

BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Nummer 4

München, April 1964

19. Jahrgang

Chirurgie im Greisenalter*)

Von L. ZUKSEHWERDT, Hamburg

Alle Erkrankungen, die im Greisenalter chirurgischer Hilfe bedürfen, kommen auch in früheren Lebensjahrzehnten vor und werden im Grundsatz nicht anders behandelt. Warum sprechen wir also von der Chirurgie des Greisenalters? Die Gründe liegen darin, daß viele Organe des Greises typische degenerative Altersveränderungen und gehäuft Vorschädigungen durch überstandene Erkrankungen aufweisen und daß der Organismus des Greises besondere Reaktionen auf Erkrankungen und auf operative Eingriffe zeigt. Pathophysiologische Besonderheiten in bezug auf die Gesamtsituation des gealterten Organismus, die Auswirkung der Grunderkrankung und die Reaktion auf operative Eingriffe sind entscheidend. Nicht das Alter, sondern sie bestimmen individuell die therapeutische Indikation.

Wann beginnt das Greisenalter?

CLAIRMONT lehnte 1932 nicht dringliche Eingriffe nach dem 50. Lebensjahr ab. Wir sprechen von Alterschirurgie bei 65 Jahren (GLENN, MOORE und BEAL, HEGEMANN, v. HOFFMANN, MEYER-BURGDORFF jun. u. a.) oder mit 70 Jahren (ANGLEM und BRADFORD, BAUMGARTNER, CELIO und PLENK, CHILDS und MASON, PARSON, WENZEL, WIENER, ZEIFER und COLP u. a.). Bei Beurteilung der Erfolgszahlen ist diese individuell gezogene Grenze zu berücksichtigen, denn das Risiko operativer Behandlung ist im 6. Lebensjahrzehnt noch kaum erhöht (NISSEN). Dagegen sind die Unterschiede zwischen dem 70. bis 79. und 80. bis 89 Jahre erheblich. Die operative Mortalität verdoppelt sich (CELIO und PLENK: 10% zu 21%) ebenso wie der Tod an Herz-Kreislaufversagen (BECKER: 12,4% zu 23%).

Da die durchschnittliche Lebenserwartung z. B. in Zürich für den Mann 88, für die Frau 72,1 Jahre beträgt (A. L. VISCHER), scheint die Bedeutung der Alterschirurgie nicht groß. Dem widerspricht die tatsächliche Erfahrung. Entscheidend ist die Kenntnis der Besonderheiten des gealterten Organismus. Aus chirurgischer Sicht sind zunächst einige Organveränderungen (GLENN, MOORE und BEAL) wichtig. Wichtig ist die arteriosklerotische Beeinträchtigung der Hirnleistung. Ohne die Fähigkeit zu aktiver Mitarbeit ist die Vornahme größerer Eingriffe ausge-

schlossen, Demenz erlaubt nur kleine dringliche Eingriffe (SCHRECKENBACH).

Oft besteht ein symptomloser Verlust an kardialer Reserve. Bereits der 60jährige hat in 60% Zeichen der Coronarsklerose oft mit Herzleistungs- und Rhythmusstörungen. Schlag- und Minutenvolumen nehmen vom 50. Jahre um 1% pro Jahr ab. 95% aller Kranken über 65 Jahre zeigen eine Linkshypertrophie. Die Lungenfunktion ist — neben Gefäß- und Parenchymveränderungen — beeinträchtigt durch Schwächung des muskulären Apparates (Zwerchfell, Bauchpresse) und arthrotische Veränderungen der Rippen-Wirbelgelenke. Dies führt zu Abnahme der Vitalkapazität, Totraumvergrößerung mit Behinderung des pulmo-kapillären Gasaustausches und hierdurch zu Schwierigkeiten in der respiratorischen Normalisierung des Säure-Basengleichgewichts. Ausgleichend wirken — schilddrüsenunabhängig — Minderung des O₂-Verbrauchs und der CO₂-Produktion.

In den Nieren ist die Zahl aktiver Glomeruli vermindert. Glomerulumfiltrat, tubuläre Ausscheidung und renaler Plasmastrom nehmen ab dem 50. Jahre progressiv ab. Die Harnstoffclearance des 80jährigen beträgt die Hälfte der des 50jährigen. Für die Ausscheidung harnpflichtiger Stoffe wird eine zunehmend größere Urinmenge notwendig, die Konzentrationsfähigkeit über 1028 progressiv vermindert. Die Prostatahypertrophie kann vom 60. Lebensjahr ab zusätzliche Nierenstörungen verursachen.

Oft besteht eine nahezu symptomlose Hyponatriämie, besonders bei rascher Abnahme über 15% des Körpergewichts oder erheblicher Anämie. Bei postoperativem weiterem H₂O- und NaCl-Verlust droht schnell die Azotämie. HUBER wies auf die Gefahr des Übersehens oder der Fehldeutung der latenten Niereninsuffizienz mit Störung des Mineralgleichgewichts hin, besonders im Zusammenhang mit Prostatismus.

Inwiefern zeigt die Reaktion auf Traumen beim Greise Besonderheiten? Die Stoffwechselforgänge, die z. B. einem operativen Eingriff folgen, zeigen grundsätzlich die gleichen vier Stadien (GLENN, MOORE, BEAL).

Im I. Stadium mit Na- und H₂O-Retention und vermehrter Ausscheidung von K, Phosphaten und Sulfaten intracellulärer Herkunft, besteht eine physiologische Oligurie. H₂O-Zufuhr vermehrt die Urinausscheidung nicht, kann aber leicht zur Flüssigkeitsüber-

*) Vortrag bei der Wissenschaftlichen Ärztagung Nürnberg am 13.—15. Dezember 1963.

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

lastung (Lungenödem) führen, besonders angesichts der verminderten Kreislaufelastizität.

Im 2. katabolien Wundstadium werden reteniertes Wasser und Na ausgeschieden, die vermehrte N-Ausscheidung vermindert. Jede Verlängerung dieser beiden Stadien gefährdet den Kranken, wobei bei dem ersten Operationsdauer, Blutverluste, Nekrosen, Wundsekrete und Infektion, beim zweiten Komplikationen im Operationsfeld (Nahtinsuffizienzen) und Größe des Traumas (multiple Verletzungen) eine Rolle spielen. Die metabolische Antwort auf Traumen ist beim Greise nicht grundsätzlich verändert, kann aber in bezug auf Dauer und Ausmaß von zuvor bestehenden Organschäden und Stoffwechselfmängeln ungünstig beeinflusst werden. Deren Erkennung und möglichst auch Beseitigung ist daher besonders im Greisenalter vorrangig.

Einige Reaktionen auf Traumen sind beim Greis herabgesetzt: Schmerzempfindlichkeit, Leukozytose, Temperaturerhöhung, oft diagnostisch wichtig. Auch die Wundheilung ist zunehmend verzögert durch Abnahme der Proliferationsfähigkeit (LECOMTE DE NOÛY). Eine Wunde von 20 cm² heilt mit zehn Jahren in 20 Tagen, beim 60jährigen aber in 100 Tagen. Mit Recht fordert daher NISSEN, die Fäden mindestens 14—16 Tage zu belassen. Auch die Infektionsgefahr nimmt bei alten Menschen zu (GRUNDMANN). Rechtzeitige gezielte Antibiotikatherapie ist angezeigt, prophylaktische Anwendung von geringem Nutzen. Dementsprechend ist die Gefahr des „Platzbauches“ bei uns nach dem 65. Jahr doppelt so hoch als davor. Nahtinsuffizienzen sind aber nicht häufiger als bei jüngeren Menschen.

Woran stirbt der chirurgisch behandelte Greis?

Wie aus den meisten Zusammenstellungen hervorgeht, steht auch bei uns die Lungenembolie an erster Stelle (BECKER, CELIO und PLENK, GLENN, MOORE und BEAL, LILL, NISSEN). Die Minderung der Blutstromgeschwindigkeit (NÄGELI und MATIS), die Zunahme der Blutviskosität, die Trägheit der Kapillarreaktion (GOTTRON) und die Beeinflussung der Zirkulation durch Arteriosklerose und Myocardschaden erklären die Häufigkeit der oft symptomlosen Thrombose. Frühaufstehen mindert nach übereinstimmender Meinung die Emboliehäufigkeit nicht. Auch die Anticoagulantientherapie wird skeptisch beurteilt. Wir hatten allerdings bei den so behandelten Kranken, wenn es gelang, den Quickwert auf ca. 20 zu senken, nur eine Embolie. Die gerade im Alter und besonders bei Verletzten oft bestehende Gegenindikation zur Anwendung von Anticoagulantien erklärt die auch bei uns noch hohe Emboliehäufigkeit.

Die hohe Sterblichkeit an Herz-Kreislaufversagen ist angesichts der Altersveränderungen verständlich. Darunter werden aber auch Kranke aufgeführt, bei denen es nicht gelang, die metabolischen Veränderungen unter Kontrolle zu halten und andere, bei denen wir des Guten zuviel taten (Lungenödem!).

Lungenaffektionen sind auch bei uns die hauptsächlichsten Komplikationen nach Laparotomien, besonders im Oberbauch (CELIO und PLENK). Sie sind sowohl abhängig von Vorschädigungen der Atemwege (Emphysebronchitis) als auch Folge einer zusätzlichen Beeinträchtigung des muskulären Atemappara-

tes. Zwerchfellhochstand wird besonders schlecht getragen. Auch die Lungenkomplikationen erfordern gezielte Antibioticabehandlung. In bezug auf den Zeitpunkt des Eintritts des Todes scheint interessant, daß intraoperative Todesfälle kaum vorkommen. Die Angaben von CELIO und PLENK, daß beim Altersherz eine größere Neigung zum Herzstillstand besteht, daß aber die Chancen der Wiederbelebung keineswegs geringer sind, bestätigen mehrere eigene Beobachtungen. Auffällig ist, daß sich nach der 3. Behandlungswoche noch 25% der Todesfälle ereignen (CELIO und PLENK), mit dem Schwerpunkt der Lungenembolie.

Wie hoch ist die Sterblichkeit im Greisenalter?

Sie hat sich allgemein in den letzten Jahrzehnten erheblich vermindert: z. B. 1947 CUTLER 44%, 1952 bis 1958 NISSEN 15,1%.

Begreiflicherweise ist die Operations-Mortalität im 8. Jahrzehnt höher als im 7., bei CELIO und PLENK z. B. 25%:14,5%, bei LILL im 6. und 7. Jahrzehnt 4,6%:9,1%.

Eine weitere Differenzierung zeigt, daß zwei Indikationsformen mit besonders hoher Mortalität belastet sind, das Carcinom und der dringliche Eingriff. STEWART und ALFONSO*) hatten beim Carcinom eine Mortalität von 33% gegenüber 7,5% beim übrigen Krankengut. Die hohe Mortalität bei dringlichen Eingriffen ist allgemein festgestellt, als Beispiel CELIO und PLENK: 7. Jahrzehnt 26%, 8. Jahrzehnt 35%. Hieraus kann nur der Schluß gezogen werden, Erkrankungen, bei denen mit Komplikationen zu rechnen ist, zu beseitigen. Diese Überlegung wird die Operationsindikation in manchen Fällen erleichtern, z. B. bei Cholecholelithiasis ohne Ikterus, bei nicht incarcerierter Hernie usw.

Welche Erkrankungen spielen im Greisenalter eine Rolle?

Eine bedeutsame Rolle spielt das Carcinom. Die allgemeine Behauptung der günstigeren Prognose für das Alterscarcinom ist durch GREENWOOD (Lebensdauer unbehandelter Carcinomfälle) widerlegt. ALBERTINI stellte 1951 an 10 000 Mamma-Carcinomen fest, daß die Heilungschancen im 2., 4. und 8. Jahrzehnt nahezu gleich sind. W. A. COOPER fand dagegen nach Radikaloperation und Nachbestrahlung bei Steintahl I 64% Fünf-Jahres-Heilungen, darunter über 65-jährige um 5% besser als jüngere, bei Steintahl II 31% Fünf-Jahres-Heilungen, bei über 60jährigen 10% bessere Ergebnisse als bei Jüngeren. Man muß — ohne absolute Kontraindikation — das Mamma-Carcinom also in jedem Alter typisch operieren und nachbestrahlen.

Am Oesophagus spielt im Alter das Divertikel eine erhebliche Rolle. Wir sahen in zwei Jahren 18 Grenzdivertikel, die wir — ohne Mortalität — in jedem Lebensalter entfernen, z. B. bei einem 87jährigen. Die Hiatushernie macht nicht selten in höherem Alter zunehmende Beschwerden. Bis zum 80. Lebensjahr haben wir, entsprechend dem Vorgehen von NISSEN, mehrfach operiert.

*) Zu Lit.-Verzeichnis STEWART, J. und G. ALFONSO, J. ANSER, Med.-Ass., 154, 643, 1954.

Beim Oesophagus-Carcinom kann bis zum 70. Jahre bei guter Lungen- und Kreislauffunktion die Indikation zur Resektion wie üblich gestellt werden, danach ist sie bei gutem Allgemeinzustand noch gelegentlich möglich, besonders bei Sitz im unteren Drittel. Wie NISSEN verfügen auch wir über einige Fünf-Jahres-Heilungen.

Ähnlich ist unser Verhalten beim Lungencarcinom. Bis zum 70. Lebensjahr gilt bei guter Lungen- und Kreislauffunktion die übliche Indikation. Allerdings steigt nach WENZEL vom 60. Jahr ab die Mortalität bei der Pneumonektomie (30%), die Lobektomie dagegen hat eine Mortalität von 20%. Je älter der Kranke, desto mehr wird sich die Indikation nach dieser Seite wenden, um so mehr als die Spätergebnisse die der Pneumonektomie fast erreichen (CHURCHILL, MOORE, NISSEN). Je differenzierter die präoperative Lungenfunktionsdiagnostik ist, desto geringer wird infolge Erkennung ungeeigneter Kranker die Operationsmortalität sein.

Für die Magen- und Dickdarmchirurgie in höherem Alter, meist wegen Carcinoms, gelten auch im Greisenalter die sonst üblichen Indikationen. Nissen hat bei totalen Gastrektomien bei über 70jährigen eine Mortalität von nur 2,8%, wir von ca. 10%. Auch wir haben mit Erfolg mehrere Patienten über 80 Jahre operiert. Wegen der schnelleren Ausführbarkeit bevorzugen wir die Resektion nach Billroth I. Bei der Resektion des Colonicarcinoms hat NISSEN eine Mortalität von 12,1% jenseits des 70. Jahres. Man soll, wenn irgend möglich, die Radikalooperation vornehmen. Sie wird erstaunlich gut ertragen. Beim Rectumcarcinom im hohem Alter geht NISSEN gelegentlich zweizeitig vor. Bei einigen sehr alten, hinfällig erscheinenden Menschen haben wir unter dorsaler Spaltung des Rectums papillomatöse Carcinome lokal entfernt und erstaunlicherweise zwei Fünf-Jahres-Heilungen erzielt. Der Anus praeter wird von alten, besonders alleinstehenden Menschen schlecht ertragen.

Colondivertikel geben gerade im Alter nicht selten infolge Blutung oder Blasenperforation eine Operationsindikation. Nach unserer Erfahrung ist bis zum 75. Jahr das Operationsrisiko der Resektion mit End-zu-End-Naht nicht wesentlich erhöht. Zuvor sollte man bei der Blutung sich vergewissern, ob nicht eine Blutgerinnungsstörung vorliegt. Wir sahen eine Blutung infolge hochgradigen Fibrinogenmangels nach Substitution sofort stehen. Dieser scheint übrigens im hohem Alter gelegentlich vorzukommen (Magenblutung!).

Beim Magenulcus geben Blutung und Stenose gelegentlich Anzeigen zum Eingriff. Alte Menschen ertragen langdauernde und sich wiederholende Blutverluste schlecht, und die Gefahr der Resektion im Alter ist eher niedriger als beim Carcinom. Bei der Pylorusstenose ist man im höheren Alter geneigt, die Gastroenterostomie zu wählen. Man sollte dies möglichst nicht tun. Ich mußte bei drei Kranken zwischen 65 und 70 Jahren nach einigen Jahren ein Ulcus pepticum jejuni operieren. Dieses kann auch im hohen Alter noch entstehen.

Wir haben lange die über 65jährigen bei Gallensteinleiden ohne Ikterus vorwiegend konservativ behandelt. Da wir aber eine Reihe dieser Patienten

später mit Ikterus, Emphyem, Pankreatitis wiedersahen, andererseits die Operations-Mortalität bei unkomplizierten Verhältnissen bei den 60- bis 70jährigen nur gering ist (LILL 2,2%), haben wir uns zunehmend zur Cholecystektomie entschlossen. Bei Ikterus ist die Mortalität wesentlich höher (LILL: 7. Jahrzehnt 4 von 29 Kranken, 8. Jahrzehnt 3 von 8 Operierten). Die Perforation der Gallenblase ist im Alter infolge der Gefäßveränderungen nicht selten. Im 6. Jahrzehnt hat LILL von 10 Kranken nur einen verloren. Die Gefahr besteht in der Verzögerung der Operation, in Konzessionen beim operativen Vorgehen. Die Cholecystotomie führen wir nur noch sehr selten aus.

Nur 8,4% aller Fälle von Appendicitis kommen jenseits des 60. Lebensjahres vor (THORBJANARSON). Die Diagnose ist oft schwierig. Die Indikation ist altersunabhängig, Thromboseprophylaxe ist angezeigt und meist möglich.

Dies gilt auch für Hernien. Auf die hohe Sterblichkeit bei Einklemmung im Greisenalter wurde hingewiesen. Wie Nissen nehmen auch wir bei sehr großen Hernien die Semicastration vor, wegen des sichereren Verschlusses der Bruchpforte. Sehr große Hernien haben infolge Bestehens einer Lücke in der „Atemmuskulatur“ eine negative Auswirkung auf Atmung und Kreislauf. Die Besserung des Allgemeinzustandes nach Beseitigung dieser Hernien ist oft erstaunlich.

Bei der Prostatahypertrophie heißt die Lösung: Weg von Selbstkatheterisierung, Dauerkatheter und Blasenfistel. Überall hat die Zahl der Radikaloperationen zugenommen, bei sinkender Mortalität (LILL, LUTZEYER, MARSHALL, NISSEN). Als Beispiel die Zahlen der Marburger Klinik:

1943 bis 1951 36,1% operiert mit einer Mortalität von 7%,

1952 bis 1956 64,9% operiert mit einer Mortalität von 1,3%.

Neue Probleme bietet die Rekonstruktion obliterierter Gefäßbahnen im Alter (H. FRANKER und O. CARSTENSEN). Bei der Arteriosklerose der großen Gefäße hat DE BAKEY noch bei einem 84jährigen eine Rekonstruktion vorgenommen. Wir ziehen die Grenze mit dem 70. Jahr. Das Aneurysma der Bauchaorta kann, wie MOORE zeigte, bis zum 70. Jahr erfolgreich reseziert werden, sogar bei Perforation. Er hatte bei 38 Resektionen eine Mortalität von 10,5%. Da nur 10% dieser Aneurysmen unbehandelt 5 Jahre überleben (LORD und IMPARTO), ist die Resektion bis zum 70. Jahre stets angezeigt (ROB und VOLLMAR).

Der thrombotische Aortenverschluß kommt im Durchschnitt im 50. Jahr vor (ROB und VOLLMAR), jenseits des 65. Jahres besteht eine Operationsindikation selten. Das gleiche gilt für die Stenose der A. renalis mit sekundärem Hochdruck, entgegen dem im 6. und 7. Jahrzehnt vorkommenden Aneurysma der A. renalis (CARSTENSEN und LUTZEYER).

Zahlenmäßig eine große Rolle spielt die Alters-traumatologie (GEISTHÖVEL und DEGENHARD, GRAUHAHN und SCHULTZ, HÖHLE, FRIEDHOFF, EHALT, GIEBEL und GOHDE), begünstigt durch Schwächung der Sinnesorgane, der Muskulatur, der Schnelligkeit reflektorischen Reagierens, Nachlassen

der geistigen Reaktionsfähigkeit und Behinderung durch arthrotische Veränderungen. Die Altersosteoporose, gekennzeichnet durch Störung des Gleichgewichtes zwischen An- und Abbau des Knochens, entsteht, weil die Knochenresorption zur Entfernung überlebter Osteocyten infolge Verlangsamung der Zellproliferation nicht schnell genug ersetzt wird (WADE und BRAUNSTEIN). Sie ist also viel weniger ein Mineralproblem als ein solches des Aufbaues des Elweißgerüsts des Knochens. Trabekel und Corticalis werden dünner, der Fettgehalt nimmt zu, der Knochen wird brüchiger. Alte Frauen haben doppelt so häufig Frakturen wie Männer. Dies hat hormonale Gründe, z. T. aber auch soziale. Die Radiusfraktur legt die Deutung nahe, daß die Frau durch Fortsetzung der Hausarbeit gefährdeter ist als der berufstätige Mann. Die Verteilung der Frakturen im Alter hat ihr eigenes Gesicht, geprägt durch die Häufigkeit der Schenkelhals- und Radiusfraktur, dem seltenen Vorkommen multipler Frakturen (10,8%) zumeist als Folge von Verkehrsunfällen (GIEBEL und GOHDE). Jeder zweite tödliche Unfall betrifft in Hamburg einen Fußgänger über 60 Jahre. Die Schenkelhalsfraktur sahen wir in 85% jenseits des 60. Jahres. Die Gründe hierfür sind bekannt. Die mediale Schenkelhalsfraktur sollte, wenn irgend möglich, bald genagelt werden. Die laterale behandeln wir konservativ wegen besserer Ergebnisse gegenüber einer Vergleichsreihe Operierter. Die Thoraxexkursion beengende Verbände, vor allem schwere Gipsverbände, sind bei alten Menschen gefährlich. Wir behandeln die Oberarmkopffraktur nach achttägiger „Ruhig-

stellung“ im Armtragetuch sofort mit Bewegungsübungen. Die funktionellen Ergebnisse sind ausgezeichnet, oft entgegen dem Aspekt der Röntgenbilder.

Wenn die Ergebnisse der Chirurgie des Greisenalters so viel besser geworden sind, so hat daran einen ganz erheblichen Anteil die Entwicklung der Anaesthetik. Vorbehandlung ist oft notwendig. Sie bedeutet für den Greis eine besondere Belastung, einmal in physischer Hinsicht (HUBER). Zum anderen zeigt aber die Erfahrung der Gießener Klinik (BECKER) mit der größeren Emboliehäufigkeit Vorbereiteter die Gefahr zu langer Vorbereitung.

Die Antikoagulantientherapie, besonders in der Bauchchirurgie, scheint uns auch beim alten Menschen mehr angezeigt, als bisher üblich. Operationstaktische Konzessionen wegen des Alters machen sich meist nicht bezahlt. Je schneller operiert wird, desto geringer die Gefährdung (NISSEN).

Die Wiedereingliederung des chirurgisch behandelten Greises ist ein kardinales Problem (NISSEN). DELIUS sah von der Rehabilitation wenig Ermunterndes. Wir haben auch bei sehr alten Amputierten in unserem Rehabilitationskrankenhaus ausgezeichnete und oft unerwartete Erfolge. Ein Eingehen auf die psychologischen Besonderheiten des Greises ist allerdings, wie bei allen therapeutischen Maßnahmen, hierbei unerlässlich.

Ansch. d. Verf.: Professor Dr. L. Z u k s c h w e r d t, Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik Hamburg.

Von der Größe und Gefährdung der modernen Medizin*)

Eine Besprechung von Dr. Gustav Sondermann

I.

Was der Autor in einem dieser Vorträge von seinen Hörern fordert, verlangt er auch von seinen Lesern: Den Geist weit über den Bereich der eigenen Fakultät hinaus zu spannen. In diesem Buche faßt Büchner neun Vorträge zusammen, die er 1957 bis 1961 als Professor der Pathologie, Freiburg, gehalten hat. „Dem Arzt zur Selbsterhellung und zur Selbstkritik, allen Lesern aber zu einem gerechten Urteil über die Größe und die fortdauernde Gefährdung der modernen Medizin.“

Die je in sich geschlossenen und selbständigen Arbeiten bilden insofern eine Einheit, als sie sich alle um zwei Grundthemen bemühen, die wie in einer figurativen Variation in allen „Sätzen“ immer wiederkehren, getragen von einem gewichtigen, unüberhörbaren „basso ostinato“.

Der erste Aufsatz „Der Mensch in der modernen Medizin“ bringt diese Grundthemen:

1. Der Mensch ist ein Teil des Kosmos und untersteht den hier geltenden Gesetzen, die in der menschlichen Leiblichkeit eine radikale Unbeständigkeit des Stoffbestandes, zugleich aber auch eine strenge Durch-

formung des Organischen bedingen (radikaler Stoffwechsel bei steter Erhaltung der Gestalt).

2. Der Mensch ist eine unauflösbare Einheit von Seele und Leib, wobei wir diese Einheit wohl in der nicht reflektierenden mitmenschlichen Begegnung erfahren können, während wir in unserer wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Menschen über kein Organ verfügen, das uns diese Einheit als Einheit in der Differenz simultan erfassen läßt.

Der zweite Beitrag („Das kosmische Denken und seine Grenzen in der Heilkunde“) weist auf die geschichtlichen Wandlungen der Medizin, besonders auf die Grundvorstellungen des Hippokrates über das Wesen der Krankheit, und wie dessen kosmisches Denken über die Jahrhunderte hinweg die abendländische Medizin bestimmt hat, ja, er spricht sogar von einer Renaissance des kosmischen Denkens in heutiger Zeit.

In den Ausführungen über die moderne Biochemie und elektronen-mikroskopische Morphologie klingt das erste Hauptthema („Radikaler Stoffwechsel bei steter Gestalterhaltung“) wieder an; noch eingehender in dem sechsten Beitrag: „Die Bedeutung der Morphologie für die moderne Krankheitslehre“, weshalb schon in diesem Zusammenhang diese Arbeit kurz angesprochen werden soll. Freilich setzt die heutige Medizin vielfach Technik an die Stelle naturhafter Kräfte, wie sie der kosmischen Medizin eigen sind. Der Begriff der „tech-

*) „Von der Größe und Gefährdung der modernen Medizin.“ Franz Büchner, Prof. der Pathologie, Herder Verlag, Freiburg. Ganzleinen 12,80 DM.

nischen Medizin“ entsteht mit Ihren Apparaten und Erfolgen, aber auch mit ihren Gefahren. (Typ des Arztes, der allzu sachlich und zu sehr in der Freude am technischen Spiel dahineibt.) Doch nimmt der Autor diese Sorge nicht allzu schwer, ja, er erhofft sich durch diese Hereinnahme der Technik in die Welt des Arztes eine für viele andere Bereiche beispielhafte Humanisierung der Technik.

Auch das zweite Thema (Leib-Seele-Einheit) ertönt wieder in dem Hinweis auf die oft erregten Gespräche um die „psychosomatische Medizin“ und auf die entscheidende Rolle, welche der Kranke selbst mit seiner gesamten Individualität in dem Krankheitsgeschehen spielt. Zum Schluß dieses Vortrages wird nun dieses Thema bedeutsam erweitert durch die Frage, ob denn kosmisches und psychotherapeutisches Denken die ganze Wahrheit über das Wesen der Krankheit erfasse, die hier nur mit dem kurzen Hinweis, daß jede schwere Krankheit eine „heilige Krankheit“ sei, beantwortet wird.

In dem dritten Vortrag („Stufen der Selbstbedeutung des Menschen in der modernen Medizin“) nennt der Autor die Medizin eine der erregendsten und kühnsten Erscheinungen unserer Zeit; er denkt dabei an die Kühnheit technischer Apparaturen in der Medizin wie an die neuen Einblicke in die unermüdete Bewegtheit im Stoffwechsel und an die Geformtheit, die wohlgefügte Ordnung. Und für das zweite Variationsthema (Einheit von Seele und Leib — er fügt hier auch noch „den Geist“ hinzu) zitiert er die Doktordissertation Schillers (1780), in welcher der Einundzwanzigjährige vom Einfluß des Seelenlebens auf den organischen Körper spricht und feststellt, „eine Empfindung, die das ganze Seelenleben einnimmt, erschüttert in eben dem Grade den ganzen Bau des organischen Körpers. Wird der Affekt öfters erneuert, so werden es auch diese Bewegungen dem Körper. Wird der zur Fertigkeit gewordene Affekt dauernder Charakter, so werden auch diese konsensuellen Züge tiefer eingegraben, sie werden endlich organisch.“

Ausführlich greift der Autor in der vierten Arbeit auf die Frage nach dem „Wesen der Krankheit“ zurück, wobei er seiner speziellen Wissenschaft, der Pathologie, nicht nur die Aufgabe zuweist, die allgemeine Ursachenlehre der Krankheiten zu behandeln, sondern auch den logos des pathos zu bedenken, wobei er aber dies selbst als einen Sprung aus unserer alltäglichen Bewußtseinsstufe in eine uns weniger geläufige bezeichnet. Für diese zentrale Frage entnimmt der Autor der menschlichen Biologie und Psychologie die Erkenntnis, daß Krankheit zu deuten sei als eine Dissonanz im Spiel kosmischer Kräfte, als Ausdruck einer dem Lebendigen mit Notwendigkeit innewohnenden Nähe des Todes, als mögliches Symbol von tiefen Kräften, die sich in ihr verleiben. Doch Büchner begnügt sich nicht mit dieser Antwort, denn der Arzt müsse dieser Erkenntnis seine spezifische Erfahrung vom Wesen der Krankheit hinzutun: Daß der Schwerkranke herausgelöst werde aus hergebrachten Ordnungen und hinübergehe aus der Scheingeborgenheit des Geschehens in die „wahre Geborgenheit des Preisgegebenseins“, wobei er später dieses Paradoxon erhellt in das „uneingeschränkte Preisgebenensein nicht in das Nichts, sondern in die Gnade“, wozu er anfügt: Er glaube mit

dieser Bemerkung nicht den Bereich der Wissenschaft überschritten zu haben.

