurs der einzelnen Aktie wird sich auf relativ niedrigem Niveau bewegen (z. B. Volkswagenwerk). Ganz anders, wenn eine „Markteng“ herrscht, wenn ein Unternehmen mit einem nur vergleichsweise kleinen Aktienkapital arbeitet (z. B. Daimler-Benz). Mit dieser Überlegung, die in den weiten und vielschichtigen Bereich der „markttechnischen“ Faktoren führt, befinden wir uns schon ganz in der Nähe der „Kapitalerhöhung“.

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

Nachhaltige, aber risikofreie und schonende Blutdrucksenkung
Erhöhung der coronaren Durchblutung
Senkung des peripheren Widerstandes
Verbesserung der Energetik des Herzmuskels

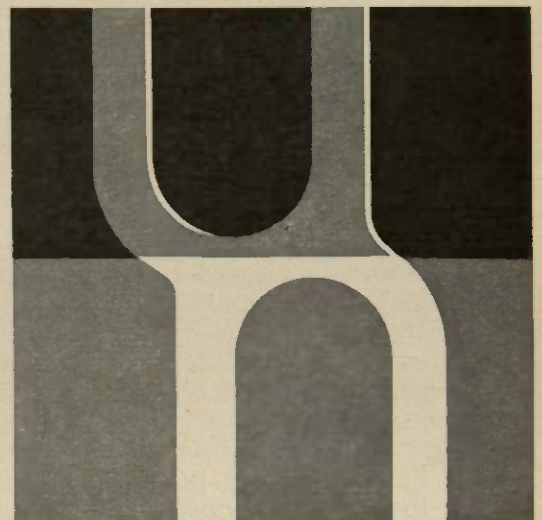
viscoserpin®

Standardisiertes
Rauwolfia-Crataegus-
Viscum-Präparat
mit 1% Rutin

Tropfflasche 30ccm DM 3.10
Tropfflasche 100ccm DM 6.95
50 Dragées DM 3.10
Anstaltspackungen



Lindopharm KG
Hilden-Rhld



MITTEILUNGEN

Ersatzkassenvertrag ist rechtsgültig

Gemeinsame Erklärung von KBV und VdAK — Genauere Einkommensangabe nicht erforderlich

Ärzte und Ersatzkassen sind entschlossen, an dem System der Regelung der Beziehungen miteinander durch frei abgeschlossene Verträge festzuhalten.

Ärzte und Ersatzkassen sind übereinstimmend der Auffassung, daß der gegenwärtig gültige Vertrag zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Verband der Angestellten-Krankenkassen (Arzt-Ersatzkassen-Vertrag) nicht gegen gesetzliche Bestimmungen verstößt und damit rechtsgültig ist.

Eine gemeinsame Studienkommission der Vertragspartner soll die Schwierigkeiten, die in letzter Zeit bei der Durchführung des Vertrages sichtbar geworden sind, untersuchen und den Vertragspartnern Lösungsvorschläge vorlegen.

Das ist das Ergebnis der Besprechung, die am 16. Januar 1964 im Ärztehaus in Hannover zwischen Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen stattfand. Im Anschluß an die Verhandlung gaben in getrennten Pressekonferenzen der Erste Vorsitzende der KBV, Dr. Voges, und der Vorsitzende des VdAK, Katzbach, ein gemeinsames Kommuniqué bekannt und erläuterten das Besprechungsergebnis.

Der Verband der Angestellten-Krankenkassen hatte in der Besprechung den Vorschlag gemacht, die im Ersatzkassenvertrag vorgesehene Einkommensgrenze, oberhalb derer der Versicherte keinen Anspruch mehr auf ambulante Behandlung mit Krankenschein hat, höher anzusetzen. Dr. Voges erklärte hierzu in der Pressekonferenz, daß es selbstverständlich möglich sei, über die Höhe dieser Grenze und insbesondere über die Berücksichtigung des Familienstandes bei einer solchen Grenze zu diskutieren.

Er wies jedoch darauf hin, daß die Verhandlungspartner mit Bedacht nicht eine absolute Einkommenszahl — z. B. 1250 DM Monatseinkommen — in den Vertragstext aufgenommen haben, sondern sich einer Einkommensgrenze bedient haben, die der Gesetzgeber in einem anderen sozialpolitischen Zusammenhang als Grenze der sozialen Schutzbedürftigkeit festgelegt habe. Der Gesetzgeber sei ohnehin gehalten, diese Grenze von Zeit zu Zeit zu überprüfen und sie den sich wandelnden wirtschaftlichen und sozialen Verhältnissen anzupassen.

Aus diesem Grunde solle man nach Auffassung der KBV an dem Bezug auf die Versicherungspflichtgrenze in der Angestelltenversicherung festhalten. Damit sei sichergestellt, daß die Abgrenzung des Versichertenkreises in der Angestellten-Krankenversicherung in einer Weise erfolge, die den sozialpolitischen Vorstellungen des Gesetzgebers entspreche und sich den wirtschaftlichen Verhältnissen anpasse.

In diesem Zusammenhang wies Dr. Voges darauf hin, daß die zur Zeit geltende Versicherungspflichtgrenze in der Angestelltenversicherung von 1250 DM/Monat, auf die sich die Regelung im Ersatzkassenvertrag bezieht, in Kürze ohnehin von der sich alljährlich automatisch ändernden Beitragsbemessungsgrenze „eingeholt“ wer-

den wird; eine Überprüfung der Versicherungspflichtgrenze durch den Gesetzgeber sei deshalb in absehbarer Zeit zu erwarten.

In der Diskussion der Pressekonferenz wiesen die Sprecher der KBV — neben Dr. Voges auch Dr. König, (Enger), Dr. Muschallik (Köln) und Dr. jur. Bösch — unter anderem darauf hin, daß weder der Arzt noch die Krankenkasse nach dem Einkommen des Patienten fragen müssen. Für den Arzt sei — wenn der Vertrag korrekt durchgeführt wird — die Tatsache, daß ein Versicherter einen Krankenschein vorlegt oder nicht vorlegt, maßgebend. Die Krankenkasse brauche, wenn sie vor der Frage steht, ob sie einen Krankenschein ausstellen darf oder nicht, nur danach zu fragen ob das Mitglied angestelltenversicherungspflichtig sei oder nicht — eine genauere Einkommensangabe sei nicht erforderlich.

Die gemeinsame Erklärung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e. V. hat folgenden Wortlaut:

„In Besprechungen am 16. 1. 1964 in Hannover bejahten der Verband der Angestellten-Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung erneut ihren Wunsch, auch für die Zukunft das Verhältnis zwischen beiden Vertragspartnern durch frei abgeschlossene Verträge zu regeln.“

Die Vertragspartner gaben übereinstimmend erneut ihrer Auffassung Ausdruck, daß der derzeit geltende Vertrag nicht gegen gesetzliche Bestimmungen verstößt.

Die Vertragspartner beauftragten eine gemeinsame Studienkommission, die in jüngster Zeit aufgetretenen sozialen und technischen Schwierigkeiten bei der Durchführung des laufenden Vertrages zu prüfen und den beiderseitigen Selbstverwaltungsorganen Vorschläge für die Lösung der Schwierigkeiten möglichst bald vorzulegen.“

ÄPI

600 000 DM für Forschungen über Blutkrankheiten

Die Deutsche Forschungsgemeinschaft hat für Forschungen über das Blut und über die Blutkrankheiten 600 000 DM bereitgestellt, nachdem im Vorjahr schon ein Betrag in gleicher Höhe bewilligt worden war. Hämatologische Fragen spielen bei den meisten klinischen Fällen eine Rolle, so bei allen chirurgischen Eingriffen (man denke nur an Bluttransfusion nach Autounfällen). In dem von der Forschungsgemeinschaft geförderten Programm sind serologische Untersuchungen zur genotypischen Bestimmung bei seltenen Blutgruppen im Gange. Außer dem Zusammenhang der einzelnen Phasen des Blutgerinnungsvorganges wird die Entstehung von Thrombosen untersucht. In einem Institut für Virusforschung wird über virusbedingte Leukosen gearbeitet. Eine große medizinische Klinik befaßt sich mit der Blutbildung bei chronischen und akuten Leukämien und bei anderen Störungen der Knochenmarkstätigkeit.

Fortschritte in der Hämatologie setzen heute weitgehend die Anwendung biochemischer und physikalischer Methoden voraus, die nicht unerhebliche finanzielle Aufwendungen erfordern.

Die Landesversicherungsanstalt gewährt Zuschüsse zur Kindererholung

Die Landesversicherungsanstalten gewähren im Rahmen ihrer verfügbaren Haushaltsmittel Zuschüsse zu Erholungskuren für Kinder von Versicherten und für selbst versicherte Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres. Der Zuschuß, der sich auf täglich höchstens 3 DM je Erholungstag, insgesamt aber auf höchstens ein Drittel der gesamten Kurkosten beläuft, wird nur gewährt zur Verschickung in ein Erholungsheim im Inland oder in ein von der Landesversicherungsanstalt anerkanntes Erholungsheim in Österreich.

Der Zuschuß wird gewährt, wenn der Versicherte (Vater oder Mutter) in den der Antragstellung vorausgegangenen 2 Jahren mindestens 12 Monate anrechnungsfähige Versicherungszeit nachweist oder bereits eine anrechnungsfähige Versicherungszeit von mindestens 60 Monaten, davon in den der Antragstellung vorausgegangenen 2 Jahren von mindestens vier Monaten zurückgelegt hat. Die Voraussetzungen gelten auch als erfüllt, wenn laufende Rente aus der Rentenversicherung der Arbeiter bezogen wird und zu dieser für das zu verschickende Kind ein Kinderzuschlag gewährt wird. Das Kind oder der Jugendliche selbst erfüllen die geforderten Voraussetzungen, wenn Waisenrente bezogen wird oder auf Grund eines versicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisses Beiträge zur Rentenversicherung der Arbeiter entrichtet werden.

Anträge auf derartige Zuschüsse, die in ihrer Höhe bei den verschiedenen Landesversicherungsanstalten geringfügig abweichen können, sind rechtzeitig vor dem beabsichtigten Antritt der Erholungskur auf vorgeschriebenem Formblatt bei der LVA zu stellen. Beizufügen sind Unterlagen über das Vorhandensein der geforderten Versicherungszeiten (z. B. Versicherungskarte, Bescheinigung der AOK, usw.) sowie eine ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit der Erholungskur.

(Alfred Perl, 845 Amberg, Regerstr. 19)

Flucht von Wissenschaftlern im Jahre 1963

Im Jahre 1963 haben 34 Wissenschaftler aus der Sowjetzone um Unterbringung in der Bundesrepublik gebeten. Unter ihnen befanden sich drei Professoren, drei Dozenten und acht Lehrbeauftragte. Die Gesamtzahl der seit dem 1. 1. 1958 geflüchteten Wissenschaftler hat sich damit auf 1710, die Gesamtzahl der Professoren auf 129, der Dozenten auf 138 und der Lehrbeauftragten auf 243 erhöht. Auf die einzelnen Fachgruppen verteilen sich die geflüchteten Wissenschaftler wie folgt: Mediziner 511, Naturwissenschaftler 486, Geisteswissenschaftler 276, technische Fächer 216, Land- und Forstwissenschaftler 129, sonstige Disziplinen 92. — Die meisten Wissenschaftler sind von der im Sowjetsektor von Berlin befindlichen Humboldt-Universität (298) und den Forschungsinstituten der Akademie der Wissenschaften (243) gekommen. Die Universitäten Leipzig und Halle sind in der gleichen Zeit von 207 bzw. 155, Jena von 104, Rostock von 81 und Greifswald von 63 Lehrkräften und Assistenten verlassen worden, während die in eine Technische Universität umgewandelte TH Dresden 95 und die Bergakademie Freiberg/Sachsen 32 verloren haben. Von den acht nach 1945 gegründeten Technischen Fachhochschulen sind 80, von

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 Sondermaschine vom Typ Boeing 720 B, Preis für Hin- und Rückflug pro Person DM 840,—. Dieser Preis setzt aber voraus, daß alle 132 Sitzplätze der Maschine gebucht werden. Freibleibende Plätze erhöhen den Flugpreis entsprechend. Abflug am 27. Juli 1964, Rückflug am 10. August 1964.
2. Normale Flugreise mit einer Linienmaschine von München nach New York und zurück zum Preise von DM 1550,—. Dieser Preis setzt keine Mindestteilnehmerzahl voraus. Als Abflugtag ist ebenfalls der 27. Juli 1964 vorgesehen. Als Rückflugtag der 11. August 1964. Der Rückflug kann für einzelne oder alle Reisetilnehmer um maximal 5 Tage verlängert werden.

Wegen bereits jetzt bestehender Hotelschwierigkeiten während der Weltausstellung in New York bitten wir alle interessierten Kollegen, sich möglichst bis zum 1. April 1964 anzumelden.

An der Reise Nr. 1 können nach den internationalen Bestimmungen für Sonderflüge nur Ärzte und deren im Haushalt lebende Angehörige teilnehmen.

Die Reise Nr. 2 dagegen unterliegt keinerlei Bestimmungen hinsichtlich der Teilnahme.

Hotelreservierungen und 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 36 11 21.

den drei neuerrichteten Medizinischen Akademien 58 Wissenschaftler geflüchtet. Der Rest verteilt sich auf die verschiedenen anderen wissenschaftlichen Institutionen der Sowjetzone.

Krebsforschung der Deutschen Forschungsgemeinschaft

In der letzten Bewilligungssitzung des Jahres 1963 hat der Hauptausschuß der Deutschen Forschungsgemeinschaft 850 000 DM für die Krebsforschung bewilligt. Die Mittel für dieses Schwerpunktprogramm sind der Forschungsgemeinschaft von der Fritz-Thyssen-Stiftung zur Verfügung gestellt worden. — In erster Linie werden in diesem Programm Grundlagenforschungen über die Entstehung des Krebses gefördert. Die Forschungsgemeinschaft legt besonderen Wert darauf, daß die an diesem Programm beteiligten Pathologen, Biochemiker, physiologischen Chemiker und Kliniker eng miteinander zusammenarbeiten, ihre Methoden und Ergebnisse gründlich diskutieren und die Weiterführung der Arbeiten gemeinsam absprechen. Sie veranstaltet hierzu mehrtägige Rundgespräche, an denen auch ausländische Gäste teilnehmen.