In der fünften Arbeit („Arzt und Technik“) fällt das große Lob auf Elektronen-Mikroskopie und Autoradiographie, die uns die Strukturen des Organismus, als Ausdruck der Harmonie und Schwebel wohlgeordneter Stoffbewegungen zwischen Aufbau und Abbau erkennen lassen und uns damit den Zugang, ja, die Heimkehr in das kosmische Denken der Griechen ermöglichen. Die Fragen nach der Gefährdung des Arztztums durch die Technik und die Gefährdung der Haltung des Kranken zu seinem Arzt und zu seiner Krankheit durch die Technik und nach den Grenzen der Technik im Denken des Arztes und in der ärztlichen Hilfe werden aus geschichtlicher und philosophischer Schau behandelt, wie auch die Polarität, in welcher naturwissenschaftliches und humanes Denken im ausgereiften Arzt stehen und wie er mit solcher Spannung fertig werden kann. Diesem „Wie“ gibt er durch ein Wort Jaspers eine schicksalhafte Ausweitung, der dem Arzt, der es vermöchte den Philosophen in sich gegenüber dem Forscher die Führung zu geben, die Möglichkeit verheißt, für alle den Weg aus dem Gefängnis beschränkter Verstandesdenkens zu finden.

Bei allem Für und Wider ist für Büchner entscheidend, daß Gott dem Menschen Kraft und Ermächtigung gegeben hat, die Schöpfungskräfte in der Technik zu bändigen und zu nutzen und damit brüderliche Liebe und Hilfe auszustrahlen.

Die nächsten zwei Aufsätze welchen wohl von den bisher variierten Grundthemen ab, stammen aber aus der gleichen Schmelde wie die vorangegangenen Arbeiten: Scharf gehämmert, doch im Hintergrund das Feuer erahnen lassend, in welchem die Werkstücke geglüht wurden.

Zunächst zeigt er am Beispiel der Medizin die deutsche Hochschulreform am Scheideweg. Er berichtet über den — leider — mißglückten Versuch des Zwiesgesprächs zwischen Geistes- und Naturwissenschaften und der Philosophie, der in Freiburg 1946 unternommen wurde, aber bald sich auf Behandlung organisatorischer Fragen und auf das Problem der Hochschulreform einengte, bei welchem die Reform der medizinischen Fakultät in den Mittelpunkt des Interesses auch der Öffentlichkeit gerückt ist. Hart sicht er gegen den Gedanken der Aufspaltung der großen traditionellen Lehrstühle und Aufgliederung in Sachbereiche; und dies mit gewichtigen Gründen, zumal dem des für das Leben der Wissenschaft notwendigen universalen Denkens, das in Lehre und Forschung nach dem Salz der Philosophie schmecken müsse. Für diese „Universalisten“, denen die Freiheit des Forschens und die Notwendigkeit ärztlicher Hilfe unvertraut ist, fordert er große Vollmachten; man möge notwendig werdende Reformen der freien Initiative der Fakultäten überlassen.

All dies leuchtet uns im Grundsatz ein; aber wenn ich an meine Studienzeit zurückdenke, dann war damals schon das Salz der Philosophie mancherorts taub geworden, und aus der Initiative der Fakultäten vermögen wir wenig Hoffnung zu schöpfen, wenn wir an das Schicksal der Studienreform denken. Und wenn Büchner die „großen Vollmachten“ für diese Ordinarrien verlangt, so schrecke ich vor dem Wort „Voll-

machten“ zurück; der von ihm in möglichst großer Anzahl geforderte „große Lehrer“ bringt natürliche Autorität mit, nach der sich Atmosphäre und Betrieb des Instituts von selbst ausrichtet. Was ist dann aber, wenn der „Lehrer“ eben nicht groß ist, was tut dieser dann mit seinen Vollmachten. Man hat im Laufe der letzten Jahre zu viele der bitter-resignierten Stimmen aus dem Kreise der nachwachsenden wissenschaftlichen Mitarbeiter (nicht nur aus dem medizinischen Bereiche) gehört um dem Satze Büchners nicht mit großem Zweifel nachzudenken: die Kritiker der „Großbetriebe“ würden bei Besuch dieser Arbeitsstätten „kaum irgendwo einen so klaren, freien Geist und ein so faires Spiel antreffen“.

Für die achte Arbeit „Die Medizin im Dritten Reich“ wählt er ein Wort Martin Bubers: „Der Mensch ist das Wesen, das fähig ist, schuldig zu werden und fähig ist, seine Schuld zu erhellen.“ In diesem Sinne geht er auch an diesen uns immer wieder bedrückenden Komplex. Büchner selbst war bis März 1944 beratender Pathologe beim Sanitätsinspekteur Luft, hatte somit Einblick in besonders dringliche wissenschaftliche Fragen, aber wußte nichts von den Menschenversuchen (bis auf einen Fall), er lehnt dankenswerterweise die Phrase von der „Bewältigung der Vergangenheit“ ab und geht den Gründen nach, wie es zu solchem Geschehen kommen konnte. Er führt seine Wurzel zurück auf die nur-naturwissenschaftlich-biologische Medizin, zeigt ferner die allmähliche Verwischung der Grenzen im Denken der bürgerlichen Epoche an der sich wandelnden Auffassung der Gestalt des Faust, erwähnt die 1920 herausgekommene Schrift „Hoche-Binding“ („Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“) und führt die Tatsache, daß wir geistig und ethisch nicht genügend für den Katastrophenfall gewappnet waren, auf den „Verlust der Mitte“ zurück. Der Autor schreibt: „Dieses Auf-sich-selbst-Stehen (zwischen Recht und Unrecht unterscheiden) kann nicht erst im Ernstfall improvisiert werden, es muß mit uns in geordneten Zeiten gewachsen sein.“

Gewiß: wir werden immerzu in uns gedrängt, darüber nachzutrübeln, wieso es „dazu“ kommen konnte; doch, ist es nicht eine Kulissenschieberei — eine nach der andern? Und vergessen wir nicht dabei, daß das „Schuldigwerdenkönnen“ in uns eingepreßt ist eh und je, auch in „geordneten Zeiten“. Und dazu die skeptische Frage: Wann waren denn die Zeiten je „geordnet“? In diesem achten Aufsatz berichtet Büchner bereits über die Vorgeschichte des letzten, des neunten Vortrages: „Der Eid des Hippokrates, die Grundgesetze der ärztlichen Ethik.“ Bei Bekanntwerden der Euthanasie hat der amtierende Rektor der Universität Freiburg, Wilhelm Süß, die medizinische Fakultät aufgefordert, eine öffentliche Vortragsreihe „Gesundes Volk“ zu veranstalten. Als einleitenden Vortrag wählte Büchner dieses Thema; der Vortrag wurde im November 1941 vor rund 1000 Freiburger Bürgern und Studenten gehalten; der Dank des Dekans und die lebhaftige Zustimmung der Hörer beschlossen den Abend. Daß die Studenten die weitere Fortführung des zufällig zu dieser Zeit laufenden Euthanasiefilmes „Ich klage an“ durch Demonstrationen unmöglich machten, scheint dazu bemerkenswert. Büchner legte in diesem Vortrag, mit dem er ja wohl damals sein Leben riskierte, die seit den Griechen gültigen Gesetze der ärztlichen

Ethik dar, wie sie in dem Eid des größten griechischen Arztes niedergelegt sind.

Nach einem geschichtlichen Exkurs über die Bedeutung des Hippokrates und seiner Auffassung über das Wesen der Krankheit, über seine tiefgläubige Frömmigkeit, die ihn vor dem Uraster des Menschen, der Hybris, bewahrte, stand absichtgemäß im Mittelpunkt die Verwerflichkeit der Euthanasie. Noch einmal setzt sich der Autor ausführlich mit Hoche-Binding auseinander; er zitiert einzelne Grundsätze des Eldes, führt Heidegger an über den „Tod als zentrales existenziales Phänomen“ und Ernst Jünger „Über den Schmerz“ und vermutet in deren Ausführungen religiöse Kategorien in der Hülle der Philosophie eingeschlossen.

II.

Wir halten dieses Buch für wichtig genug, um darüber ausführlich zu referieren. Es ist klar und verständlich geschrieben und hervorragend geeignet, dem „auf seine Alltagsarbeit konzentrierten Arzt“ einen weiten und befreienden Blick über seinen Beruf und damit Ermutigung und Befriedigung zu geben. Ich glaube, daß es unter den zu solcher Besinnung aufrufenden ärztlichen Werken einen hohen Rang einnimmt und damit könnten wir die Besprechung abschließen noch mit dem Hinweis auf den eingangs erwähnten basso continuo, den Generalbaß, der das Ganze beherrscht: Es ist geschrieben aus einer tiefen christlichen Gläubigkeit, es ist nicht nur das Werk eines Professors, sondern auch das eines Confessors, und als solcher muß Büchner wohl den Bereich seiner Wissenschaft überschritten haben. Und so hätten wir uns mit einiger Eleganz aus der Schlinge gezogen, in die man sich selbst steckt, wenn man als Protestant — und dazu als ein recht fragwürdiger — es unternimmt, ein derartiges Buch zu besprechen.

Solch ein Vorgehen entspräche wohl der heute so vielfach geübten Haltung abwartender Vorsicht, es entspräche aber nicht dem Rang des Autors, auch nicht dem Lebensstil des Referenten und seiner tiefen Überzeugung, daß es neben der im Kampfe für die Existenz unseres Standes notwendigen Taktik einer Strategie des Geistes bedarf, deren Weg es sein muß, ärztliches Denken mit dem Salze der Philosophie so zu durchtränken, daß in uns Wissen und Überzeugung lebendig werden: Uns Ärzten ist der Menschheit Würde (und Lebensmöglichkeit) in die Hand gegeben und deren Ziel es sein muß, daß den Ärzten durch diesen Zuwachs an geistiger und moralischer Kraft (weit über das Organisatorische hinaus), Recht und Fähigkeit gegeben werde, den Regenten dieser Erde angesichts der selbstmörderischen Entwicklung der Zivilisation zwingenden Rat zu erteilen. Wer denn soll dies sonst tun als der Beruf, dem das heute so bedrohte Leben der Menschen anvertraut ist? Ist sonst noch eine Instanz in dieser Welt, die dem Wahnsinn steuern könnte: Man dürfe auch das alles tun und ausführen, was das enthemmte Menschengehirn sich auszudenken vermag?

Aber freilich, bei den Ausführungen Büchners handelt es sich nicht nur um Philosophie, sondern um die christliche Religion katholischer Ausprägung; Büchner sucht geradezu den Dialog mit den Theologen, dies aber durchaus in einer ökumenischen Gesinnung, denn er führt auch nichtkatholische Autoren an (Barth!)

und selbst den heute doch unter einer Art Interdikt stehenden Jesuiten und Naturwissenschaftler Teilhard de Jardin. Büchner findet Formulierungen: Daß der Mensch nur als Einheit aus Seele, Geist und Leib fromm zu sein vermag und daß er in seiner Frömmigkeit nicht nur des Wortes, sondern zugleich des Sakramentes bedarf. Er hat den Mut, eine Wiedererweckung der Frömmigkeit, eine Humanisierung der Technik durch die Medizin zu erwarten. Aber er will auch nicht übersehen, daß heute Frömmigkeit als eine urmenschliche Haltung manchen Völkern verlorengegangen ist; doch auch hier belebt ihn die Hoffnung, daß diese Völker den Weg zum Heiligen wieder über die Stufe kosmischer Frömmigkeit finden werden. Es ist vom Heimkehren, von Heimholung die Rede, von Geborgensein im Kult. Und wir sind im Ungewissen, ob er bei seiner Frage: „Was soll der Christ... antworten?“ nur seine katholischen Glaubensbrüder meint, oder ob er auch Angehörigen anderer Kirchen diesen Rang des Christen zuerkennt. Wir befürchten fast (fast!) das Erstere, wenn er feststellt, daß mancher Naturforscher „heute Einlaß begehrend an den Pforten der Kirche pocht“, nachdem er hier von „der“ Kirche spricht. Wir halten aber diesen Satz — abgesehen von solcher Befürchtung — auch deshalb für unglücklich, als er die religiöse Situation unter vielen Gebildeten mit dem etwas nach „Canossa“ klingenden Bild einengt. Ich halte doch dafür, daß es unter den Gebildeten ein starkes Suchen und Fragen nach den letzten Dingen gibt, aber außerhalb der Kirchen, erschwert durch viel Einsamkeit und Resignation, und es sollte nicht eine der letzten Fragen für die Kirchen sein: Wieso dies so hat kommen müssen.

Bei seiner Abhandlung über den Eid des Hippokrates stellt Büchner die Frage: „Wie sollen sich aber diejenigen entscheiden, denen die Haltung des Hippokratischen Eides von einer geformten Religion aus überhaupt nicht mehr zugänglich ist?“ Er verweist diese — ehe sie den Rückzug auf die Biologie antreten und mit ihm die Euthanasie bejahen müßten — auf die schon erwähnten Heidegger und Jünger. Ich weiß nicht — soferne den Kollegen diese beiden Autoren überhaupt „liegen“ —, ob aus deren Ausführungen irgendwelche Bindungen an die Kernsätze dieses Eides zuzufließen vermögen; innere Bindungen meine ich, denn es sollte einmal mit dieser Fiktion aufgeräumt

werden, als gelte der Hippokratische Eid als ein tatsächlicher, von jedem deutschen Arzt geschworener Eid. Keiner von uns ist je darauf vereidigt worden. Aber tatsächlich leben wir alle noch aus der Grundhaltung dieses Eides; freilich sind diese Gedanken vor zweieinhalbtausend Jahren gedacht worden, haben sich aber mit dem Gedankengut aller weiteren Jahrhunderte angereichert, sind in die Vorstellungswelt der christlichen Kultur eingegangen und bilden somit einen Teil jener religiös-geistig-sittlichen „Erbmasse“, die wir alle — sofern wir in unserem Kulturbereich aufgewachsen sind — in uns tragen und die uns alle, ob wir wollen oder nicht, zu „Christen“ macht, nicht im Sinne dogmatisch-kirchlicher Gebundenheit, wohl aber im Sinne der Gehaltenheit in Denkkategorien, die wir von der Jahrtausendalten Geistesgeschichte geprägt in uns tragen, und sei es auch als Antithese in trotziger Negation.

Hier ist der Ansatzpunkt zu kommenden Gesprächen, und auf keiner Seite sollte man diese Möglichkeiten gering achten. Wir Ärzte hätten in das Gespräch um den Menschen und wie er gestellt sei in dieser seltsamen Welt so viel an Erfahrungsgut einzubringen und umgekehrt haben wir aus jeglicher Berührung mit der geistigen und religiösen Welt so viel an Kraft und Förderung für unser Tun zu gewinnen, daß wir uns für jegliche Kommunikation offen halten sollten. Aus dieser christlichen Substanz in uns heraus ist es auch für den Nichtkatholiken ein großer Gewinn, ein solches Buch wie Büchners „von der Größe und Gefährdung der modernen Medizin“ durchzuarbeiten; es wäre ein jammervoller Veriust, wenn ein solches Werk gewissermaßen mit einer Bauchbinde durch die Welt der Buchhändler ginge: Nur für Katholiken! Freilich, wir können mit so manchem nichts anfangen; es ist uns manches in Formulierung und Anspruch fremd. Aber schadet dies etwas? Sind wir nicht täglich genötigt, Rätselhaftes, Hintergründiges in unserer Welt, an unserem Wege zu erfahren und es mit jener Geduld in uns zu bewahren, die von unserem Beruf her weiß, daß alles Leben ein ununterbrochenes Aufbauen und Abbauen ist, ein ewiges Assimilieren auch im Geistigen, und daß unser Geist sich auch nährt an den großen Rätseln und Bildern der ewigen Welt.

Anschrift des Verfassers: Emskirchen üb. Neustadt/Aisch.

*Aus der Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkranke der Universität Erlangen-Nürnberg
(Direktor: Prof. Dr. Dr. Steinhardt)*

Zur Therapie der Nachblutungen nach Zahnextraktion*)

Von Peter Weiß

Die Blutstillung nach Zahnextraktion ist ein Thema, über das schon viel gearbeitet worden ist. Wenn ich die Frage dennoch wieder aufgreife, so hat dies verschiedene Gründe:

1. stehen uns mit den Thrombinpräparaten und den resorbierbaren Tamponaden wirksamere Hilfsmittel als früher zur örtlichen Blutstillung zur Verfügung,

2. gibt es heute durch die Antikoagulantienbehandlung eine Vielzahl sogenannter künstlicher Bluter, bei denen eine Zahnextraktion eine heftige Nachblutung auslösen kann, und

3. suchen Patienten mit Nachblutungen nach dem Zahnziehen nicht selten einen praktischen Arzt auf oder werden ihm vom Zahnarzt zur Blutstillung überwiesen. Es scheint mir daher gerechtfertigt, das Problem vor Ärzten zu erörtern.

*) Vortrag vor der Medizinischen Gesellschaft in Erlangen am 11. Dezember 1963.

Bei der normalen Zahnextraktion kommt es zu Blutungen aus kleineren Gefäßen, die gewöhnlich durch die Hämostase mit Gefäßkontraktion, Ausbildung eines Blutpfropfes und bei Kapillaren durch Verklebung der Endothelien zum Stehen kommen. Blutungen aus größeren Gefäßen können nach Verletzung des Zahnfleischrandes durch die Instrumente oder nach Läsion von Knochengefäßen auftreten. Eine Nachblutung tritt dann ein, wenn ein Mißverhältnis zwischen dem physiologischen Blutstillungsmechanismus und der Größe der blutenden Gefäße vorliegt, wenn also bei der Extraktion größere Gefäße verletzt worden sind oder wenn eine Störung der Hämostase vorliegt. Weiter kann es zu Nachblutungen kommen, wenn die Patienten nach dem Zahnziehen häufig den Mund spülen, da hierdurch das verschließende Koagulum beseitigt werden kann. Dieser Punkt muß bei der Vorgeschichte beachtet werden.

Wie bei allen zugänglichen Blutungsquellen sollen auch blutende Extraktionswunden am Ort der Blutung gestillt werden. Wenn erforderlich, wird bei hämorrhagischen Diathesen zusätzlich entsprechend dem Grundleiden eine Allgemeinbehandlung durchgeführt. In meinen Ausführungen soll jedoch in erster Linie von der örtlichen Therapie der blutenden Extraktionswunde die Rede sein. Hierbei hat sich uns folgendes Vorgehen am besten bewährt:

Bei der anfänglichen Inspektion läßt sich nach sorgfältigem Austupfen manchmal ein spritzendes Gefäß am verletzten Zahnfleischrand feststellen, das durch Abklemmen und Umstechen gestillt werden kann.

Die einfachste Maßnahme zur Blutstillung ist die Kompression der Alveole mit einem Gazetupfer, auf den man den Patienten kräftig beißen läßt. Bei länger erforderlicher Kompression kann die ermüdende Kau-muskulatur durch einen Kopf-Kinnverband mit einer elastischen Binde unterstützt werden.

Der nächste Schritt ist die Tamponade der Alveole. Früher standen uns nur Gazetamponaden, zum Teil mit hämostyptischem Zusatz, zur Verfügung, die in der Mundhöhle nach einigen Tagen gewechselt werden mußten. Beim Herausziehen der Tamponade bestand die Gefahr, daß eine erneute Blutung durch Abreißen der Verschlußthromben hervorgerufen wurde. In diesem Zusammenhang bedeuten die resorbierbaren Tamponaden einen wesentlichen Fortschritt, da sie nicht entfernt zu werden brauchen.

In der Zahnheilkunde finden zur Blutstillung vor allem zwei Gruppen resorbierbarer Tamponaden Anwendung:

1. Die von CORREL und WISE 1945 angegebenen Gelatineschwämme, die, in Formalin gehärtet, mit oder ohne antibakteriellem Zusatz verwendet werden. Gebräuchliche Präparate sind Gelastypt, Margabelan und Gellta-Silber-Tampon. Wie SCHULTE u. a. zeigen konnte, werden diese Schwämme von Granulationsgewebe durchwachsen und langsam abgebaut. Sie haben die Eigenschaft, zusammengedrückt appliziert sich wieder auszudehnen, wenn sie sich mit Blut vollsaugen. Zur Blutstillung werden sie daher komprimiert in die Alveole eingeführt. Anschließend muß die Wunde durch Vernähen oder eine Verbandsplatte dicht verschlossen werden, da der Gelatineschwamm durch seine Aus-

dehnung sonst aus der Alveole quillt und nicht die blutungsstillende Druckwirkung ausüben kann.

2. Die Oxycellulosepräparate, deren Herstellung auf CLARKE et al. (1941) zurückgeht. Durch Oxydation von Gaze, Baumwolle oder Papler wird eine resorbierbare Polyanhydroglucuronsäure erzeugt. Die blutstillende Wirkung der oxydierten Zellulose wurde von FRANTZ 1945 mitgeteilt. Als Präparate liegen Sorbacel und Tabotamp vor, die sich in der allgemeinen Chirurgie bei der Stillung parenchymatöser Blutungen bewährt haben. Nach tierexperimentellen Untersuchungen von OTT et al. wird die Oxycellulose im Gewebe verflüssigt, nur wenig von Granulationsgewebe durchwachsen und resorbiert. Der hämostyptische Effekt ist noch nicht völlig geklärt. Er soll nach der Ansicht verschiedener Autoren auf der Oberflächenwirkung der Gaze, dem Säuregrad des Materials und seiner Quellung beruhen.

Die nächste Maßnahme zur Blutstillung ist das Vernähen der Alveole. Hierdurch kann in günstig gelagerten Fällen auch ohne resorbierbare Tamponaden durch den festen Wundverschluß die Blutung zum Stehen kommen. Blutende Zahnfleischgefäße werden durch die Adaptation der Gingiva an den Alveolarfortsatz komprimiert, und in der Tiefe wird eine Drucksteigerung erzeugt.

Durch zusätzliche örtliche Thrombinanwendung*) kann mit dem in der letzten Gerinnungsphase angreifenden Medikament eine Gerinnung am Ort der Blutung erzeugt werden. Voraussetzung ist allerdings, daß das Thrombin in eine sorgfältig ausgetupfte Alveole gebracht und dort auch gehalten wird, damit es durch das nachströmende Blut nicht wieder weggeschwemmt wird. Die resorbierbaren Tamponaden sind besonders dazu geeignet, das eingebrachte Thrombin am Ort der Blutung zu halten. Diese Art der örtlichen Blutstillung mit Thrombinanwendung, Tamponade der Alveole mit Oxycellulose und anschließendem Vernähen hat sich uns bei einfachen Nachblutungen, leichteren hämorrhagischen Diathesen und medikamentösen Gerinnungsstörungen bewährt. Da das Thrombin durch die Säurewirkung der Oxycellulose teilweise inaktiviert werden soll, haben GWINN et al. eine vorherige Neutralisie-

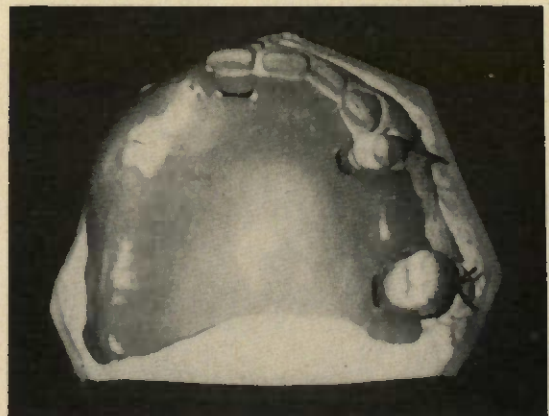


Abb. 1. Kiefermodell mit einer komprimierenden Kunststoffplatte zur Blutstillung bei $\frac{1}{5}$ 6. Die am Restgebiss eingebundene Platte ist im Bereich der Blutung mit Gaze unterlegt.

*) Präparate, wie z. B. Akrihrombin oder Topostasin.



a = Mundschleimhaut
 b = leere Extraktionswunde
 c = Granulationsgewebe am Fundus der Alveole
 d = quergeschnittene Wurzel des Eckzahnes

Abb. 2. Extraktionswunde von $\bar{15}$ beim Hund, mit Tabotamp versorgt, 1 Woche, v. G., Vergr. 14 X. Man erkennt die leere Extraktionswunde, die kein Koagulum enthält: Vom Tabotamp finden sich lediglich noch einige kleine Reste am Boden der Alveole, der mit Granulationsgewebe bedeckt ist.

zung mit Natriumbikarbonatlösung vorgeschlagen, auf die wir jedoch bisher verzichten konnten.

Wenn diese Maßnahmen nicht zum Ziel führen, muß die Alveole stärker komprimiert werden. Zu diesem Zweck wird nach einem Kiefermodell eine Kunststoffplatte als Kompressionsverband angefertigt. Die Platte soll die blutende Extraktionswunde nicht nur bedecken, sondern den Kieferkamm wangenwärts breit umfassen (Abb. 1). Eine solche Platte, deren Anfertigung dem Zahnarzt vorbehalten bleibt, wird im Bereich der Blutung mit Gaze unterlegt und am Restgebiß eingebunden. Mit einer stabilen Verbandsplatte, die gut komprimierend eingebunden ist, können die meisten Blutungen aus Extraktionswunden gestillt werden. Ausnahmen bilden schwere hämorrhagische Diathesen wie Hämophilie, auf die weiter unten eingegangen werden soll.

Um den Einfluß des Oxycellulosepräparates Tabotamp auf die Heilung der Extraktionswunden zu untersuchen, haben wir bei Hunden Alveolen nach der Extraktion mit Tabotamp versorgt. Die Hunde wurden im wöchentlichen Abstand nach 1 bis 4 Wochen getötet und die Extraktionswunden histologisch untersucht. Nach allen Zeiträumen fand sich kein Koagulum in den Alveolen. Am Fundus zeigte sich eine Granulationsgewebsbildung, die sich nach 4 Wochen verbreitert hat, die Extraktionswunde nach dieser Zeit jedoch noch nicht ausfüllt. Reste des Tabotamp konnten nur noch nach einer Woche gefunden werden (Abb. 2). Aus den

Befunden ergibt sich, daß Tabotamp die Ausbildung eines regelrechten Koagulums in der Extraktionswunde verhindert und selbst nicht organisiert wird. Der Boden der Alveolen war regelmäßig mit Granulationsgewebe bedeckt, so daß der Knochen nicht freiliegt. Die verflüssigte Oxycellulose wird sicher größtenteils durch den Speichel herausgeißt.

Zum Vergleich der in Formalin gehärteten Gelatineschwämme mit den Oxycellulosepräparaten pflanzten wir Gelastyp und Tabotamp nebeneinander in die Muskulatur bei Kaninchen. Hierbei ergab sich, daß beim Gelastyp die Maschenstruktur des Gelatineschwammes zunächst erhalten bleibt. Das Maschenwerk wird von Granulationsgewebe durchwachsen und dann erst resorbiert (Abb. 3). Tabotamp dagegen wird verflüssigt (Abb. 4) und nicht wie Gelastyp organisiert. Erst nach Verflüssigung der Oxycellulose wird diese abgebaut. Nach diesen im Tierexperiment gewonnenen histologischen Befunden bietet von den untersuchten resorbierbaren Tamponaden Gelastyp für Extraktionswunden bessere Heilungsvoraussetzungen als Tabotamp.

Bei der klinischen Anwendung haben wir jedoch die Oxycellulosepräparate den in Formalin gehärteten Gelatineschwämmen zur Blutstillung vorgezogen, da sie sich fester in die Alveolen tamponieren lassen. Weiter haben sie einen geringeren Quellungsdruck, so daß sie auch ohne Naht nicht aus dem Zahnfach

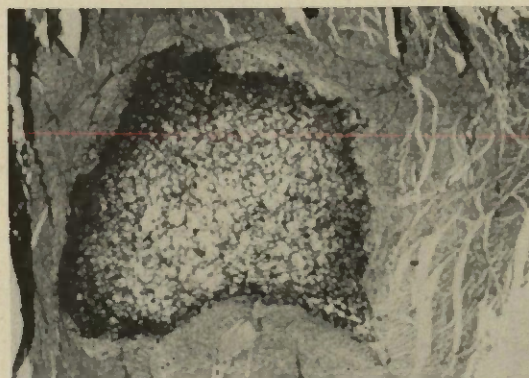


Abb. 3. Gelastyp in Kaninchenmuskulatur implantiert, 8 Tage, HE, Vergr. 14 X. Die Maschenstruktur des Gelatineschwammes ist gut erhalten. Am Rand hat sich Granulationsgewebe ausgebildet, das ins Innere vordringt.

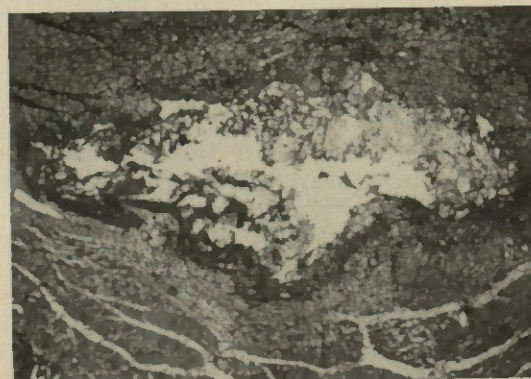


Abb. 4. Tabotamp in Kaninchenmuskulatur implantiert, 8 Tage, HE, Vergr. 16 X. Die Maschenstruktur der Oxycellulose ist nicht mehr erhalten. Das verflüssigte und homogenisierte Material ist bei der Bearbeitung zum Teil verlorengegangen. Am Rand hat sich ein resorptives Gewebe ausgebildet.

quellen. Die zusammengedrückt eingeführten Gelatineschwämme dehnen sich dagegen so stark aus, daß sie nur durch einen dichten Verschluss der Alveole am Herausdringen gehindert werden können. In den Fällen, in denen die Alveole durch Nähte fest verschlossen werden kann oder wenn ein Plattenverband angefertigt wird, halten wir allerdings die Anwendung von Gelastyp wegen der nach den Tierexperimenten günstigeren Heilungsaussichten für besser.

Die klinische Anwendung von Tabotamp zur Blutstillung nach Zahnextraktion brachte uns folgende Ergebnisse: Von 36 Fällen konnte in 34 Fällen sofort eine einwandfreie Blutstillung erzielt werden. Zweimal war eine zweite Versorgung notwendig. Hiervon entfallen 17 auf einfache Nachblutungen, 15 auf vorbeugende Blutstillungen bei Extraktionen unter Antikoagulantientherapie und 4 auf Nachblutungen bei hämorrhagischer Diathese. Die Blutstillung wurde sechsmal nur mit Tabotamp, 15mal mit Tabotamp bei zusätzlichem Vernähen der Alveole und 15mal mit Tabotamp, örtlicher Thrombinanwendung und zum Teil Vernähen der Alveole durchgeführt. In zwei Fällen wurde außerdem eine Verbandsplatte eingebunden.