Forschungen zur Reinhaltung der Luft

In ihrem Schwerpunktprogramm fördert die Deutsche Forschungsgemeinschaft seit dem Jahre 1961 wissenschaftliche Untersuchungen auf dem Gebiet der Reinhaltung der Luft. Nach den Planungen einer Senatskommission der Forschungsgemeinschaft soll das Programm in den kommenden Jahren ausgeweitet werden. Vorerst sind jetzt für das Jahr 1964 zu zehn Forschungsvorhaben Mittel in einer Gesamthöhe von 250 000 DM bewilligt worden. — In einem Gemeinschaftsprojekt untersuchen mehrere veterinärmedizinische Institute Tierschäden durch Fluoreinwirkungen. Andere Arbeiten meteorologischer und ingenieurwissenschaftlicher Institute befassen sich mit der Ausbreitung des Kohlenmonoxyds aus Autoabgasen in der Großstadtluft und mit dem Zusammenhang zwischen der Großwetterlage und dem Auftreten überdurchschnittlich hoher CO₂-Konzentrationen. Vergleichsmessungen sollen auf der Insel Sylt den Schwefelgehalt der Meeresluft feststellen.

Ferienkurse des Deutschen Akademischen Austauschdienstes

„Ferien- und Sprachkurse an den Hochschulen der Bundesrepublik Deutschland im Sommer 1964“ lautet der Titel einer kleinen Broschüre, die soeben vom Deutschen Akademischen Austauschdienst (DAAD) in Bad Godesberg veröffentlicht wurde. Das Heft enthält alle wichtigen Angaben über Termine, Themen und Kosten der Ferienkurse. Im vergangenen Sommer haben rund 3500 ausländische Studenten an solchen Kursen teilgenommen, die sich seit Jahren wachsender Beliebtheit erfreuen. Nicht selten übersteigt die Zahl der Bewerber die Zahl der freien Plätze um ein Vielfaches. So mußte die Universität Frankfurt/Main im vorigen Sommer 900 von 1000 Bewerbern eine Absage schicken, weil mehr als 100 Teilnehmerplätze nicht zur Verfügung standen. Zu den Kursen des Sommers 1964 wird der Andrang voraussichtlich abermals stärker sein: Das Angebot reicht von reinen Sprachkursen über Literaturkurse für Germanisten mit großem Exkursionsprogramm und Fortbildungskurse für ausländische Deutschlehrer bis hin zu internationalen Ferienkursen für Musik. Für Naturwissenschaftler und Techniker gibt es zur Zeit Ferienkurse nur an der TH in Stuttgart. Das Kursprogramm umfaßt u. a. Vorträge über Naturwissenschaft, Technik und Architektur. — Das Verzeichnis der Ferien- und Sprachkurse an deutschen Hochschulen im Sommer 1964 kann beim Deutschen Akademischen Austauschdienst, 5320 Bad Godesberg, Kennedy-Allee 50, kostenlos angefordert werden.

Ruhruniversität Bochum

In Bochum begannen die Bauarbeiten für die ersten beiden Gebäude der neuen Ruhruniversität. Es werden zwei „Allzweck“-Kollegiengebäude errichtet, die zusammen voraussichtlich 72 Millionen DM kosten und am 1. 4. 1965 bezugsfertig sein werden. Sie sollen zunächst 43 Lehrstühle der Geisteswissenschaften mit 1800 bis 2000 Studenten aufnehmen. Zusätzlich werden in ihnen die Mensa, zwei große Hörsäle mit je 375 Plätzen, eine Außenstelle der Zentralbibliothek sowie die Räume für das Rektorat und die Universitätsverwaltung untergebracht.

Was kostet die Hinzuziehung eines Architekten bei Bau- oder Umbau?

(C) Wer die Leistungen eines Architekten in Anspruch nimmt, hat diesem ein nach der Gebührenordnung für Architekten (GOA) zu berechnendes Entgelt zu zahlen. Die Architekten sind verpflichtet, das Honorar für ihre Leistungen nach der Gebührenordnung zu berechnen. Die darin festgesetzten Gebühren bilden die übliche Vergütung und sind Höchstpreise. Für die Ausführung von außergewöhnlichen Leistungen können im Einzelfall höhere Gebühren vereinbart werden.

Teilleistungen

sind nach § 19 GOA in Prozenten der vollen Gebühr (Gesamtgebühr) wie folgt zu berechnen:

Für Neubauten, Umbauten, Erweiterungen, Aufbauten und Wiederaufbauten:

- | | |
|---|---------|
| a) Vorentwurf | mit 10% |
| d. h. probeweise zeichnerische Lösung der wesentlichsten Teile der Bauaufgabe nebst Kostenschätzung und Erläuterungsbericht, Verhandlung mit den behördlichen Stellen über Genehmigungsfähigkeit; | |
| b) Entwurf | mit 20% |
| d. h. die endgültige zeichnerische Lösung der Bauaufgabe in solcher Durcharbeitung, daß danach die weitere Entwicklung ohne grundsätzliche Änderung erfolgen kann; | |
| c) Bauvorlagen | mit 10% |
| d. h. die für die baupolizeiliche Prüfung erforderlichen Unterlagen, soweit sie nicht von Sonderfachleuten beizubringen sind; | |
| d) Massen- und Kostenberechnung | mit 10% |
| d. h. die Ermittlung der Herstellungskosten durch Aufstellung von Massenberechnungen und Einsetzen ortsüblicher Preise oder durch die Aufstellung von Leistungsbeschreibungen mit Zusammenstellungen der Angebote von Unternehmen; | |
| e) Ausführungszeichnungen | mit 25% |
| d. h. die weitere Durcharbeitung des Entwurfes mit allen Maßen und für die Ausführung des Werkes erforderlichen Angaben und Anweisungen; | |
| f) künstlerische Oberleitung | mit 15% |
| d. h. Überwachung der Herstellung des Werkes hinsichtlich der Einzelheiten der Gestaltung; | |
| g) technische und geschäftliche Oberleitung | mit 10% |
| d. h. die allgemeine Aufsicht über die technische Ausführung des Baues, Vorbereitung der erforderlichen Verträge, Überprüfung der Rechnungen, Feststellung der Rechnungsbeträge sowie der endgültigen Höhe der Herstellungskosten, falls erforderlich, auch die Aufstellung eines Zeit- und Zahlungsplanes. Die Oberleitung umfaßt nicht die Bauführung (örtliche Bauaufsicht). | |

Die Bauführung

Unter Bauführung (örtliche Bauaufsicht) wird die örtliche Aufsicht über die Ausführung des Baues verstanden. Sie umfaßt die Überwachung der Herstellung in bezug auf Übereinstimmung mit den Zeichnungen, Angaben und Anweisungen des Architekten in technischer Hinsicht, die Einhaltung der technischen Regeln

sowie der behördlichen Vorschriften, Abnahme der Bauarbeiten und Baustoffe, Kontrolle der für die Abrechnung erforderlichen Aufmessungen und Prüfung aller Rechnungen auf Richtigkeit und Vertragsmäßigkeit.

Übernimmt der Architekt nach Vereinbarung auch die Bauführung, so ist hierfür eine besondere Gebühr zu zahlen. Die Gebühr für die Bauführung beträgt 25% der Gesamtgebühr, jedoch nicht weniger als 1,5% der Kostenanschlagssumme oder der Herstellungskosten.

Werden für dasselbe Werk auf Veranlassung des Auftraggebers oder mit dessen Einverständnis mehrere Entwürfe oder Vorentwürfe nach grundsätzlich

verschiedenen Anforderungen gefertigt, so kann für den umfassendsten Entwurf oder Vorentwurf die Hälfte der Gebühr berechnet werden.

Gebührenberechnung

Die zu berechnende Gesamtgebühr für die in § 19 aufgeführten Leistungen des Architekten (s. oben) ist nach der Höhe der Kostenanschlagssumme und nach der Bauklasse, der das Werk angehört, gestaffelt. Sie wird in Hundertsteln der Kostenanschlagssumme nach einer Gebührentafel (§ 10 GOA) wie folgt berechnet (die Bauklassen erläutern wir im Anschluß an die Gebührentafel):

| Kostenanschlagssumme in DM | Bauklassen | | | | | |
|-------------------------------|------------|-------------|--------------|-------------|------------|-------------|
| | I v. H. | II v. H. | III v. H. | IV v. H. | V v. H. | VI v. H. |
| bis einschließlich 5 000 | 5,5 | 6,5 | 8,1 | 10,0 | 11,5 | 18,0 |
| bis einschließlich 10 000 | 5,2 | 6,3 | 7,7 | 9,5 | 11,0 | 17,5 |
| bis einschließlich 20 000 | 4,9 | 6,0 | 7,5 | 9,0 | 10,4 | 16,9 |
| bis einschließlich 30 000 | 4,6 | 5,7 | 7,2 | 8,6 | 9,9 | 16,4 |
| bis einschließlich 40 000 | 4,3 | 5,5 | 7,0 | 8,1 | 9,5 | 15,8 |
| bis einschließlich 50 000 | 4,1 | 5,3 | 6,8 | 7,7 | 9,0 | 15,1 |
| bis einschließlich 60 000 | 4,0 | 5,1 | 6,7 | 7,5 | 8,6 | 14,4 |
| bis einschließlich 70 000 | 3,8 | 5,0 | 6,5 | 7,3 | 8,4 | 13,9 |
| bis einschließlich 80 000 | 3,7 | 4,8 | 6,4 | 7,1 | 8,1 | 13,3 |
| bis einschließlich 90 000 | 3,6 | 4,7 | 6,3 | 7,0 | 7,9 | 12,6 |
| bis einschließlich 100 000 | 3,4 | 4,2 | 5,9 | 6,6 | 7,4 | 11,9 |

Für Werke, deren Kostenanschlagssumme oder Herstellungskosten unter 5000 DM liegen, kann die Gebühr nach dem Zeitaufwand berechnet werden. Für Zwischenstufen der angegebenen Kostenanschlagssummen oder Herstellungskosten sind die Gebührensätze rechnerisch zu ermitteln. Die endgültigen Herstellungskosten sind zugrunde zu legen, wenn die Kostenanschlagssumme unterschritten wird.

Bauklassen

Die Gebührenordnung enthält sechs verschiedene Bauklassen. Die niedrigsten Prozentsätze sind für einfache Bauaufgaben (Bauklasse I) festgesetzt. Es folgen Bauklasse II mit einfachen Wohnbauten, Bauklasse III, d. h. Wohnbauten mit mittlerem Ausbau, Bauklasse IV Wohnbauten mit besserem Ausbau, Bauklasse V Wohnbauten mit reichem Ausbau, Klasse VI Einrichtungen und Reklamebauten. Demnach würde z. B. das Honorar für einen Wohnungsbau mit mittlerem Ausbau (Bauklasse III) und einer Bausumme von 30 000 DM 7,2% betragen. Bei Übernahme der örtlichen Bauaufsicht kämen 25% der Gesamtgebühr = 1,8% hinzu. Das Honorar würde demnach 9% von 30 000 DM = 2700 DM betragen.

Der Architekt hat Anspruch auf Erstattung seiner Ausgaben. Dazu gehören insbesondere die Kosten aller erforderlichen Unterlagen, die Kosten für Vielfältigung von Zeichnungen usw., Reisekosten, Post- und Fernspreckgebühren. Von der Gebühr werden jeweils Teilbeträge entsprechend dem Fortschreiten der Leistung des Architekten fällig.

Manchmal bestehen Zweifel, ob der Architekt für seine Tätigkeit eine Vergütung zu beanspruchen hat.

Grundsätzlich ist davon auszugehen, daß der Bauherr zahlungspflichtig wird, wenn er einen Architekten mit der Anfertigung eines Entwurfs und einer Kostenberechnung beauftragt, auch wenn er sich nur einen Überblick über die Kosten eines beabsichtigten Baues beschaffen will, um davon seine Entscheidung abhängig zu machen. Geht die Anregung jedoch vom Architekten aus, so entfällt ein Gebührenanspruch, wenn es nicht zur Bauausführung kommt.

Ärztlicher Notdienst in Zürich

Über ein nahezu perfektes Notdienst-System, welches der Ärzteverband der Stadt Zürich seit Januar 63 zur ärztlichen Betreuung der Bevölkerung eingesetzt hat, verfügt die größte Stadt der Schweiz.

Eine Arztzentrale wurde eingerichtet, welche von vier Krankenschwestern, die sich im Dienst abwechseln, 24 Stunden am Tag besetzt ist. Die Zentrale ist mit einer Kartei ausgerüstet, in der sämtliche Ärzte der Stadt verzeichnet sind. Wer in einem dringenden Fall einen Arzt braucht, ruft bei der Zentrale an. Ein selbständiges Suchen im Notfall nach einem Arzt — im Telefonbuch beispielsweise — wird dadurch überflüssig. Die Krankenschwester in der Zentrale erkundigt sich zunächst, ob der Anrufer oder dessen Angehörige einen Hausarzt haben. Falls dies der Fall ist, stellt sie die Verbindung her. Ist der Hausarzt nicht zu erreichen, macht sie für den Anrufer einen in der Nähe wohnenden anderen Arzt ausfindig.

In jeder Nacht sind in Zürich fünf Notfallärzte, darunter ein Chirurg und vier Spezialärzte — Augenarzt, Zahnarzt, Hals-Nasen-Ohrenarzt, Psychiater — in Bereitschaft. Die Krankenanstalten der Stadt teilen der

Arztzentrale allabendlich mit, ob und wie viele Betten in ihren Häusern frei sind. Von der Zentrale aus kann dadurch in dringenden Fällen für die Patienten sofort ein Krankenhaus bezeichnet werden.

Von der Züricher Ärztezentrale aus ist es auch möglich, den Arzt sofort mit dem jeweiligen Anrufer zu verbinden. In manchen Fällen kann der Arzt auf diese Weise aus der Schilderung der Krankheit und ihrer Symptome schließen, ob die Angelegenheit wirklich so dringend ist, wie der Anrufer glaubt, Notärzte, die unterwegs sind, um einen Kranken zu behandeln, teilen nach Beendigung ihres Besuches der Zentrale mit, wo sie nunmehr erreichbar sind, damit sie ggf. von dort gleich einen anderen, in der Nähe befindlichen Patienten besuchen können.

Besonders für alleinstehende Ärzte hat sich diese Methode bewährt. Sie können darauf verzichten, selbst eine Kraft einzustellen, die während ihrer Abwesenheit eventuelle Telefongespräche entgegennimmt.