Bei größeren Extraktionswunden ergab sich häufig nach der Anwendung von Tabotamp eine sogenannte leere Alveole, d. h. ein nicht mit einem Koagulum oder Granulationsgewebe ausgefülltes Zahnfach. Diese klinische Beobachtung entspricht unseren Tierversuchen am Hund. Trotz der wenig günstigen Heilungsvoraussetzungen ist es von den 36 Fällen nur zweimal zu einer schmerzhaften, infizierten Alveole gekommen. Nach den histologischen Befunden am Hund bildet sich zwischen Alveolarwand und Tabotamp ein Granulationsgewebe aus, das demnach fast immer ausreicht, die Alveole vor einer Wundinfektion zu schützen.

Abschließend soll auf die aktuelle Frage der Zahnextraktion unter Antikoagulantientherapie eingegangen werden. Die Ansichten über dieses Problem sind im Schrifttum geteilt. Ein Teil der Autoren befürwortet Extraktionen bei Weiterführung einer Antikoagulantienbehandlung unter sorgfältiger Blutstillung, um die Kranken nicht den Gefahren einer normalisierten Blutgerinnung auszusetzen (BEHRMANN und WRIGHT, FACQUET et al., TULLOCK und WRIGHT), ein Teil lehnt sie wegen gefährlicher Nachblutungen ab (CHRISTIANSEN, SCHMITT et al., SCOPP und FREDRIC, ZIFFER). Wir extrahieren unter Antikoagulantienbehandlung einzelne Zähne ohne Absetzen des Medikamentes oder Verabfolgung des Antidots und führen anschließend eine prophylaktische Blutstillung in der obenbeschriebenen Weise durch. Bei 15 Zahnextraktionen unter Marcumarbehandlung mit einem Quilckwert von 25 bis 40% konnte in 13 Fällen von vornherein eine einwandfreie Blutstillung erzielt werden. Es kam zu keinen Nachblutungen und auch zu keinen Hämatombildungen. In zwei Fällen trat trotz der vorbeugenden Blutstillung eine Nachblutung auf. Hiervon war im einen Fall die zweite örtliche Blutstillung erfolgreich. Im zweiten Fall ließ sich der äußerst ängstliche Patient von seinem behandelnden Arzt wegen einer leichten Sickerblutung Konaklon injizieren, worauf die Blutung stand. Mit den angegebenen Blutstillungsmaßnahmen können Zahnextraktionen unter Antikoagulantienbehandlung durchgeführt werden, wenn die Patienten im Notfall rasch den Arzt aufsuchen können und wenn sie auf die Möglichkeit einer Nachblutung

hingewiesen werden. Für schwere Nachblutungen steht immer das Antidot in Reserve.

Bei der echten Hämophilie dagegen extrahieren wir nur, wenn die Zahnextraktion unumgänglich ist. Zuvor müssen alle konservativen Möglichkeiten erschöpft sein. Viele Zähne lassen sich durch eine sorgfältige Wurzelbehandlung erhalten und entzündliche Erscheinungen können auf diese Weise beseitigt werden. In den anderen Fällen streben wir zunächst eine sogenannte „unblutige“ Zahntfernung an, die bei günstigen Wurzelverhältnissen nicht selten gelingt. Hierzu wird ein kleiner Gummiring straff um die Zahnwurzel gelegt. Durch seine Spannung rutscht der Gummiring an der Wurzel entsprechend der Verjüngung wurzelspitzenwärts, indem er den Aufhängeapparat des Zahnes langsam durchschneidet und führt schließlich zum unblutigen Ausstoßen der Wurzel. Mehrwurzelige Zähne werden zuvor durchtrennt und die einzelnen Wurzeln mit Gummiringen versehen. Wenn bei einem Bluter dennoch extrahiert werden muß, so darf dies nur nach gerinnungsphysiologischer Bestimmung der Hämophilieform in stationärer Behandlung unter der notwendigen Substitutionstherapie und bei optimaler örtlicher Blutstillung einschließlich Plattenverband geschehen. Bei der Indikationsstellung muß berücksichtigt werden, daß durch die Extraktion möglicherweise eine lebensbedrohende Blutung hervorgerufen wird, und daß zur Therapie große Mengen antihämophilen Globulins erforderlich sein können.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, daß wir heute durch die resorbierbaren Tamponaden und die Thrombinpräparate, in Verbindung mit Vernähen der Alveole und zahnärztlichen Plattenverbänden in der Lage sind, Nachblutungen nach Zahnextraktionen gut zu beherrschen oder diesen unter Antikoagulantienbehandlung vorzubeugen. Bei der echten Hämophilie reichen die Maßnahmen alleine zur Blutstillung häufig nicht aus.

Schrifttum:

- BEHRMANN, S. J., und I. S. WRIGHT: J. Amer. dent. Ass. 62, 172 (1961).
 CHRISTIANSEN, G. W.: Dent. J. 28, 703 (1959).
 CLARKE, KENION und JACKEL: Zit. nach OTT et al.
 CORREL, J. T. und E. C. WISE: Proc. Soc. exp. Biol. Med. 58, 233 (1945).
 FACQUET, J.; HUSSON, A. und H. DUCROT: Presse Méd. 60, 116 (1952).
 FRANTZ, V. K. und R. LATTES: J. Amer. med. Ass. 129, 798 (1945).
 GWINN, C. D.; GRIMM, D. H. und E. W. FERLER: J. Amer. dent. Ass. 36, 155 (1948).
 OTT, G.; SCHUBERT, G. E.; VOLLMAR, J. und W. D. BESELER: Langenbecks Arch. klin. Chir. 299, 334 (1962).
 SCHMITT J.; INGRAM, R. C. und H. J. HARPOLE: Oral Surg. 13, 791 (1960).
 SCHULTE, W.: Dtsch. zahnärztl. Z. 14, 456 (1959).
 — Dtsch. Zahnärztebl. 17, 338 (1963).
 SCOPP, I. W. und H. FREDRIC: Oral Surg. 11, May 1958.
 TULLOCK J. und I. S. WRIGHT: Circulation 8, 823 (1954).
 ZIFFER, P. M.: New England J. Med. 256, 351 (1957).
 Anschrift des Verfassers: Dr. Dr. Peter Weiß, Erlangen, Glückstraße 11.

Gesundheitliche Probleme in Südkorea

Bitte um Medikamente

Von cand. med. S. Lee

Seit Dezember 1958 bin ich als koreanischer Medizinstudent in der Bundesrepublik Deutschland. Vor einiger Zeit erhielt ich von einem in Korea Medizin studierenden Freund einen Brief, in dem er mir den in Europa nicht vorstellbaren Mangel an Medikamenten wie folgt schilderte: „Vielleicht hast Du schon von jemandem gehört, daß wir, alle Mediziner vom 6. bis 9. Semester in Korea, zum Kampf gegen die Choleraepidemie aufgerufen wurden. So wurde ich einem Gesundheitsamt zugeteilt. Während ich dort 20 Tage lang arbeitete, mußte ich leider vieles erfahren, was mich beinahe verzweifeln ließ. Schon lange wußte ich, daß unser Vaterland arm ist, aber nachdem ich nun dies mit eigenen Augen gesehen habe, kann ich kaum ausdrücken, was ich da empfunden habe. Da wir Mangel an Impfstoff, Spritzen und sogar an Desinfektionsmitteln hatten, konnten wir uns anfangs nicht einmal betätigen.“ Durch diesen Brief wurde ich auf den Gedanken gebracht, meinem Vaterland dadurch zu helfen, daß ich hier in meinem Studienland eine Spendenaktion für Korea anrege. Deshalb möchte ich Sie höflichst bitten, meine dringende Bitte mit Ihrer großzügigen Spende zu unterstützen.

Wie man in dem Buch „Der kleine Prinz“ von Antoine de Saint-Exupéry liest: „Ich habe ein sehr schönes Haus mit roten Ziegeln gesehen, mit Geranien vor den Fenstern und Tauben auf dem Dach... dann sind sie nicht imstande, sich dieses Haus vorzustellen. Man muß ihnen sagen: Ich habe ein Haus gesehen, das hunderttausend Franken wert ist. Dann schreien sie gleich: Ach wie schön!“, so möchte ich auch Ihnen durch meinen Artikel einen konkreteren Eindruck von meiner Heimat vermitteln, indem ich Ihnen eine kurze Darstellung aus einem anderen Gesichtswinkel her gebe, als es meistens durch Zeitung und Illustrierte bekannt ist.

Wie Sie wissen, hat Korea ein ähnliches Schicksal erlitten wie Deutschland — es ist auch ein geteiltes Land. Aber leider hat mein Vaterland nicht diesen wirtschaftlichen Aufschwung erlebt wie das Ihre. Durch den verheerenden Korea-Krieg, mehrere Katastrophen und Epidemien ergaben sich viele Probleme, hauptsächlich auf sozialer und wirtschaftlicher Ebene. So ist die allgemeine Situation Koreas noch sehr beklagenswert, aber das ist für mich kein Grund zur Verzweiflung, vielmehr setze ich alle meine Hoffnung auf unsere junge Generation.

Man kann die Geschichte mit der Musik vergleichen. Die Musik entsteht aus Tönen, die Geschichte aus Aufschwung und Abstieg. Wenn man sagen kann, daß die Weltgeschichte wie eine Symphonie ist, dann ist die koreanische Geschichte ein Musik-Instrument und trägt damit einen Ton zur Symphonie bei, wobei es gleichgültig ist, ob die Zuhörer zuhören oder nicht. Nun, welchen Ton zu spielen ist Korea beauftragt?

Man kann so denken: Geschichte wird von 3 Faktoren bestimmt: 1. Die geographischen Bedingungen, die für die Geschichte das sind, was die Bühne für das Theater ist. 2. Das Volk, das in diesem Land lebt, sind die Schauspieler die auf dieser Bühne agieren. 3. Die

Vorsehung des Schöpfers, die die Geschichte so ablaufen läßt, ist das Manuskript zum Theaterstück. Wie ist also das Theaterstück? Hat die Vorsehung den Grundton für die koreanische Geschichte bestimmt? Leider muß ich eine sehr traurige Antwort geben: Der Grundton der koreanischen Geschichte ist das „Leiden“. Die koreanische Geschichte ist die Geschichte des Leidens.

Unser Volk ist kein großes Volk, bisher hat es für Korea noch keine solchen Chancen gegeben, durch die es, wie China, Persien, Griechenland und Rom, eine große Nation werden konnte. Es hatte auch noch keine



Tempel in Korea aus dem 8. Jahrhundert

Gelegenheit, den Helden zu spielen, sondern, ich darf es Ihnen sagen, es blieb immer in Schlimpf, Druck, Trennung und Verlust. Ich glaube, jedes Volk kann der Menschheit einen ganz besonderen individuellen und wertvollen Beitrag liefern. Ägypter und Babylonier zum Beispiel den Anfang der Kultur, China die Moral, die Griechen die Kunst, Römer die Politik, die Deutschen die Philosophie — aber unser Volk hat kein solches Geschenk darzubringen.

Lassen Sie mich kurz die geographische Situation umreißen, die eine besonders traurige Geschichte bedingt hat. Wenn man die natürliche Lage Koreas betrachtet, sieht man, daß Korea in der gemäßigten Zone, vom 33. bis 43. Breitengrad, liegt. Vom politischen Standpunkt aus gesehen, ist es wie Persien, Griechenland und Palästina ein Zwischenland. Als Halbinsel wird es von drei Kräften an drei Seiten tangiert; im Westen ist es China, im Norden die Mandchurei und im Osten Japan. Wenn Korea ein machtvoller Mittelstaat wäre, könnte es aus dieser Lage eine gute Ausgangsposition machen, wie Griechenland und Italien in der Antike; im konkreten Fall aber ergab sich aus dieser Situation ein unvermeidliches Leiden, wie das Palästinas.

Wenn man nach Japan hinüberschaut, sieht das Inselreich wie ein verlassenes Baby aus. Verlangt nun dieses Baby wie nach einer Mutter nach dem Kontinent, so greift es nach der Brust des Kontinents, nämlich nach Korea. In Europa wäre dieselbe Situation nicht so schlimm, aber in Asien gibt es nur große Mächte wie China, Indien und Rußland; und Korea liegt zwischen solchen Gebieten wie ein kleines Mädchen

zwischen Riesen. Und das Mädchen hält eine schöne Blume in der Hand und wartet auf seinen Herrn. Aber bisher hat es seinen Herrn noch nicht gefunden! Trotzdem erwartet es seinen Bräutigam, weil es glaubt, daß er irgendwann kommen wird!

Die Geschichte wird nicht nur durch die geographische Lage bestimmt, sondern auch die Menschen machen Geschichte. Koreanische Geschichte ist somit die Geschichte des koreanischen Volkes. Wie ist also unser Volk, auf das ich meine Hoffnung setze? Mein Interesse liegt mehr an seinem Charakter als an Volkskunde. In der alten chinesischen Literatur finden wir oft, daß man Korea „IN“ nannte. Das Wort „IN“ kann man nicht genau übersetzen; es bedeutet ungefähr Barmherzigkeit oder Liebe. Und das ist die Wahrheit. Unsere Geschichte zeugt davon. Es gibt kein Beispiel in unserer Geschichte, daß Korea ein anderes Land oder Volk erobert hätte. Und noch ein anderes Beispiel: Korea war von 1910 bis 1945 von den Japanern besetzt, welche die Herrschaft über das ganze wirtschaftliche Leben an sich rissen. Als aber die Japaner dann den Krieg verloren hatten und waffenlos durch unser Land zogen, kam es nicht zu Racheakten und Morden, wie man es erst in jüngster Zeit im Kongo erlebt hat. Unser Volk war nicht kriegerisch, sondern friedlich, und dies ist der Grund, warum es die „Nation der Etikette“ genannt wird.

Auch heute ist das Leiden noch nicht zu Ende, denn unser Volk ist von den verschiedensten furchtbaren Krankheiten bedroht.



Koreanischer Bub an seinem ersten Geburtstag

Ich möchte Ihnen nur kurz einiges berichten über die allgemeine medizinische Fürsorge in Korea. Nach einer offiziellen japanischen Statistik von 1938 über Krankenfälle gab es nur 612 Fälle pro Million Einwohner in Korea gegenüber 1984 Fällen pro Million Einwohner in Japan. Sollte dies etwa bedeuten, daß die Koreaner 1938 gesünder waren als die Japaner? Nein, diese Statistik veranschaulicht, daß die hygienischen Maßnahmen in Korea äußerst schlecht organisiert waren. Im Vergleich zum Zustand von 1938, hat die medizinische Fürsorge in Korea große Fortschritte gemacht. Im Jahr 1952 wurden 5411 Ärzte, 881 Zahnärzte, 1343 Pharmakologen und 1909 Krankenschwestern in Südkorea registriert. Es gab bereits 2188 staatliche und private medizinische Institutionen (Klink und Praxen). Dennoch waren von insgesamt 1562 Dörfern der Südkoreanischen Provinzen 843 ohne einen einzigen Arzt. Diese Entwicklung hat sich seit 1952 noch weiter verbessert. Trotz dieser Fortschritte sind jedoch für uns vor allem die Infektionskrankheiten ein großes Problem.

Zur Information möchte ich Herrn Prof. Dr. K. Wurm zitieren, der in dem „Lehrbuch der Inneren Medizin“ von Heilmeyer dieses Problem treffend beschrieben hat: „In der Todesursachen-Statistik der Bundesrepublik aus den Jahren 1951 und 1958 stehen die Infektionskrankheiten (einschließlich lokaler Infekte) als unmittelbare Todesursache an dritter bzw. sechster Stelle! Da ein großer Teil der Herz- und Kreislaufkrankheiten wie auch der ‚übrtgen Krankheiten‘ Folge einer Infektionskrankheit ist, kommt ein beträchtlicher Teil auch dieser Sterbefälle mittelbar auf das Konto der Infektionskrankheiten. Die Statistik jedoch vermag nur eine sehr unzulängliche Vorstellung von der Bedeutung der Infektionskrankheiten zu vermitteln, besonders dann, wenn ihr die Zahlen eines hochzivilisierten Staates in Zeiten des Friedens zugrunde liegen. Im Gefolge von Krieg und Hunger und anderen Katastrophen sind sonst seltene oder harmlose Infektionskrankheiten bisher noch immer zu unbeherrschbaren und verheerenden Epidemien geworden. Nichts bürgt dafür, daß sich unter ähnlichen Bedingungen nicht Gleiches wiederholt! In den unterentwickelten Gebieten unserer Erde grassieren auch in unseren Tagen noch immer Seuchen riesigen Ausmaßes (Malaria, Wurmkrankheiten u. a.), die nicht nur Jahr für Jahr viele Millionen an Menschenopfern fordern, sondern jede wirtschaftliche und damit auch kulturelle Aufwärtsentwicklung hemmen oder gar unmöglich machen. Die wissenschaftlichen Errungenschaften setzen uns heute theoretisch instand, mit den Mitteln der Hygiene, Prophylaxe und Therapie einen in seinen Konsequenzen noch unvorstellbaren Wandel zu schaffen, ein sittliches Gebot von ungeheurem Gewicht und zugleich ein zentrales Problem der heutigen Weltpolitik!“

Um diesem großen Problem der Infektionskrankheiten Abhilfe zu schaffen, haben sich das Catholic Medical College in Seoul/Korea und das Koreanische Rote Kreuz zur Aufgabe gestellt, der von Epidemien und Katastrophen heimgesuchten Bevölkerung auch außerhalb ihres klinischen Bereiches zu helfen.

Ärzte und ärztliches Hilfspersonal werden von dort in das Land hinausgeschickt, um diesen Ärmsten der Armen zu helfen. Die größte Schwierigkeit bei diesen Hilfsaktionen stellt der Mangel an Medikamenten dar.

Im Namen des Catholic Medical College in Seoul und des Koreanischen Roten Kreuzes erlaube ich mir die Frage, ob Sie diese Arbeit in der Katastrophenhilfe durch Spenden von Medikamenten unterstützen wollen.

Ein großer Teil unserer Professoren hat seine Ausbildung in Europa und viele haben sie in Deutschland bekommen. Sie bedauern es ganz besonders, daß in Korea kaum deutsche Medikamente zur Verfügung stehen, sondern fast ausschließlich amerikanische. Eine solche Spendenaktion würde nicht zuletzt auch unsere Lehrer und ihre Schüler mit den in der ganzen Welt geschätzten deutschen Medikamenten wieder bekanntmachen.

Das Catholic Medical College in Seoul, das Koreanische Rote Kreuz und alle Patienten wären Ihnen, sehr geehrter Herr Doktor, zu großem Dank verpflichtet, wenn Sie uns helfen könnten. Wir danken Herrn Prof. Dr. Bick en b a c h, dem Direktor der I. Univ.-Frauenklinik herzlich, daß er uns erlaubt hat, Sie um die Übersendung von Medikamenten an die nachstehende Anschrift zu bitten: cand. med. Sunnack LEE, p. A. 8 München 15, Maistr. 11, I. Universitäts-Frauenklinik.

cand. med. Sunnack LEE, p. A. 8 München 15, Maistraße 11, I. Univ.-Frauenklinik.

AUS DEM STANDESLEBEN

Arbeitstagung der Ärztlichen Kreisverbände Nordbayerns

Am 14. 3. 1964 fand in Nürnberg eine Arbeitstagung der Ärztl. Kreisverbände Nordbayerns statt. Auch in dieser Arbeitssitzung konnte der Präsident der Bayer. Landesärztekammer, Herr Koll. Dr. S e w e r i n g, wieder Vertreter aller geladenen Kreisverbände begrüßen. Ebenso wie bei der am 29. 2. 1964 in München stattgefundenen Arbeitstagung der südbayerischen Kreisverbände wurden u. a. Fragen der Meldeordnung, der Berufs- und Facharztordnung, der Berufsgerichtsbarkeit und Beitragsordnung, das Unterstützungswesen und eine Reihe von Einzelfragen behandelt.

Auf Wunsch der Tagungsteilnehmer wird anschließend eine Zusammenstellung von Veröffentlichungen über die Bestimmungen der Berufsordnung und deren Auslegung zu Fragen der Werbung und Anpreisung (insbesondere in Zeitungsberichten und Anzeigen) abgedruckt:

1. Allgemeine Hinweise der ärztlichen Berufsvertretung; sonstige Autorenbeiträge:

- a) 61. Deutscher Ärztetag 1958, zitiert bei WEISSAUER in Bay. Äbl. 1959/49; dazu WEISSAUER a. a. O. „Mitwirkung des Arztes bei Veröffentlichungen“.
- b) 62. Deutscher Ärztetag 1959 in ÄM 1959/957.

- c) 12. Bayer. Ärztetag 1959, dazu SONDERMANN in Bay. Äbl. 1959/266.
- d) Vorstand der Bayer. Landesärztekammer in Bay. Äbl. 1959/287.
- e) STEINLE „Standeswidrige Werbung des Arztes“ in Bay. Äbl. 1961/307.
- f) POELLINGER „Unzulässige Werbung in Zeitungsanzeigen“ in Bay. Äbl. 1963/445.

2. Berufsgerichtsurteile:

- a) Berufsgericht München in Bay. Äbl. 1962/45 (Zeitungsartikel über Arztklinik).
- b) Berufsgericht München in Bay. Äbl. 1962/308 (Praxisbilder).
- c) Berufsgericht Nürnberg in Bay. Äbl. 1963/197 (Unlautere Werbung mit Arzthausneubau).
- d) Berufsgericht München in Bayer. Äbl. 1963/264 (Größe von Zeitungsanzeigen).
- e) Berufsgericht Pfalz in Bay. Äbl. 1963/445 (Werbung für Klinik in Zeitungsanzeigen und -artikeln).
- f) Berufsgericht München in Bay. Äbl. 1963/807 (Werbung für Heilanstalt, Interview in Tageszeitung).

Der Chirurgenkongreß in München

Die 81. Tagung der „Deutschen Gesellschaft für Chirurgie“, die vom 1. bis 4. April 1964 im Kongreßsaal des Deutschen Museums stattfand, vereinigte rund 2000 Tagungsteilnehmer aus 13 Ländern, unter denen wiederum zum großen Bedauern die Ärzte aus der Ostzone fehlten. Auch diesmal war ihnen aus politischen Gründen seitens des Zonenregimes die Ausreise in die Bundesrepublik zu diesem angesehenen wissenschaftlichen Kongreß verwehrt worden.

Vor dem dichtgefüllten Kongreßsaal konnte der Präsident der Gesellschaft, Professor Dr. Rudolf Nissen, Ordinarius für Chirurgie in Basel, die Tagung eröffnen. Professor Dr. Nissen wirkte durch viele Jahre unter Professor Sauerbruch an der Münchner Chirurgischen Universitätsklinik. In München hatte er sich 1920 habilitiert. Als Sauerbruch nach Berlin ging, nahm er 1927 seinen Schüler mit, der dort 1930 ao. Professor wurde.

Worte des Gedenkens für Prof. Sauerbruch

Seine Rede begann der Präsident mit einem Gedanken an seinen chirurgischen Lehrer, Professor Dr.

Ferdinand Sauerbruch. 12 Jahre hatte er, wie er betonte, in der Ausstrahlung dieser Persönlichkeit gelebt. Sein Ehrgeiz war es, das Vertrauen zu rechtfertigen, das dieser seltene Mann in ihn setzte. Prof. Nissen kam auf die Begleiterscheinungen, die sich an den Tod Sauerbruchs anschlossen, zu sprechen:

„Seit dem Tode des Meisters ist die Öffentlichkeit mit Sensationsberichten überflutet worden, die einen SAUERBRUCH darstellen, der von den Folgen der Gefäßkrankung gezeichnet war. Schon die Reportage dessen, was sich ‚Mein Leben‘ nennt, trug die unverkennbaren Züge einer Verzeichnung von Geschehnissen — der Überbrückung von Gedächtnislücken durch Phantasiegebilde. Ein anderes Buch, nach einem bekannten Bismarck-Drama ‚Die Entlassung‘ genannt, versucht aus dem gespenstischen Ende dieses einst großartigen Daseins allgemeine Folgerungen zu ziehen. Der Schluß ist unberechtigt. SAUERBRUCH konnte, trotz unverkennbarer Zeichen der Erkrankung, seine operative Tätigkeit nur fortsetzen in einer Zeit, die aus den Fugen geraten war, eben von 1945 bis 1948, und in einer Umgebung, die in den vorhergehenden

12 Jahren einer politischen Gewaltherrschaft offene Kritik verlernt hatte. Ich darf darum hier das wiederholen, was ich vor 3 Jahren in einer Entgegnung schrieb: „Es gibt nicht nur eine Ehrfurcht vor der Leistung, sondern auch eine vor dem geistigen Leiden, das sich schicksalsmäßig dem Zugriff menschlicher und ärztlicher Beeinflussung entzieht. SAUERBRUCH, der in der Vollkraft seiner Jahre der kranken Menschheit unendliche Wohltaten erwiesen hat, verdient es, daß man ihm nach seinem Tode für die Jahre der Umnachtung das Geschenk des Schweigens gibt.“ Um so notwendiger wird es aber, vor der jüngeren Generation von Chirurgen, die den lebenden SAUERBRUCH nicht mehr kannten, das Bild des Mannes, wie es sich uns prägte, erstehen zu lassen.

Als ich zu ihm kam, war er, 46 Jahre alt, eben Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie gewesen, ich glaube, so jung wie keiner seiner Vorgänger oder Nachfolger. Er war ein Mann, dessen ganzes Wesen vom Enthusiasmus getragen war: Enthusiasmus für Menschen, Dinge und Ziele, verbunden mit einzigartiger Großzügigkeit und Unabhängigkeit der Meinung. Wie meist, wenn Begeisterung sich paart mit Scharfsinn, fehlten ihm Geduld und jene Abgeklärtheit, die als Vorzug der Reife gepriesen wird. In der Tat ist er immer ein Unvollendeter und Unzufriedener gewesen und geblieben; einer der ganz Wenigen, welche die Grenzen unseres Wissens in das Land des Unbekannten vorgerückt haben und die deswegen innerlich zweifelnd und bescheiden blieben, weil jede Pionierarbeit mehr Niederlagen als Erfolge kennt. Dieser Geist der Selbstkritik steht, historisch gesehen, am Beginn der Schule, aus der SAUERBRUCH kam — der BILLROTHschen, der er durch seinen Lehrer MIKULICZ angehörte. Die berühmten Züricher Jahresberichte BILLROTHs legten — bis dahin unerhört — mit schonungsloser Ehrlichkeit die eigenen therapeutischen Resultate öffentlich vor, und über die divergierenden Interessengebiete hinweg ist das, die chirurgische Philosophie, der Schule geblieben, die schon ihre 4. Generation auf deutschen, österreichischen und schweizerischen Lehrstühlen sieht.

Es war selbstverständlich, daß die älteren Mitarbeiter von SAUERBRUCHs Klinik jeweils die tätigsten Träger der Idee wurden. Mit Dankbarkeit gedenke ich darum in dieser Stunde derer, die als Mitassistenten meine Entwicklung gefördert und meine Interessen beeinflusst haben, an Frey und Brunner, die ich hier begrüßen darf; an Häcker, Jehn, Felix und Lebsche, die nicht mehr mit uns sind.“

Vergangenheit und Zukunft der Chirurgie

Professor Dr. Nissen verwies darauf, daß Lehre und Ausübung der Chirurgie sich wie bei den anderen medizinischen Disziplinen in ständiger Evolution befinden. Man ist zu leicht geneigt, die historische Entwicklung zu vernachlässigen. Man spricht gern davon, daß die Errungenschaften der letzten zwei Jahrzehnte alles bisher Geleistete in den Schatten stellen. Zweifel hierüber sei angebracht, denn die Periode, die der Einführung von Asepsis und Narkose folgte und die damals als das goldene Zeitalter der theoretischen und klinischen Medizin bezeichnet wurde, hat den operativ-technischen Teil der Abdominal-Chirurgie geschaffen, eine Leistung, die Prof. Nissen den großen Errungenschaften der Gegenwart — der Systemisierung von

Vor- und Nachbehandlung und der imponierenden Entwicklung der Thoraxchirurgie als ebenbürtig gegenüberstellt. Der Versuch, über die Zukunft Vermutungen anzustellen, sei verführerisch. Gerade auf einer Tagung der Chirurgen klinge es vielleicht etwas eigenartig, aber es werde ein wesentliches Ziel medizinischer Forschung bleiben, die Chirurgie nicht nur ungefährlicher, sondern auf anderen Gebieten überflüssig zu machen. „Ich glaube“, fuhr Prof. Nissen fort, „wir treffen uns alle in dem Wunsche, die neuen Erkenntnisse über Beziehungen zwischen Virus und Carcinom mögen praktische Konsequenzen etwa in der Weise haben, daß sie uns durch eine wirkungsvolle Chemo- oder Immunotherapie von der Belastung der Carcinomchirurgie befreien. In anderen und großen Bereichen der Medizin ist eine Hoffnung auf fundamentale Besserung noch weniger berechtigt. Die Abnutzungserkrankungen des Gefäßsystems und der Gelenke werden — so läßt sich befürchten — die Zahl der hospitalbedürftigen Chronischkranken weiter steigern, und die heutigen Wohnungsverhältnisse, nicht weniger als die psychologische Änderung der Familienatmosphäre, werden dafür sorgen, daß die Notwendigkeit zur Errichtung von Pflegeheimen sich immer stärker aufdrängt, mehr noch als die Schaffung von Akut-Hospitälern.“

Nachhaltigere Rückwirkungen auf unsere operative Arbeit hat ein Phänomen aus dem Gebiet der Geriatrie, das wir in den letzten Jahren in zunehmendem Maße zu beobachten glauben. Wohl alle, die sich für die Alterschirurgie interessieren, haben mit Genugtuung festgestellt, daß die unmittelbare postoperative Prognose von bejahrten Patienten, deren Leiden zeitlich eine Vorbehandlung zuließ, erstaunlich günstig war. Das Bild scheint sich zu ändern; in zunehmendem Maße begegnen wir postoperativen kardiovaskulären und pulmonalen Komplikationen. Sie betreffen in der Hauptsache solche, die schon vorher wegen zirkulatorischer Störungen oder Emphysembronchitis in ärztlicher Behandlung waren. Eine Erklärung ist nicht schwer zu geben. Früher setzte sich das Heer der Greise aus denen zusammen, deren Langlebigkeit Teil der Erbmasse war. Ihr Altern war die Folge nicht so sehr der gerontologisch-ärztlichen Bemühungen, als vielmehr das Verdienst derjenigen, die für die dramatische Verminderung der Säuglingssterblichkeit sich verantwortlich fühlen durften. Jetzt erscheint in unseren Kliniken mehr und mehr eine andere Kategorie von Bejahrten, diejenigen, die nur dauernder Behandlung ihrer Abnutzungskrankheiten das Überleben verdanken. Praeoperative Therapie ändert wenig oder nichts an der Tatsache, daß der Eingriff dann das mühsam erreichte zirkulatorische Gleichgewicht unwiederbringlich zerstört.“

Die Notwendigkeit von Reformen

Reformen prinzipieller Natur drängen sich auf. Sie betreffen das chirurgische Ausbildungswesen, die Definierung von Spezialisten und Spezialfächern, die Aussichten zur Arbeit in selbständiger Stellung und den studentischen Unterricht. Die Frage einer Abschlußprüfung und ihrer Voraussetzungen sei Gegenstand der Erörterung und Beantwortung in einer enger Verbindung mit dem „Berufsverband Chirurgie“ stehenden Kommission. Auch die Organisation großer Kliniken bedarf neuer Überlegungen.