Den Züricher Ärzteverband kostet seine Arztzentrale rund 80 000 Schweizer Franken im Jahr. In diesem Betrag sind die Gehälter für die Krankenschwestern und die Gebühren für die geführten Telefongespräche einbegriffen. Das Geld wird von den Ärzten gemeinsam durch Beiträge aufgebracht.

Die Telefonnummer der Arztzentrale ist bei der Züricher Bevölkerung so bekannt wie bei uns die Nummer des Polizei-Notrufes. Sie wird außerdem ständig in den Zeitungen veröffentlicht. DMI

Paris sucht 10 000 Krankenschwestern

In den Pariser Spitälern herrschen katastrophale Zustände. Man hat schon öfters, auch offiziell angedeutet, daß in den französischen, vor allem aber in den Pariser Krankenhäusern nicht alles zum Besten bestellt ist. Was aber jetzt in die Öffentlichkeit dringt, verursacht Erstaunen und Bestürzung. Es braucht nicht vieler Worte: Jeden Tag gehen Menschenleben verloren, weil sie nicht ausreichende Hilfe in den Spitälern bekommen. Es fehlt an allem. Und vor allem an Krankenschwestern. Ihrer 10 000 werden sofort allein in den Pariser Krankenhäusern benötigt, ihrer 17 000 in ganz Frankreich. Die Krankenpfleger und Krankenschwestern sind mit Arbeit überlastet und sind unter Voraussetzungen tätig, die einen normalen Dienst unmöglich machen. Frankreich, das nur 2,5 Prozent seines nationalen Budgets dem öffentlichen Gesundheitsdienst widmet, steht, was die Organisation seiner Spitäler betrifft, neben

Spanien und Portugal an der letzten Stelle der europäischen Länder, eine Situation, die mit dem Lebensstandard der französischen Bürger unvereinbar ist. In der Pariser Region ist die Situation besonders schlecht. Seit 1936 stieg die Zahl der Einwohner um 1 500 000, aber die Zahl der Spitalbetten blieb unverändert. Die Spitäler sind veraltet, die bestehenden Krankensäle unzureichend ausgerüstet. Jedes Jahr werden 700 bis 800 Krankenschwestern neu ausgebildet, aber ihrer 850 verlassen in der gleichen Zeit ihren Dienst. Man benötigt in den Krankenhäusern doppelt soviel Betten, als vorhanden sind. Aber ihre Zahl ist kleiner, als sie — 1945 war. Der Platz, der den Vorschriften nach für jeden Kranken zur Verfügung stehen müßte, beträgt 13 Quadratmeter. Er ist in den Spitälern nur 6,60 und in manchen Abteilungen nur 3,70 Quadratmeter. Im Durchschnitt erreicht der Belag 40 Kranke in Sälen, die für 25 Kranke eingerichtet wurden. Daß man Betten in den Gängen aufstellen muß, weil in den Sälen beim besten Willen kein Platz mehr zu finden ist, scheint fast schon als „normal“ angesehen zu werden. In den Spitälern für Psychiatrie stellt man einen Überbelag von 200 bis 300 Prozent fest. Es gibt mehrere neu erbaute Spitäler, die nicht eröffnet werden können, weil Personal fehlt. So etwa das Spital von Queu en Brie. 1938 gab es in den Krankenhäusern eine Krankenschwester für 10 bis 15 Kranke, 1963 gibt es am Tage einen Krankenpfleger oder eine Krankenschwester pro 24 Kranke und nachts pro 43 Kranke. Die im Spitaldienst Tätigen sind durch die Überfülle ihrer Arbeit nach dem Ende ihres Dienstes in einem völligen Erschöpfungszustand. Dabei werden sie ständig von der Angst verfolgt, sie könnten wegen ihrer Überanstrengung einmal nicht achtsam genug sein und sich bei der Verabreichung eines Medikamentes oder einer Injektion irren. Jene, die verheiratet sind, sehen oft wochenlang ihre Kinder nicht. Ein Sonntag unter sieben ist nur frei. Ein Familienleben ist unter solchen Voraussetzungen unmöglich. Und die meisten unter ihnen verdienen weniger als 600 Francs im Monat. Ihre Arbeitszeit ist: 7 bis 15 Uhr, 15 bis 23 Uhr, 23 bis 7 Uhr. Wundert man sich, daß 14 Prozent jener, die sich in der Abteilung für Geistesranke im Spital „Salpetriere“ ambulant behandeln lassen, aus dem Spitaldienst kommen?

Wer einmal in dem großen Pariser Spital von Beaujon als Patient lag, weiß von den üblen Zuständen, die dort herrschen und die es in den meisten anderen Spitälern gibt, ein Lied zu singen. Das Essen kommt zumeist kalt

Die Schulferien 1964/65 im Bundesgebiet und in Berlin

| Land | Oster- bzw. Frühjahrs- | Pfingst- | Sommer- | Herbst- | Weihnachtsferien |
|---------------------|------------------------|---------------|---------------|-----------------|------------------|
| Rheinland-Pfalz | 21. 3.—6. 4. | 18. 5.—23. 5. | 15. 7.—25. 8. | 12. 10.—20. 10. | 23. 12.—6. 1. 65 |
| Baden-Württemberg | 23. 3.—6. 4. | 19. 5.—23. 5. | 27. 7.— 5. 9. | 19. 10.—30. 10. | 23. 12.—5. 1. 65 |
| Bayern | 19. 3.—6. 4. | 16. 5.—24. 5. | 22. 7.— 7. 9. | 30. 10.— 2. 11. | 23. 12.—7. 1. 65 |
| Berlin | 23. 3.—8. 4. | 16. 5.—23. 5. | 15. 7.—25. 8. | 1. 10.— 8. 10. | 22. 12.—6. 1. 65 |
| Bremen | 23. 3.—9. 4. | 16. 5.—25. 5. | 9. 7.—18. 8. | 1. 10.—12. 10. | 23. 12.—8. 1. 65 |
| Hamburg | 13. 3.—1. 4. | 16. 5.—23. 5. | 6. 7.—16. 8. | 5. 10.—10. 10. | 23. 12.—6. 1. 65 |
| Hessen | 25. 3.—6. 4. | 16. 5.—23. 5. | 8. 7.—18. 8. | 1. 10.—10. 10. | 23. 12.—9. 1. 65 |
| Niedersachsen | 23. 3.—7. 4. | 16. 5.—23. 5. | 2. 7.—12. 8. | 5. 10.—15. 10. | 23. 12.—6. 1. 65 |
| Nordrhein-Westfalen | 26. 3.—8. 4. | 15. 5.—26. 5. | 29. 7.— 8. 9. | 19. 10.—24. 10. | 22. 12.—7. 1. 65 |
| Saarland | 21. 3.—6. 4. | 16. 5.—23. 5. | 22. 7.— 1. 9. | 29. 10.— 5. 11. | 23. 12.—7. 1. 65 |
| Schleswig-Holstein | 23. 3.—7. 4. | 16. 5.—23. 5. | 2. 7.—12. 8. | 26. 9.— 7. 10. | 21. 12.—2. 1. 65 |

zu den Kranken. Es fehlt an Besteck, die Zahl der hygienischen Anlagen ist zu gering, sie sind übrigens in einem Zustand, der hier besser nicht beschrieben wird. Und vor allem unwürdig eines zivilisierten und reichen Landes. Sonntags müssen die Kranken selbst zu Besen und Schaufel greifen, wenn sie ihre Säle aufräumen wollen, und die Betten werden oft an diesem Tag nicht gemacht. Es fehlt an Bädern und Duschen, es fehlt vor allem an Sauberkeit. In manchen psychiatrischen Anstalten sehen die Kranken nur einmal im Monat einen Arzt. Aber unter den gegenwärtigen Voraussetzungen ist es unmöglich, neues Personal in ausreichender Zahl zu finden. Die Gehälter sind zu niedrig, die Arbeitszeit zu lang, die Arbeitsbedingungen entsprechen längst nicht mehr dem Sozialfortschritt der Gegenwart. Niemand denkt daran, eine Stelle anzunehmen, wenn er im voraus weiß, daß er bei dieser Arbeit in einem Jahr mit seinen Nerven fertig ist. Nervöse Depressionen nehmen im übrigen von Tag zu Tag zu und die Zahl der Krankentage unter dem Personal erhöhte sich im letzten Jahr um 27 Prozent. Auch die Ärzte sind über diese Zustände in großer Besorgnis. Ihre Spitalsarbeit wird immer schwieriger. Sie sind die ersten, die energisch eine Besserung des Spitalsdienstes fordern. Vor allem erscheint es notwendig, die Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals zu verbessern, damit der Krankenhausdienst die nötigen Arbeitskräfte findet, die unbedingt nötig sind. Unter den Forderungen, die die im Krankenhausdienst Tätigen erheben, findet man den Wunsch nach einer tatsächlichen 40-Stunden-Woche mit 5 Arbeitstagen, mehr freie Tage, mehr Wohnungen für das Krankenhauspersonal und einen zusätzlichen Urlaub im Winter. Aber darüber hinaus wird sich auch die Regierung von Paris entschließen müssen, mehr als bisher, weit mehr als bisher, dem Gesundheitsdienst ihr Augenmerk zuzuwenden.

J. H. Paris.

Die Bevölkerungs-Entwicklung bis zum Jahre 2000

Eine Bevölkerungszahl von 63,3 Millionen im Jahr 2000 hat das Statistische Bundesamt in einer Vorausschätzung der Bevölkerungsbewegung in der Bundesrepublik vorausgesagt. Am 1. Januar 1963 betrug die Bevölkerungszahl des Bundesgebietes einschließlich West-Berlins 55,1 Millionen.

Insgesamt sieht das Statistische Bundesamt ein fast gleichmäßiges Anwachsen der Bevölkerungszahl in den nächsten etwa vierzig Jahren voraus, obwohl der Geburtenüberschuß im Laufe dieser Zeit sich erheblich

verändern kann. In den Jahren 1960 bis 1964 beträgt der durchschnittliche jährliche Geburtenüberschuß 6,6 auf 1000 Einwohner; er wird für die Jahre 1970 bis 1980 auf durchschnittlich 2,7 auf 1000 Einwohner absinken. Das liegt daran, daß in dieser Zeit die geburten-schwachen Jahrgänge der Kriegs- und Nachkriegszeit im Heiratsalter sind.

Erhebliche Veränderungen folgen daraus für die Zahlenverhältnisse zwischen den einzelnen Altersgruppen. Bis 1975 soll nach den Berechnungen des Statistischen Bundesamtes die Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter mit 36 Millionen etwa gleich bleiben. Erst danach ist mit einem Anstieg zu rechnen. Die Zahl der Kinder im schulpflichtigen Alter soll bis 1975 um 22 v. H. anwachsen. Die Zahl der über 65 Jahre alten Personen dürfte von 6,1 Millionen heute auf etwa 8,5 Millionen im Jahre 1980 steigen, das sind knapp 40 v. H.

Diese Berechnungen zeigen, daß in den nächsten Jahren erhebliche Investitionen sowohl bei den Alters-einrichtungen und im Gesundheitswesen als auch im Schulwesen erforderlich sind.

API

Zahl der Schwerbeschädigten in Deutschland

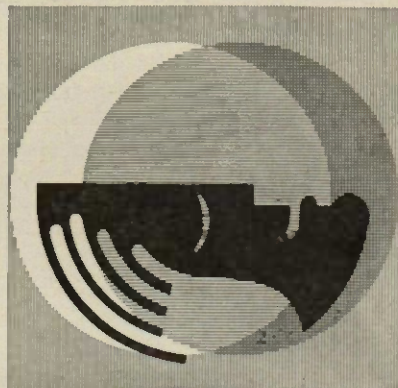
Zum ersten Male betrug im September 1962 die Zahl der Personen, welche ein Anrecht auf orthopädische Versorgung haben, in der Bundesrepublik Deutschland weniger als eine halbe Million. Nach einer Meldung des Nachrichtendienstes des Weltfrontkämpferverbandes zeigt die offizielle Statistik, daß von den am 10. September 1962 gezählten 1 409 529 gesetzlich anerkannten Kriegsoptionen 491 805 Anspruch auf orthopädische Versorgung hatten. Darunter befanden sich 125 524 einseitig Beinamputierte, 40 850 einseitig Armamputierte, 10 075 Doppelbeinamputierte, 931 Doppelarmamputierte und 1172 andere Doppelamputierte (ein Arm und ein Bein). Die Zahl umfaßt außerdem 110 Dreifachamputierte, 26 Personen ohne Beine und Arme, 981 Ohnhänder, 6210 Blinde und 1196 Paraplegiker.

Aus der Statistik geht ferner hervor, daß 42 680 Kriegsbeschädigte Prothesen und 196 417 orthopädische Schuhe tragen. 20 172 Schwerbeschädigte sind auf Rollstühle oder andere besondere Motorfahrzeuge angewiesen.

Wie der deutsche Kriegsoptionenverband VDK ausführt, geht die Gesamtzahl der registrierten Kriegsoptionen ständig zurück. Zur Zeit gibt es 3 037 233 solcher Kriegsoptionen in der Bundesrepublik.

DMI

tempidorm®



Ein
Stufenschlafmittel,
das Ihr Vertrauen
verdient

Tabletten, Suppositorien
Supp. pro inf., comp. (Kapseln)



coatopalm 7067 Pflüderhausen bei Stuttgart

3. Colloquium über Verkehrsunfall-Forschung in Freiburg i. Br.

Mehr als 200 Verkehrsexperten aus Deutschland, Frankreich, Österreich und der Schweiz diskutierten in Freiburg i. Br. über Unfallforschung und Unfallverhütung.

Eine kurze Zusammenfassung über die zur Debatte stehenden Themen sei hier wiedergegeben:

Daß auch die für Mängel an Straßen und Verkehrsanlagen Verantwortlichen bestraft werden sollten und nicht immer nur die direkt an Unfällen beteiligten Verkehrsteilnehmer, ist schon häufig gefordert worden. Etwas anderes ist es jedoch, wenn einer der bedeutendsten deutschen Strafrechtslehrer diese These auch juristisch begründet, wie es der Tübinger Professor Jürgen Baumann, unterstützt von Rechtsanwalt Simon aus Wiesbaden, jetzt bei dem III. Colloquium über Verkehrsunfall-Forschung in Freiburg getan hat, das vom 25. bis 27. November 1963 stattfand.