Das Problem der Überspezialisierung

„Es zeigen sich jetzt auch in Mitteleuropa schon die ersten Versuche einer Überspezialisierung etwa in der Weise, daß ein sehr kleiner anatomischer Abschnitt oder gar eine einzige Operation als Spezialfach definiert werden. Unglücklicherweise für die Anhänger der Überspezialisierung fügt sich der kranke Organismus in seinen chirurgisch-therapeutischen Ansprüchen nicht immer in das Schema der Unterteilung. Die Widerspenstigen der Natur haben z. B. die Proctologen fühlen müssen. Die Rectumcarcinome gehören sichtlich, ebenso wie die Haemorrhoiden, zu ihrem Gebiet. Die Operation des Mastdarmkrebses indessen erfordert volle Beherrschung der Abdominalchirurgie, deren Anforderungen nach dem Maßstab der durchschnittlichen Ausbildung in den Ländern, in denen es dieses Sonderfach gibt, nur wenige Proctologen gewachsen sind. Damit wird die Vorstellung von der überlegenen technischen Leistung des Spezialisten erschüttert.

Selbst die größeren chirurgischen Spezialitäten bekommen die unerwünschten Konsequenzen der funktionellen Einheit des menschlichen Körpers zu spüren. Die Chirurgie der thorakalen Speiseröhre, ein Organabschnitt, der anscheinend dem Thoraxchirurgen vorbehalten ist, läßt sich ohne gute Kenntnis der Operationen an Hals und Baueingeweiden nicht meistern, seitdem Magen oder Dickdarm zur Überbrückung von Oesophagusdefekten benützt und die Ausdehnung der Resektion in den Halsteil gelegentlich unvermeidbar wird. Man sieht, die Beschränkung auf eine anatomisch definierte Region hat schon in der praktischen Durchführung ihre Unzulänglichkeiten, ganz zu schweigen von der Einengung des wissenschaftlichen Horizontes, die folgen muß.

Mit der anscheinend schicksalsmäßigen Zunahme schwerer Verkehrsunfälle zeigt sich, daß die traumatologische Chirurgie ihre ernstesten therapeutischen Probleme nicht auf dem Gebiet der Versorgung verletzter Extremitäten, sondern auf dem der großen Körperhöhlen hat, eine Aufgabe, für die derjenige ungeeignet ist, dessen Erfahrung sich in der Hauptsache auf die Extremitätenchirurgie beschränkt. Darüber hinaus wird jemand, der allein traumatisch bedingte Zustände kennt, die operative Indikation und chirurgische Taktik bei Verletzungen von Bauch- und Brusthöhle nur ungenügend beherrschen.“

Der Mehrbedarf an Assistenten und die mangelnde Zahl von Chefarztstellen

Damit, daß man viel über die Perfektion der Ausbildung diskutiert und sich zu wenig Rechenschaft darüber gibt, ob alle, die sich zur Schulung anvertrauen auch ihr Wissens- und Erfahrungsgut in einer sie später befriedigenden Weise anzuwenden vermögen, schnitt Prof. Nissen ein wichtiges und sehr akutes Problem an. „Dem ständig zunehmenden Bedarf an Assistenten — bedingt durch die Vertiefung chirurgischen Wissens und Werkes — gegenüber steht keine auch nur annähernd entsprechende Vermehrung von selbständigen Krankenhausstellen. Unter den jetzigen Hospitalbedingungen schafft meist nur das behördlich oder caritativ finanzierte Krankenhaus adäquate Arbeitsbedingungen. Um so beunruhigender ist es, daß schon heute vielerorts die Zahl der frei praktizierenden Chirurgen sich in der Majorität be-

findet. Eine Art von Selbstkorrektur darf man darin sehen, daß der Andrang junger Ärzte zur Chirurgie nachläßt, eben deswegen, weil die effektive Länge der Ausbildungszeit und noch mehr die problematischen Zukunftsaussichten abschreckend wirken. Es scheint mir darum an der Zeit zu sein, die Arbeitsbedingungen für jene zu verbessern, die nicht den Vorzug einer leitenden Krankenhausstellung genießen, eben derjenigen, die in den Privatkliniken und Belegkrankenhäusern praktizieren. Ich halte wenig von den Bemühungen, in öffentlichen Krankenhäusern Betten für frei praktizierende Chirurgen zur Verfügung zu stellen. Das nordamerikanische Beispiel zeigt, daß der Courtesy-Staff, wie man diese Kategorie von Chirurgen genannt hat, wohl über viele Mitglieder, aber selten über freie Betten verfügt. Es ist indessen schwer einzusehen, warum die öffentliche Hand, die so große Geldmittel zum Unterhalt der allgemeinen Krankenhäuser gibt, nicht auch für Modernisierung und Unterstützung von Privatkliniken dort etwas tut, wo qualifizierte, frei praktizierende Chirurgen auf die Möglichkeit zur Betätigung warten. Wenn die Belegärzte einer solchen Klinik sich einer organisierten beruflichen Selbstkontrolle unterwerfen, und daran braucht man nicht zu zweifeln, so läßt sich aus ihrer Mitte ein aufsichtführendes Kuratorium konstituieren, das den Behörden die medizinische Leistungssicherung garantiert, die sie verlangen dürfen.“

Der Assistentenmangel an kleineren Krankenhäusern

Prof. Nissen kam dann auf einen weiteren neuralgischen Punkt, den Assistentenmangel an kleineren Krankenhäusern, zu sprechen, also gerade derjenigen Arbeitsstätten, mit denen die Mehrzahl der Assistenten, wenn sie überhaupt Krankenhausleiter werden, zu rechnen haben. Die Umstellung von dem glänzend ausgestatteten Großstadthospital zu dem der Kleinstadt mit seinen beschränkten materiellen Mitteln ist oft schwer. „Wenn die großen Kliniken von Universität und Krankenhaus mit kleineren Hospitälern ihrer Umgebung Vereinbarungen für einen halb- oder ganzjährigen Assistentenaustausch treffen, würde die Ausbildungsbreite verbessert und die schwierige Situation der chirurgischen Leiter mittlerer und kleinerer Krankenhäuser erleichtert werden.“

Die Bedeutung psychologischer Momente

„Die große Bedeutung psychologischer Momente in der Betreuung chirurgischer Patienten wird indessen durch nichts besser gekennzeichnet als durch Selbsthilfeversuche, die sie im gegenseitigen Zusammenschluß machen. In Großbritannien bildeten Kranke, die eine abdomino-perineale Resektion durchgemacht hatten, eine Colostomie-Gesellschaft. Die Ileostomie-Gesellschaft folgte, die Laryngektomierten fanden sich zu einem Verein, und in den Vereinigten Staaten existiert ein Klub derjenigen, die eine Krebsoperation fünf Jahre und mehr überlebt haben und sich an einem Zeichen am Rockkragen erkennen. Dieser Zusammenschluß von Schicksalsgenossen entspricht dem einfachen menschlichen Bedürfnis der Aussprache über ein Leiden, das ihr Leben beherrscht, und ich glaube, daß derartige Erscheinungen auf Lücken hinweisen, die in unserer Therapie bestehen. Nur wäre es unrichtig, die Lösung in solchen Patientenvereinen oder wieder in der Spezialisierung zu suchen, etwa in der

grundsätzlichen Heranziehung des Psychotherapeuten. Das, was etwas oberflächlich als Heilkunst, im Gegensatz zur medizinischen Behandlung, bezeichnet wird, besteht zum wesentlichen Teil in der Schulung und Anwendung von Eigenschaften, mit denen die meisten geboren, mit denen aber der Arzt ausgestattet sein muß, das ist: in Klugheit des Herzens, Takt, Mitgefühl und Aufopferungsfähigkeit. Alle diese Gaben haben mit spezialistisch-psychotherapeutischer Ausbildung kaum etwas zu tun.“

Die Umwertung des Begriffes der Autorität

„Man hat einmal davon gesprochen, daß das demokratisch-parlamentarische System in der Chirurgie keine Triumphe feiert. Das ist eine verhängnisvolle Verkennung der Arbeitsmethodik einer demokratischen Gesellschaft. Sie kann selbstverständlich einer investierten Autorität nicht entbehren, und wenn Sie die Verhältnisse an den nordamerikanischen Hospitälern zum Beispiel nehmen, dann zeigt Ihnen die Vielfalt der Rangstufen vom Intern, Assistent-Resident zum Resident, vom Assistent-Surgeon, Associate zum Attending Surgeon und zum Direktor of Surgery, daß mit demokratischem System eine weitläufige chirurgische Hierarchie gut vereinbar ist. Daß die Verantwortlichkeiten, die früher ausschließlich in einer Person vereint waren, heute zum Teil an einzelne Mitarbeiter delegiert werden, ist eine Folge von Breite und Tiefenentwicklung unseres Faches. Das bedeutet gewiß keine Auflösung der Autorität. Zwei Eigenschaften lassen sich allerdings durchaus mit strikter Disziplin vereinigen: Der Verzicht auf lautstarke und herabsetzende Redensarten und ein ausgeprägtes Bewußtsein für die Grenzen von Wissen und Können. Dieses gegenseitige Verständnis verhindert die Entwicklung gefährlicher Pseudoautoritäten und bereitet den Boden für den schönsten Teil der Zusammenarbeit, wenn Chef und Assistenten voneinander zu lernen bestrebt sind.“

Stürmischer Beifall lohnte die interessanten und aktuellen Ausführungen des Präsidenten.

Der bayerische Innenminister, Dipl.-Ing. Junker, überbrachte in einer die Tätigkeit der Chirurgen würdigenden Rede die Wünsche der bayerischen Staatsregierung. Bürgermeister Brauchle sprach namens der Landeshauptstadt München, wobei er auf interessante historische Details zur Geschichte des Arztums in München verwies. Für die ausländischen Gäste

wünschte Prof. Dr. Albert (Liège-Lüttich, Belgien) der Tagung einen erfolgreichen Verlauf.

Der Kongreß beschäftigte sich u. a. mit Dringlichkeitskategorien bei Massenkatastrophen, der Chemotherapie des Carcinoms, der Therapie der Hiatushernien, den Problemen des Ileus, den Methoden der Wiederbelebung, dem Ulcus pepticum von Magen, Duodenum und Anastomose, der primären Knochenheilung, thorakalen Notzuständen, der Behandlung des Melanoms, den chirurgischen Möglichkeiten bei Hochdruckerkrankungen, der Chirurgie des Herzens, der experimentellen Chirurgie und der plastischen und Wiederherstellungs-Chirurgie. Filmvorführungen ergänzten das reiche Programm. Die Vielzahl von Vorträgen machte es notwendig, zum Teil in Parallelsitzungen zu tagen.

Im Laufe des Kongresses wurde folgende offizielle Mitteilung ausgegeben:

Beim Präsidium der „Deutschen Gesellschaft für Chirurgie“ ist der Antrag eingegangen, daß Herr Professor Hackethal, Erlangen, auf Grund der bekannten Vorgänge aus der „Deutschen Gesellschaft für Chirurgie“ ausgeschlossen werden soll. Das Präsidium und der Beirat haben daraufhin einstimmig beschlossen, die in den Statuten (§ 5*) für solche Fälle vorgesehene Kommission zu bestellen.

Die Wahl des Präsidenten

Als Präsident der „Deutschen Gesellschaft für Chirurgie“ wurde für das Jahr 1965 Univ.-Professor Dr. Hermann Krauss, Direktor der Chirurgischen Univ.-Klinik in Freiburg/Br., gewählt. Als nächster Tagungsort wurde wiederum München bestimmt. K-g.

*) Der § 5 der Satzung der „Deutschen Gesellschaft für Chirurgie“ lautet im Absatz 3: „Ein Mitglied, das zum Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte rechtskräftig verurteilt worden ist oder dem die Approbation als Arzt entzogen wurde, verliert ohne weiteres die Mitgliedschaft.“ Absatz 4 besagt: „Schädigt ein Mitglied das Ansehen der Gesellschaft, so ist über den Ausschluß durch eine vom Präsidium besonders eingesetzte Kommission zu beraten. Findet das Beratungsergebnis die Zustimmung des Präsidiums, so wird der Generalversammlung der Antrag auf Ausschluß des Mitgliedes vorgelegt, der dann auszusprechen ist, wenn in einer geheimen Abstimmung mit Stimmzettel eine Dreiviertelmehrheit erreicht wird. Von der Sitzung, in der über den Ausschlußantrag verhandelt wird, ist der Betreffende auszuschließen.“

Berufsverband der Deutschen Chirurgen e. V.

Während der „Deutschen Gesellschaft für Chirurgie“ die Wahrnehmung der wissenschaftlichen Belange obliegt, nimmt der „Berufsverband der Deutschen Chirurgen“ die besonderen fachlichen, rechtlichen und wirtschaftlichen Interessen wahr. Bei seiner am 1. April 1964 in München abgehaltenen Generalversammlung konnte der Vorsitzende, Prof. Dr. Müller-Osten (Hamburg), eine kräftige Aufwärtsentwicklung des Verbandes seit seiner vor vier Jahren erfolgten Gründung feststellen, die sich auch durch die Tatsache dokumentiert sah, daß erstmals die Versammlung im Kongreßsaal des Deutschen Museums stattfinden konnte, nachdem vorher ein kleiner Vortragssaal genügt hatte. Als wichtigste aktuelle Probleme wurden bezeichnet:

Die Abgrenzung des chirurgischen Arbeitsgebietes gegenüber den selbständig gewordenen oder selbständig werdenden Tochtergebieten der Chirurgie, wie Gynäkologie, Röntgenologie, Orthopädie und Narkosewesen, ferner die Angleichung der Ausbildungsvorschrift zum Facharzt für Chirurgie im Rahmen der EWG-Verträge, die Mitarbeit an der neuen Gebührenordnung für Ärzte, weiter Rechtsfragen in der Chirurgie (Aufklärungspflicht, Schweigepflicht). In einer vorangegangenen Pressekonferenz wurde versucht, neue Wege für eine Intensivierung der Zusammenarbeit mit der Presse zu finden.

Aus dem umfangreichen Bericht seien die erfolgreichen Bemühungen des Verbandes, chirurgische Chef-

ärzte vom ärztlichen Bereitschaftsdienst zu befreien, hervorgehoben, da diese ohnedies in ihrem Krankenhaus einen ständigen Bereitschaftsdienst halten müssen. Bezüglich der Beteiligung der Chefärzte an der kassenärztlichen Tätigkeit vertritt der Berufsverband die Anschauung, daß ein Chefarzt nur dann seine Beteiligung anstreben sollte, wenn er auch bereit ist, diese kassenärztliche Tätigkeit — wie es die Vorschriften verlangen — selbst und ganz persönlich auszuüben und wenn ein tatsächlicher Bedarf dafür besteht. „Sollte der Chefarzt aber zeitlich gar nicht dazu in der Lage sein und sollte er beabsichtigen, diese Tätigkeit nicht selbst zu übernehmen, sondern sie von vorherhin seinen Assistenten zu überlassen, um ihnen oder dem Krankenhaus zusätzliche Einnahmequellen zu erschließen, oder sollten in unmittelbarer Nähe niedergelassene Chirurgen praktizieren, deren Existenz durch diese Tätigkeit des Krankenhauses bedroht wird, dann hält der Berufsverband eine Beteiligung des Chefarztes für fachlich und moralisch nicht berechtigt und erhofft in solchen Fällen von seinen Mitgliedern eine einsichtsvolle Selbstbeschränkung.“

Der Vorsitzende appellierte an die Chirurgen, sich in die Selbstverwaltungsorgane der Ärzteschaft wählen zu lassen, weil sie auf diese Weise Einfluß auf die Tätigkeit und Beschlußfassung dieser Einrichtungen erlangen. Hinsichtlich der Beteiligung der Chirurgen am berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren, hat sich der Berufsverband stets auf den Standpunkt gestellt, allen unfallärztlich ausgebildeten Chirurgen die Bestellung zum D-Arzt zu ermöglichen.

Im Vorjahre war als erster Schritt zur Abgrenzung der chirurgischen Tätigkeit zu den Nachbar-Disziplinen ein Abkommen mit dem „Berufsverband Gynäkologie“ erzielt worden. (Anm. Eine sichtbare Auswirkung dieser Abmachung war allerdings im Falle des Mitgliedes des „Berufsverbandes Chirurgie“, Dr. A. Dohrn, Großburgwedel, der zahlreiche Frauen verschiedener Lebensalter ohne medizinische Indikation sterilisiert hatte, nicht festzustellen.)

Auch mit den Orthopäden soll eine Vereinbarung erzielt werden. „Es war der Eindruck entstanden, als seien die Grenzen zwischen den beiden Fachgebieten verwischt und als sei die Unfallbehandlung gleichzeitig eine Domäne der Orthopädie geworden. Im Zuge dieser Fehldeutung war die Behandlung frischer Unfallverletzungen in steigendem Maße in die Hände von Orthopäden übergegangen. Gleichzeitig beanspruchten immer häufiger orthopädische Chefärzte bei Übernahme neugeschaffener klinischer Abteilungen die Traumatologie für sich. Auch die Behandlung von Körperhöhlen-Verletzungen in orthopädischen Fachabteilungen war keine Seltenheit mehr.“ Dank der verständnisvollen Kompromißbereitschaft der „Deutschen Gesellschaft für Chirurgie“ und der „Deutschen Orthopädischen Gesellschaft“ kam eine Vereinbarung zustande, welche die Unfallchirurgie, d. h. die Behandlung von frischen Unfallverletzungen, zur Aufgabe der Chirurgie bestimmt und sie von der Unfallorthopädie abgrenzt, zu der die Unfallfolgen chronischen Verlaufescharakters und vor allem die Spätfolgen am Haltungs- und Bewegungsapparat gehören. Beide Gesellschaften sind sich darin einig, daß eine Facharzt-kategorie „Unfallheilkunde“ oder „Unfallchirurgie“ abgelehnt wird. Im Sinne dieser Abgrenzungen der Aufgaben solien auch die Fragen des be-

rufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens geregelt werden. Meinungsverschiedenheiten bzw. Streitfälle sollen von einer paritätischen Kommission geschlichtet werden, der je ein Ordinarius, ein Krankenhaus-Chefarzt und ein niedergelassener Facharzt angehören. Bei einschlägigen Fällen werden die Vorsitzenden der Berufsverbände der Chirurgie und der Orthopäden zugezogen. Das Abkommen soll nach Vorlagen der Hauptversammlung der Orthopäden im Herbst veröffentlicht werden. Auch der Berufsverband wird dem Übergang der Traumatologie zur Orthopädie, als auch ihrer Vonselbständigung als eigenes Fachgebiet, entgegentreten.

Zu dem Verhältnis zu den Röntgenologen wurde festgestellt: „Seit die Zahl der zentralen Röntgen-Institute und damit der radiologischen Chefarzt-Stellen wächst, kommt wie eine Lawine die Sorge um die Abgrenzung der Aufgaben und des Honorars der beiden Hauptbeteiligten, des chirurgischen und des röntgenologischen Chefarztes, auf uns zu. Immer mehr Radiologen fordern für sich das alleinige Monopol für alle Röntgentätigkeit, ob sie persönlich an der unmittelbaren Auswertung der Aufnahmen beteiligt waren oder nicht. Im Vordergrund unseres Interesses stehen dabei die Honorare für Röntgen-Untersuchungen im Rahmen der Skelettchirurgie, der dringlichen und Intra-operativen Chirurgie. Dabei wird von uns der Grundsatz aufgestellt, daß ein Honorar nur dem zusteht, der eine ärztliche Leistung auch erbracht hat. Eine nachts allein vom Chirurgen befundene Aufnahme einer Fraktur oder ein während der Operation nur vom Chirurgen ausgewertetes Cholangiogramm kann sinnvollerweise nicht allein dem Röntgenologen bezahlt werden, der die Aufnahmen erst später, evtl. sogar Tage später, betrachtet, nachdem längst alle therapeutischen Konsequenzen aus ihnen gezogen worden sind. Das Argument, daß die Aufnahmen nur möglich waren, weil ein vom Röntgenologen geleitetes Institut und von ihm entsprechend ausgebildetes Hilfspersonal vorhanden ist, kann keine Begründung für die Ausschließlichkeit des Anspruchs sein. Anders sieht es natürlich aus, wenn der Röntgenologe persönlich befundend, auswertend und beratend mitgewirkt hat. Wir haben uns in unseren Bemühungen, auch hier zu einer vernünftigen Lösung zu kommen, zunächst selbst von überkommenen Alles-oder-Nichts-Vorstellungen freimachen müssen. Wenn ein hauptamtlicher Röntgenologe am Krankenhaus tätig ist, so kann er aus diesem bisher allein dem Chirurgen zustehenden Liquidationsbereich nach unserer Meinung nicht für alle Zeiten ausgeschaltet bleiben. Nach unseren Vorstellungen wird es vielmehr nötig sein, an die Stelle des unbegrenzten Anspruchs des einen oder des anderen eine Skala treten zu lassen, die je nach der persönlichen ärztlichen Leistung vom alleinigen Liquidationsrecht des Chirurgen über eine sich allmählich steigernde abzustufende Beteiligung des Röntgenologen bis zu dessen alleinigem Liquidationsanspruch reicht. Wenn also der Chirurg allein handelt und entscheidet, sollte er genauso Anspruch auf das ganze Honorar haben wie der Röntgenologe, wenn er — natürlich auch nachts — diese alleinige Tätigkeit ausübt. Der Bemessungsmaßstab muß also nach unserer Meinung die persönliche ärztliche Leistung sein. Das scheint uns die gerechteste Lösung dieses Problems, das deswegen so unerfreulich ist, weil es sich dabei weitgehend um Geld handelt. Um für die Zukunft das Argument auszuräumen, der junge

Chirurg sei nicht mehr ausreichend röntgenologisch ausgebildet, haben wir in unsere Vorschläge für eine Neuordnung der Facharzt-Weiterbildung auch eine angemessene Ausbildungszeit in der Röntgen-Diagnostik aufgenommen.“

Die Verhandlungen mit den Organen der Röntgen-Gesellschaft haben begonnen. „Sie werden sehr schwierig werden.“

„Es muß darauf hingewiesen werden“, heißt es im Bericht, „daß ein in Monopolstellung errichtetes zentrales Röntgen-Institut seine beträchtlichen Nachteile hat, weil es die den einzelnen Fachdisziplinen zugehörige Röntgen-Diagnostik an sich zieht. Dabei ist die spezielle Röntgen-Diagnostik ebensowenig aus dem Berufsbild des Chirurgen wegzudenken wie etwa die Pyelographie aus dem Arbeitsbereich des Urologen oder die Thorax-Diagnostik aus der Tätigkeit des Pulmologen. Als Ergänzung zur allgemeinen Röntgenologie ist demnach die sogenannte Fachgebiets-Röntgenologie unerläßlich.“

„Der Berufsverband der Chirurgen vertritt, und das muß immer wieder betont werden“ — lautet der Anspruch des Berufsverbandes —, „nicht nur einen Teil der Fachkollegen — wie das bei anderen Berufsverbänden der Fall ist —, sondern alle Chirurgen in ihrer Vielgestaltigkeit und Inhomogenität, vom Ordinarius bis zum niedergelassenen Chirurgen, vom Krankenhaus-Chef bis zum Belegarzt. Der Ordinarius hat vollkommen andere Probleme als der Belegarzt, der Chef der großen Klinik wieder andere als der niedergelassene Chirurg. Jede dieser Gruppen besitzt häufig eine andere Vorstellung vom Wesen der Chirurgie und ist geneigt, nur die eigene für berechtigt zu halten. Die Arbeitsbedingungen, die jeder einzelne von uns, besonders von den Älteren von uns, noch hat, wird sein Nachfolger nicht mehr haben. Noch wird die chirurgische Arbeit bei uns im wesentlichen von dem gut ausgebildeten Allgemein-Chirurgen geleistet, er ist noch Allround-Chirurg, weil er es noch gelernt hat. Er muß es auch sein, weil es ohne seine universellen Erfahrungen und Kenntnisse eben nicht ginge. Natürlich hat er auch sein spezielles Interessengebiet, aber im Rahmen der allgemeinen Chirurgie. Auch er bedarf im Einzelfall einmal des Rates und der Hilfe eines Spezialisten auf einem der chirurgischen Teilgebiete. In der Regel aber kennt er sich — soweit es die chirurgische Praxis erfordert — in der Bauch-Chirurgie ebenso aus wie in der Unfall-Chirurgie und in den anderen Interessengebieten der Chirurgie. Was aber soll werden, wenn aus diesen Interessengebieten einmal eigene Fachgebiete werden? Wenn der Thorax-Chirurg keine Ausbildung in Bauch-Chirurgie mehr hat, wenn der Kinder-Chirurg keine Hand-Chirurgie versteht, und wenn alle zusammen die Unfall-Chirurgie nicht mehr beherrschen? Wer soll dann zum Beispiel Chef eines Krankenhauses werden?

Wenn man diese Frage stellt, erfolgt gewöhnlich die gleiche Antwort: Die Spezialisierung ist eben nicht aufzuhalten. Man kann der Wissenschaft nicht in den Arm fallen. Es müßten dann eben fünf oder mehr Chefärzte sein. Wer wollte so töricht sein, verlangen zu wollen, daß alles stets beim Alten bleibe, daß Fortschritt verhindert und daß jede Neuerung unmöglich gemacht würde. Wer die Sorgen des Berufsverbandes mit diesen Argumenten beantworten will, verkennt sie völlig. Gerade weil wir den Fortschritt lieben, weil wir

neue Wege suchen, beschäftigen wir uns mit diesen Fragen.“

„Wir sehen aber mit Besorgnis, daß die Neigung zur Spezialisierung vielfach Auflösungserscheinungen gleichgesetzt wird, die zum Teil grundlos und willkürlich erfolgen und denen wir Chirurgen fast tatenlos zusehen. Wir haben nicht ohne Grund davon gesprochen, daß die Chirurgie ein ‚Jedermannsland‘ geworden ist, das — wenn wir es einmal überspitzt formulieren — Interessenten zum Ausverkauf einlädt.“

Es wird also Zeit, daß wir endlich einmal so eine Art Inventur machen, das heißt, daß wir versuchen, uns klar zu werden, was zum Fundus der Chirurgie gehört, unveräußerlich und unabtrennbar und was andererseits selbständig geworden ist oder wissenschaftlich begründet zur Selbständigkeit drängt. Wir haben uns darüber hinaus die noch wichtigere Frage zu stellen: Bedeutet Selbständigkeit gleichzeitig auch Abtrennung?“

„Der Universal-Chirurg wird also bald der Vergangenheit angehören und wer soll an seine Stelle treten? Sollen es fünf oder mehr gleichgeordnete Abteilungsleiter sein, deren jedem das Fachgebiet des anderen nur noch in großen Zügen vom Studium her bekannt ist?

Die Zerteilung der Wissenschaft in viele einzelne Disziplinen hat vielfach das spezielle Wissen bereichert, den großen Überblick aber behindert. Spezialistentum, zwar häufig Grundlage großer Einzelleistungen, bedeutet aber auch Einengung und Begrenzung. Der ärztliche Spezialist ist darüber hinaus in Gefahr, über den Teil das Ganze zu vergessen. Seine Aufgabe ist — ob Spezialist oder nicht —, wie das kürzlich in einem bemerkenswerten Buch ausgedrückt wurde — ‚die Assistenten perfekte Laboratoriumsarbeiter, die erstklassige Werkstücke, Röntgen-Befunde, chemische, serologische, elektrophoretische, kapillar- und elektronenmikroskopische Details liefern und Aktionsströme von Hirn, Herz und Muskeln aufzeichnen, ohne von den Nöten des Leidenden etwas zu wissen‘. Karl Jaspers hat das ganz ähnlich formuliert: ‚Wenn an Stelle der Sorge für das Individuum der betriebstechnische Behandlungsspezialist tritt, dann müssen die wesentlichen ärztlichen Aufgaben und Fähigkeiten schwinden.‘ Es ist eine merkwürdige Entwicklung, daß offenbar sowohl in den USA, wo die Spezialisierung höchstes Ziel des einzelnen zu werden schien, als auch in der Sowjetunion, wo die Heranbildung von engbegrenzt arbeitenden Fachleuten die Staats-Aufgabe ersten Ranges war, Klage darüber geführt wird, daß zwar hervorragende Kenner kleinster Wissensgebiete, aber keine umfassend gebildeten Arzt-Persönlichkeiten heranreifen, die aus der Gesamtübersicht heraus kritisch und schöpferisch zu arbeiten vermögen.“

„Selbst wenn eine Reihe von kleineren Krankenhäusern in Zukunft nicht mehr rentabel sein wird und nach Zusammenschluß mit anderen kleinen einem größeren, aufwendiger eingerichteten und vielseitiger organisierten Krankenhaus wird weichen müssen, so bleibt doch noch immer eine nicht unbeträchtliche Zahl von Häusern, die keine sogenannten ‚Schwerpunkt-Krankenhäuser‘ sein werden und bei denen doch gute Chirurgie getrieben werden muß. Aus all dem ergibt sich, daß man aus den Fehlern der Vergangenheit lernen und den selbständigen, getrennt ausge-

bildeten Facharzt für Thorax-Chirurgie, für Abdominal-Chirurgie, für Extremitäten-Chirurgie, für Unfall-Chirurgie, für Kinder-Chirurgie, für Hand-Chirurgie und was es sonst noch geben möge, mit allen gegebenen Mitteln verhindern sollte. Einzelnen dieser Teilgebiete wird im Rahmen der chirurgischen Klinik eine gewisse Selbständigkeit verwaltungsmäßiger und auch finanzieller Art zugebilligt werden müssen, aber nur im Rahmen des alles umfassenden Fachgebiets Chirurgie. Ob in Zukunft diesen Spezialisten die Berechtigung gegeben werden sollte, hinter ihren Titel ‚Facharzt für Chirurgie‘ in Klammern das Spezialgebiet zu setzen, oder ob sich eine andere Unterscheidungsmethode finden sollte, das übergeordnete große Ganze muß die Chirurgie sein und bleiben.“

Um den drohenden Zerfall zu verhindern, hat der Berufsverband gemeinsam mit den Delegierten der „Deutschen Gesellschaft für Chirurgie“, Prof. Dr. Jungmanns, neue Ausbildungsvorschriften für den Facharzt für Chirurgie ausgearbeitet, die Erschwerungen in der Ausbildung vorsehen. Am Ende derselben wird als Ausbildungsnachweis die Ablegung einer Prüfung empfohlen.

Prof. Dr. Müller-Osten wandte sich dann den Vorfällen an der Erlanger Chirurgischen Univ.-Klinik zu,

wobei er sich — durchaus verständlich — hinter sein Mitglied, Prof. Dr. Hegemann, stellte. Es heißt dann wörtlich im Bericht:

„Der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie liegt ein förmlicher Antrag auf Ausschluß von Herrn Prof. Hackethal vor. Ein gleicher Antrag beim Vorstand des Berufsverbandes ist gegenstandslos, da Prof. Hackethal nicht Mitglied des Berufsverbandes ist.“ (Anm.: Ohne zu dem Streit zwischen den beiden Professoren irgendwie Stellung zu nehmen, müssen doch erhebliche Bedenken dagegen angemeldet werden, daß der Berufsverband Stellung bezogen hat, da er mit dieser Angelegenheit nicht befaßt war, noch auch befaßt werden konnte, da Prof. Hackethal nicht sein Mitglied ist. Er ist auch offiziell über die Aktenlage — mit Ausnahme des Einstellungsbeschlusses der Staatsanwaltschaft — nicht informiert. Er hat auch Herrn Prof. Hackethal keine Gelegenheit gegeben, auch seine Argumente vorzutragen. Dabei muß betont werden, daß jedes Hinaustragen von ärztlichen Streitigkeiten in die Öffentlichkeit bei der ohnedies bestehenden Bereitschaft, aus Sensationslust „die Ärzte“ in das Scheinwerferlicht einer gewissen Presse zu stellen, scharf zu verurteilen ist.)

K-g.

Zur Information über den belgischen Ärztestreik

Die ärztliche Standesorganisation der Bundesrepublik kann sich kein Urteil über die Gründe und Hintergründe anmaßen, die in Belgien zum Streik führten. Man kann die Tatsache, daß eine Arztgruppe bis zu dieser radikalen Maßnahme getrieben wurde, nur bedauern. Doch sind die politische Situation und die Hintergründe für den Außenstehenden zu undurchsichtig, als daß man dazu Stellung nehmen könnte. Wir können eben nur bedauern, daß es zum Streik gekommen ist.

Verwunderlich — allerdings nur, soweit man gewisse Hintergründe des Streiks nicht kennt — erscheint jedoch, daß gerade die Gewerkschaften, die doch sonst dem Streik gegenüber als Kampfmittel bei tariflichen oder politischen Auseinandersetzungen keineswegs negativ gegenüberstehen, den Ärzten dieses letzte Mittel so entschieden abstreiten, ja sogar die Straße gegen sie mobilisieren. Auch wenn z. B. wegen Streiks Strom- oder Wasserversorgung ausfallen, Verkehrsmittel behindert sind, die Versorgung mit wichtigen Gütern stoppt, kann es für den einzelnen zu lebensbedrohlichen Zuständen kommen. Man denke nur an die technischen und materiellen Voraussetzungen, die ein geordneter Krankenhausbetrieb erfordert: Wenn der Strom ausfällt, kann ein Patient im Operationssaal ebenso gefährdet sein, als wenn der Arzt nicht rechtzeitig zur Stelle ist.

Die deutsche Ärzteschaft ist bisher von belgischer Ärzteseite weder zu Sympathie-Kundgebungen aufgefordert worden, noch hat man an sie das Ansinnen gerichtet, belgische Patienten, die deutsche Ärzte aufsuchen, nicht zu behandeln. Eine solche Aufforderung ist lediglich durch das Präsidium einer kleinen Splittergruppe, die sich U.M.E.L. (Union für eine europäische

freiheitliche Medizin) nennt, mit Flugblättern im deutsch-belgischen Grenzgebiet an Ärzte verteilt worden. Soweit bekannt wurde, haben die deutschen Ärzte auf diese Flugblätter nicht bzw. nur äußerst negativ reagiert. Der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Ernst Fromm, hat dazu in einer offiziellen Verlautbarung, die die Presse am 8. 4. 1964 im ganzen Land verbreitet hat, erklärt:

„Die sogenannte ‚Europäische Union für freiheitliche Medizin‘ wird in der Bundesrepublik von wenigen Außenseitern gebildet. Die beiden in München dafür tätigen Ärzte, Dr. Sack und Dr. Strambach, sind offenbar ganz besondere Außenseiter, da sich sogar der diese Vereinigung sonst stützende sogenannte Regreßschutzverein in aller Form von dem Aufruf dieser beiden Ärzte distanziert hat. Der Aufruf ist eine Zumutung an das Gewissen, insbesondere der im belgischen Grenzgebiet tätigen deutschen Ärzte! Die von den Ärzten in Belgien gewählten Kampfmethoden liegen in deren Verantwortung. Der Versuch, den Behandlungsstreik belgischer Ärzte gegen Maßnahmen ihrer Regierung auf deutsches Gebiet zu übertragen, wird mit Entschiedenheit zurückgewiesen.“

Der 1. Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Friedrich Voges, nahm auf Fragen von Pressevertretern bei einem Empfang am 7. April in Wiesbaden ebenfalls zu der Problematik des „Ärztestreiks“ Stellung:

Selbstverständlich werde sich die deutsche Ärzteschaft, so führte Dr. Voges aus, nicht in die innerbelgischen politischen Fragen einmischen. Er lehne es aber entschieden ab, daß ein innerbelgischer Streik über die Grenzen in die Bundesrepublik getragen werde.

Bei allen — insbesondere bei einer Gefährdung der ärztlichen Freiheit — eventuell notwendigen Auseinandersetzungen mit der gesetzlichen Krankenversicherung oder mit einer Regierung sei er persönlich der Auffassung, daß ein echter Behandlungstreik mit dem Wesen und den Aufgaben des Arztberufes nicht vereinbar sei. Bei solchen Auseinandersetzungen nähme die Ärzteschaft für sich die gleichen Rechte in Anspruch, die allen Staatsbürgern zustehen; jedoch könne eine solche Auseinandersetzung nicht auf dem Rücken des Kranken ausgetragen werden.

In ähnlichem Sinne haben sich andere Ärzte in Rundfunk- und Fernsehinterviews zur gleichen Frage geäußert. Kernpunkt dabei war: Wir lassen uns trotz allen Verständnisses und Mitgeföhls für unsere belgischen Kollegen keinen Behandlungstreik importieren. Wenn hilfeschuchende belgische Menschen in deutsche Arztpraxen kommen, können und dürfen ihnen deutsche Ärzte ihre Hilfe nicht versagen. Wenn unbedeutende Splittergruppen der Ärzteschaft Gegenteiliges empfehlen, so entspricht das nicht der Stellungnahme der deutschen Ärzteschaft in ihrer überwältigenden Mehrheit und der Haltung der ärztlichen Standesorganisation.

Das Gesetz, um das es geht, wird in Belgien mit „loi Leburton“ bezeichnet. Es trat am 1. 1. 1964 in Kraft. Bis zum 1. 4. wurde es aufgrund einer Art von Burgfrieden zwischen Regierung und Ärzten nicht angewandt. Da sich die Verhandlungen zerschlugen, wurde am 1. 4. der Streik ausgerufen.

Die Beanstandungen der belgischen Ärzte gegen das „loi Leburton“ sind offiziell: Die Einschränkung der freien Arztwahl, weitgehende Einengung bzw. Aufhebung der ärztlichen Schweigepflicht, Schmälerng des ärztlichen Honorars, bürokratischer Kontrolldienst mit Preisgabe von Diagnose und Behandlungsmaßnahmen. Zur Einführung eines sogenannten Behandlungsbuches für alle Sozialversicherten: In dieses Behandlungsbuch hätten die Ärzte künftig alle diagnostischen und therapeutischen Feststellungen bei der Behandlung ihrer Patienten einzutragen. Die Eintragung wäre für den Patienten notwendig, wenn die entstandenen Kosten von der Krankenversicherungseinrichtung übernommen werden sollten. Staat und Krankenversicherung hätten den Patienten gegenüber eine Art von ziemlich lückenlosem „Gesundheitskataster“ vor sich, der zu allen möglichen Zwecken verwandt werden könnte und die ärztliche Schweigepflicht praktisch zu einer Farce macht. Daß darüber hinaus die Krankenkasse jede Maßnahme der Ärzte kontrollieren und auch den Steuerbehörden sicher sehr angenehme und wertvolle Unterlagen verschaffen würde, sei nur am Rande angedeutet. Wer allerdings als Leidtragender solcher Maßnahmen mehr betroffen würde, Ärzte oder Patienten, kann im Hinblick auf die Bedeutung der ärztlichen Schweigepflicht für das Vertrauensverhältnis Arzt : Patient letztlich kaum zweifelhaft sein.

Bei der Honorierung der Sozialversicherten hatte man sich in gewissem Umfange geeinigt. Zwar soll für alle Versicherten anscheinend eine Art Zwangstarif beabsichtigt sein. Wenn die uns vorliegenden Informationen richtig gedeutet sind, gilt dieser Zwangstarif aber lediglich in einer Art Kostenerstattungssystem. Das

heißt, der Arzt würde seine Forderung gegenüber dem Patienten trotz dieses Tarifs in der von ihm gewählten Höhe geltend machen und hätte Rückwirkungen in der Hauptsache dadurch zu gewärtigen, daß der Patient bei ungenügenden Rückerstattungen dem Arzt Vorwürfe machen oder diesen wechseln würde. Solche ungenügenden Rückerstattungen würden dann auftreten, wenn der Arzt in seiner Rechnungstellung wesentlich über die den Rückerstattungen zugrunde liegenden Staatstarife hinausgehen würde.

Neben dieser eingangs bereits erwähnten, doch wohl auch nur als Zwangstarif zu bezeichnenden Gebührenfestsetzung scheint die Sozialversicherung für alle nicht im Erwerbsleben Stehenden, das sind insbesondere Rentner, Witwen und Waisen, die zum Sozialversicherungskreis gehören (ca. eine Million Menschen) eine Art Sachleistungssystem einzuführen. Bei diesem Sachleistungssystem würde der Arzt keinen Honoraranspruch mehr gegen die zu diesem Versicherungskreis gehörigen Personen direkt haben, sondern nur noch gegen die Krankenkassen. Die ihm von diesen bezahlten Gebührensätze werden dabei einseitig durch staatliches Dekret festgesetzt. Das ganze wird in der Tagespresse immer wieder kolportiert mit „kostenloser Behandlung für Witwen, Waisen und Rentner“.

Offensichtlich ist die Berichterstattung in der internationalen und der deutschen Presse über den Verlauf des belgischen Ärztestreiks und seine Hintergründe nicht ausreichend objektiv. Die Berichterstattung unterscheidet sich in der belgischen und in der internationalen Presse nicht unwesentlich. Es ist daher zu vermuten, daß die in Belgien für das Ausland tätigen Korrespondenten mehr auf die Kommunikués und Informationen jener „Interessenten“ angewiesen sind, die publizistisch eine mächtige Fronde bilden: Regierung und Regierungsparteien, Krankenkassen, Verwaltungen, Industrie und Gewerkschaftsorganisationen.

Gerade um solche Falschmeldungen richtigstellen zu können und eine Schmälerng des Ansehens auch der deutschen Ärzteschaft zu vermeiden, die die Folge einer Schmälerng des Ansehens der Ärzte in aller Welt indirekt sein könnte, ist die Pressestelle der deutschen Ärzteschaft um Verbesserung des Nachrichtendienstes aus dem belgischen Streikbereich bemüht.

Immer wieder werden Vertreter des ärztlichen Berufsstandes auch der Bundesrepublik zu Stellungnahmen zum belgischen Ärztestreik aufgefordert. Für solche Stellungnahmen sind vorstehende Ausführungen als Empfehlungen für den Tenor solcher Äußerungen gegeben.

Rückblick auf die Geschichte der sozialen Krankenversicherung in Deutschland

Man kann nur bedauern, daß der Berufsstand eines ganzen Landes durch sozialpolitische Maßnahmen bis zum Behandlungstreik getrieben wird.

In der jetzt über achtzigjährigen Geschichte der sozialen Krankenversicherung in Deutschland und der Bundesrepublik hat es zwar wiederholt harte Auseinandersetzungen, die bis zu Streiks führten, gegeben. Solche Streikdrohungen oder Streiks haben sich aber nie gegen die Patienten gerichtet. Wenn die deutschen Ärzte zu Streiks oder streikähnlichem Verhalten gezwungen waren, verweigerten sie nicht die Behandlung

der Patienten (Behandlungsstreik), sondern lehnten lediglich ab, den Patienten als Kassenpatient auf Krankenschein für Rechnung der Krankenkassen zu behandeln. Der Patient mußte sich dann mit seiner Krankenkasse wegen der Deckung der Kosten auseinandersetzen. Er wurde aber praktisch als Privatpatient weiterbehandelt.

Solche Streiks oder Streikdrohungen gab es:

1913 — Einführung der Reichsversicherungsordnung: Bedrohung der ärztlichen Berufsfreiheit, willkürliche Auswahl der Kassenärzte, Einzeldienstvertrag.

1923 — Änderung der RVO: Dienstherrenstandpunkt, wirtschaftliche Behandlungsvorschriften mit Androhung fristloser Kündigung von Ärzten, die dagegen verstoßen.

1930 — Einschränkung von Ausgaben der Krankenversicherung durch Notverordnung der deutschen Reichsregierung.

1959/60 — Krankenversicherungsreform: überdimensionaler Kontrolldienst, dirigistische Tendenzen, ministerielles Honorardiktat.

Weitere Mitteilungen siehe Seite 304!

Die belgische Sozialversicherung und die Ärzte*)

Die Annahme der „Loi Leburton“ durch das Parlament, welche die Stellung der Ärzte in der sozialen Krankenversicherung grundlegend ändern wird, hat in Belgien zu einer außerordentlichen Spannung zwischen Regierung und Ärzten geführt. Am 19. Oktober 1963 fanden sich annähernd 4000 Ärzte zu einer Protestversammlung im Großen Saal des „Centre Rogier“ in Brüssel ein. Die nachstehenden Zeilen sind als knappe Übersicht über die Bestimmungen des am 1. Januar 1964 in Kraft tretenden neuen Gesetzes gedacht, wobei wir zum Vergleich das geltende Gesetz über die Sozialversicherung heranziehen und deutlich machen, warum die neuen Vorschriften für die Ärzteschaft unannehmbar sind.

Die Organisation der belgischen Sozialversicherung

Wie in zahlreichen anderen Ländern geht auch in Belgien die Gründung der ersten auf dem Prinzip der Gegenseitigkeit aufgebauten Unterstützungskassen auf den Beginn der industriellen Entwicklung anfangs des

19. Jahrhunderts, das heißt auf die Jahre 1830 bis 1840, zurück. Diese privaten Vereine wurden 1894 gesetzlich anerkannt, der entscheidende Schritt aber folgte erst 1944 mit der Einführung der obligatorischen Versicherung aller Arbeitnehmer. Den Hilfskassen, in Belgien kurz „Les mutuelles“ genannt, deren Einfluß schon bis dahin bedeutend war, wurde die Durchführung der Sozialversicherung übertragen. Die lokalen Kassen sind zusammengeschlossen in fünf Landesverbänden, nämlich der christlichen, der sozialistischen, der liberalen, der berufsständischen und der neutralen Union. Die drei erstgenannten entsprechen den drei traditionellen politischen Parteien des Landes. 1945 wurde der „Fonds national d'assurance-maladie et invalidité“ (FNAMI) ins Leben gerufen und ihm die Zentralverwaltung der Versicherung übertragen. Die Organisation ist bis heute dieselbe geblieben, trotz verschiedener Versuche, die in den letzten 10 Jahren zur Änderung des Systems unternommen wurden. Seine nähere Betrachtung bleibt wertvoll, auch wenn es durch das neue Gesetz auf den 1. Januar 1964 aufgehoben werden soll.

*) Der Nachdruck aus „Schweizerische Ärztezeitung“ Nr. 49/1963 erfolgt mit freundlicher Genehmigung der Schriftleitung.

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**

cascan

Umfang und Finanzierung

Wie schon erwähnt, werden von der Versicherung alle Arbeitnehmer erfaßt. Die Versicherung erstreckt sich nicht auf den Versicherten allein, sondern auch auf alle von ihm abhängigen Personen wie in den anderen fünf Ländern des Gemeinsamen Marktes. Die Kranken- und Invaliditätsversicherung (AMI) deckt die Risiken der Krankheit, der Invalidität, des Alters, die Familienzulagen und Leistungen im Falle der Arbeitslosigkeit und während der jährlichen Ferien. Die Versicherungsbeiträge sind abgestuft nach dem Einkommen des Versicherten, wobei eine obere Einkommensgrenze festgesetzt ist, die ihrerseits wieder abhängig ist von der Entwicklung des Lebenskostenindex. Für die Beiträge der Versicherten, deren Einkommen über diese Grenze hinausgeht, gilt somit eine Höchstgrenze. Die Beiträge sind wie folgt festgesetzt und aufgeteilt: für die Gruppe der Arbeiter 32,5% des Lohnes (23,75% zu Lasten des Arbeitgebers und 8,75% zu Lasten des Versicherten) und für die Gruppe der Angestellten 27,25% des Lohnes (19,25% zu Lasten des Arbeitgebers und 8% zu Lasten des Lohnempfängers).

Arbeitsunfälle

Unfälle während der Arbeit und auf dem Weg zum Arbeitsplatz werden von der Kranken- und Invalidenversicherung nicht gedeckt. Der Arbeitgeber hat während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit eine Entschädigung auszurichten und die Kosten der ärztlichen Behandlung und der Medikamente zu übernehmen. Seine Leistungspflicht in bezug auf die Behandlungskosten ist begrenzt auf einen Tarif, der durch königlichen Erlaß festgelegt ist. Praktisch schließt jeder Arbeitgeber bei einer privaten Gesellschaft eine Versicherung ab. Der Behandlungstarif ist für den Arzt nicht verbindlich, er muß jedoch den Patienten benachrichtigen, falls er ihn überschreiten wird. Honorarschuldner des Arztes ist der Patient, der seinerseits gegenüber seinem Arbeitgeber einen Rückvergütungsanspruch besitzt. Dies ist jedoch weitgehend theoretisch, denn tatsächlich stellt der Arzt der Versicherungsgesellschaft Rechnung. Der Verunfallte hat das Recht der freien Arztwahl, es sei denn, sein Arbeitgeber unterhalte einen eigenen ärztlichen Dienst (mit mindestens 3 Ärzten). Der Arzttarif in der Arbeitsunfallversicherung ist ganz allgemein gesehen höher als die Ansätze der Kranken- und Invalidenversicherung.

Die Leistungen der Kranken- und Invalidenversicherung

Die Leistungspflicht umfaßt die Kosten der ambulanten ärztlichen und der Spitalbehandlung mit Ausnahme der prophylaktischen Maßnahmen und Abklärungsuntersuchungen, die Kosten der zahnärztlichen Behandlung, der Krankenpflege sowie allfälliger Hilfsmittel. Die Leistungsdauer ist unbegrenzt.

Ein Anspruch auf Taggeld beginnt mit dem 2. Tag der Arbeitsunfähigkeit. Die Taggeldleistung ist für eine beschränkte Dauer dem Arbeitgeber überbunden. Seine Leistungsdauer ist für Angestellte und Arbeiter verschieden.

Die Versicherungsleistungen für ärztliche Behandlung im Krankheitsfalle richten sich nach einem Rückerstattungstarif. Bei weniger kostspieligen Leistungen übernimmt die Krankenversicherung 75% des Arzthonorars nach Maßgabe des Rückerstattungstarifes

und für die teuren Leistungen 100% (die Grenze liegt bei 600 bis 700 belgischen Franken, das heißt 50 bis 60 Schweizer Franken).

Freie Arzt- und Spitalwahl

Der Patient kann sein Spital frei wählen. Bei Spitälern, die mit der Versicherung einen Vertrag abgeschlossen haben, übernimmt diese die vollen Spitalkosten. Besteht kein Vertrag mit dem Spital, so richtet die Kasse ihre Leistungen nach Maßgabe eines dafür aufgestellten Tarifes aus.

Das Recht der freien Arztwahl ist ebenfalls anerkannt, und zwar unter allen Ärzten, die im Verzeichnis des „Ordre des médecins“ eingetragen sind. Der „Ordre“ hat ungefähr dieselbe Bedeutung wie die gleichnamige Institution in Frankreich, und mit der Eintragung, die auf Grund der vorgelegten Ausweise erfolgt, erhält der Arzt das Recht zur Berufsausübung. Außer den freipraktizierenden Ärzten kann der Versicherte auch die Ärzte der Ambulatorien oder die Spitalärzte in Anspruch nehmen. Die „mutuelles“ betreiben vor allem in den Industriegebieten zahlreiche Ambulatorien mit fest angestellten Ärzten.

Bei den Spitalärzten bestehen drei verschiedene Formen der Honorierung. Entweder bezahlen die Krankenkassen die Kosten der ambulanten Behandlung gleich wie bei den frei praktizierenden Ärzten oder die Leistungen der Kassen fließen in eine zentrale Kasse des Spitals, das den Ärzten einen Teil oder den ganzen eingenommenen Betrag ausrichtet. Eine dritte Lösung gilt in den kasseneigenen Spitälern, deren Ärzte für die ambulante Behandlung der Patienten eine feste Entschädigung erhalten. Sie stellen aber für ihre Leistungen in gleicher Weise wie die frei praktizierenden Ärzte Rechnung, so daß die Kasse, der das Spital gehört, für die einzelnen Leistungen die entsprechenden staatlichen Subventionen beziehen kann. Daher sind diese Kassen bis zu einem gewissen Grade an möglichst zahlreichen Leistungen ihrer fixbesoldeten Ärzte interessiert.

Die ärztlichen Tarife

Die ärztlichen Leistungen sind in einer Nomenklatur geordnet, die vom Ministerium nach Rücksprache mit den maßgebenden Ärzteorganisationen aufgestellt wird. Sie bildet die Grundlage für den ebenfalls vom Ministerium erlassenen Rückerstattungstarif.

Die Ärzte sind bei ihrer Rechnungsstellung nicht an diesen Tarif gebunden. Im Zusammenhang mit der Verwerfung der Gesetzesvorlage Troclet, welche einen verbindlichen Tarif vorsah, haben die Ärzte jedoch vor einigen Jahren die freiwillige Zusicherung abgegeben, in den Rechnungen für die Behandlung bestimmter Gruppen wirtschaftlich schwacher Versicherten den Rückerstattungstarif nicht zu überschreiten. Der Versuch der Regierung, diesen Versichertengruppen 20% der Bevölkerung zuzuzählen, bildete einen der Gründe für die Ablehnung der damaligen Vorlage durch die Ärzte.

Wie in Frankreich, gelten auch in Belgien für Allgemeinpraktiker und Spezialisten unterschiedliche Konsultationstaxen, jedoch dieselben Besuchstaxen. So ist die Konsultation (bei einem Kassenanteil von 75%) im Rückerstattungstarif derzeit festgesetzt auf 40 belgische Franken (Fr. 3.45) bei einem Allgemeinpraktiker und auf 80 belgische Franken (Fr. 6.90) bei einem Spezial-

arzt, während für beide eine Besuchstaxe von 60 belgischen Franken (Fr. 5.20) gilt; der Spezialarzt erhält somit unlogischerweise weniger für den Besuch als für die Konsultation. Bei den allgemein-chirurgischen Leistungen gelten für Allgemeinpraktiker und für Spezialisten die gleichen Rückerstattungsansätze. Die Kosten einer spezialärztlichen Behandlung schließlich werden von den Kassen nur vergütet, wenn diese von einem Spezialarzt ausgeführt wird, der auf einer vom Gesundheitsminister an Stelle staatlicher Spezialarzt-diplome geführten Liste eingetragen ist.

Der „tiers payant“ ist unbekannt und seiner Einführung stehen zum mindesten die Allgemeinpraktiker sehr ablehnend gegenüber. Die unterschiedlichen Tarife für Allgemeinpraktiker und Spezialisten haben in den letzten Jahren die Einigkeit der belgischen Ärzteschaft offensichtlich belastet.

Medikamente

Neben den Apothekern geben auch zahlreiche Ärzte Medikamente ab. Bei den gewöhnlichen Arzneimitteln hat der Patient einen Selbstbehalt von 8 belgischen Franken (69 Rp.) als Selbstbehalt zu tragen. Die Spezialitäten sind in 4 Gruppen aufgeteilt, wobei die Kassen 100%, 80%, 50% der Kosten oder nichts übernehmen.

Die Organisation der Ärzteschaft

Jeder berufstätige Arzt muß Mitglied des „Ordre des médecins“ sein, einer öffentlich-rechtlichen Institution, der eine gewisse Aufsicht über die Tätigkeit der Ärzte übertragen ist und die für die Einhaltung der Standesordnung sorgt. Grundsätzlich befaßt sich der „Ordre“ nicht mit Standesfragen.

Fédération médicale belge

Die „Fédération médicale belge“ ist der Berufsverband der belgischen Ärzte, in welchem die 52 lokalen, regionalen und Provinzvereinigungen — in einigen der 9 Provinzen bestehen mehrere Vereine nebeneinander — zusammengeschlossen sind. Im Zentralvorstand ist jede Provinz mit einem Delegierten vertreten, die Wahl erfolgt in der Generalversammlung des Landesverbandes. Die „Fédération médicale belge“ hat die belgische Ärzteschaft bis heute auch auf internationaler Ebene beim Weltärztebund und in der ständigen Ärztekommision des Gemeinsamen Marktes vertreten.

Vereinigung der Spezialärzte Belgiens und Verband der belgischen Allgemeinpraktiker

Leider ist das Gefüge der Standesorganisation der belgischen Ärzte in den letzten Jahren etwas ins Wanken geraten. Die Spezialärzte haben eine eigene, sehr rührige Gesellschaft gebildet, das „Groupement belge des spécialistes“ (GBS), das sich von dem belgischen Ärzteverband distanziert und der Internationalen Vereinigung der Spezialisten (UEMS) angeschlossen hat. Die Gründung geht zurück auf die schon erwähnte Gesetzesvorlage Troclet. Darin war ein Zwangstarif für die ärztlichen Leistungen in Aussicht genommen, und die Spezialärzte hatten der „Fédération“ zum Vorwurf gemacht, in ihrem Abwehrkampf die Interessen der Spezialisten ungenügend zu vertreten. Die GBS kümmerte sich nicht mehr um die „Fédération“ und

verstand es, sehr bald die große Mehrheit der Spezialärzte an sich zu ziehen.

Die Allgemeinpraktiker schlossen sich darauf ihrerseits in der „Union belge des omnipraticiens“ (UBO) zusammen, die der Internationalen Gesellschaft der Allgemeinpraktiker beiträt. Aber die UBO hatte es wesentlich schwerer als die GBS, Mitglieder zu bekommen. Die Gründe liegen auf der Hand: Die Allgemeinpraktiker sind von ihrer täglichen Arbeit derart in Anspruch genommen, daß sie kaum Zeit für Standesfragen finden. So gehören denn der UBO nur 1400 Ärzte, das heißt 25% der Allgemeinpraktiker, an.

Dieser Zwiespalt lastete schwer auf der belgischen Ärzteschaft, als im Februar 1960 die Auseinandersetzungen um das Gesetz Leburton begannen.

Ein Versuch zur Wiederherstellung der Einigkeit durch Gründung einer neuen Gesellschaft, der „Association générale des médecins belges“ (AGMB) scheiterte, indem diese einging, bevor sie überhaupt richtig konstituiert war.

Neues Sozialversicherungsgesetz

Im Jahre 1960 wurde eine Gruppe von Parlamentariern mit der Ausarbeitung von Grundsätzen für ein neues Sozialversicherungsgesetz beauftragt. Bevor wir uns der Frage der Erweiterung der Versicherungsleistungen zuwenden, wollen wir die Schlußfolgerungen der Gruppe in bezug auf die Stellung der Ärzte beleuchten.

In der Frage der Honorierung der Ärzte vertrat die Studiengruppe die Auffassung, daß die herkömmliche Bezahlung des Arztes nach Einzelleistungen das finanzielle Gleichgewicht der Versicherung unweigerlich und immer wieder von neuem stören muß.

Die Bezahlung des Arztes mit einem festen Kopfpauschale (fester Jahresbetrag für jeden Patienten, von dem er als behandelnder Arzt gewählt wird) ermöglicht demgegenüber eine klare, von Unsicherheitsfaktoren weitgehend freie Budgetierung, womit wiederum das Verantwortungsgefühl der Kassenverwalter gefördert wird. Die Studiengruppe kam aber zur Überzeugung, daß eine Pauschalentschädigung, angesichts der traditionsverbundenen Anschauungen, von vielen Ärzten als entwürdigend abgelehnt werden könnte. Darum sollte die Pauschalbezahlung den Ärzten nicht als einzige Lösung, sondern nur im Sinne eines Experimentes zur freien Entscheidung vorgeschlagen werden. Um die Ordnung attraktiver zu machen, sollten den Ärzten, die das Pauschale annehmen, weitere Vorteile in Form von Sozialleistungen (Entschädigung im Falle von Alter, Invalidität, Hinterlassenenrente) und Steuererleichterungen (entsprechend den fest angestellten Personen) angeboten werden.

Die Delegierten der „Association générale des médecins belges“ stimmten zwar am 20. Oktober 1961 dem Plan einer Pauschalentschädigung zu, in die endgültige Fassung des Gesetzes wurde die Lösung jedoch nicht übernommen.