Damit soll nicht etwa alle Schuld an den Verkehrsunfällen auf die Straßenbauer abgewälzt werden. Aber wenn der Unfallhergang eindeutig auf die Ursächlichkeit von Straßenmängeln hinweist, oder wenn die außergewöhnliche Häufung von Unfällen einen Straßenabschnitt als Gefahrenherd kennzeichnet, dann, so meint Professor Baumann, ist zu prüfen, ob das Strafverfahren nicht auch auf die für die rechtzeitige Beseitigung dieser Gefahrenquellen zuständigen Beamten ausgedehnt werden muß. Denn nachdem trotz der vielen Zivilprozesse, durch die Straßenbau- und Verkehrsbehörden bei Unfällen zu Schadenersatz verurteilt worden sind, weiterhin solche Gefahrenstellen im Straßennetz festgestellt werden müssen, sei es unumgänglich, sich auch des Strafrechts und seiner warnenden Funktion zu bedienen.

Allerdings kann man sich nicht auf die Sicherung des Straßenverkehrs als solchen beschränken, wenn man die Verkehrsunfälle verhüten oder jedenfalls ihre Zahl verringern will. Vielmehr muß man zur Erreichung dieses Ziels bei der Planung des gesamten Verkehrs beginnen, über deren Möglichkeiten und Grenzen der Innenminister des Landes Baden-Württemberg, Dr. Hans Filbinger, bei dem Colloquium in Freiburg einen umfassenden Überblick gab. Allein für die Sanierung des Straßenverkehrs in Karlsruhe werden 500 Millionen DM benötigt; in Stuttgart sind es sogar 2 Milliarden. Dabei wird es immer notwendiger werden, die öffentlichen Verkehrsmittel zu verbessern und gegenüber dem reinen Individualverkehr zu fördern.

Die radikalen Lösungen, die der Hamburger Städteplaner Professor May hierfür vorschlägt, werden auf mancherlei Widerspruch stoßen. Denn wer eben von

der Straßenbahn in das eigene Auto umgestiegen ist, wird nur ungern höhere Mineralölsteuern zahlen, um so eine verstärkte Subventionierung der Straßenbahn zu ermöglichen. Aber die Anerkennung, die die Arbeiten von Professor May — von dem u. a. die Verkehrsplanung für Moskau stammt — im In- und Ausland gefunden haben, gibt doch Anlaß, sich mit seinen Vorschlägen für eine Einschränkung des innerstädtischen Verkehrs und namentlich der Benutzung des eigenen Wagens zwischen Wohnung und Arbeitsplatz sehr eingehend auseinanderzusetzen.

Dazu zwingt auch die Prognose, die der frühere Generalsekretär des Schweizerischen Straßenverkehrsverbandes, Dr. Raaflaub, für die weitere Entwicklung der Motorisierung gab. Danach ist es durchaus möglich, daß der Weltbestand an Kraftfahrzeugen von heute 150 Millionen bereits im Jahre 2000 auf über 500 Millionen angestiegen sein wird.

Am zweiten Tage des von Dr. Konstantin Lehmann, Freiburg, geleiteten Colloquiums ging es insbesondere um die Frage, welche Anforderungen heute an die Eignung des Verkehrsteilnehmers gestellt werden müssen, und wie man diese Eignung am besten prüft. Hierüber sind gerade in letzter Zeit sehr verschiedenartige Ansichten geäußert worden, die bis zur grundsätzlichen Ablehnung jeder charakterlichen Beurteilung ging, die als unerlaubter Eingriff in die Intimsphäre bezeichnet wurde.

Es war deshalb wohl eines der wichtigsten Ereignisse dieses III. Colloquiums, daß sich die Vertreter dieser verschiedenen Ansichten zu einer unvoreingenommenen und sachlichen Diskussion zusammengefunden haben, die sehr wesentlich zur Klärung dieser Probleme beigetragen hat.

Allerdings hat auch dieses Colloquium in Freiburg wieder gezeigt, wieviel in der Forschung noch getan werden muß, damit die Praxis genügend verlässliche Unterlagen für die Unfallverhütung bekommt. Das wurde namentlich in dem Vortrag von Professor Mittenecker von der Universität Wien über die Methoden der psychologischen Unfallforschung deutlich, der manche herbe Kritik an den Ergebnissen solcher Untersuchungen enthielt.

Es ist deshalb zu hoffen, daß diese Kritik das Streben nach klarer Erfassung der methodischen Grundlagen solcher Arbeiten weiterhin anregt, ohne die auch mit bestem Willen durchgeführten Maßnahmen zur Senkung der Unfallziffern der damit angestrebte Erfolg versagt bleiben muß.

DMI

Neuer Geschäftsführer des Ersatzkassenverbandes

Die Nachfolge des mit Jahresablauf ausscheidenden Geschäftsführers der Verbände der Angestellten und Arbeiter-Ersatzkassen, Erich Stolt, wird der bisherige stellvertretende Geschäftsführer Ernst Albert Vesper antreten, der bisher die Bonner Außenstelle der beiden Verbände besorgte. Der 1912 als Sohn des Gründers der Barmer Ersatzkasse geborene Vesper war sowohl in der Lebens- als auch in der KrV tätig, bevor er 1953 seine Arbeit für die Ersatzkassenverbände aufnahm. Wie sein Vorgänger Stolt ist Vesper unter Sozialpolitikern — nicht nur der KrV — durch seine praktische Arbeit und zahlreiche Veröffentlichungen sehr bekannt. Die Geschäftsführung der Ersatzkassenverbände hat ihren Sitz in Hamburg.

**Sicherheit im Alter,
Sicherheit für die Familie**

schaffen Sie durch ausreichende Einzahlung in die
BAYERISCHE ÄRZTEVERSICHERUNG

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat Dezember 1963

(Zusammengestellt auf Grund der Wochenmeldungen)

Die Zahl der Diphtherieerkrankungen war im Dezember etwas höher als im Vormonat und den übrigen Monaten des Jahres 1963. Auf 100 000 der Bevölkerung (auf ein Jahr umgerechnet) trafen drei Erkrankungen, im November dagegen eine. Etwa gleich häufig wurden im Dezember Erkrankungen an übertragbarer Genickstarre (Meningokokken-Meningitis) gemeldet. An Scharlach erkrankten im Berichtsmonat wieder etwas weniger Personen als im Monat zuvor, jedoch immer noch mehr als zur gleichen Zeit des Vorjahres. Fälle von übertragbarer Kinderlähmung wurden nicht bekannt.

Eine Zunahme von 3 (November) auf 12 Erkrankungen (Dezember) je 100 000 der Bevölkerung war für bakterielle Ruhr festzustellen. Dagegen sank die Erkrankungsziffer für Salmonellose (durch Salmonella-Bakterien erregte übertragbare Dünndarmentzündung), wohl jahreszeitlich bedingt, von 9 auf 4. Auch die Zahl der Hepatitisserkrankungen (übertragbare Leberentzündung) ging im Dezember etwas zurück, doch war sie weiterhin im Vergleich zum Vorjahr etwas erhöht. Dies ist zum großen Teil, wie bereits im November, auf einige örtliche Häufungen zurückzuführen.

Die meldepflichtigen, übertragbaren Krankheiten in Bayern Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 1. bis 28. Dezember 1963 (Vorläufiges Ergebnis)

| Gebiet | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 | | 7 | | 8 | | 9 | | 10 | | 11 | |
|---------------|-----------------|------------------|-----------|----|--------------------------------|----|--------------------|----|------------------|----|-------------------------------|----|------|-----|---------------|----|--------------------|----|--------------------|----|----|----|
| | Diphtherie | | Scharlach | | Übertragbare | | | | | | Tuberkulose ²⁾ der | | | | | | Typhus ob-dominans | | Paratyphus A und B | | | |
| | | | | | Kinderlähmung der. parol. Form | | Hirnhautentzündung | | Gehirnentzündung | | Atmungsorgane (aktive Form) | | Haut | | Übrige Organe | | | | | | | |
| | 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 | 1 | — | 289 | — | — | — | 2 | — | 3 | — | — | — | 222 | 26 | 2 | — | 32 | — | 2 | — | — | — |
| Niederbayern | 7 | — | 66 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 115 | 19 | 1 | — | 25 | 1 | — | — | 1 | — |
| Oberpfalz | 1 | — | 93 | — | — | — | 7 | 2 | 1 | — | — | — | 43 | 9 | 2 | — | 7 | 1 | — | — | — | — |
| Oberfranken | 11 | — | 120 | — | — | — | 3 | — | 1 | — | — | — | 92 | 12 | 1 | — | 13 | 1 | 1 | — | — | — |
| Mittelfranken | — | — | 129 | — | — | — | 4 | — | — | — | 1 | 1 | 93 | 17 | 1 | — | 8 | — | — | — | — | — |
| Unterfranken | — | — | 81 | — | — | — | 3 | 1 | 5 | — | 1 | 1 | 64 | 15 | 2 | — | 8 | 2 | — | — | 3 | — |
| Schwaben | — | — | 120 | — | — | — | 3 | 1 | 1 | — | — | — | 90 | 8 | 1 | — | 10 | — | — | — | — | — |
| Bayern | 20 | — | 898 | — | — | — | 22 | 4 | 11 | — | 2 | 2 | 719 | 106 | 10 | — | 103 | 5 | 3 | — | 4 | — |
| München | 1 | — | 147 | — | — | — | 2 | — | 3 | — | — | — | 99 | 12 | — | — | 14 | — | — | — | — | — |
| Würnberg | — | — | 47 | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | 38 | 9 | — | — | 1 | — | — | — | — | — |
| Augsburg | — | — | 16 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 12 | 3 | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Regensburg | — | — | 14 | — | — | — | 3 | — | — | — | — | — | 8 | 2 | — | — | — | 1 | — | — | — | — |
| Würzburg | — | — | 10 | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | 3 | — | — | — | 2 | — | — | — | 1 | — |

| Gebiet | 12 | | 13 | | 14 | | 15 | | 16 | | 17 | | 18 | | 19 | | 20 | | 21 | | 22 | | 23 | | 24 | | 25 | |
|---------------|------------------------------------|----|---------------------|----|---------------|----|------------|----|----------------------|----|----------------|----|------------|----|---------------|----|------------|----|--|----|---------------------|----|---------------|----|------------------------------|----|-----------------|----|
| | Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr) | | Eteritis infectiosa | | | | Botulismus | | Hepatitis infectiosa | | Mikrosporidien | | Ornithose | | | | Amöbenruhr | | Verdachtsfälle von Tollwut ⁴⁾ | | Baug'sche Krankheit | | Toxoplasmosen | | Leptospirose (übrige Formen) | | Wundstarrkrampf | |
| | | | Salmonellose | | übrige Formen | | | | | | | | Psittacose | | übrige Formen | | | | | | | | | | | | | |
| | E | ST | E | ST | E | ST | E | ST | E | ST | E | ST | E | ST | E | ST | E | ST | E | ST | E | ST | E | ST | E | ST | E | ST |
| Oberbayern | 58 | — | 17 | — | — | — | — | — | 64 | — | — | — | 1 | — | — | — | 3 | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | 1 | — |
| Niederbayern | — | — | 5 | — | 1 | — | — | — | 33 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | 1 | — | — | 2 | 2 | |
| Oberpfalz | 2 | — | 3 | — | — | — | — | — | 30 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 4 | 1 | — | — | 1 | — |
| Oberfranken | 3 | — | — | — | 2 | — | — | — | 178 | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | 27 | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Mittelfranken | — | — | — | — | — | — | — | — | 22 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | 1 |
| Unterfranken | 2 | — | — | — | 2 | — | 1 | — | 81 | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | 16 | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — |
| Schwaben | 27 | — | 3 | — | — | — | — | — | 30 | — | 1 | — | — | — | — | — | 1 | — | 4 | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Bayern | 92 | — | 28 | — | 5 | — | 1 | — | 438 | — | 1 | — | 1 | — | 2 | — | 4 | — | 47 | — | 1 | — | 6 | 1 | 1 | — | 5 | 3 |
| München | 21 | — | 11 | — | — | — | — | — | 27 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Würnberg | — | — | — | — | — | — | — | — | 8 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Augsburg | — | — | — | — | — | — | — | — | 17 | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Regensburg | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Würzburg | 2 | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |

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

PRESSERUNDSCHAU

Erhard warnt vor zu viel sozialen Ansprüchen an den Staat. Ansprache vor der Christlich-Sozialen Arbeitnehmerschaft in der Paulskirche. („Deutsche Zeitung“ v. 20. 1. 64.) Vr — Frankfurt: Bundeskanzler Erhard hat in Frankfurt auf der Schlußkundgebung des Christlich-Sozialen Arbeitnehmerkongresses die hier zusammengeschlossenen, der CDU nahestehenden christlichen Verbände aufgefordert, ihm bei seiner schweren Aufgabe zu helfen, die wirtschaftliche und politische Stabilität zu erhalten. Sie sollten sich dabei nicht als Interessenten oder als eine bestimmte Gruppe verstehen. Der Christlich-Soziale Arbeitnehmerkongreß hatte in einer zweitägigen Tagung noch einmal seine Forderungen an die Wirtschafts- und Sozialpolitik präzisiert. Er stellte dabei fest, wie es MdB Hans Katzer, der Vorsitzende der Sozialausschüsse, formulierte, daß unser sozialer Rechtsstaat nicht der liberale Rechtsstaat von vorgestern mit einer besseren sozialen Fürsorgeleistung sei, sondern ein Gemeinwesen, „in dem Rechtsstaatlichkeit identisch mit Sozialstaatlichkeit ist“. In der Sozialpolitik wurde eine Abkehr von dem Leitbild der Schutzbedürftigkeit, in der Wirtschaftspolitik eine klare Rangordnung gefordert, in der die Gesellschaftspolitik vor ökonomischen Sachfragen zu rangieren habe.

Der Bundeskanzler ging in seiner Ansprache am 19. 1. in der Paulskirche auf die von dem Kongreß aufgeworfenen Fragen und Forderungen ein. In der Eigentumspolitik forderte er die Delegierten zu einem „Höchstmaß an Nüchternheit“ auf und warnte davor, die Dinge zu dramatisieren oder ihnen eine sentimentale Note zu geben. Er begrüßte die vor wenigen Tagen von Sachverständigen beider Konfessionen veröffentlichte Denkschrift zur Eigentumbildung. Sie sei klar auf die Beteiligung am volkswirtschaftlichen Erwerbsvermögen gerichtet; die Verfasser bejahen als Grundlage die Funktionsfähigkeit der Marktwirtschaft mit einem stabilen Geldwert und einem ausreichenden Wachstum der Volkswirtschaft. Man könne letzten Endes kein Eigentum bilden, wenn das Eigentum nicht wachse; und das sei nur möglich bei einer entsprechenden Fortschrittsrate der Volkswirtschaft, die wiederum neben höheren Investitionen auch höheren Konsum voraussetze.

Gegenüber den Forderungen zur Wirtschaftspolitik gab der Bundeskanzler zu bedenken, daß wirtschaftliche Erfolge die fundamentale Grundlage der Gesellschaftspolitik sein müßten. Man habe sie also als unentbehrlich für die hier gesetzten höheren Aufgaben zu betrachten. Erhard meinte, eine Sozialpolitik nach seinem Konzept dürfe die sozialen Leistungen nicht auf Rechtsansprüche an den Staat reduzieren. Das würde zu einer Entseelung des Lebens führen. Sozialpolitik müsse auch vom persönlichen Mitsorgen und Mitfühlen getragen sein. Er verwahrte sich gegen eine Sozialpolitik, in der jeder die gleichen sozialen Leistungen auf Grund eines Gesetzes empfangen, ganz gleich, wie hoch sein Einkommen sei.

Auf das Sozialpaket eingehend, bekannte sich Erhard noch einmal zur sog. arbeitsrechtlichen Lösung in der Lohnfortzahlung. Dagegen lehnte er den auch vom Kongreß wiederum geforderten Wirtschafts- und Sozialrat sowie die paritätische Besetzung der Handels- und Handwerkskammern ab. Hier wolle man ein ständestaatliches Element der demokratischen Ordnung aufpfropfen. Es wäre ein Armutszeugnis für den Bundestag und seine Experten, wenn er für die Vervollkommnung seiner Entschlüsse ein Gremium wie den Wirtschaftsrat brauchte.

Am Tage zuvor hatte der Staatssekretär im bayerischen Arbeitsministerium, Hans Schütz, zu einem weitgehenden partnerschaftlichen Denken innerhalb und außerhalb der Betriebe im Sinne einer Mitverantwortung und Mitbestimmung aufgerufen. Paul Seiler, der Vorsitzende des Christlichen Gewerkschaftsbundes, warnte vor dem sozialistischen Versorgungsstaat, der

seine Bürger täusche, indem er ihnen eine staatliche Garantie für die Wechselfälle des Lebens verspreche, die die persönliche Freiheit des einzelnen nicht einschränken werde. — In einer Resolution bekräftigten die Delegierten ihre Forderung nach einer Bildungspolitik ohne gesellschaftliche Privilegierung, nach einem Familienlastenausgleich, der den Familienvater zur Ernährung seiner Familie instand setze. Hier wurde eine Verbesserung des Kindergeldes und als Endziel auch das Kindergeld für das erste Kind verlangt. Zur Vervollkommnung der Eigentumspolitik muß nach Meinung des Kongresses das Gesetz zur Förderung der Vermögensbildung ausgebaut, seine Tariffähigkeit festgelegt, der steuerlich geförderte Betrag über 312 DM hinaus erhöht und das Gesetz auf den öffentlichen Dienst ausgedehnt werden. Die Harmonisierung der Sparförderung dürfte die bisherigen Prämienleistungen nicht abbauen; außerdem sollen die sozialen Privatleistungen von Bundesvermögen fortgesetzt werden. Gewünscht werden wiederum der Investivlohn und die Verabschiedung des Sozialpakets in dieser Legislaturperiode. Eine Verschiebung oder das Abgehen von der arbeitsrechtlichen Lösung würde nach dem Wortlaut der Resolution die Hoffnungen weiter Arbeitnehmerschichten „erschüttern“.

In der Frage des Sozialpakets und vor allem im Hinblick auf die Verbesserung des Kindergeldgesetzes warf Hans Katzer in seiner Ansprache in der Paulskirche der FDP eine „dauernde Verzögerungstaktik“ vor. Diese Partei wolle jetzt von Vereinbarungen abgehen, die mit ihr in diesem Zusammenhang ursprünglich getroffen worden seien.

Reformer ohne Orientierung. („Der Volkswirt“, Frankfurt, v. 20. 12. 63.) Günther Wolny, Regierungsdirektor, Leiter der Hessischen Landeszentrale für politische Bildung (Auszug): ... Wenn die gesellschaftlich und deshalb auch politisch so sterile Diskussion der Reform unserer sozialen KrV doch noch ihren Nutzen abwerfen soll, so ist jetzt der Zeitpunkt gekommen, an dem endlich gesagt werden kann: Uns fehlt eine Theorie des Reformierens. Sie fehlt uns allenthalben, bei der Schule und der Universität genauso wie bei Strafrecht und der Staatsverwaltung, bei der Raumplanung wie beim Wasser, um nur die wichtigsten zu nennen. Der Ruf nach einer Sozialenquete ist nur eines der vielen Zeichen dafür, daß wir das berechtigte Gefühl haben, nicht gründlich genug das Reformieren bedacht zu haben. Aber was bedeutet dieser Ruf nach der Sozialenquete? Die Politiker beginnen zu resignieren. Sie sind jetzt schlimmstenfalls bereit, Argumente zu akzeptieren, die — zurückhaltend ausgedrückt — nicht die ihren sind. Zur Zeit besteht leider der Eindruck, daß eine solche Sozialenquete nur aufs neue den Rechenstift ansetzen soll. Der Rechenstift selbst ist ein legitimes und notwendiges politisches Mittel. Nur sollten die Sozialpolitiker endlich Überlegungen anstellen, wann der Zeitpunkt dafür gekommen ist. Oder anders gesagt: Sie sollten sich mit dem Gedanken vertraut machen, daß mit dem Rechenstift nicht allein Milliardenbeträge berechnet werden können. Es ist uns — gerade im Vitalbereich der Gesellschaft — so viel Meßbares zur Hand, das darauf wartet, daß aus ihm Schlüsse gezogen werden. Es leuchtet ein, daß der Reformierer final denken muß: Was soll erreicht werden? Trotzdem ist diese Formel — unreflektiert — falsch. Denn die Gesellschaft hat sich selbst geändert, nicht wir haben sie verwandelt. Es wird nicht die Aufgabe der Politiker sein, eine Theorie des Reformierens aufzustellen. Das ist Aufgabe jener Sozialwissenschaften, denen der demographische Standort der Gesellschaft kein Fremdwort mehr ist. — Eine grobe Vorausanalyse der Gesellschaft ergibt zur Zeit etwa folgendes:

1. Sozialgesetze und -institutionen können nicht mehr — wie einst bei Marx und Bismarck — von der Armut her konzipiert werden. Diese Gesellschaft von heute — inmitten eines Wirtschaftsbooms unvorsichtig als Überflußgesellschaft bezeichnet — hat die latente Spannung gegen die Nahrungsspielraumgrenze der alten eingeblüht. Armut ist in unseren Tagen nicht mehr ein notwendiges soziales Institut, sondern ein durchgeschlepp-

ter Pauperismus, der anzeigt, daß wir unsere neue gesellschaftliche Lage geistig nicht bewältigt haben. Die Revolutionierung der Produktivität menschlicher Arbeit hat Armut nicht mehr gesellschaftsnotwendig gemacht. Das Sekuritätsdenken ist heute legitim geworden, denn diese Gesellschaft kann soziale Sicherheit leisten, weil ihre hohe Produktivität das zuläßt.

2. Es gilt, Klarheit zu schaffen, was in dieser neuen Gesellschaft vital wichtig geworden ist, um entscheiden zu können, was heute noch oder wieder an Solidarität oder Subsidiarität delegiert werden kann, und was kollektiv, das heißt staatlich institutionalisiert werden muß. Hierbei ist endlich auch der fruchtlose Streit um kollektives und individuelles Verfahren entscheidungsreif zu machen. *Sine ira et studio* dürfte dabei wirksam sein: Im Bereich westlicher Freiheit muß entschieden werden, was kollektiv getan werden muß und individuell getan werden kann. (Im kommunistischen Bereich stellt sich die Aufgabe seitenverkehrt: Was muß individuell, was kann kollektiv getan werden?)

3. Vital wichtig für die neue Gesellschaft — hier dürften wohl kaum Zweifel angemeldet werden — ist ihre Produktivität. Sie ist der zentrale Lebensnerv der neuen Gesellschaft. Arbeitslosigkeit und -unfähigkeit durch Krankheit und Gesundheitsminderung rühren direkt an diesen Nerv. Wenn vital Wichtiges nicht mehr delegierbar sein sollte — und das sollte es nicht sein! —, dann ist nachdrücklich zu prüfen, ob diese Sicherungen weiterhin an Sozialversicherungen delegiert bleiben können.

4. Die in den letzten hundert Jahren ständig gewachsene Einsicht, daß „die“ Gesellschaft dem einzelnen soziale Sicherheit bieten kann und deshalb auch soll, ist zugleich eines der wesentlichen Ingredienzien der Geschichte unserer Sozialversicherungen. Aber die Einsicht, daß die Fähigkeit der Gesellschaft, dem einzelnen überhaupt soziale Sicherheit bieten zu können, historisch neu ist, diese Einsicht muß erst noch wachsen. Sie erst macht deutlich, daß die sich selbst ver wandelnde Gesellschaft eine Neu-Institutionalisierung unseres sozialen Sicherungssystems erforderlich macht. Unsere bisherigen Reformabsichten beschränken sich auf Revisionen der bestehenden Institutionen, verbunden mit ständigen, viel zu kleinen Anpassungs-Schüben, die in die neugefaßten Paragraphen — mehr zufällig als zwingend — einfließen, z. B. der Rechtsanspruch auf ein Krankenhausbett.

5. Es muß endlich entscheidungsreif gemacht werden, wieviel soziale Sicherheit unsere Gesellschaft dem einzelnen bieten kann. Die Wahllosigkeit der sozialpolitischen „Einfälle“ des Hier-ein-bißen-und-Da-auch-ein-Bißen muß endlich einmal ausgestanden sein. Der Unfug mit der „Wahrung des sozialen Besitzstandes“, der nichts anderes verlangt, als daß am inzwischen falsch institutionalisierten Vorbeireformiert werden soll, muß ebenfalls aufhören. Die Prüfung der sozialen Sachverhalte muß entscheiden helfen, ob die Deckung der Basis needs nicht die korrekte Methode ist, um unsere neuen sozialen Sicherungen flexibel zu machen. Denn sie sollen Schwankungen der wirtschaftlichen Entwicklung auffangen helfen, damit kritische Zuspitzungen sich nicht zu Katastrophen auswachsen können. (Der ewige Boom kann auch für die Sozialpolitiker kein Maßstab sein.)

6. Zugleich aber muß auch entscheidungsreif gemacht werden, in welchem Umfang der einzelne für seine Gesellschaft in die Pflicht genommen werden kann. Das Geschwätz um den Versorgungs- und Wohlfahrtsstaat ist fruchtlos, weil es an Emotionen appelliert, die im Unbehagen, der Furcht vor Unbekanntem und dem Nicht-Wissen angesiedelt sind. Die Fragestellungen sind hier überhaupt noch nicht ins Auge gefaßt, die Reformen haben sich hier gegenseitig zugestanden, ohne Neugier bleiben zu dürfen.

Das etwa sind in kurzen Umrissen die konkret faßbaren Ansatzpunkte für eine Theorie des Reformierens. Sie wird dabei — so weit reicht die Analyse der neuen Gesellschaft bereits — folgendes zu leisten haben: Sie wird die Interdependenz der neuen sozialen Sachverhalte Krankheit — Gesundheit — Gesundheitsminderung, Arbeitsunfähigkeit, Arbeitslosigkeit, Invalidität,

Alter, Erwerbsunfähigkeit und Fürsorge durchsichtig zu machen haben, d. h. die Verwandlungen im Vitalbereich der Gesellschaft neu durchdenken müssen — vorerst diesseits der Finanzierung. Die Vorschläge zur Neu-Institutionalisierung werden — im Gegensatz zu denen der Politiker — auch eine („Betriebs-“)Rationalisierung des Sicherungssystems erbringen, d. h., die Flut der Gesetze und die ständige Strapazierung des Gesetzgebers werden durch „dynamische Sozialgesetze“ zurückgedämmt werden können. Und schließlich wird die Theorie des Reformierens hierarchische Verhaltensweisen und Institutionalisierungen abbauen helfen, damit endlich jener Prozeß vorangetrieben werden kann, dem die gegenwärtigen sozialen Sicherungen jetzt bereits im Weg stehen: der Aufwertung des Individuums. Oder gezielt: Die Reform wird vom Arzt—Patient-Verhältnis ausgehen müssen, die überlieferte Unterjochung des Patienten durch den Arzt gehört in den Kern aller Reform. Ganz gleich, welches politische Vokabular gewählt wird, ob Krankheit, Gesundheit, Gesundheitsminderung, der passive Patient ist die konkrete Provokation für eine Reform. Seine Aktivierung, seine Selbstbeteiligung ist nicht dem Geldbeutel, sondern den Ärzten abzugewinnen.

Das Verhältnis Arzt — Patient und das Honorarsystem

Auszug aus einem Aufsatz von Dr. Theo Siebeck über „Das Vergütungssystem im Kassenarztrecht“ in der Zeitschrift des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen, „Die Ortskrankenkasse“, Heft 21/22, November 1963:

„... Man könnte zwar mit Recht fragen, ob denn ein Vergütungssystem überhaupt in der Lage sei, das Verhältnis Arzt — Patient maßgeblich zu beeinflussen; doch sollte man auch hier die Dinge möglichst real sehen. Das Pauschalsystem hat dieses Verhältnis beeinflußt, ob mit Recht oder Unrecht, sei dahingestellt. Ebenso kann man davon ausgehen, daß auch die Vergütung nach Einzelleistungen mindestens auf die Einstellung des Versicherten nicht ohne Einfluß bleiben wird. Fast übereinstimmend haben es die Presseberichte, obwohl davon in den schriftlichen und mündlichen Informationen, die die Presse erhalten hatte, mit keinem Wort die Rede war, als die wesentliche Änderung herausgestellt, daß nun der Versicherte nicht mehr ‚Patient 2. Klasse‘ sei. Das gibt zu denken. Die Öffentlichkeit verbindet nun einmal mit der während der Weltwirtschaftskrise Anfang der dreißiger Jahre zum Zwecke der Ersparnis eingeführten Pauschalvergütung die Vorstellung, daß man dafür keine ordentliche Behandlung erwarten dürfe. Daß indessen auch dieses Vergütungssystem den Ärzten ein sehr annehmbares Einkommen einbrachte und die weitaus überwiegende Zahl der Ärzte die Versicherten auch keineswegs anders behandelte als Privatpatienten, nahm man einfach nicht zur Kenntnis; dafür hatte die Pauschalierung dieses Honorarsystem zu sehr in Mißkredit gebracht.“

Sicherlich liegt es nicht nur am Vergütungssystem, daß das menschliche Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient weitgehend an innerer Kraft eingebüßt hat. Wandlungen in den Lebensverhältnissen und der Einstellung der Menschen haben dazu ebenso beigetragen wie Änderungen der Krankheitsbilder und Fortschritte der medizinischen Technik. Diese Probleme sind in den letzten Jahren oft behandelt worden. Sie sind gewiß ernst zu nehmen. Man beklagt, daß der Versicherte sein Verhältnis zum Arzt gewissermaßen als das von Geschäftspartnern betrachtet, an denen ein vom Gesetz geregelter Geschäftsgang abläuft. Die Beziehung des Vertrauens sei ersetzt durch eine fast ans Geschäftliche grenzende Beziehung des Forderns und Gebens. Die Entseelung in der Arzt—Patient-Beziehung finde ihre Förderung auch durch den Massenandrang in der kassenärztlichen Sprechstunde. Das sind Mahnungen und Warnungen, die man nicht einfach ignorieren kann.