Mit Beginn des Jahres 1963 passierte die Vorlage in rascher Folge die Stationen der parlamentarischen Beratung. Politische Gründe waren dafür ausschlaggebend. Es scheint, als ob sich die beiden Parteien der Regierungsmehrheit, die Sozialisten und die Christlich-sozialen, untereinander über das Sozialversicherungs-

gesetz Leburton einerseits und das Sprachengesetz andererseits verständigt haben. Die Spannungen, die die Sprachenfrage in Belgien verursacht hat, dürften bekannt sein.

Die Abstimmung über die Vorlage Leburton

Die Vorlage wurde zwischen dem 12. und 27. Juni 1963 nacheinander von der Abgeordnetenkammer und vom Senat angenommen. Dabei übte die Regierung auf den Senat einen sehr starken Druck aus, indem sie sich in aller Form verpflichtete, nach der Annahme dafür zu sorgen, daß einige Artikel nachträglich noch geändert werden.

Damit wenden wir uns den Bestimmungen zu, die das neue Gesetz bringen wird.

Der Kreis der Versicherten

Das Gesetz gibt die Möglichkeit, durch königlichen Erlaß den Kreis der Versicherten zu erweitern und der Versicherung die Selbständigerwerbenden, die Mitglieder religiöser Orden, eine Reihe staatlicher Beamten, das Haushaltspersonal, Studenten, zu unterstellen.

Die Versicherungsleistungen

Der Artikel 23 hat folgenden Wortlaut:

„Die Leistungen der Versicherung auf dem Gebiet der Krankenpflege sind die folgenden:

1. Ordentliche Pflegeleistungen, nämlich:
 - a) Besuch und Konsultation der Allgemeinpraktiker und der Spezialärzte,
 - b) Pflegeleistungen des Krankenpflegepersonals und der Heimpflegerinnen,
 - c) die Behandlung der Kinesiotherapeuten,
 - d) Diagnostische und therapeutische Leistungen, die nicht in die Zuständigkeit eines Spezialarztes fallen,
 - e) Zahnärztliche Behandlung zur Instandhaltung und Wiederherstellung des Gebisses;
2. Entbindung durch diplomierte Hebammen;
3. Die Leistungen, die in die Zuständigkeit eines Spezialarztes fallen;
4. Brillen und andere Sehhilfen, Apparate zur Verbesserung des Gehörs, orthopädische Hilfsmittel und andere Prothesen;
5. Die Abgabe pharmazeutischer Produkte, nämlich:
 - a) Arzneimittel der Magistralformen,
 - b) pharmazeutische Spezialitäten;
6. Die Behandlung bei Geisteskrankheiten, Tuberkulose, Krebs, Poliomyelitis, Geburtsgebrechen und -krankheiten;
7. Spitalaufenthalt zur Untersuchung und Behandlung;
8. Behandlung im Hinblick auf funktionelle Wiederherstellung;
9. Maßnahmen zum Zweck der beruflichen Wiedereingliederung.“

Beteiligung der Versicherten an den Behandlungskosten

Wir haben den Wortlaut des Artikels 23 in extenso angeführt, weil die Kostenbeteiligung des Versicherten für die verschiedenen Versicherungsleistungen nicht dieselbe ist. Sie beträgt 25% bei den unter Artikel 23,

Ziffer 1, angeführten Leistungen und für die Medikamentenkosten. Für alle übrigen Leistungen besteht kein Selbstbehalt, so insbesondere nicht für spezialärztliche Behandlung (Art. 23, Ziff. 3). Im übrigen sind Witwen, Waisen, Pensionierte, Invalide und Bezüger von Entschädigungen bei verlängerter Arbeitsunfähigkeit von der Beteiligung an den Kosten ihrer persönlichen Behandlung und derjenigen aller von ihnen abhängigen Personen befreit.

Arbeitsunfähigkeit

Die Entschädigung im Falle gänzlicher Arbeitsunfähigkeit muß mindestens 60% des Gehaltes betragen. Im 1. Jahr besteht die sogenannte primäre Arbeitsunfähigkeit, daran schließt sich die Periode der verlängerten Arbeitsunfähigkeit an, die weitere 2 Jahre dauert; kann der Versicherte danach die Arbeit noch immer nicht aufnehmen, wird die Invaliditätsentschädigung ausbezahlt.

Staatliche Subventionen

Der Staat subventioniert die Entschädigung für die sogenannte „verlängerte“ Arbeitsunfähigkeit mit 50%; an die Invaliditätsentschädigung, die Bestattungsentschädigung und die Leistungen für Spitalbehandlung chronisch Kranker (Artikel 23, Absatz 6) trägt er 95% bei.

Verträge

Mit folgenden drei Gruppen sind Vertragsabschlüsse vorgesehen:

- a) mit den Ärzten, Zahnärzten, Hebammen, Pflegepersonal, Kinesiotherapeuten und Herstellern von Prothesen und Hilfsapparaten;
- b) mit den Krankenanstalten und Spitälern;
- e) mit den Apothekern.

Wir behandeln im folgenden nur die maßgebenden Bestimmungen über die Verträge mit den Ärzten.

Im Prinzip ist ein einziger Landesvertrag vorgesehen. Kommt ein solcher nicht zustande, können Regionalverträge abgeschlossen werden. Die Ärzte werden eingeladen, den Verträgen durch Einzelunterschrift beizutreten. Diejenigen Ärzte jedoch, die bis zum 1. Januar 1964 keinem Vertrag beigetreten sind, werden von Gesetzes wegen auf einen Zwangstarif verpflichtet. Der Sachverhalt wird klarer anhand folgender Zahlen: Die gegenwärtigen Ansätze des Rückerstattungstarifes betragen 40 belgische Franken für die Konsultation des Allgemeinpraktikers und 60 belgische Franken für den Besuch. Der Zwangstarif sieht statt dessen Honorare von 44 und 66 belgischen Franken vor, ausgenommen bei Behandlung von Witwen, Waisen, Pensionierten und Invaliden, wo weiterhin der Ansatz von Fr. 40.— und 60.— gilt. Nun weiß man aber heute schon — wenn auch im Gesetz darüber natürlich nichts gesagt ist —, daß der neue Vertragstarif Ansätze von 50 und 75 belgischen Franken vorsieht, mit einer Reduktion von 10% bei Behandlung von Witwen, Waisen usw.

Spezialvorschriften sind vorgesehen zugunsten besonders qualifizierter Ärzte, insbesondere solcher mit akademischer Lehrtätigkeit. Nach einer anderen Vorschrift ist eine Überschreitung des Tarifes gestattet bei Spitalbehandlung von hospitalisierten Patienten, die in Einzelzimmern untergebracht sind, es sei denn das

Einzelzimmer wäre notwendig mit Rücksicht auf den Zustand des Patienten oder im Hinblick auf besondere Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen. Der Umfang der in diesen Fällen gestatteten Tarifüberschreitung muß in dem Vertrag festgelegt werden. Im weiteren können in die Verträge Sondervorschriften aufgenommen werden bezüglich der Rechnungsstellung für die Behandlung von Versicherten, deren Jahreseinkommen einen bestimmten Betrag übersteigt.

Schließlich müssen alle Verträge vom Sozialfürsorgeministerium genehmigt werden.

Ausweis über die bezogenen Versicherungsleistungen

Jedem Versicherten wird ein persönlicher Ausweis abgegeben, in welchem alle Behandlungs- und Pflegemaßnahmen, für welche er Versicherungsleistungen bezogen hat, eingetragen werden. Für die Eintragungen soll zwar ein nur den Ärzten bekannter Code verwendet werden, der aber bald zu einem öffentlichen Geheimnis werden dürfte.

Krankengeschichten

Der Arzt hat für jeden Versicherten eine Krankengeschichte anzulegen. Der Spezialarzt muß dem behandelnden Arzt das Ergebnis seiner Untersuchungen bekanntgeben. Falls der behandelnde Arzt nicht benachrichtigt werden kann, hat er den Bericht dem Vertrauensarzt abzugeben. Das gilt vor allem dann, wenn der Patient den Spezialarzt direkt aufsucht und kein weiterer behandelnder Arzt existiert. Der Spezialarzt kann auch von sich aus an den behandelnden Arzt und an den Vertrauensarzt ein schriftliches Gutachten einreichen, in welchem er sich über Diagnose, Therapie und Prognose des Falles äußert. Für das Gutachten hat er der Versicherung Rechnung zu stellen, die die Bezahlung auf Antrag des Vertrauensarztes übernimmt. Selbst, wenn dieser einen ablehnenden Antrag stellt und die Honorierung deshalb ausbleibt, darf der Gutachter keine Rechnung an den Patienten stellen und dieser kann nicht zur Zahlung verpflichtet werden.

Die Vertrauensärzte stehen ihrerseits unter Aufsicht von Kontrollärzten. Alle zur Pflege und Behandlung von Versicherten zugelassenen Personen müssen diesen

Kontrollärzten alle Auskünfte erteilen, die sie zur Durchführung ihrer Kontrollaufgabe benötigen und ihnen Einsicht in ihre Unterlagen, Aufzeichnungen und Korrespondenzen über den Fall gewähren.

Strafbestimmungen

Verstöße gegen Bestimmungen des Gesetzes und der Ausführungsverordnungen werden mit Gefängnis von 8 Tagen bis 1 Monat oder mit Bußen von 26 bis 1000 belgischen Franken bestraft. Die beiden Strafen können miteinander verbunden werden. Diese in Artikel 103 niedergelegte Strafanordnung findet auch Anwendung auf die Ärzte, ebenso wie Artikel 104, der von den Maßnahmen im Falle einer Erschwerung der Tätigkeit der Vertrauens- und Kontrollärzte handelt.

Der Artikel 44 des geltenden Gesetzes vom 14. Februar 1961 wird durch Artikel 140 des Gesetzes Leburton abgeändert. Nach der neuen Vorschrift kann die oberste Aufsichtsbehörde über den ärztlichen Dienst den Versicherungskassen jegliche Ausrichtung von Leistungen an die Behandlungskosten bis auf die Dauer eines Jahres verbieten, wenn die behandelnden Berufspersonen oder Anstalten sich nicht den Vorschriften des Gesetzes und der Ausführungsverordnungen unterziehen.

Verwaltung der Krankenversicherung

Als oberstes Organ der Nationalen Krankenversicherungsanstalt ist ein Verwaltungsrat (Conseil général) vorgesehen, zusammengesetzt aus einer gleichen Anzahl von Vertretern der Arbeitgeber- und der Arbeitnehmerorganisationen, der Versicherungsinstitutionen und schließlich der Gruppe der Ärzte, Apotheker, Zahnärzte und Verwalter von Krankenanstalten. Die Vertreter der für die Pflege und Behandlung der Versicherten zugelassenen Berufspersonen können jedoch nur dann von ihrer Berufsorganisation vorgeschlagen werden, wenn diese Organisation einen Vertrag mit der Krankenversicherung abgeschlossen und ihren Mitgliedern den individuellen Vertragsbeitritt empfohlen hat. Ärzte und andere Angehörige der Pflegeberufe sind auch in der Aufsichtskommission für Pflegeleistungen (Commission de gestion des soins de santé) vertreten. Hier gilt jedoch dieselbe Einschränkung in bezug auf das Vorschlagsrecht der Berufsverbände.

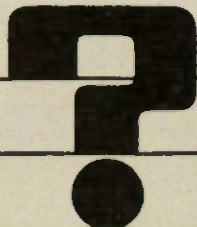
.....

Lindopharm KG Hilden Rhld Lizenz für Mova GmbH Wiesbaden

Erbrechen

Nausea

Migräne



emesan

emesan

Kinder-Zäpfchen

emesan FORTE

Linsen 6/12 St.
Zäpfchen 5/10 St.

Zäpfchen 5 St.

Kapseln 10 St.
Zäpfchen 5 St.



nil nocere

für Klinik und Praxis

Brüssel, am 13. Tag des Ärztestreiks

Der erste Versuch, den seit dem 1. April andauernden „Kriegszustand“ zwischen den Ärzten und der Regierung in Belgien zu beenden, ist unerwartet nach einer dramatischen Verhandlung gescheitert. Am Sonnabend, den 11. April, begann um 14 Uhr im Schloßchen Val Duchesse in einem östlichen Vorort von Brüssel das dritte Gespräch zwischen den führenden Männern der ärztlichen Streikorganisation und der Regierung. Ministerpräsident Lefèvre leitete selbst die Verhandlungsdelegation der Regierung, zu der u. a. auch der Sozialminister Leburton, dessen Gesetz den Ärzteaustand provozierte, und der Innenminister Glisson, der die ersten Vermittlungen unternommen hatte, gehörten. Nachts gegen 4 Uhr, zehn Stunden nach Verhandlungsbeginn, trat Lefèvre völlig übermüdet vor die Journalisten, die auf der Schloßterrasse ausgehauert hatten, und teilte mit, daß die Verhandlungen erfolglos abgebrochen seien. Kurz danach erschien der Sprecher der Ärztedelegation, Dr. Wynen, und berichtete das gleiche.

Von 5 bis 6 Uhr am Sonntagmorgen folgte eine Kabinettssitzung; um 8 Uhr verlas der Innenminister über den Rundfunk eine Verordnung, mit der die im Notdienst tätigen Ärzte auf ihren Posten festgehalten und darüber hinaus einige tausend Ärzte als Sanitätsoffiziere der Reserve mobilgemacht wurden. Damit hat nunmehr die Regierung die Verantwortung für die Aufrechterhaltung der Notdienstversorgung der Bevölkerung übernommen, nachdem zunächst die Ärzteorganisation selbst den „Service de garde“ organisiert hatte...

Man sieht, auf welchem schmalen Grat der Führer der Koalitionsregierung wandelte, als er sich zu den Verhandlungen mit den Ärzten begab: mit äußerstem Mißtrauen von seinem Koalitionspartner, der Sozialistischen Partei, beobachtet, von den Gewerkschaften beider Richtungen bekämpft und einem Verhandlungspartner gegenüber tretend, dessen Haltung in der belgischen Bevölkerung keineswegs so abgelehnt wird, wie es nach manchen Berichten in der deutschen oder auch in der französischen Presse erscheinen mag. Es gibt nicht wenige Beobachter, die meinen, daß diese Auseinandersetzung auch mit dem Sturz der Regierung enden könnte...

Das gute Funktionieren des Krankenhaus-Notdienstes hat im übrigen die Aufmerksamkeit der Bevölkerung auch auf die Lage der Krankenhausärzte gerichtet. Der belgischen Öffentlichkeit wird plötzlich bewußt, daß ihre Krankenhausärzte wegen der mäßigen Bezahlung zu zusätzlicher freier Praxis gezwungen sind. Ein halbtags beschäftigter Assistenzarzt verdient im Durchschnitt etwas über 6000 DM im Jahr, und er hat keinerlei Versorgungsleistungen, keinen Kündigungsschutz, seine Beschäftigung ist auf sechs Jahre limitiert. Ein vollbeschäftigter Assistenzarzt kommt auf weniger als 10 000 DM im Jahr; ein nicht vollbeschäftigter Oberarzt („Adjoint“) auf 8000 DM. Das sind Durchschnittssätze, die in den einzelnen Krankenhäusern je nach dem Anteil der Krankenkassenvergütung, der auf die Ärzte entfällt, variieren. Daß die Ärzte bei den Erfahrungen, die sie hinsichtlich der Bezahlung in den Krankenhäusern aus öffentlichen Mitteln gemacht haben, gegenüber weitgehenden staatlichen Eingriffen in die Einkommensverhältnisse der freien Praxis skeptisch sind, wird so verständlich.

API

PERSONALIA



Dr. Carl Schuster, Bamberg, 80 Jahre

Geboren am 14. April 1884 zu Ingolstadt, bestand Dr. Carl Schuster 1909 in München das medizinische Staatsexamen und ließ sich 1911 als praktischer Arzt in Bamberg nieder. 1919 wurde er zum 2. Vorsitzenden und Schriftführer des Ärztevereins Bamberg gewählt und war von da an über 40 Jahre lang aktiv im ärztlichen Standesleben tätig. Als zunächst 2., dann 1. Vorsitzender des Ärztlichen Kreisverbandes Bamberg, als Delegierter zur Bayerischen Landesärztekammer und als KV-Vertrauensmann war er im Dienst an seinen Bamberger Kollegen und an der oberfränkischen und bayerischen Ärzteschaft unermüdlich. Nach dem Zusammenbruch 1945 fuhr er als über Sechzigjähriger im offenen Lastwagen nach München zum Neuaufbau der Landesärztekammer, und auch an der Wiedererrichtung der KV in Bayreuth hatte er entscheidenden Anteil. Sein ganz besonderes Verdienst ist die Gründung der Sterbekasse oberfränkischer Ärzte. Durch die Art seiner Amtsführung erwarb er sich in ungewöhnlichem Maße das Vertrauen und die Achtung seiner Kollegen, die ihn zum Ehrenmitglied und zum Ehrenvorsitzenden des Ärztlichen Kreisverbandes Bamberg und zum Ehrenvorsitzenden des Ärztlichen Bezirksverbandes Oberfranken ernannten. Er ist auch Inhaber des Bundesverdienstkreuzes. Seine früheren Patienten erfreuen ihn heute noch mit rührenden Zelchen ihrer Dankbarkeit.

Dr. Eugen Goßner, Chefarzt des Kreiskrankenhauses St. Albert, Haunstetten, wurde vom Präsidenten der Bundesärztekammer die Ernst-von-Bergmann-Piakette für Verdienste um die ärztliche Fortbildung überreicht.

Professor Dr. Dr. K. W. Lentrod, Honorarprofessor an der Universität München, wurde vom Verein für wissenschaftliche Zahnheilkunde Stuttgart zum Ehrenmitglied ernannt.

Prof. Dr. med. Hans v. Seemen wurde anlässlich der Eröffnung der 3. Sitzung der Deutschen Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie zu ihrem Ehrenmitglied ernannt „In Anerkennung seiner Arbeiten auf dem Gebiete der Wiederherstellungschirurgie und in Würdigung seiner Verdienste um die Erhaltung der Tradition seines Lehrers Erich Lexer“.

IN MEMORIAM

Nach kurzer, schwerer Krankheit ist am 7. 3. 1964 im Alter von 46 Jahren Dr. Helmut Simon, Chefarzt der Kinderchirurgischen Abteilung im städt. Krankenhaus München-Schwabing verstorben. 1918 in Leipzig geboren, legte Dr. Simon sein med. Staatsexamen im Jahre 1944 ab. Bis zu seiner Flucht aus der Ostzone im Jahre 1958 war der Verstorbene jahrelang an der Universitätsklinik in Leipzig tätig. Bei der Stadt München trat Dr. Simon am 1. 3. 1960 als Oberarzt ein, seine Ernennung zum Chefarzt erfolgte ab 1. 3. 1963.

Dr. Simon war infolge seiner hervorragenden Kenntnisse, insbesondere auf dem Gebiet der Kinderchirurgie und der Orthopädie, in den einschlägigen Fachkreisen des Bundesgebietes besonders angesehen und geschätzt. Die Landeshauptstadt München verliert mit ihm einen hervorragenden Arzt und eine mit hohen menschlichen Qualitäten ausgestattete Persönlichkeit.

Dr. Fritz Melnertz, der Chefarzt der Heckscher Nervenklinik in München, Schöpfer der Ausbildungsstätte für Heilpädagogik an dieser Klinik, verschied

nach längerem Leiden am 23. Januar 1964 im Alter von 45 Jahren.

Kurz vor Vollendung des 75. Lebensjahres verstarb Dr. med. habil. Professor Dr. Ernst Speer, der Initiator der Lindauer Therapiewoche.

Prof. Dr. med. habil. Dr. jur. Hans Göbbels, Vorsitzender des Ausschusses „Privatversicherungen“ der Bundesärztekammer, ist am 8. März 1964 kurz nach Vollendung des 70. Lebensjahres plötzlich verstorben.

Neben seinem Lehramt an der Universität Hamburg war Prof. Göbbels als praktizierender Arzt tätig und hat sich stets seinem Berufsstand als Arzt in besonderem Maße verbunden gefühlt. So nahm er als Mitglied der Ärztekammer und Abgeordneter der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg sowie als Mitglied der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung seit Jahrzehnten aktiv am Standesleben teil. Seine hohen Fachkenntnisse und Qualitäten veranlaßten den Vorstand der Bundesärztekammer, ihn mit dem Vorsitz ihres Ausschusses „Privatversicherungen“ zu betrauen.

AUS DER GESCHICHTE DER MEDIZIN

Unveröffentlichte Briefe von Johann Lucas Schönlein aus den Jahren 1818 - 1821^{(III)*}

Herausgegeben von Dr. Paul Schrödl (Kronach)

Würzburg, den 9. Jan. 1819

Wertester Herr Sekretaire!

Es freut mich, daß Sie den Stand der Dinge doch endlich so erkennen, wie ich sie voraussagte. Ich erfuhr schon um Weihnachten herum aus München, daß Z. (Zentner)^{23/43} die Votation für Wilbrand⁴³ in Gießen unterzeichnet habe, was dann doch wohl unmöglich wäre, wenn der König meine Ernennung unterzeichnet hätte. Ob diesem Ruf Wilbrand folgen wird, ob nicht, lasse ich dahingestellt. Auf jeden Fall kann ich in dieser Ungewißheit jene Hoffnung nicht ferner erblicken, welche Sie darin zu finden scheinen; denn den Gutgenug zu spielen, habe ich wahrlich keine Lust. Habe ich also Erlangen aufgegeben und aus Gründen aufgegeben, so sollten Sie sich doch auf keinen Fall deswegen anklagen und entschuldigen; im Gegenteil werde ich Ihnen für Ihr ausgezeichnet freundschaftliches Benehmen immer den innigsten Dank wissen; um so mehr als sich an diesem Ereignis eine neue Quelle von Beziehungen mir geöffnet hat. In meinen Briefen an Hartz, Winter, Häberl, Groß habe ich daher die Geschichte mit Erlangen erwähnt und gesagt: weil sich meiner Berufung dahin unüberwindliche Hindernisse entgegenzusetzen scheinen, so bäte ich um die Anstellung am Hospital zu Würzburg. Friedreich hat, wie Sie wissen, sich für physisch unfähig erklärt. Die Kuratel hat Ringseis⁴⁴ in Vorschlag gebracht, sich jedoch beschieden, die Besetzung dieser Stelle einzig dem Bemessen des Obermedizinalkollegiums anheimzustellen, wenn Ringseis mißfallen sollte. Gegen mich äußerten die

Kuratoren, sie hätten meiner in ihrem Bericht bloß deshalb nicht Erwähnung getan, weil sie meine Berufung nach Erlangen für gewiß geglaubt hätten. Eine schlechte Ausrede! Herr v. Stürmann soll, wie ich höre, ebenfalls bloß das Gutachten des Oberkollegiums als Maßstab annehmen wollen, weil doch mehrere der hiesigen Professoren ihre Ansprüche auf die Klinik auf ihre früheren freundschaftlichen Verhältnisse mit Stürmann gründen, welcher sich aber während seines letzten Aufenthaltes von der absoluten Unfähigkeit dieser Herren hinlänglich überzeugt hat. Sie sehen aus diesem Stand der Dinge, daß jetzt eine Gelegenheit herbeigekommen ist, wo die Herren Obermedizinalräte beweisen können, ob sie denn wirklich so gütige und freundschaftliche Gesinnungen gegen mich hegen, als sie angeben. Ich mag nicht glauben, daß diese Herren noch immer nicht die Hoffnung aufgegeben haben sollten, mich nach Erlangen zu bringen, und dieser Hoffnung mich zum Opfer bringen wollen.

Ich gestehe Ihnen frei, daß ich auf keinen Fall mehr nach Erlangen gehen werde. Vielleicht erinnert Sie diese Äußerung an die Fabel vom Fuchs und den Trauben, aber Sie werden billiger sein, wenn Sie die Lage bedenken, in welcher sich der einzige katholische Professor an einer Universität befinden muß, welche durch eine Reihe von Jahren hindurch so glänzende Beweise ihrer Intoleranz gegeben hat; und fühle ich auch Kraft und Mut, mich mit diesen Gesellen herumzuschlagen, so mangelt mir doch ganz die Lust, um so mehr als meine Verhältnisse zu Würzburg eine viel leidlichere Physiognomie genommen haben und es mir wünschenswert machen, hier zu bleiben. Von Ihrer Freundschaft über-

*) Siehe „Bayerisches Ärzteblatt“, Heft 2 und 3, 1964.

zeugt, rechne ich zuversichtlich auf Ihre Beihilfe und Unterstützung in dieser Sache, deren Schwierigkeiten ich leider nur zu gut einsehe. Die alten Einwände, daß ich zu jung, ohne Ruf, werden hier riesenhaft vergrößert wiederkehren. Zudem treten noch Wenzel⁴⁵⁾ und Gmeiner⁴⁶⁾ als Mitbewerber auf, freilich weniger gefährlich in wissenschaftlicher Beziehung als durch konventionelle Verhältnisse. Aber die ganze Historie muß schon längstens in Ihren Händen sein und doch schreiben Sie nicht, auch nichts von Landshut's Verlegung nach München, nicht, daß Utzschneider⁴⁷⁾ Spitalkommissär geworden und Ringseis den Zutritt ins Hospital verweigert hat, mit einem Wort nichts, was für mich Interesse hat, woran ich Anteil nehme. Überhaupt haben Ihre Briefe seit einiger Zeit einen eigentümlichen Charakter, welchen ich wohl nicht unpassend den diplomatischen nennen möchte. Ihren gütigen Glückwunsch zum neuen Jahr stelle ich Ihnen dankbar wieder zurück und füge ich die Bitte bei, der gnädigen Frau, Ihren verehrten Schwiegereltern und allen Ihren lieben Angehörigen zu empfehlen

Ihren Freund und Diener
Schönlein.

P.S. Roshirt⁴⁷⁾ geht als Professor ordinarius nach Heidelberg. Hornthal⁴⁷⁾ in dieser Eigenschaft nach Freiburg.

Würzburg, den 17. 1. 19

Verehrtester Herr Sekretär!

Nun, was gibt es Neues? Wilbrand hat den Ruf nach Erlangen abgelehnt? Wo werden die Herren noch schnell einen anderen auftreiben, welcher die für einen Erlanger Professor der Medizin nötigen Eigenschaften besitzt, das heißt, welcher Maurer und Protestant ist. Aus München schreibt man mir, daß Döllinger⁴⁸⁾ den Ruf nach Bonn hat und mit Umgehung der Kuratel höchst geheimnisvoll durch Ringseis und Lerchenfeld⁴⁹⁾ unterhandeln läßt, aber leider, wie man wissen will, mit schlechtem Erfolg; denn Döllinger soll seine Forderungen hoch gespannt und in einem so unbescheidenen Ton vorgetragen haben, daß selbst sein mächtiger Protektor Lerchenfeld deshalb höchst aufgebracht ist, um so mehr, da von Geld die Rede war. Und zu allem dann noch die klinischen Unruhen! Wahrlich eine glückliche Constellation. Wenn ich nur bei Ihrer Betrachtung gleich jenem Jedermann nicht in die Pfütze falle. Wie dem auch immer sei, der Weizen blüht einmal recht üppig und lustig, und scheint die Gnade des Obermedizinalkollegiums nun noch so sonnig und kräftig auf ihn herab, so wird er auch wohl bald zur Ernte reif sein. Dieser Hoffnung lebe ich um so zuversichtlicher, da H. v. Zentner auf dringendes Mahnen der Ereignisse endlich einmal die Allongeperücke aus dem Verzeichnis der für einen Professor notwendigen Gegenstände gestrichen und in die Zahl der bloß empfehlenden gesetzt haben soll. Ist das Hirnleiden dieses ehrenwerten Mannes nicht absolut unheilbar, so verspreche ich mir eine sehr heilsame Wirkung von einem gewissen Schnupftabak, zu dessen Fabrikation nur noch die Ingredienzien mangeln, welche Roshirt⁴⁷⁾ aus Erlangen zu schicken versprach.

Brendels Werk erhalten Sie vermutlich durch Behr, welcher übermorgen von hier abreist. Wäre ich jetzt doch bei Ihnen, um das interessante Treiben in der

Nähe zu sehen und so gelegentlich auch der gnädigsten Frau ein wenig den Text lesen zu können, denn es heißt doch die Erwartung auf die Folter spannen, wenn 3 Wochen lang eine Antwort auf scherzhafte Zellen angekündigt wird und der gefragte Briefträger immer verneinend den Kopf schüttelt. Trotz meines begründeten Unmutes kann ich aber den Brief nicht schließen, ohne die Bitte der gnädigen Frau, welche wohl passender ungnädige genannt zu werden verdient, nach Leibkräften zu empfehlen

Ihren Freund und Diener
Schönlein.

P.S. Fast hätte ich vergessen, Winter zu grüßen und ihm zu sagen, daß ich seine Aufträge besorgt und, soviel an mir gelegen, nach seinem Willen gesprochen und gehandelt hätte, ohne aber die Hoffnung hegen zu dürfen, daß von Würzburg aus viel zu seinen Gunsten geschehen werde.

Würzburg, den 20. 1. 19

Wertester Herr Sekretär!

Ihr gütiges Schreiben vom 17. d. M. beeile ich mich umgehend zu beantworten. So sehr ich auch diesen neuen sprechenden Beweis Ihrer freundschaftlichen Gesinnung gegen mich dankbar anerkenne, so muß ich Ihnen doch gestehen, daß ich elnerseits überhaupt wünsche, daß dieser Schritt nicht geschehen sel, andererseits, daß ich einige Lücken in der Eingabe selbst gefunden habe.

Da die Sache mit Friedreich auf Befehl des Ministeriums sehr geheim betrieben wurde und der Umstand, daß die Kuratel Ringseis vorschlug, ebenfalls ein Geheimnis ist, welches mir nur sub rosa mitgeteilt wurde, so sehen Sie von selbst ein, daß ich von diesen Dingen keinen offiziellen Gebrauch in einer Bittschrift machen darf, ebensowenig wohl, als es mir zu sagen erlaubt ist, daß die fast erlosene Fakultät zu Erlangen das, was ihr gebricht, nur durch Berufung eines Ausländers zu ersetzen zu können glaubt?