Aber gerade weil die Versicherung geeignet ist, derartige Einstellungen und Verhaltensweisen zu begünstigen, wird man besonders sorgfältig darauf zu achten haben, daß die durch sie hervorgerufenen Antriebe und Beziehungen von fragwürdiger Undurchsichtigkeit und reinem Geschäftssinn freigehalten werden. Auch

die Art der Honorierung spielt dabei eine nicht zu unterschätzende Rolle. Der Versicherte muß eine richtige innere Einstellung zu seiner Versicherung gewinnen, und der Arzt die Behandlung wieder fest in die Hand nehmen. Alles was der Erreichung dieses Zieles dient, sollte genutzt werden. Eine dieser Möglichkeiten schlen denjenigen, die an dem Zustandekommen der neuen Honorarvereinbarungen im Rheinland beteiligt waren, der Übergang von der Pauschalvergütung zur Einzelleistungsvergütung zu sein.

Sicher birgt ein solcher Schritt nach mehr als dreißig Jahren pauschalierter Gesamtvergütung ein gewisses Risiko in sich, doch werden die Nachteile, die sich auch bei diesem Vergütungssystem nicht ausschließen lassen, kaum größer sein als die bereits bekannten Nachteile der Pauschalvergütung, die gleichermaßen für Versicherte, Ärzte und Krankenkassen fast überall und in zunehmendem Maße mancherlei Unzuträglichkeiten mit sich brachten. Überdies kann es mit der Änderung des Systems auch nicht einfach sein Bewenden haben, sondern es wird zur Vermeidung und Ausräumung von Irrtümern und Mißverständnissen eines engen Kontaktes und ständigen Erfahrungsaustausches bedürfen. Es muß fortgesetzt auf beiden Seiten der gute Wille erkennbar sein, mit dem man sich wechselseitig bemüht, gewisse Schwierigkeiten zu überbrücken, denen man nie ganz ausweichen kann, wenn der normierte Versicherungsanspruch mit der individuellen Tätigkeit des Arztes in Übereinstimmung gebracht werden soll . . .“

Unehrliche Auseinandersetzung um die Krankenscheine. (Margot Kalinke MdB in „Deutsche Zeitung“ v. 16. 1. 64): Große Unruhe unter den Angestellten hat der Versuch ausgelöst, den Ersatzkassenvertrag zu verwirklichen. Seit Jahrzehnten sind die gleichen Bestimmungen im Ersatzkassenvertrag enthalten. Aber sie wurden weder von den Ärzten noch von den Ersatzkassen eingehalten. Sie legten fest, daß den über 1250 DM monatlich verdienenden Angestellten keine Krankenscheine gegeben werden sollen, sondern daß sie quasi als Privatpatienten zu behandeln seien. Die Ärzte fordern mit dem Hinweis auf die völlig veränderte wirtschaftliche Situation und die wachsende Zahl der Angestellten, deren Einkommen . . . 1250 DM überschreitet, die Ersatzkassen auf, diesen Angestellten keine Krankenscheine mehr auszuhändigen. Die Ersatzkassen erklären ihrerseits — wie mehrfach zu hören war —, daß sie gar nicht in der Lage sind, die Nichtversicherungs-Pflichtigen nach der Höhe ihres Einkommens zu befragen. Soeben hat das Sozialgericht Düsseldorf allerdings entschieden, daß die Ersatzkassen sehr wohl das Recht haben, Auskunft über die Höhe der Einkommen bei den freiwillig Versicherten zu verlangen.

Das Problem hat sich inzwischen zu einem wahren Dilemma der unehrlichen Auseinandersetzungen entwickelt. Während die DAG, die bekanntlich bei den

Angestellten-Ersatzkassen und beim Verband der Angestellten-Krankenkassen mit Mehrheit regiert, in der Öffentlichkeit im Zusammenhang mit dem KVNG gegen jede Kostenbeteiligung protestiert, hat sie diesen Vertrag abgeschlossen und den über 1250 DM Verdienenden eine Kostenbeteiligung zugemutet, die weit über das hinausgeht, was jemals von der Regierung in einem Reformgesetzentwurf geplant worden ist. Die Unterschrift unter den Vertrag setzte Herr Katzbach, stellvertretender Vorsitzender der DAG.

Im KVNG ist eine Kostenbeteiligung von 2% der Einkommen, nach denen Beiträge gezahlt werden, vorgesehen. Es kämen also nie mehr als 2% von zur Zeit 660 DM in Frage. Dagegen macht die Kostenbeteiligung der freiwillig Weiterversicherten, die keinen Krankenschein erhalten, in diesen Fällen bis zu 50% der Arztrechnung aus, von den Schwierigkeiten ganz zu schweigen, die sich bei der Inanspruchnahme der 2. Klasse im Krankenhaus für die quasi Privatpatienten mit unzureichender Kostenerstattung ergeben. Dieselbe DAG, die den Angestellten diese Kostenbeteiligung zumutet, deren führender Repräsentant das Abkommen mit den Ärzten unterzeichnet hat und sich dieses Vertrages rühmt, fordert die Versicherten auf, dem Arzt über ihre Einkommensverhältnisse keine Aussage zu machen und damit den Vertrag zu brechen, den sie selbst abgeschlossen hat. Die Ersatzkassen haben es versäumt, daß sie nach erneutem Abschluß des Vertrages keinen Anspruch auf einen Krankenschein haben, wenn ihr Einkommen mehr als 1250 DM beträgt.

Die Auseinandersetzung hat besonders Gewicht dadurch, daß ein FDP-Antrag zur Diskussion steht, dieses System, das soviel Ärgernis bereitet, nach dem Modell der Ersatzkassen in der gesamten KrV einzuführen und damit den Anfang zum totalen Kostenerstattungssystem in der gesetzlichen KrV zu machen. Die Ärzteorganisationen begrüßen aus verständlichen Gründen eine solche Regelung. Wie aber eine Angestellten-Gewerkschaft, die sich für die Angestellten-Ersatzkassen verantwortlich fühlt, diese Haltung ihren Angestellten klarmachen will, bleibt der DAG selbst überlassen.

Der DGB nutzt diese Gelegenheit zur Mitgliederwerbung und empfiehlt allen Betroffenen, seinen Rechtsschutz in Anspruch zu nehmen, falls sie sich wegen der Honorarschwierigkeiten mit Ärzten und Kassen auseinandersetzen müssen. — Die DAG polemisiert in der Öffentlichkeit gegen die Unterschrift ihres eigenen Vertreters.

Das Dilemma betrifft nicht nur die Ärzte; auch die Verzögerung der Unterschrift unter den Zahnarztvertrag war damit begründet, daß die Zahnärzte einen Aufdruck auf Krankenscheine forderten, aus dem ersichtlich war, daß solche Behandlungsweise für Einkommensbezieher über 1250 DM gelten. Ich möchte an

Bei allen
Erkrankungen
der
Atmungsorgane

Antibex[®]

SIMPLEX · FORTE · CUM EPHEDRINO

125 ccm enthalten
50 mg Dihydrokodelin

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

Machen Sie aus Leitungswasser Kraft. Reinigungskraft!

... durch entspanntes Wasser



Im puren Leitungswasser ruht starke, aber ungenutzte Energie. PRIL macht daraus Kraft! ... Und sogar Leistung, die Arbeitszeit und Personalkosten einspart. Warum? Weil PRIL das Wasser entspannt!

PRIL-entspanntes Wasser ist gründlicher und fleißiger – und was es reinigt, trocknet von selbst glanzklar!

Was bedeutet das für Sie?

1. Arbeitserleichterung!
2. Einsparung von Arbeitszeit und Kosten!
3. Strahlende Sauberkeit überall!

Eine Handvoll PRIL

Was gibt das? Auf jeden Fall vier Eimer entspanntes Wasser! Und Sauberkeit, viel glanzklare Sauberkeit. Alles, was schmutzig ist und Wasser verträgt, wird mit winzigen Mengen PRIL sauber. PRIL-entspanntes Wasser dringt in Fugen und Rillen. Es löst Fett und Schmutz gründlich und schwemmt mühelos alles weg.

PRIL-Pulver im 2 kg-Fäßchen, PRIL-flüssig und PRIL-Spezial (schaumarm – für Geschirrspülmaschinen) in 5 kg- und 30 kg-Behältern.

Pril

entspannt das Wasser –
darauf kommt es an!

dieser Stelle noch einmal zum Ausdruck bringen, was ich in der Öffentlichkeit wiederholt gesagt habe:

1. In der gesetzlichen KrV können alle Versicherten nur nach gleichen Grundsätzen gleiche Pflichten und Rechte haben.
2. Der Vorschlag der FDP wirft die Probleme des Streits mit dem Ersatzkassenvertrag vervielfältigt und mit besonderer Härte auf, wenn alle freiwillig Weiterversicherten eine völlig unbekannt und in ihrer Höhe unbeschränkte Kostenbeteiligung auf sich nehmen sollen.
3. Auch vom sozialetischen Standpunkt her ist der FDP-Vorschlag schwer vertretbar, weil es in der Sozialversicherung keine unterschiedliche Behandlung der Sozialversicherten und damit auch kein Mehrklassen-System von Versicherten geben darf.
4. Die Vorschläge im KVNG-Entwurf und die sich daraus ergebenden Probleme sind geringer, die Belastung ist überschaubar und die mögliche Rückvergütung ist eine Chance für alle Versicherten, nicht nur für diejenigen mit Einkommen über 1250 DM.
5. Die Ärzte wären besser beraten, wenn sie den Fragen der Versicherungspflichtgrenze und der Versicherungsberechtigung mehr Aufmerksamkeit widmen würden.
6. Ärzten und Pflichtversicherten ist besser gedient, wenn die soziale Krankenversicherung auf den Personenkreis begrenzt wird, für den sie geschaffen ist. — Darüber wird der Bundestag zu entscheiden haben.

BUCHBESPRECHUNGEN

Böhler: Technik der Knochenbruchbehandlung. Ergänzungsband zur 12./13. Auflage. 450 Seiten mit 423 Abb. in 738 Einzeldarstellungen. 1963, Verlag Wilhelm Maudrich, Wien, Gln. Preis: 115,— DM.

Wer Gelegenheit hatte, die Entwicklung der Unfallchirurgie über Jahrzehnte zu verfolgen, ist nicht erstaunt, wenn er den Ergänzungsband von Lorenz und Jörg BÖHLER zur 12. und 13. Auflage des Werkes: „Die Technik der Knochenbruchbehandlung“ durchsieht. Der Wandel in der Unfallchirurgie kommt in diesem Ergänzungsband deutlich zum Ausdruck. Aus der Technik der Knochenbruchbehandlung wird nämlich eine „Unfallchirurgie“. Bei der Durchsicht des Ergänzungsbandes zeigt sich aber auch noch etwas anderes. Nicht nur die Erweiterung des berühmten Werkes zu einem Lehrbuch der Unfallchirurgie und Unfallheilkunde ist bemerkenswert, sondern auch der Wechsel in den Anschauungen über die verschiedenen Möglichkeiten der Behandlungen, die der Verfasser selbst vollzogen hat. Ich greife z. B. einen Abschnitt heraus: „Abduktionsverbände.“ Im ersten Band der 6. Auflage: „Die Technik der Knochenbruchbehandlung“ hat BÖHLER auf Seite 427 folgendes gesagt: „Die Abduktionschiene ist eines der wertvollsten Mittel bei der Behandlung von Verletzungen im Bereiche der Schulter und des ganzen Armes. Das gute und genaue Anlegen gehört zu den technisch schwierigsten Aufgaben der Knochenbruchbehandlung. Wenn die Schiene gut angelegt wird, ist der Verletzte bald schmerzfrei, wenn sie schlecht angelegt wird, ist das Tragen derselben eine Qual.“ In der 12. und 13. Auflage ist folgendes zu lesen: „Ich habe früher bei den meisten Schulterverrenkungen nach der Einrichtung eine Abduktionsschiene gegeben. Ich rate jetzt dringend davon ab, weil ich viele Verletzte gesehen habe, bei welchen der Oberarmkopf auf der Abduktionsschiene wieder ausgesprungen ist, weil sie schlecht angelegt war.“ Jetzt, im Ergänzungsband, begründet BÖHLER die Änderung seiner Meinung eingehend einmal damit, daß die von ihm immer propagierte Abduktionsschiene von vielen Chirurgen falsch angelegt worden sei, zum zweiten, was aber viel wichtiger ist, daß er selbst seinen Glauben an die allgemein verbreitete Lehre aufgeben mußte, daß die so häufigen Versteifungen oder besser gesagt Einschränkungen der Beweglichkeit der Schulter auf die Fixation bei Abduktionsstellung des Armes zurückzuführen sei. Er hat

diesen Glauben auf Grund der Untersuchungen von de QUERVAIN und ZUPPINGER gewonnen. Kurzum, jetzt empfiehlt er die Abduktionsstellung bei Verletzungen der Schulter und des Oberarmes, die früher völlig verpönt war, ja, als Kunstfehler bezeichnet wurde.