Von hier aus möchte nun unter solchen Verhältnissen durchaus nichts Vorteilhaftes für mich zu erwarten sein; denn die Kuratel aufgebracht, ihr Geheimnis verraten zu sehen, würde die Fakultät zum Gutachten auffordern und was diese begutachten, läßt sich a priori finden, wenn man bedenkt, daß die Mehrzahl ihrer Mitglieder aus geborenen Würzburgern besteht, welche selbst zum Teil Konkurrenten um die fragliche Stelle, ihr Hospital als ein von Fremden unbesetzbares Palladium halten. Wie die Sachen stehen, so war nur ein tiefes Stillschweigen und Geheimhalten das einzige Mittel, um zum Ziel zu kommen. Daß dieses gebrochen werden mußte durch jene Eingabe, ist klar und offenbar. Da Kuratel und Ministerium die Entscheidung der Sache und die Besetzung der Stelle einzig und allein dem Obermedizinalkollegium anheimstellen werden, wozu noch eine Eingabe, da ja ohnehin keine konkurrierenden Bittschriften vorhanden sein können? Diese Betrachtungen haben mich nach reifer Erwägung bestimmt, bei der hiesigen Kuratel keine Eingabe zu machen und an Sie die dringende Bitte zu stellen, die Ihrige wieder zurückzunehmen, oder im Falle, daß dieses nicht mehr möglich ist,

doch ihre Expedition ad acta zu bewirken. Mit herzlichem Gruß an die gnädige Frau bin ich wie immer

Ihr gehorsamster Diener und Freund
Schönlein.

Anmerkung des Herausgebers:

Die Stelie des o. Prof. der Therapie, Klinik und Staatsarzneikunde wurde mit Adolph Christian Henke⁵⁹⁾ besetzt.

Würzburg, den 2ten Febr. 19

Wertester Herr Sekretär!

Wie gedacht, so geschehen. Die fatale Eingabe ist natürlich am Sonntag eingetroffen und bat Schrecken und Grausen verbreitet. Selbst meine Freunde waren im ersten Augenblick ratlos. Auf mich hatte das Ereignis gerade den entgegengesetzten Einfluß; ich wurde dadurch aus jenem Schlummer geweckt, in welchem ich schon 3 Monate schnarche. Könnten Sie mich nur sehen, mit welcher Eile und weichem Eifer ich meine Sache betreibe! So hat v. Asbeck sogleich die dem Senate schon mitgeteilte Bittschrift zurückgenommen. Bei dieser Stelie mußte ich eine andere einreichen, deren Concept ich ihm zur Einsicht vorgelegt habe. Sie finden es in der Anlage und können daraus ersehen, wie ich die Sache auf Schrauben stellte, um nur die Facultät nicht zu sehr zu ergrimmen. Die Universitäts-Kuratel⁵⁵⁾ scheint gute Gedanken zu haben und ihr Gutachten möchte ziemlich gnädig ausfallen. Ich habe getan, was an mir ist, das Übrige liegt in ihren Händen. Viel, sehr viel wäre gewonnen, wenn Hartz bewegt werden könne, nur in 2 Zeilen an Asbeck den Wunsch auszudrücken, für mich gnädig zu begutachten. —

Brendel kommt mit dem nächsten Postwagen.

Leben Sie wohl
Ihr Freund und Diener Schönlein.

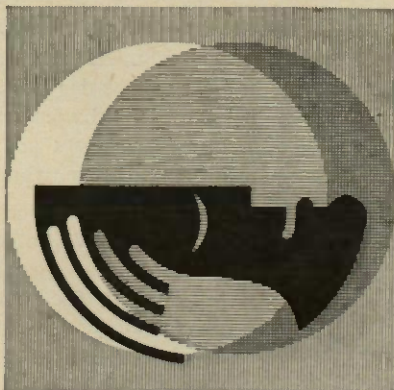
Entwurf des Gesuches

Der untertänigst, gehorsamst Unterzeichnete hat im Laufe seiner Vorlesungen über syphilitische Krankheiten, welche er im Sommersemester 1818 hielt, schmerzlich zu bedauern Gelegenheit gehabt, daß er zum Behufe seines Unterrichtes die Abteilung der syphilitischen Kranken im hiesigen Julushospital nicht benutzen konnte. Zwar hat er sich in dieser Angelegenheit

an den titl. Professor Friedreich mit dem Ersuchen gewandt, genannte Abteilung zur Benutzung zu überlassen, aber leider von diesem eine abschlägige Antwort mit der Äußerung erhalten, daß hierdurch Störungen veranlaßt würden und jene Abteilung absolut der medicinischen Klinik vereinigt bleiben müßte. Da der untertänigst-gehorsamst Unterzeichnete im kommenden Sommersemester wieder Vorlesungen über syphilitische Krankheiten zu halten gedenkt und der Gesundheitszustand des titl. Professors Friedreich denselben an der Besorgung der medicinischen Klinik ohnehin verhindert, so glaubt derselbe dem kgl. Minist. die untertänigste Bitte stellen zu dürfen: ihm die Besorgung der genannten Klinik gnädigst zu übertragen. Weit entfernt, durch diese Bitte ein Präjudiz gegen die verehrlichen Mitglieder der medic. Fakultät begründen zu wollen, schmeichelt er sich im Gegenteil mit der Hoffnung, dieseiben würden hierin bald eine Erleichterung entdecken, da eine ausgedehnte Privatpraxis in Verbindung mit ihren notwendigen Kollegien ihre gesamte Zeit in Anspruch nimmt. Was seine Befähigung für diese Stelle anbelangt, so beruft er sich auf die Zeugnisse der beiden hiesigen klinischen Lehrer, ferner auf den Besuch der klinischen Anstalten zu Würzburg, zu Göttingen unter Himly⁵¹⁾, zu Bamberg unter Marcus⁵²⁾ und der Hospitälerei zu München; endlich auf die Resultate der Prüfungen, welche er bei den Medicinalbeamten zu München und Bamberg bestanden hat⁵³⁾. Wenn aber auch ein gründliches medicinisches Wissen die Grundbedingung für einen klinischen Lehrer ist, so wird er doch noch als Lehrer viel zu wünschen übriglassen, wenn er damit nicht eine liebevolle Freude an der Wissenschaft, einen beweglichen Geist, glückliche Combinationsgabe, feurige Einbildungskraft, lebendige Darstellungskunst und eine vertraute Bekanntschaft mit allen Zweigen der Naturkunde verbindet. Ohne sich im Besitz aller dieser Gaben zu rühmen, da ihm bis jetzt die Gelegenheit mangelte, sie öffentlich zu erweisen und die Tat doch allein nur ein gültiges Zeugnis geben kann, glaubt er doch, diesen günstigen Augenblick um so weniger ungenutzt lassen zu dürfen, da die allerhöchste Willensmeinung das Institut der Privatdocenten an der hiesigen Universität vorzüglich deshalb wieder ins Leben rief, damit aus denselben tüchtige Lehrer gebildet würden und so die Universität sich aus diesem Boden neu gebäre. In belebender Erwartung der gnädigsten Bittgewährung verharret in tiefster Ehrfurcht

Dr. Sch.

tempidorm®



Ein
Stufenschlafmittel,
das Ihr Vertrauen
verdient

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



costopalm 7067 Plüderhausen bei Stuttgart

Würzburg, den 28. März 1819

Wertester Freund!

Sie werden ungehalten, wohl sehr ungehalten auf mich sein, daß ich Ihren gütigen Brief einen ganzen Monat lang unbeantwortet ließ. Sie werden diesem sonderbaren Benehmen Motive unterschieben, von denen ich Ihnen im voraus versichern kann, daß sie unbegründet sind, denn um kurz zu sein, die ganze Lösung des Rätsels liegt in beiden folgenden Ursachen. Einmal hat es mir geschienen, als wäre es nötig, den leidigen Gang der Dinge ruhig und gelassen abzuwarten, zuzusehen, wie die Dinge sich gestalten möchten, andererseits bestimmte mich die Furcht, Ihnen durch Ihren Brief Unannehmlichkeiten verursachen zu können, denn zu meinem größten Erstaunen kam trotz des Schweigens besonders des Herrn von Asbeck⁵³⁾ doch etwas über die Münchener Eingabe ins Publikum und die aufgeregten Gemüter der Würzburger, welche in meiner Petition einen wesentlichen Eingriff in ihre Stadtrechte erblicken, beobachten mit Mißtrauen jeden meiner Schritte. Ich wußte das Postgeheimnis nicht mehr sicher, und deshalb schrieb ich nicht einmal an mein väterliches Haus; wie sollte ich es wagen, an Sie einen Brief zu schicken, den man hier allgemein / wahrscheinlich durch Derflers Äußerung veranlaßt: / als den Urheber meiner Petition nannte? Mendels Schrift und einige Kleinigkeiten durch den Aufenthalt jetzt veraltet, lagen eingepackt an Sie bereit, aber die genannten Gründe hießen mich dieselben zurückzuhalten sowie sie mich bestimmen, eine fremde Hand zur Adresse und ein fremdes Siegel zu gebrauchen. Sie finden anliegend das Ehrendiplom der Philosophie⁵⁴⁾, welches mir die Fakultät vor dem Lärm erteilte; denn später würden sie sich wohl gehütet haben. Die medizinische Fakultät hat bei der Begutachtung meiner Eingabe nach Möglichkeit auf mich zugeschlagen, was mir um so weniger unerwartet kam, da äußerst widerrechtlich selbst die bekannten Konkurrenten um diese Stelle, nämlich Horsch und Ruland, zugelassen wurden und im Votum führten. Sehr überraschend mußte es aber für mich sein, meinen Landsmann Döllinger als meinen heftigsten Gegner bei dieser Gelegenheit kennenzulernen. Ob sie nun gleich den Würzburger Vend mir vorzogen, so haben sie bei aller angewandten Mühe außer meiner Jugend doch nichts Erhebliches gegen mich aufbringen können, und der Bericht der Kuratel⁵⁵⁾ soll deshalb, wie ich höre, sehr zu meinem Vorteil ausgefallen sein. Unterdessen haben sich neue Kämpfer in den Schranken gezeigt, der wichtigste ist wohl Speyer, dessen Bittschrift aber von der Universitätskuratel mit scharfen Bemerkungen begleitet an das Ministerium zurückgeschickt worden sein soll. Von viel geringerer Bedeutung ist Gemeiner, denn es will scheinen, als habe das Ministerium seine Eingabe gar keiner Berücksichtigung gewürdigt, weil es dieselbe nicht zum Gutachten nach Würzburg mitteilte. Seit einigen Tagen verbreitet sich aber hier durch Brünninghausen die Sorge, als habe Pfeufer, um zur klinischen Professur in Würzburg zu gelangen, denselben Weg eingeschlagen, welcher ihn früher an Marcus Stelle führte. Auch Horsch und Ruland⁵⁶⁾ sind nicht untätig und beschließen mit häufigen Briefen ihre Münchner Gönner und wie Cassandra vom wütenden Pyrrhus bedroht zu ihrer Rettung den tönernen Penaten umklammert, so ist letzterer in seiner Angst sogar auf den drolligen Ein-

fall geraten, von seinem Assistenten sich bescheiden zu lassen, daß er fleißig das Hospital besuche. Wie dem auch immer sei, so muß die Zeit der Krisis doch wohl eingetreten sein, und das beginnende Semester wird endlich einmal das Ende dieser Tragikomödie herbeiführen. Verwenden Sie dafür Ihren ganzen Einfluß auf die Obermedizinalräte gleichviel ob günstig für mich oder nicht. Ich bitte Sie darum wegen des Wohles und Heiles der Universität, deren Mitglied ich bin, und welche im festbestehenden Provisorium wenigstens ihren partiellen Tod finden muß. Friedreich selbst gestand mir, daß die Zahl der wirklichen Mediciner, welche im Wintersemester die Klinik besuchten, nur zehn betrug. Das übrige waren Bankputzer, die ganz widerrechtlich auf der Universität als akademische Bürger aufgenommen werden, da sie doch an die landärztlichen Schulen gehören. Ich habe Lust, den Ausgang der Geschichte hier abzuwarten und werde deshalb meine Ferien in Würzburg zubringen, wo ich ohnehin aus Mangel an jeder Zerstreuung und Unterhaltung mich um so besser auf meine Vorlesungen vorbereiten kann. Unter der Zahl derselben werden Sie auch das „System der Staatsarzneikunde mit besonderer Rücksicht auf die in Baiern geltenden Gesetze“ gefunden haben. Bei der Ankündigung dieses Collegiums rechnete ich zuversichtlich auf Ihr längst zu erwartendes Repertorium. Zögern Sie nicht länger mit der Herausgabe und entschuldigen Sie sich ja nicht mit Mangel an Zeit, denn daß die Geschäfte Ihres Collegiums Ihnen noch Muße genug lassen, davon hatte ich Gelegenheit, mich hinlänglich zu überzeugen. —

Empfehlen Sie mich vor allem der gnädigen Frau. Ihren beißenden Vorwurf werde ich bald die Ehre haben zu widerlegen.

Ihr

gehorsamer Diener und Freund Schönlein.

Bamberg, den 9. April 19

Wertester Freund!

Nach guter fränkischer Sitte haben Sie mir ein recht angenehmes Osterei eingelegt. Inzwischen sind schon seither volle 14 Tage verflossen und noch ist das Kückelchen nicht ausgekrochen, aber soviel ich weiß, beträgt die Brutzeit drei Wochen, und damit muß ich noch 7 Tage das Kräutlein *Patentia* überschlagen bis ich bestimmen kann, ob es ein Windei sei oder nicht. Brummen Sie ja nicht wieder über Bedenklichkeiten. Mißtrauen ist nun wahrlich keine Mitgabe der Natur, sondern wurde von den Jahren eingepflanzt, und schwierig ist es wahrlich, der Hoffnung zu trauen, da sie schon so häufig mich getäuscht. Und ist die Hoffnung denn nicht auch ein Weib und obendrein noch die Schwester des zerbrechlichen Glücks, welches so heillos zum Sprichwort wurde? — Ich habe der Einladung meines Vaters gefolgt und die Feiertage zu Bamberg in der Ihnen rühmlichst bekannten Clique zugebracht.

Morgen reise ich nach Würzburg zurück, um in der künftigen Woche meine Vorlesungen zu beginnen, deren Anfang eigentlich schon auf heute festgesetzt ist. Empfehlen Sie mich ja auch sehr der gnädigen Frau, von welcher ich unmöglich glauben kann, daß sie auf mich ungehalten sei, denn warum wohl? Das meinen Sie, sollte ich eben raten! Gewiß nur aus Laune! Aber aus welcher, das zu bestimmen müßte selbst für

einen 2fachen (quadratus) Doctor, wie ich bin, eine harte Nuß sein, um so mehr bekannt ist, daß die geistreichsten Frauen, die launigsten sind. Leben Sie wohl und besuchen Sie bald wenigstens in einem Brief

Ihren
Freund und Diener Schönlein.

P. S. Schon in Würzburg hat mich ein guter Freund, der quittierte Offizier Haager, welcher in das freundliche Frankreich und nach Paris reisen will, gebeten, einen Freund zu München um die Beschleunigung seines Passes beim Ministerium des Äußeren zu ersuchen. Wollten Sie wohl die Güte haben, deshalb einen Gang zu machen?

Würzburg, den 23. April 19

Wertester Freund!

Schon habe ich mich am Ziel geglaubt, da erscheint ein neuer Kämpfer in den Schranken gefährlicher wohl als jeder der Besiegten; nämlich Henke⁶⁶⁾ von Erlangen. Sein Gesuch soll hier von der Kuratel schon abgefertigt sein, ob günstig oder nicht, kann ich nicht bestimmen. Auch der geforderte Bericht über mich ist, wie man versicherte, zu meinem Vorteil abgefaßt, nach München schon längst abgegangen. Kommen Sie mit Ihren Armen mir nicht zu Hilfe, so bin ich auch diesmal dem Sieg nahe aus dem Feld geschlagen. Sagen Sie doch der gnädigen Frau, Sie möchte mir ein Briefchen schreiben, um so nach Sitte der altdeutschen Frauen Heilung dem Verwundeten zu bringen. Glück auf!

Ihr
Diener und Freund Schönlein.

P. S. Ich habe deshalb auch an Hartz, Winter und Groß geschrieben.

Würzburg, den 3. Mai 19

Lieber Freund!

Sie erwarten sicher eine fein gedrechselte Dankungsadresse, doch Sie irren. Ich klatsche nie Beifall während des Stückes, sondern nur am Ende, und noch hat es leider nicht ausgespielt. Meine Freunde, welchen ich Ihren Brief mitteilte, riefen überlaut Victoria, aber ich schnitt ein Bocksgesicht und schlich mich sachte weg, um mich / wie ich es in solchen Fällen immer zu tun pflege / in Dr. Faust Rat zu holen; auch blätterte ich gar nicht lange, so traf ich auf die Stelle: „Nur, was man Schwarz auf Weiß besitzt, kann man getrost nach Hause tragen.“ Da ich aber bis jetzt noch nichts besitze, so trug ich mich eben ungetröstet nach Hause und stellte vergleichende Betrachtungen an zwischen Ihren Bescheiden „es wird eintreffen“ und dann die dictatorischen Nachrichten „es muß eintreffen“. Das Resultat dieser vergleichenden Untersuchungen war fraglich, um so weniger erfreulich, da unterdessen meine Geduld aus Ermattung und meine Hoffnung vor Alter gestorben waren; aber zum guten Glück fiel es mir noch bei, daß ich nur Sie bitten dürfte, um sicheren Aufschluß über dieses sonderbare Ereignis zu erhalten. Indem ich dieser Bitte jene anschleße, mich der gnädigen Frau zu empfehlen, bin ich wie immer

Ihr
Freund und Diener Schönlein.

Anmerkung des Herausgebers:

In den Akten des früheren kgl. Geheimarchivs findet sich eine kgl. Verfügung, weitergeleitet über das Staats-

ministerium des Innern an die Kuratel der Universität zu Würzburg vom 29. IV. 1819, welche als Punkt 2 folgendes anordnet:

Statt des Hofrats und Professors Friedreich übernimmt provisorisch der bisberige Privat-Dozent Dr. Joh. Schönlein die medizinische Klinik und die zunächst eingeschlagenen und von euch zu bestimmenden Lehrfächer in der Eigenschaft eines außerordentlichen Professors, zu welchen Wir ihn hierdurch mit einem aus dem Universitätsfonds zu entrichtenden Gehalt von 800 Gulden ernennen.

Würzburg, den 6. Nov. 1819

Wertester Freund!

Heckel wird, wie ich hoffe, Ihnen geschrieben haben; daher brauche ich Ihnen wohl kaum noch einmal die Art und Weise unseres Fortkommens und unsere Ankunft in Bamberg erzählen. Die Ananas werden Sie gut und wohlerhalten verzehrt haben; auch H. v. Hartz habe ich solche geschickt, aber vergessen, etwas Schriftliches beizulegen. — Hier in Würzburg geht es, wenigstens für mich, sehr stürmisch zu. Friedreich macht gegen mich die alten Umtriebe, und zwar jetzt weit frecher und unverhohlener als früher. Horsch soll ohne Hoffnung darniederliegen und muß schon jetzt sein Fell teilen lassen. Dr. Vend, Landgerichtsarzt und einer meiner wütendsten, wenn auch unbehilflichsten Gegner, ist eiligst nach München abgereist. Wahrscheinlich sollicitiert er die Stelle des Stadtphysicus, falls Horsch stirbt. Doch ist es bloß Vermutung. Die Ermittlung seines Reisegrundes wird Ihnen ein leichtes sein. Beobachten Sie ihn ja. Auf jeden Fall wird die Ausführung unseres Planes wegen der ambulanten Klinik äußerst dringend. Ich habe deshalb auf die Äußerung des Herrn v. Stürmann hier mit Staufenberg⁶⁷⁾ gesprochen, weil Asbeck⁶⁸⁾ gerade in Ellingen verweilt; aber der Hasenfuß ist so ängstlich und wie es scheint von Furcht vor den Würzburgern so bewegt, daß er, wie er erklärte, ohne ein Mißtrauen in meine Äußerung zu legen, könne die Kuratel doch bloß in dieser Sache dann erst Schritte tun, wenn sie von München amtlich dazu aufgefordert würde. Meine Gegeneinwendung, daß die Kuratel aus eigenem Antriebe Maßnahme für das Beste und das Wohl der Universität ergreifen müßte, daß diese Schritte zu München sicher wohlgefällig aufgenommen würden etc., war durchaus ohne Wirkung. Was hier zu tun, werden Sie wohl am besten wissen. — Empfehlen Sie mich der gnädigen Frau und entschuldigen Sie diesen wirren, schlechten Brief, denn die intensivsten Kopfschmerzen quälen seit einigen Tagen

Ihren
gehorsamen Dr. Schönlein.

Anmerkung des Herausgebers:

Aus den Personalakten des Staatsarchivs geht hervor: Am 13. IX. 1819 teilt Schönlein der Universitätskuratel mit, daß er durch das großherzogliche badische Staatsministerium einen Ruf als o. Professor an die Universität Freiburg erhalten habe. Diesen Ruf lehnte er, obwohl die finanziellen Bedingungen besser sind (1200 fl. Gehalt, freie Wohnung), sofort ab.

Mit einem Schreiben vom 16. IX. 1819 datiert: „Nimmt das bayerische Staatsministerium des Innern davon wohlgefällig Kenntnis.“

Würzburg, den 5. Dez. 19

Wertester Freund!

Ich schicke Ihnen hier einen alten Jugendfreund, den Dr. philos. Rumpf⁸⁹) aus Bamberg, welchen Sie ja noch von meinem ersten Aufenthalt her kennen müßten. Er hat sich zu Erlangen, Landshut und Göttingen für Mineralogie und Chemie gebildet; er wünscht jetzt diese Fächer an der hiesigen Universität

zu lehren. Hierauf bezieht sich seine Reise nach München. Da ich überzeugt bin, daß er für unsere Universität eine rechte Aquisition sei und einem allgemein gefühlten Bedürfnis abhelfen werde, so wage ich es, denselben Ihrer gütigsten Unterstützung dringendst zu empfehlen. Stets

Ihr Freund und Diener Schönlein.

(Fortsetzung folgt)

AUS DER LANDESPOLITIK

Aus der Haushaltsrede des Innenministers

In seiner Rede am 16. 3. 1964 führte Staatsminister Junker zu gesundheitspolitischen Fragen u. a. folgendes aus:

„Sorgen macht der ärztliche Dienst in der staatlichen Gesundheitsverwaltung. Zwar sind in den letzten Jahren beachtliche Anstrengungen unternommen worden, um den amtsärztlichen und landgerichtsärztlichen Dienst anziehender zu gestalten, und zwar besonders vom Stellenplan her. Wenn Sie die Stellenpläne vor fünf oder zehn Jahren mit denen des Haushalts 1964 vergleichen, werden Sie das bestätigt finden. Das alles ändert aber nichts an der Tatsache, daß sich der Staat hier ähnlich wie im höheren bautechnischen Dienst in einer recht ungünstigen Ausgangslage befindet. Dem Arzt sind nun einmal im freien Beruf heute wesentlich günstigere Möglichkeiten geboten. Auch die Herren Oberbürgermeister und Landräte wissen ein Lied davon zu singen, welche Mühen es kostet, qualifizierte Ärzte für die Einrichtung des kommunalen Gesundheitsdienstes zu gewinnen.

Man wird in diesem Zusammenhang prüfen müssen, ob die Zwischenbesoldungsgruppe 13a für Ärzte und Techniker heute noch ihre Daseinsberechtigung hat.

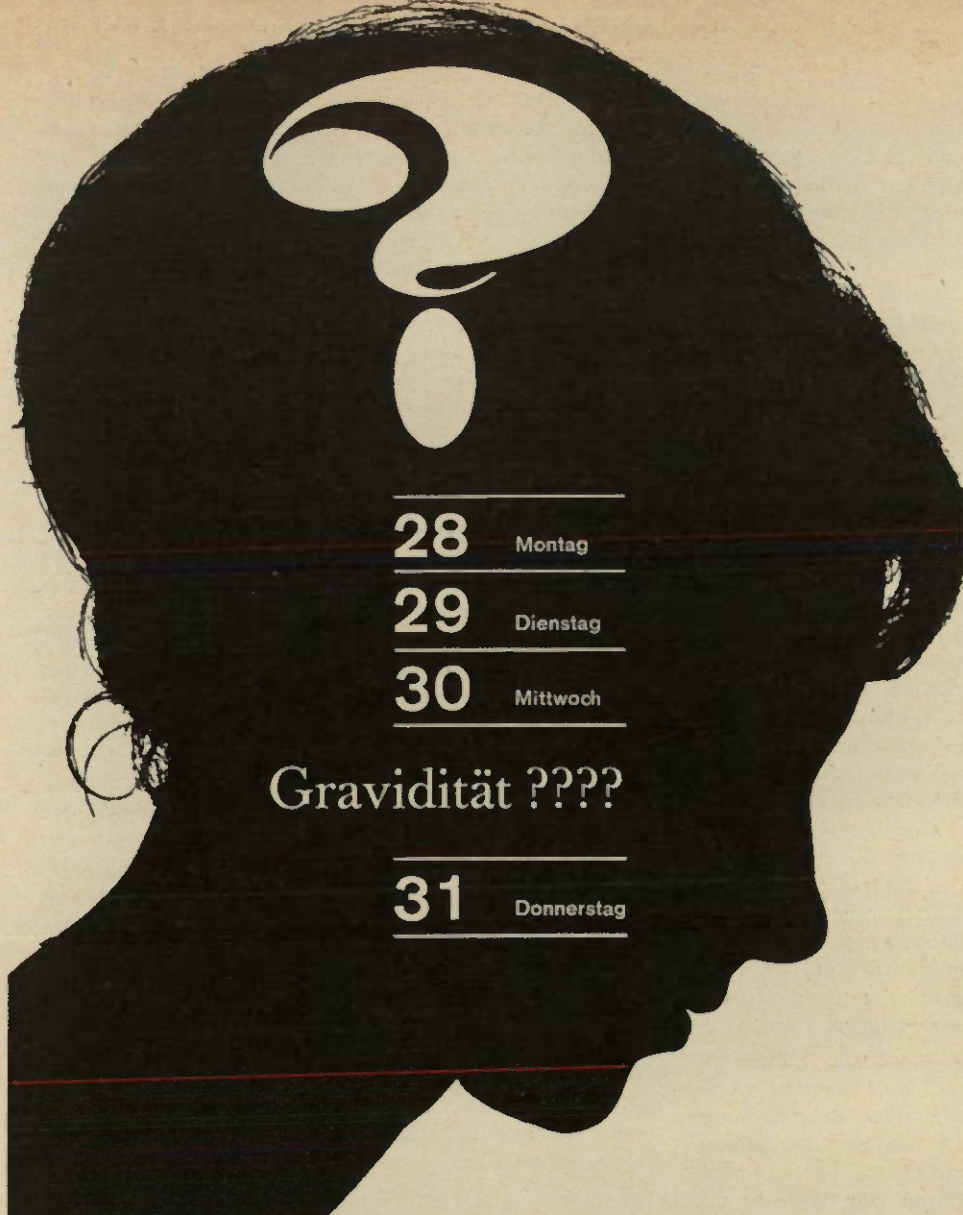
Bisher habe ich Ihnen, meine sehr geehrten Damen und Herren, von allgemeinen Aufgaben der inneren Verwaltung, von Personalsorgen und Gesetzesentwürfen berichtet. Lassen Sie mich nun zu einigen speziellen Fragen übergehen, bei denen ich Sorgen um die Gesundheit der Bevölkerung in den Vordergrund stellen möchte. Auf dem Gebiete des Gesundheitswesens tritt im Bewußtsein des Staatsbürgers, wenn er die Zeitungen liest, meine Verwaltung oft nur dann in den Vordergrund, wenn etwas nicht in Ordnung ist oder zu sein scheint, wenn z. B. irgendwo im Lande Typhus auftritt. Was den Ruf nach einem eigenen Gesundheitsminister, den der Herr Vorsitzende des Landesgesundheitsrates auf sein Banner schrieb, betrifft, so kann ich da nur folgendes sagen: Ich glaube, daß im Rahmen des großen und wichtigen und wohl auch einflußreichen bayerischen Innenministeriums die Volksgesundheit genau so gut, wenn nicht besser aufgehoben ist als in einem anderen oder gar einem eigenen Klein-Ressort. In keinem Land der Bundesrepublik gibt es ein eigenes Gesundheitsministerium — die Stadtstaaten scheiden, da ganz andere Verhältnisse vorliegen, als nicht vergleichbar aus. Und das Beispiel des Bundes brauchen wir nicht nachzuahmen. Sonst müßten wir ja auch ein Landes-Familien- und Jugendministerium schaffen.

Lassen Sie mich hier nur ein einziges Beispiel für die Wirksamkeit unserer Gesundheitsverwaltung er-

wähnen, Bayerns vorbildlichen Einsatz bei der Schluckimpfung gegen die Kinderlähmung. Sein bahnbrechendes Vorgehen ist nämlich ausgerechnet gegen Widerstände von seiten anderer Länder durchgeführt worden und auch die Stellung des Bundesgesundheitsministeriums war hier weniger fortschrittlich als die Bayerns, dem angeblich ein Fachminister fehlt. Einen besonderen Staatssekretär für das Gesundheitswesen kennt die Bayer. Verfassung nicht, deshalb mußte auch der Staatssekretär für das Bauwesen verschwinden; aber das hindert nicht, daß einmal auch ein Fachmann aus dem Gesundheitssektor Staatssekretär werden kann. Der Staatsbürger jedenfalls kann beruhigt sein. Was sich überhaupt im Rahmen einer Verwaltung auf dem Gebiet der Gesundheitspflege tun läßt, wird in Bayern getan. Allerdings so — und das möchte ich ausdrücklich auch hier noch einmal betonen —, daß die Gesundheit des Staatsbürgers nicht verstaatlicht wird und die ärztliche Betreuung beim privaten Arzt bleibt. Daher hat auch Bayern im Bundesrat das Jugendzahnpflegegesetz abgelehnt.