Ähnliches kann man in bezug auf die Behandlungen der Wirbelsäulenbrüche feststellen. Auch hier haben sich die Anschauungen BÖHLERs geändert. Er richtet z. B. die meisten Brüche des 10. und 11. Brustwirbels nicht ein, weil die Stellung sowieso nicht zu halten ist. Gipsmieder und Stützkorsett werden nicht mehr angewandt. Er hat sich auch bei vielen Brüchen zu der von MAGNUS empfohlenen funktionellen Behandlung durchgerungen, und zwar muß das Bett Bretter unter der Rohhaarmatratze haben (Liegen auf harter Unterlage). Ich habe diese Behandlung in meinem Buch „Die Wirbelsäulenverletzungen und ihre Ausheilung“ eingehend beschrieben. In der ersten Auflage dieses Buches habe ich auch zum ersten Male darauf hingewiesen, daß es gefährlich ist, die Wirbelbrüche mit Ausbruch des hinteren, kranialen, keilförmigen Fragmentes durch Überlordosierung zu reponieren, weil es dadurch zu Lähmungen des Rückenmarkes kommen kann. Die pathologisch-anatomischen Bilder habe ich in meinem Buch vorgelegt, was BÖHLER wohl entgangen ist. Was ich am Präparat nachwies, hat schließlich STRAUBE im Modellversuch vorgeführt.

Die genannten Beispiele sollten nur zeigen, daß es in der Medizin und vor allem in der Chirurgie und Unfallchirurgie nicht immer richtig ist, wenn Behandlungsmethoden zu dogmatisch als die einzig richtigen in den Vordergrund gestellt werden. Es führen manche Wege nach Rom, und die Entwicklung steht nicht still. Diese Ausstände hindern mich nicht, meine große Bewunderung für das Lebenswerk BÖHLERs, hier vor allem für sein Standardwerk, auszusprechen. Dieses Buch ist für viele Chirurgen der rote Faden im Labyrinth der vielen gegenseitigen Ansichten gewesen, und es hat dadurch vielen Unfallverletzten die bestmögliche Wiederherstellung gebracht.

Auch der neue Ergänzungsband ist eine verdienstvolle Arbeit. Hinzu gekommen sind vor allem die von Jörg BÖHLER bearbeiteten Kapitel über Gefäßverletzungen, Schädelverletzungen, Schädel-Hirnverletzungen, Querschnittslähmungen und die Marknagelung des Unterschenkels.

Wer sich mit der Unfallchirurgie beschäftigt und das Standardwerk der 12. und 13. Auflage von BÖHLER besitzt, wird nicht umhin kommen, den Ergänzungsband in seine Bibliothek einzureihen.

A. L o b (Murnau/Obb.)

Die verstandene Frau. Von Dr. E. Schaetzing. 3. Auflage. Verlag J. F. Lehmanns, München. 200 Seiten, Leinen DM 20.—.

Dieses Buch, nun in der dritten Auflage vorliegend, ist ein ungewöhnliches literarisches Werk. Geschrieben von einem Gynäkologen, kann es doch kaum als frauenärztliche Fachliteratur eingestuft werden. Schaetzing ist zwar Frauenarzt, aber er weist sich mit diesem Buch in erster Linie als lebenskluger Psychologe und umfassend gebildeter Philosoph aus — als „ein die Weisheit Liebender“.

Das Anliegen des Buches ist die Darstellung einer Synthese der Gynäkologie mit der Psychotherapie, nicht im Sinne einer einfachen Addition zweier Fachgebiete, deren jedes sowohl in der Ausbildung als auch in der Ausübung Kraft und Zeit eines Arztes voll beanspruchen. Die Notwendigkeit für den Frauenarzt, die Psyche seiner Patientinnen in Diagnostik und Therapie in Rechnung zu stellen, ist natürlich eine allgemein bekannte Tatsache. Das Verdienst dieses Buches liegt darin, daß es in überzeugender Form darstellt, wann und wie das geschehen kann und soll. Sein Stil ist aphoristisch beschwingt, konzentriert, alles andere als lehrbuchmäßig trocken. Darin zu blättern genügt nicht, man muß es lesen, aber man tut das mit Genuß, denn es ist ausgesprochen amüsan geschrieben, und zahlreiche lehrreiche Beispiele aus der Praxis erleichtern das Verständnis.

Im ganzen ein Buch, das zu lesen und zu besitzen

sich nicht nur für den interessierten Frauenarzt, sondern für jeden Kollegen lohnt, der der Psychotherapie aufgeschlossen ist oder sich mit Ihren Grundlagen vertraut machen will.

Dr. Neresheimer

Die hormonale Behandlung von Zyklusstörungen. Von Priv.-Doz. Dr. R. Kaiser, München. Preis DM 9.—.

Nur wenige Fachgebiete in der Medizin haben im letzten Jahrhundert einen so stürmischen Aufschwung genommen und sind in einer so erstaunlichen Vorwärtswentwicklung begriffen wie das der gynäkologischen Endokrinologie. Diesem Umstand kann ein „Leitfaden“ eher Rechnung tragen als das schwerfälligere Lehrbuch oder gar ein Handbuch, bei dem zwischen Niederschrift und Druck die Aktualität verloren gehen kann. In der zweiten Auflage dieses allgemein beliebten Büchleins von Kaiser hat nicht nur die Weiterentwicklung Ihren Niederschlag gefunden, sondern es wurden auch noch wesentliche Verbesserungen angebracht, die dem Nichtfachmann das Verständnis erleichtern. Daneben sind insbesondere beim Kapitel über die gonadotropen Hormone neuere Forschungsergebnisse berücksichtigt. Erfreulich und erstaunlich ist, daß dadurch der Umfang nicht wesentlich zugenommen hat. Als ganz besonderer Vorteil wird es von vielen empfunden werden, daß im Text nun auch neben der vielen nicht geläufigen chemischen Bezeichnungen der Firmenname des Präparates eingefügt ist. Vielleicht wäre es noch klarer und übersichtlicher, wenn dies auch in den Zeichnungen geschehen könnte, wobei natürlich die Gefahr einer gewissen Verzerrung bei Vorhandensein mehrerer Präparate in Kauf genommen werden müßte. Verdienstvoll ist es, daß Fehler und Gefahren hormonaler Behandlung in einem besonderen Kapitel kurz und klar herausgestellt werden. Dem praktischen Arzt und dem Facharzt vieler Richtungen wird das Büch-

lein ein hochwillkommener Wegweiser durch ein Gebiet sein, in dem die Übersicht schwer zu behalten ist.

J. Breitner

Diepgen: Unvollendete. Vom Leben und Wirken frühverstorbenen Forscher und Ärzte aus anderthalb Jahrhunderten. 1960. Georg Thieme Verlag, Stuttgart. VI und 223 Seiten. Preis: 16,80 DM.

Der Altmeister der Medizingeschichte, Prof. Dr. Paul Diepgen, dem so viele wertvolle Werke zu danken sind, hat mit seinem, den „Unvollendeten“ gewidmeten Buch mehr getan als eine — übrigens wie immer bei diesem Autor — gründliche und keineswegs nüchterne Darstellung zu geben. In der „Einführung“ erklärt Diepgen den Titel seines Werkes: „Wie Schubert im 32. Lebensjahre an Typhus sterben mußte, so steht auch über dem Leben vieler Forscher und Ärzte, die Großes geleistet haben, die Tragik des frühen Todes.“ Die Möglichkeit großer Altersleistungen bestärkt den Gedanken an den Verlust, den die fortschrittliche Entwicklung der Heilkunde durch den frühen Tod junger Meister erlitten hat. Diepgen hat in der Literatur aus der Zeit von 1800 bis 1950 „rund 400 namhafte, in unserem Sinne jung gestorbene Ärzte“ festgestellt. Bei seiner Darstellung wurde, wie er selbst betont, in erster Linie an das gedacht, was am Leben und Wirken der Frühverstorbenen den praktischen Arzt interessiert. Die Auswahl, die Diepgen traf, ist mit sicherer Hand geschehen. So bringt dieses Buch wohl jedem Arzt Wertvolles, Bekanntes in neuem Lichte und Unbekanntes. Verzeichnisse der Personennamen, der Ortsnamen und ein Sachverzeichnis sind begrüßenswerte Ergänzungen. Man kann nur wünschen, daß dieses mit elf Tafeln und zwei Abbildungen im Text ausgestattete Buch in die Hände recht vieler Ärzte gelangen möge.

Dr. W. Koerting

KONGRESSE UND FORTBILDUNG

Augsburger Fortbildungs-Kongreß für praktische Medizin

33. Vortragsreihe am 20. bis 22. März 1964

Thema:

„ERMÜDUNG UND SCHLAF.“

Kongreßleiter: Prof. Dr. A. Schretzenmayer, Augsburg, Vorsitzender des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung.

Kongreßort: Neuer Großbau der National-Registrier-Kassen, Augsburg, Ulmer Str. 160a

Samstag, 21. März 1964

I. Grundlagen und Grundfragen:

8.30—9.50 Uhr:

Prof. Dr. W. Menzel, Hamburg:

„Schlaf, Ermüdung und Krankheit unter dem Gesichtspunkt der 24-Stunden-Rhythmik“

Prof. Hoff, Wien:

„Weckmittel, Schlafmittel, Neuroleptica und Neuroplegica in Klinik und Praxis“

9.50—10.20 Uhr:

Pause (Besuch der Ausstellung).

II. Müdigkeit und Schlafstörungen als diagnostisch-therapeutisches Leitsymptom:

10.20—12.20 Uhr:

Prof. Dr. H. Reisner, Wien:

„Neurologische Erkrankungen“.

Prof. Dr. H. Sattes, Würzburg:

„Organisch-Psychiatrische Ursachen“

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

„Der vegetative Erschöpfungszustand“.

12.20—14.00 Uhr:

Mittagspause (Besuch der Ausstellung).

14.00—15.00 Uhr:

Round-table-Gespräch:

Das Heilverfahren aus der Sicht der Praxis.

15.30—18.00 Uhr:

Klinische Visiten in den Augsburger Krankenhäusern.

Sonntag, 22. März 1964

9.00—10.20 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. K. Schwarz, München:

„Endokrine Erkrankungen“.

Prof. Dr. H. Fleischhacker, Wien:

„Bluterkrankungen“.

10.20—10.50 Uhr:

Pause

10.50—12.00 Uhr:

Prof. Dr. K. Betke und Frau Dr. G. Weidel, Tübingen:

„Das müde Kind“.

Prof. Dr. W. Schulte, Tübingen:

„Die Altersmüdigkeit“.

12.00—14.00 Uhr:

Mittagspause

14.00—18.00 Uhr:

Prof. Dr. P. Schölmerich, Marburg/Lahn:

„Herz-Kreislauf-Erkrankungen“.

Prof. Neumayer, Wien:

„Lebererkrankungen“.

Dr. med. habil. G. Volkheimer, Berlin:

„Fehlernährung als Müdigkeitsursache“.

Auskunft: Ärztl. Kreisverband Augsburg, 89 Augsburg, Schaezlerstraße 19.

Deutsche Gesellschaft für Chirurgie

In München findet die 81. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie vom 1. bis 4. April 1964 unter dem Präsidium von Professor Dr. R. Nissen, Basel, statt.

Ais Hauptthemen sind vorgesehen: Ileus. Uleus pepticum von Magen, Duodenum und Anastomose. Wiederbelebung. Dringlichkeitskategorien bei Massenkatastrophen. Primäre und sekundäre Knochenheilung. — Für die Parallelsitzungen sind folgende Themen aufgestellt: Herzchirurgie, Plastische Chirurgie (die biologischen Vorgänge in Transplantat und -Lager) und Experimentelle Chirurgie.

Auskunft: Professor Dr. R. Nissen, Direktor der Chirurgischen Universitäts-Klinik, Basel, Bürgerspital.

Deutsche Gesellschaft für innere Medizin

Die 70. Tagung der Deutschen Gesellschaft für innere Medizin findet vom 6. bis 9. April 1964 in Wiesbaden unter Vorsitz von Prof. Dr. Dr. h. c. L. Heilmeyer, Freiburg/Br., statt. Am 9. April 1964 wird die Tagung gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (Vorsitzender: Prof. Dr. R. Mark, Recklinghausen) und der Deutschen Röntgen-Gesellschaft (Vorsitzender: Prof. Dr. J. Becker, Heidelberg) abgehalten. Tagungsort der wissenschaftlichen Sitzungen ist die Rhein-Main-Halle.

Hauptthemen: 1. Herzdynamik; 2. Stoffwechsel des Eisens und anderer Schwermetalle; 3. Enzymopathologie und Enzymdiagnostik; 4. Pankreatitis; 5. Schilddrüse.

Auskunft: Prof. Dr. Heilmeyer, Med. Universitätsklinik, 78 Freiburg, Hugstetterstraße 55.

Deutsche Gesellschaft Medizinisch-Technischer Assistentinnen e. V., Landesverband Bayern

Vom 13. 3. bis 16. 3. 1964 findet in München eine Fortbildungstagung für Röntgen- und Laboratoriumsassistentinnen statt. Behandelt werden u. a. folgende Themen: „Elektrophorese“, „Technik der Dünnschicht-Chromatografie“, „Resistenzbestimmung und moderne Chemotherapie“, „Nachweismethoden von Trichomonas vaginalis (mit Filmdemonstration)“, „Serologische Reaktionen bei Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises“, „Umgang mit radioaktiven Stoffen“, „Simultanschichtverfahren“, „Duplikattechnik von Röntgenfilmaufnahmen“, „Entwicklungstendenz auf dem Gebiet der Strahlentherapie“.

Tagungsort: München, Dermatologische Klinik und Max-v.-Pettenkofer-Institut.

Auskunft und Anmeldung: Frau I. M. Kiefl, Dermatologische Univ.-Klinik, 8 München 15, Frauenlobstr. 9, Telefon 24 00 01/App. 38 38.

Ganzheitsmedizin und Naturheilverfahren

Der Bundesverband Deutscher Ärzte für Naturheilverfahren e. V. veranstaltet in Igis bei Innsbruck vom 15. bis 21. März 1964 seine Frühjahrstagung.

Themen: 1. Musik in der Medizin; 2. Abmagerungs- und Fastenkuren; 3. Notfall-situationen; 4. Aufbrauchs-krankheiten u. a.; 5. Psychiatrie und Psychotherapie; 6. Sportmedizin; 7. Verschiedene Themen.

Auskunft: Bundesverband Deutscher Ärzte für Naturheilverfahren e. V., 8 München 2, Richard-Wagnerstraße 10/I.

Fortbildungskurs für Geriatrie

Die Österreichische Gesellschaft für Geriatrie unter Mitarbeit der „Schweizerischen Gesellschaft für Gerontologie“ und der „Deutschen Gesellschaft für Alterns-

forschung“ veranstaltet in Bad Hofgastein (Salzburg/Österreich) vom 21. bis 28. März 1964 einen Fortbildungskurs für Geriatrie.

Auskunft: Prim. Dr. W. Doberauer, Wien 14, Hütteidorfer Straße 188.

Günstige Flugreise zum 4. Weltkongreß der Internationalen Vereinigung für Gynäkologie und Geburtshilfe

in Buenos Aires, Argentinien, vom 19. bis 26. 9. 1964

Den interessierten Kollegen wird eine günstige Gelegenheit zur Teilnahme an diesem Kongreß geboten: 20tägige Gruppen-Flugreise mit modernsten Düsen-Verkehrsflugzeugen (keine Chartermaschinen)

München — Rio de Janeiro — (Brasilia) —

Buenos Aires — Mar del Plata (Kongreßort) —

Trinidad — New York. (Besuch der Weitausstellung)

— München (ab New York auch Schiffsrückreise möglich)

vom 15. 9. bis 4. 10. 1964 ab und bis München 3970 DM. Für Angehörige auf Wunsch Sonderprogramm während der Dauer des Kongresses.

Anfragen und Anmeldungen durch die Bayer. Landesärztekammer, Pressestelle, 8 München 23, Königinstraße 85, Telefon 36 11 21.

KONGRESSKALENDER

Da die Termine der Kongresse manchmal geändert werden, empfehlen wir auf jeden Fall, vor dem Besuch einer Tagung sich noch einmal mit dem Kongreßbüro bzw. der Auskunftsstelle in Verbindung zu setzen.

Februar/März 1964:

23. 2.—6. 3. in **Freudenstadt**: Diagnostik-Kurs (D-Kurs) der Ärtzl. 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.

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. Fortbildungsiehrgang des Deutschen Sportärzte-Bundes im Wintersport. Auskunft: OMR Dr. Fr. Friedrich, 8 München 23, Wilhelmstraße 16.

Februar/Juli 1964:

3. 2.—1. 7. in **Amsterdam**: Internationaler Kursus über Gesundheitsentwicklung. Auskunft: Netherlands Universities Foundation for International Co-Operation, 27 Molenstraat, Den Haag.

März 1964:

1.—7. 3. in **Freudenstadt/Schw.**: 26. Kongreß des Zentralverbandes der Ärzte für Naturheilverfahren. Auskunft: Dr. med. H. Haferkamp, 65 Mainz, Adam-Karrillon-Straße 13.

Liquirit

bei *Ulcus ventriculi* und *duaden*, Gastritis, Hyperacidität und nervösen Magenbeschwerden

Die bewährte, wohlausgewogene Kombination auf therapeut. Breite
Keine Nebenwirkungen

K.P. mit 30 Tabl. DM 2,85 a.U. / O.P. mit 60 Tabl. DM 4,80 a.U.
Klinikpackung

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

- 2.—25. 3. in Bad Nauheim und in Gießen: 15. Fortbildungskurs in Bäder- und Klimahelkunde und physikalischer Medizin. (Bäderreise v. 20.—25. 3. 64 in den Harz.) Auskunft: Sekretariat f. ärztl. Fortbildungskurse, 63 Gießen, Pathol. Institut, Klinikstraße 32g.
- 5.—7. 3. in Düsseldorf: Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie (II. Symposion). Auskunft: Dozent Dr. E. Klein, 4 Düsseldorf, II. Med. Klinik, Moorenstraße 5.
- 6.—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.
- 14.—15. 3. in Köln: Fortbildungskurs über allergische Erkrankungen. Auskunft: Dr. V. Ruppert, Leiter der ärztl.-wissenschaftl. Zentrale des Deutschen Allergikerbundes, Köln, Schildergasse 111.
- 15.—21. 3. in Igls b. Innsbruck: 1. Internationaler Frühjahrskongreß für Ganzheitsmedizin und Naturheilverfahren. Auskunft: Bundesverband Deutscher Ärzte für Naturheilverfahren e. V., 6 München 2, Richard-Wagner-Straße 10.
- 15.—19. 3. in Jerusalem: 3. Europäische Konferenz über Mikrozirkulation. Auskunft: Capillary Research Laboratory, Hadassah University, Hospital, P.O.B. 499, Jerusalem/Israel.
- 20.—22. 3. in Augsburg: 33. Vortragsreihe d. Augsburger Fortbildungskongresses für praktische Medizin. Auskunft: Ärztl. Kreisverband Augsburg, 69 Augsburg, Schaezlerstraße 19.
- 21.—24. 3. in Neapel: III. Weltkongreß für kybernetische Medizin. Auskunft: Gen.-Sekr. Dr. A. de Chiara, 348, Via Roma, Neapel.
- 21.—23. 3. in Bad Hofgastein: Fortbildungskurs für Geriatrie. Auskunft: Prim. Dr. W. Doberauer, Wien 14, Hütteldorfer Straße 188.
- 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.

März/Juni 1964:

2. 3.—30. 6. in Düsseldorf: 29. Amtslehrgang d. Akademie für Staatsmedizin. Auskunft: Akademie für Staatsmedizin, 4 Düsseldorf, Auf'm Hennekamp 70.

April 1964:

- 1.—4. 4. in München: 81. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Auskunft: Prof. Dr. R. Nissen, Direktor der Chirurg. Univ.-Klinik, Basel/Schweiz, Bürgerspital.
- 3.—5. 4. in Bad Nauheim: Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kreislauforschung. Auskunft: Prof. Dr. R. Thauer, W.-G.-Kerckhoff-Institut der Max-Planck-Gesellschaft, Bad Nauheim.
- 4.—5. 4. in Wiesbaden: 2. Arbeitstagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin. Auskunft: Sekretariat der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin e. V., 2 Hamburg 20, Martinistraße 52.
- 6.—9. 4. in Wiesbaden: 70. Tagung der Deutschen Gesellschaft für innere Medizin. Auskunft: Prof. Dr. L. Heilmeyer, Med. Univ.-Klinik, 78 Heidelberg, Hugstetterstraße 55.
- 6.—10. 4. in Neuberberg bei München: Einführungskurs in den Strahlenschutz für Ärzte, Tierärzte, Apotheker, Biologen usw. Auskunft: Dr. R. Wittenzeilner, 8042 Neuberberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1, Post Schleißheim.

Gegen Müdigkeit am Morgen

Depression nach dem Erwachen, Erschöpfung, Arbeitsunlust, Arteriosklerose, morgens 1 Kapsel

**permorgen
- vitamin**

Rp.: Vitamin A, Vitamin D₂, Vitamin B₆, Vitamin B₁₂, Methionin, ungesättigte Fettsäuren, Calciumlevulinat, Magnesiumthiosulfat, Natriumsilicot

Packung mit 30 Kapseln

permorgen-vitamin-schwarzaupt DM 5.90

Gegen Müdigkeit am Abend

vorzeitigen Leistungsabfall, Schwäche, Geiztheit, Kältegefühl, Rekanvaleszenz, Nachtblindheit, nachmittags oder abends 1 Kapsel

**perabend
- vitamin**

Rp.: Vitamin B₁, Vitamin B₂, Vitamin K, Vitamin E, Folsäure, Nicotinsäureamid, Cholin, Inosit, Glycerin, Natriumglycerophosphat, Natriumfluorid

Packung mit 30 Kapseln

perabend-vitamin-schwarzaupt DM 5.90

Gezielte Vitaminversorgung und spezifische Ergänzung der täglichen Nahrung!

Bitte hier abtrennen!



Bestellschein

Erbitte kostenloses Versuchsmuster von

permorgen-vitamin-schwarzaupt

perabend-vitamin-schwarzaupt

Persönliche Unterschrift und Stempel:

SCHWARZHAUPT-KÖLN

- 8.—24. 4. 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.
- 9.—11. 4. in Wiesbaden: 5. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapie und Tiefenpsychologie. Auskunft: Prof. Dr. A. Mitscherlich, Psychosomatische Klinik d. Universität, 69 Heidelberg, Voßstraße 2.
- 9.—11. 4. in Wiesbaden: 22. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. Auskunft: Prof. Dr. R. Mark, 435 Recklinghausen, Kaiserwall 36.
- 8.—13. 4. in Wiesbaden: Deutscher Röntgenkongreß 1964. Auskunft: Gen.-Sekr. Prof. Dr. H. Lossen, Mainz, Fischtorplatz 20/III.
- 13.—24. 4. in Neutrauburg ob. Isny/Allg.: Einführungslehrgang in die Manual-Therapie (WS und Extremitäten). Auskunft: Sekretariat der MWE, Schloßgut Neutrauburg über Isny/Allgäu.
- 20.—24. 4. in Neuherberg bei München: Strahlenschutz. 2. Fortbildungskurs für Ärzte, Tierärzte, Apotheker, Biologen usw. Auskunft: Dr. R. Wittenzellner, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1, Post Schleißheim.
- 24.—25. 4. in Bad Aussee: 11. Tagung für Bäder-, Klimahellkunde und Wiederherstellungsbehandlung. Auskunft: Kurkommission Bad Aussee/Steiermark, Hauptstraße 48.

April/Mai 1964:

14. 4.—6. 5. in Neuherberg bei München: Strahlenschutzkurs (Ergänzungskurs). Auskunft: Dr. med. R. Wittenzellner, Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1, Post Schleißheim.
26. 4.—16. 5. in Bad Wörishofen: 23. Ärztlicher Fortbildungslehrgang des Kneippärztebundes e. V. Auskunft: Kneippärztebund e. V., Bad Wörishofen, Postfach 180.
27. 4.—9. 5. in Lindau: 14. Lindauer Psychotherapiewoche. Auskunft: Sekretariat der Lindauer Psychotherapiewoche, 6 München 27, Adalbert-Stifter-Straße 31.

April/Juni 1964:

1. 4.—26. 6. in Hamburg: Kursus über Tropenmedizin und medizinische Parasitologie. Auskunft: Prof. Dr. F. Weyer, Bernhard-Nocht-Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten, Hamburg 4, Bernhard-Nocht-Straße 74.

Mai 1964:

- 7.—10. 5. in Regensburg: 32. Fortbildungskurs des Regensburger Kollegiums für ärztliche Fortbildung. Hauptthemen: „Atypische Pneumonien“, „Encephalopathien“, „Säuglingskrankungen“. Auskunft: Sekretariat des Regensburger Kollegiums für ärztliche Fortbildung, Regensburg, Altes Rathaus, Zimmer 5 A.

- 25.—30. 5. in Neuherberg bei München: Strahlenschutz. 2. Fortbildungskurs für Werksärzte. Auskunft: Dr. Wittenzellner, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1, Post Schleißheim.

- 4.—6. 5. in Neuherberg bei München: Strahlenschutz-Ergänzungskurs für Ärzte, Tierärzte, Apotheker, Biologen usw. Auskunft: Dr. R. Wittenzellner, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1, Post Schleißheim.

Juni/Juli 1964:

29. 6.—17. 7. in Neuherberg bei München: Strahlenschutzkurs. Einführungskurs, 1. und 2. Fortbildungskurs für Ärzte, Tierärzte, Apotheker, Biologen usw. Auskunft: Dr. R. Wittenzellner, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1, Post Schleißheim.

29. 8.—3. 7. in Neuherberg bei München: Einführungskurs in den Strahlenschutz für Ärzte, Tierärzte, Apotheker, Biologen usw. Auskunft: Dr. W. Wittenzellner, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1, Post Schleißheim.

Juli 1964:

- 6.—10. 7. in Neuherberg bei München: Strahlenschutz. 1. Fortbildungskurs für Ärzte, Tierärzte, Apotheker, Biologen usw. Auskunft: Dr. R. Wittenzellner, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1, Post Schleißheim.

- 13.—17. 7. in Neuherberg bei München: Strahlenschutz. 2. Fortbildungskurs für Ärzte, Tierärzte, Apotheker, Biologen usw. Auskunft: Dr. R. Wittenzellner, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1, Post Schleißheim.

Bellagenhinweis

Dieser Ausgabe sind Prospekte folgender Firmen beigelegt:
Klinge, München 23
Chemiewerk Homburg, Frankfurt/M.
Dr. R. Reiss, Berlin
A.G. für mediz. Produkte, Berlin
Temmler-Werke, Marburg.

„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 (einschließlich Postzeitungsgebühren). Postscheckkonto Nr. 52 52 Amt München, Bayer. Landesärztekammer (Abt. Bayer. Ärzteblatt), Anzeigenverwaltung: Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler, 6 München 15, Sonnenstraße 29, Telefon-Sammel-Nr. 55 80 81, Fernschreiber 05 23 662, Telegrammadresse: Gablerpreß. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharfing, 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 beigelegt. Bei Einsendungen an die Schriftleitung wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, wenn gegenteilige Wünsche nicht besonders zum Ausdruck gebracht werden.



Teppich-Haus BREHM

Größtes Teppichlager

Oberfrankens mit eigenen Importen

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

| | | | | | | | | |
|---------------|---------|-------|---------------|---------|--------|-----------------------|---------|----------|
| Belautsch | 129×95 | 160,— | Bidjar | 221×135 | 880,— | Kirman, feine Knöpf. | 419×296 | 4800,— |
| Mahal | 195×130 | 260,— | Kalkak 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,— | Djosegan | 322×223 | 1280,— |
| Melas, alt | 189×133 | 850,— | Kasak, alt | 468×123 | 2320,— | Gaswin, | | |
| Kayserie Bild | 180×120 | 350,— | Mesghin, alt | 352×102 | 980,— | sehr feine Knöpfung | 479×310 | 10 400,— |
| Kirman | 116×57 | 220,— | Täbris | 280×198 | 1980,— | Sinnah Täbris, antik, | | |
| Tarki, alt | 192×161 | 680,— | Heris | 250×350 | 1950,— | sehr feine Knöpfung, | | |
| Isfahan | 225×147 | 980,— | Heris | 198×312 | 980,— | ohne Fehler, | 759×446 | 36 000,— |
| Araun Käschan | 210×130 | 980,— | Sabsewar | 273×209 | 1980,— | Kasak, alt | 220×110 | 2200,— |

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

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

H. U. H. BREHM - BAYREUTH

LUDWIGSTRASSE 1
TELEFON 59 16