Der Entwurf des Haushalts 1964 läßt auf dem Gebiete des Gesundheitswesens bei flüchtiger Durchsicht keine augenfälligen Akzente erkennen. Das darf aber nicht zu dem falschen Schluß verleiten, der Staatsregierung mangle es an einer gesundheitspolitischen Konzeption. Diese fehlende Optik liegt vielmehr in der Eigenart gesundheitspolitischer Aufgaben, die nicht nur nach der Verfassung, sondern auch von der Sache her vielen Institutionen und Personen übertragen sind. Der Staatsführung obliegt es dabei weit mehr, Entwicklungen zu beobachten, Impulse zu setzen und Initiativen zu wecken, als selbst unmittelbar reglementierend einzugreifen. Wenn ich dies ausspreche, bin ich mir der Gefahr bewußt, daß oberflächliche Kritiker sich in ihren durch nichts begründeten Klagen, die gesundheitlichen Belange würden im Innenministerium vernachlässigt, bestärkt fühlen könnten. Trotzdem widerstehe ich der Versuchung, diese allgemein gehaltenen Vorwürfe durch eine Aufzählung der Aufgaben und Leistungen der Gesundheitsverwaltung zu widerlegen und Wunschbildern, die sich an Betrachtungen dieser Art knüpfen, entgegenzutreten. Denn diese Kritiker wollen von der täglichen Arbeit der Gesundheitsverwaltung, die rein medizinischen Bereichen längst entwachsen ist, nichts hören. Sie fordern spektakuläre Maßnahmen, vermeiden es aber tunlichst, ihre wenig konkreten Vorstellungen in Beziehung zu dem Raum zu setzen, der für ein staatliches Einwirken bleibt und den die Ihnen wohlbekannte Haushaltslage offen läßt. Gewiß sind noch viele Aufgaben zu lösen, sie können aber, institutionell und arbeitsmäßig be-

Gravidität ?



28 Montag

29 Dienstag

30 Mittwoch

Gravidität ????

31 Donnerstag

Klärung bringt

Amenyl[®]

HORMON
FORSCHUNG
MERCK

An 2 aufeinanderfolgenden Tagen je 1 Tablette
Keine Blutung nach der Verabreichung: Gravidität*
Menstruationsähnliche Blutung nach durchschnittlich
1-5 Tagen: Keine Gravidität

* Eine bestehende Gravidität wird durch die Medikation nicht gefährdet. Wie bei jedem hormonalen Schwangerschaftstest Bestätigung der Diagnose durch weitere Beobachtung

Praktische Zweitablettenpackung
DM 4.60 o. U. n. A. T.

DARMSTADT

dingt, nur schwerpunktartig in Angriff genommen werden.

Erster Schwerpunkt ist hier das Krankenhaus in seiner Gesamtheit. Ob es in seiner örtlichen Lage, in seiner Größe und Ausstattung den Bedürfnissen der Zeit genügt, ist Gegenstand einer gründlichen Analyse, die zu klaren Vorstellungen über noch vorhandene Mängel und Lücken in der Versorgung zu einer Krankenhausplanung führen soll. Zweck dieser Planung ist es, die Voraussetzungen für die wirksamste stationäre Betreuung der Bevölkerung in den Krankenhäusern nach Zweckbestimmung, Organisation, Räumlichkeiten und Ausstattung zu schaffen. Dabei gebieten wirtschaftliche Überlegungen die erstrebte bestmögliche Krankenhilfe mit dem geringstmöglichen Aufwand zu erreichen. Ein sich gegenseitig ergänzendes und leistungsmäßig abgestuftes Netz von Krankenhäusern soll künftig sicherstellen, daß jeder die Behandlung findet, die für seine Krankheit am zweckmäßigsten ist. Hierfür sind einmal bestimmte Ordnungsvorstellungen im großen notwendig, zum anderen müssen die Einzelplanungen eines Gebietes aufeinander abgestimmt sein. Auf umfangreichen statistischen Vorarbeiten aufbauend, wurde unter Berücksichtigung der medizinischen und soziologischen Entwicklungstendenzen eine Grundkonzeption ausgearbeitet, in der vor allem bestimmte Funktionstypen für die künftige Ordnung der Krankenhausverhältnisse festgelegt sind. Die Förderungsmittel des Staates müssen, damit sie auch wirtschaftlich verwendet werden, nur den Objekten vorbehalten bleiben, die wirklich förderungswürdig sind. Ich muß Sie schon heute um Ihr Verständnis bitten, wenn ich Wünsche, die diesen Überlegungen zuwiderlaufen, nicht unterstützen kann.

Alle Maßnahmen wären aber umsonst, gelänge es nicht, das Krankenhaus wieder auf eine gesunde wirtschaftliche Grundlage zu stellen. Die Entscheidung über die wirtschaftliche Zukunft des Krankenhauses liegt weitgehend beim Bund, nicht, wie es in einem Interview der letzten Tage zu hören war, beim bayerischen Gesundheitsminister. Die Länder werden aber nach den Beschlüssen der Ministerpräsidentenkonferenz an die Bundesregierung mit konkreten Vorschlägen herantreten. Das Krankenhaus ist nicht nur ein funktioneller „Betrieb“, es ist der Ort der unmittelbarsten menschlichen Hilfe für den Kranken, die ausbleibt, wenn nicht genügend Ärzte und Schwestern das Krankenhaus mit Leben und tätiger Hilfe ausfüllen. Das Staatsministerium des Innern wird auch weiterhin das Bemühen der Krankenhausträger unterstützen, das Interesse für den Krankenpflegeberuf zu wecken und zu fördern. Es wird sich sicher zeigen, daß über die bisher eingeleiteten Maßnahmen hinaus neue und andere Wege beschritten werden müssen.

Ein weiterer Schwerpunkt auf dem Gebiet des Gesundheitswesens ist die Gesundheitsfürsorge. Die Vorsorge vor gesundheitlichen Schäden gewinnt immer mehr an Bedeutung. Zwar wird es nie gelingen, die Krankheit ganz zu beseitigen. Sie ist Teil unseres Lebens. Durch Vorsorge kann die Gefahr aber eingeschränkt werden. Unsere Sorge muß vor allem der werdenden Mutter und den Neugeborenen gelten. Ich komme damit auf die Notwendigkeit von Blutgruppenuntersuchungen, die ich mit dem nicht ganz zutreffenden Stichwort „Rhesusfaktor“ kennzeichnen möchte. In Bayern sind jährlich nahezu 1000 Neu-

geborene dadurch gefährdet, daß die mütterlichen und die vom Vater auf das Kind vererbten Blutgruppenmerkmale sich nicht vertragen. Nur durch möglichst frühzeitigen Blutaustausch beim Neugeborenen können diese Kinder gerettet werden. Dazu müssen bereits während der Schwangerschaft bei der Mutter blutgruppenserologische Untersuchungen durchgeführt werden. Sie dienen auch der gesundheitlichen Sicherheit der Mutter; bei Komplikationen während der Geburt kann die Kenntnis der Blutgruppe von lebensrettender Bedeutung sein. Solche Untersuchungen sind bisher vielfach an der fehlenden Kostenregelung, die erst das Krankenversicherungsneuregelungsgesetz bringen soll, gescheitert.

Das Staatsministerium des Innern wird in Zusammenarbeit mit den gesetzlichen Krankenkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Bayerischen Landesärztekammer und anderen Stellen, die diese Fragen berühren, Blutgruppenuntersuchungen als Teil der Vorsorgeuntersuchungen bei Schwangeren auf freiwilliger Grundlage durchführen. Das Ergebnis der bisherigen Besprechungen läßt erwarten, daß entsprechende Maßnahmen alsbald getroffen werden könnten, wenn der Freistaat Bayern ein Drittel der Untersuchungskosten übernimmt. Dazu ist es erforderlich, im Haushalt 1964 Mittel in Höhe von 350 000 DM bereitzustellen.

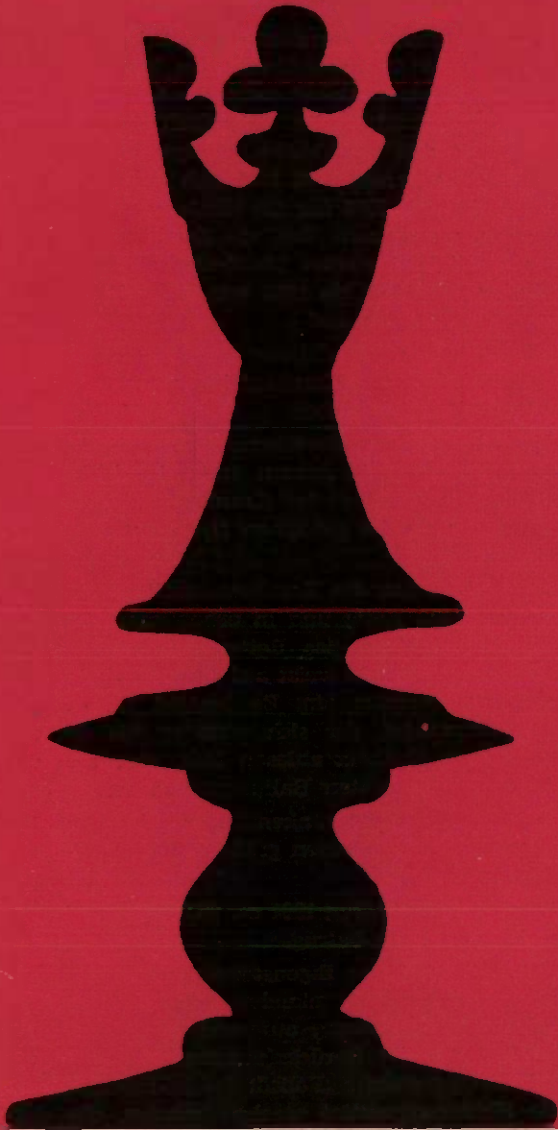
Wir haben — weil wir gerade von Neugeborenen sprachen — auch die Storchentanten nicht vergessen. Das zeigt ein um 300 000 DM erhöhter Ansatz im Haushalt zur Sicherung des Mindesteinkommens von 3000 DM je Hebamme im Jahr.

Der dritte Schwerpunkt auf dem Gebiet des Gesundheitswesens ist schließlich die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten. Das neue Bundes-Seuchengesetz hat der Gesundheitsverwaltung viel Arbeit gemacht. Der Erfolg dieser Arbeit tritt seiner Natur gemäß nach außen kaum in Erscheinung.

Die Schluckimpfung gegen Kinderlähmung, die gegen alle drei Erregertypen in Bayern als erstem Land der Bundesrepublik durchgeführt wurde, war — das kann trotz des kurzen, für die Beurteilung zur Verfügung stehenden Zeitraumes gesagt werden — ein voller Erfolg. Im Jahre 1963 wurden in Bayern nur 13 neue Erkrankungen gemeldet, die fast nur Ungelimpfte betrafen. Im letzten Epidemiejahr 1960 erkrankten dagegen noch 1182 Menschen. Dieses erfreuliche Ergebnis kann aber nur gehalten werden, wenn die Immunisierung aufrechterhalten wird. Den seit der letzten Impfkaktion nachgeborenen Kindern und auch den noch nicht geimpften Erwachsenen wurde die Nachimpfung in den letzten Wochen angeboten.

Diesen drei Schwerpunkten gegenüber stehen andere Aufgaben an Bedeutung und Umfang zurück, obwohl sie für die Betroffenen oft nicht weniger schicksalhaft sind. Dazu zählt die Überwachung des Verkehrs mit Arzneimitteln und Lebensmitteln. Der noch nicht vollaufgebaute pharmazeutische Überwachungsdienst nimmt sich zum Schutze der Bevölkerung der im Verkehr befindlichen Arzneimittel an. Es wäre aber falsch, von ihm zu erwarten, daß er schädliche Nebenwirkungen in Verkehr befindlicher Arzneimittel verhindern könnte. Hier sind die pharmazeutischen Betriebe selbst angesprochen. Darüber hin-

Schach
in Ihrer Hand



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

HEPEROS



-Institut GmbH München-Lohhof

aus halte ich es für einen vernünftigen Grundsatz, die Laienwerbung für Arzneimittel einzuschränken. „Weniger Pillen!“ wären manchmal besser.

Lassen Sie mich zuletzt auf einen dritten Fragenbereich eingehen, der mir noch sehr am Herzen liegt: Auf die Hilfe für diejenigen Menschen, die der Unterstützung der öffentlichen Hand bedürfen, um ein menschenwürdiges Dasein führen, insbesondere ordentliche Wohnungen erhalten zu können. Sozialhilfe im weitesten Sinne hat auch im heutigen Staate noch ihre große Bedeutung, vor allem solange wir immer noch an den Folgen des Krieges zu tragen haben. Das Bundessozialhilfegesetz, das am 1. Juni 1962 in Kraft getreten ist, hat eine neue Epoche auf dem Gebiet der öffentlichen Fürsorge eingeleitet; es sieht — entsprechend der gewandelten Struktur unserer Gesellschaft — eine erhebliche Verbesserung der Hilfen für die Menschen vor, die aus eigener Kraft ihr Schicksal nicht zu bewältigen vermögen. Dem Staatsministeriums des Innern als oberster Rechtsaufsichtsbehörde über die Träger der Sozialhilfe erwächst hieraus eine besondere Aufgabe. Obwohl in Bayern immer noch rd. 232 000 Menschen auf öffentliche Sozialhilfe angewiesen sind, ist die Tatsache bemerkenswert, daß bei uns nur rd. 2 v. H. der Bevölkerung Sozialhilfe erhalten müssen, während der Bundesdurchschnitt bei rd. 3 v. H. liegt. Im Vordergrund der staatlichen Förderungsmaßnahmen stehen einmal die Einrichtungen der Altenhilfe. Mit Mitteln des Landesaltentplans und mit öffentlichen Baudarlehen wurden im Jahre 1963 2064 Betten in Altersheimen und Altenpflegeheimen durch Neubau oder Erweiterung gewonnen. Darüber hinaus wurden mit allgemeinen Wohnungsbaumitteln weitere 573 neue Wohnplätze in Alten- und Altenpflegeheimen erstellt. Einem Antrag der CSU entsprechend soll durch Bindungsermächtigung die Möglichkeit geschaffen werden, im Jahr 1964 über die bisherige Jahresrate von 2000 Betten hinaus weitere 1000 Betten, insgesamt also 3000 neue Betten, zu fördern. Dadurch wird dem angestauten Bedarf Rechnung getragen und so manches dringende Vorhaben noch in diesem Jahr begonnen werden können. Für die Verbesserung und Instandsetzung von Altenheimen, die neuzeitlichen Anforderungen nicht mehr entsprechen, können die hierfür vorgesehenen Mittel heuer wieder zu einem Teil, nämlich 350 000 DM von 2 000 000 DM, als Zuschüsse gegeben werden. Auf diese Weise kann besonders bedürftigen Trägern solcher Heime wirksamer geholfen werden.

In der offenen Altershilfe wurde der Altenerholungs-fürsorge besondere Aufmerksamkeit geschenkt. 5000 alte Menschen konnten in Erholung geschickt werden.

Aus der Arbeit des Bayerischen Landesgesundheitsrates:

Beratung des Krankenhaus-Gesamtplans

Der Bayerische Landtag ersuchte die Bayerische Staatsregierung am 21. 5. 1961 — Beilage 2256 — unter Einschaltung des Bayer. Landesgesundheitsrates einen Krankenhaus-Gesamtplan vorzulegen. Landtag und Landesgesundheitsrat forderten diesen Krankenhaus-Gesamtplan, um eine bestmögliche stationäre Versorgung der Bevölkerung zu erreichen und um sicherzustellen, daß die Förderungsmittel des Staates zweckmäßig verwendet werden. Auf Grund eingehender statistischer Erhebungen und unter Berücksichtigung der bisherigen Erfahrungen bei der Entwicklung des

Krankenhauswesens legte die Staatsregierung ihre grundsätzliche Vorsteilung für einen Krankenhaus-Gesamtplan am 10. 6. 1963 dem Bayer. Landesgesundheitsrat vor. Der Gesamtkrankenhausplan sieht vor, daß durch ein System leistungsfähiger Krankenhäuser (Grund-, Haupt- und Zentralkrankenhäuser) die stationäre Krankenhausbehandlung weiter verbessert wird. Sonder- und Fachkrankenhäuser sowie freigemeinnützige und private Krankenanstalten sollen in die Planung miteinbezogen werden.

Durch Errichtung oder Einrichtung von Krankenhäusern für Leicht-, Chronisch- und Alterskranke, möglichst in Verbindung mit bereits bestehenden Krankenanstalten, sollen die Krankenhäuser für Akut-Kranke entlastet werden.

Der Bayer. Landesgesundheitsrat hat in mehreren Vollsitzungen die Grundsatzlinien des Krankenhaus-Gesamtplanes beraten. Dabei stellte der Landesgesundheitsrat fest, daß schon die bisherigen Bemühungen zur Förderung des Krankenhauswesens sich erfolgreich ausgewirkt haben. Seit 1945 gab der Bayerische Staat rund 150 Mill. DM für die Förderung des Krankenhauswesens aus, zum Teil als Zuschüsse — zum Teil als verbilligte Darlehen. Die Bettenzahl für Akut-Kranke stieg von 1952 bis 1962 von 60 780 Betten auf 70 711. Davon entfallen auf

| | |
|---------------------------------|-------|
| öffentliche Krankenhäuser | 65,7% |
| freigemeinnützige Krankenhäuser | 22,9% |
| private Krankenhäuser | 11,4% |

Im Verhältnis zum Bevölkerungszuwachs ist der Bettenraum jedoch seit Jahren trotz der bisherigen Anstrengungen von seiten der Krankenhausträger und des Staates der gleiche geblieben (7,4% auf 1000 Einwohner).

Dagegen haben sich die Krankenhausfälle bei Akut-Kranken seit 1952 stetig und in erheblichem Umfang vermehrt. Das Steigen des Bettenausnutzungsgrades auf 92,9% im Jahre 1960 weist auf eine Überbelastung der Krankenhausbetten hin. Es besteht ein quantitativer Bettenmangel, der sich weniger aus der gesamtbayerischen Statistik ablesen läßt, aber sich vor allem in den sogenannten Ballungszonen zeigt.

Seit 1952 haben die Krankenhäuser mit unter 100 Betten um 20 v. H. zugunsten größerer Krankenhäuser abgenommen.

Die Verweildauer betrug 1961 ca. 25,8 Tage, während sie 1934 noch 40 Tage betrug.

Mit Rücksicht auf die Eigenständigkeit und Eigenverantwortlichkeit der Krankenhausträger können nur Leitsätze für eine Planung aufgestellt werden. Auch in Zukunft kann die Berücksichtigung der Leitsätze nur durch die sogenannte „Politik des goldenen Zügels“ über die Förderungsmittel erreicht werden, die deshalb wesentlich erhöht werden sollen.

Die Erhebung über den Bettenbestand in qualitativer Hinsicht läuft z. Z. noch. Sie ist zur Aufstellung einer differenzierten Krankenhausplanung notwendig.

Als Zwischenberatungsergebnis stellt der Landesgesundheitsrat fest:

Die in der Denkschrift der Gesundheitsabteilung festgelegte Grundsatzplanung entspricht auch den Vorstellungen des Landesgesundheitsrates.

Der Landesgesundheitsrat beschloß die Einsetzung eines ständigen Unterausschusses, der zusammen mit

der Bayerischen Staatsregierung die endgültige Krankenhaus-Gesamtplanung ausarbeiten wird.

Der Landesgesundheitsrat empfiehlt zusätzlich folgende Maßnahmen im Krankenhausgesamtplan zu berücksichtigen:

1. Beihilfen für Krankenhäuser nach Art. 10 FAG sollen erhöht und gesondert ausgewiesen werden. Ein Gutachtergremium, dem auch Mitglieder des Landesgesundheitsrates angehören, soll die Verteilung der Förderungsmittel vornehmen.
2. Das Vorhandensein oder die Errichtung von Personalbetten haben als Voraussetzung für die Vergabe der Förderungsmittel zu gelten.
3. Die Errichtung und der Unterhalt von Krankenpflegeschulen und Ausbildungsstätten für Heilhilfsberufe sollen, wenn notwendig, zur Bedingung für die Vergabe von Förderungsmitteln gemacht werden.
4. Durch eine intensive Zusammenarbeit mit den Trägern der Sozialversicherung, mit der Bundeswehr und dem zivilen Bevölkerungsschutz soll erreicht werden, daß alle Vorhaben auf dem Gebiet des Krankenhauswesens und der Ausbildung von Krankenpflegepersonen sowie der Heilhilfsberufe koordiniert werden.
5. Landtag und Staatsregierung sollen sich energisch dafür einsetzen, daß bei Mitgliedern der sozialen Krankenversicherung kostendeckende Pflegesätze gewährt werden.

Aus dem Bayerischen Senat

Senator Dr. Dr. v. Gugel zum Medizinstudium in München

In der Aussprache über den Haushalt des Kultusministeriums im Bayerischen Senat führte Herr Kollege v. Gugel u. a. folgendes aus:

„Sie wissen, daß eine der beengtesten Fakultäten die Medizinische Fakultät der Universität München ist. Die Medizinische Fakultät München hat als Notmaßnahme vor vier Jahren eine Aufnahmekommission bilden müssen, die pro Semester 250 Studenten aufnimmt, im Durchschnitt aber 700 bis 1000 Studenten jeweils abweisen muß. Diese Studenten werden ausgewählt; das heißt, es wird von der Medizinischen Fakultät der Universität München nur ein Bewerber angenommen, der in der Reifeprüfung mindestens die Durchschnittsnote 2,5 erreicht hat. Falls nicht genügend Bewerber mit dieser Durchschnittsnote vorhanden sind, wird im Notenbereich zwischen 2,5 und 3 eine weitere Selektion durchgeführt, wobei den Humanisten sowie denen der Vorrang gegeben wird, die in den Naturwissenschaften besser abgeschnitten haben. Es wird aber auch das Ergebnis in Deutsch berücksichtigt, woraus Sie ersehen können, daß man mit einem Fünfer in Deutsch zwar das Zeugnis der Reife bekommen kann, damit aber noch lange nicht die Möglichkeit hat, an der Universität der eigenen Wahl zu studieren. In der Pharmakologie ist es übrigens noch toller. Da werden jeweils nur 70 Mann von 1200 Bewerbern angenommen.“

Ich frage nun: Ist es denn nicht möglich, eine Form zu finden, die es gestattet, die in München zur Verfügung stehenden Ausbildungsmöglichkeiten endlich einmal in Anspruch zu nehmen? Wir wissen, daß es zunächst an den personellen Gegebenheiten gescheitert ist, eine Zusammenfassung im Rahmen der Medizinischen Fakultät zu erreichen, und daß es nicht möglich

war, die Frage der zweiten Fakultät ernsthaft zu diskutieren. Aber genauso, meine Damen und Herren, wie in Augsburg eine Akademie errichtet werden kann, kann in München eine Medizinische Akademie errichtet werden. Die Studenten, die nach München kommen, wollen nach München, weil sie das Leben dieser Stadt, ihre künstlerischen Gegebenheiten, ihre Konzerte, Theater und Museen in der Nähe haben wollen. Wir haben in München 4000 Krankenbetten, die für Forschung und Lehre nicht in Anspruch genommen werden. Diese 4000 Betten werden betreut von 28 Hochschullehrern, die sehr wohl in dieser Akademie tätig werden könnten. Das Kuriose ist, daß diese Akademie räumlich und personell beinahe fertiggestellt ist. Es bedarf nur der Zustimmung des Kultusministeriums, und es könnte hier einem echten Notstand abgeholfen werden.“

Der Kultusminister zur vierten Landesuniversität

Die vierte Landesuniversität Regensburg werde — wie der bayerische Kultusminister in seiner Hausaltsrede am 3. März 1964 ausführte — in ihrem Aufbau neue Wege gehen und konstruktive Gedanken verwirklichen. Dazu gehöre das neue Bild des Kanzlers als leitendem Verwaltungsbeamten, der den Weisungen des Rektors untersteht, jedoch die Hochschullehrer von der Verwaltungsarbeit entlasten soll. Durch eine Verwaltungskommission werde die Verbindung mit dem Wissenschaftsbetrieb der Fakultäten und Abteilungen und den Verwaltungsfunktionen des Rektors und des Kanzlers in neuartiger Weise hergestellt. Die Möglichkeit der Untergliederung der Fakultäten in Abteilungen sei vorgesehen. Eine Reihe zukunftsweisender Reformgedanken, die zum Teil den „Anregungen des Wissenschaftsrats zur Gestaltung neuer Hochschulen“ entstammten, hätten hier ihren Niederschlag gefunden, so die Doppelzugehörigkeit von Lehrstühlen zu verschiedenen Fakultäten und Abteilungen, interfakultative Zentralinstitute, Zusammenfassung von Lehrstühlen in Fächergruppen, stärkere Beteiligung des akademischen Mittelbaues, straffere Gestaltung des Studiums bei voller Wahrung akademischer Freiheit, Einrichtung studentischer Arbeitsgruppen unter Leitung von Tutoren, rationelle Ausnützung der Studienzeit, besonders der Erstsemester, mit Hilfe von Studienplänen und anderes mehr. „Die Staatsregierung ist entschlossen, an traditionsreicher Stelle, die von einer 2000jährigen Geschichte erfüllt ist, eine von den Forderungen unseres Jahrhunderts getragene Pflegestätte der Wissenschaft zu errichten.“ Die maßgebenden ersten Schritte für die Verwirklichung des Vorhabens seien mit der Schaffung der Planstellen für den Rektor und Prorektor sowie für die Beamten der Universitätsbibliothek und mit der Entscheidung für den Standort der neuen Hochschule geschehen.

Ausbau der Kliniken in Würzburg

Das Kultusministerium hat den Detailplanungsauftrag für den Neubau der Hals-, Nasen- und Ohrenklinik sowie der Augenklinik der Universität Würzburg erteilt. Außerdem werden in Würzburg die Neurologische Klinik und die Neurochirurgische Klinik gebaut. Diese vier neuen Kliniken werden in einem großen, nach neuesten Erkenntnissen eines zweckmäßigen Klinikbetriebes gestalteten Baukörper zusammengefaßt. Der Entwurf ist aus einem vom bayerischen Staat durchgeführten Wettbewerb hervorge-

gangen, zu dem bedeutende Architekten eingeladen waren. Der erste Bauabschnitt umfaßt den Neubau der Hals-, Nasen- und Ohrenklinik, der Augenklinik sowie einen Hörsaal. Dazu kommen die für alle vier Kliniken notwendigen gemeinsamen Anlagen, z. B. Bettenzentrale, Rohrpostzentrale, Schwachstromzentrale. Den zweiten Bauabschnitt bilden der Neubau

der Neurochirurgischen Klinik und der Neurologischen Klinik sowie der Bau des zweiten Hörsaales. Mit der Ausarbeitung des Detailprojekts wurde eine Architektengemeinschaft beauftragt. Die Kosten der Baumaßnahme wurden für den ersten Bauabschnitt auf 33,6 Mill. DM und für den zweiten Bauabschnitt auf 29,1 Mill. DM festgesetzt.

Feuilleton

Der Fall des Hofsteinmetzen Rössel brachte erstmals Chirurgen auf die „Wundertafel“

Wer nach Berufen sucht, die in der Wundertafel-Malerei verherrlicht wurden, muß des berühmten Hofsteinmetzen Jakob Michael Rössel gedenken. Der auch baumeisterlich schaffende Rössel im bayerischen Eichstätt war es, der 1744 bei einem Arbeitsunfall schwer getroffen, nach einem „grausamen Schnitt“ am Orte der Verehrung der hl. Walburga — wie sich versteht — durch diese Heilige „wundersam“ genas und dafür erstmals Bader und Chirurgen mit aufs Motivbild nahm. Die derart erhörten und bezeugten Gebete gehören zu den eindrucksvollsten Dokumenten der Motivtherapie.

Als prunkvolle Kirche oder einfältiges „Wundertafel“, kostbar in Silber oder billig in Holz gestaltet, ragen die Zeugen solcher „Verlobungs-Therapie“ in unsere Gegenwart, füllen Kirchengrüfte Hunderttausende von Bildern. Noch 1945 wurde in Garmisch-Partenkirchen ein mächtiges Bild mit amerikanischen Panzern und anderen kriegerischen Requisiten geschaffen zum Dank für die Bewahrung vor feindlicher Zerstörung. Auf vielen Motiven ziehen Bomber durch die primitive Szene mit der Bitte: „Hl. Jungfrau, bewahre uns!“ Wann taucht ein Atompilz auf?

Unglücksfälle und Krankheiten des Alltages sind es überwiegend, vor denen geschützt zu werden oder von

denen errettet zu sein man sich, Frau und Kinder nebst Hof und Vieh, der Hl. Jungfrau, einer anderen oder einem anderen Heiligen „verlobt“. Fast ausschließlich schauen nur sie aus den Wolkenlöchern auf die Ereignisse und Szenen, schwebend oder wägend, herab. Andere, zumal menschliche Retter, sind nur selten zu sehen. Es qualifiziert daher jene Motive als eine besondere Kategorie, in denen ein Mensch, wenn auch nur als Gehilfe eines Heiligen, auftritt, und dies ist dann meist ein Arzt.

Der Votant ist sich bewußt und läßt es eindrucksvoll demonstrieren, daß ein Heiliger geholfen hat, wenn auch nicht er allein. Da die Votanten meist kaum schreiben, geschweige denn malen konnten, ließen sie sich die Täfelchen meist (durch unbekannte Meister) gestalten. Wie eine Votivkirche nicht zuletzt dem Ruhm des meist prominenten Votanten dienen sollte, so wurden auch manche Tafeln zu historischen Gemälden, auf denen man, wie bei Rössel, außer dem Geretteten die Verwandtschaft und lokale Prominenz verewigte. Als eine Rarität der Medizin- und Baugeschichte muß indessen ein Motiv bewertet werden, auf dem erstmals ein schwerer Eingriff, und zwar wegen eines Betriebsunfalles, abgebildet ist.

Typischer Berufsunfall...

Die Szene des Motivbildes ist offensichtlich historisch-werbend gedacht. Rössel ließ sich im Krankenhemd auf einer Bahre zeigen. Offenbar nicht unwichtig für die Bestimmung des Eingriffs ist, daß auf der rechten Seite ein Gehilfe den rechten Arm des Patienten hebt. Am Fußende steht der Chirurgus. Was er in der Hand hält, könnte ein Band zum Fatschen, aber auch ein Katheter sein. Das Hemd ist nach offenbar beendeter Operation fast bis zu den Knien herabgezogen. Wie — medizinisch — unfachlich die Szene konzipiert ist, zeigt die Masse der Verwandten und Respektspersonen, die Rössel mit im „Operationsraum“ aufbauen ließ. Soviel Lalen bei einer Operation waren schon um die Wende des Jahrhunderts nicht mehr üblich, es sei denn zur klinischen Demonstration. Wie sich versteht, sind der hl. Michael und die hl. Walburga dabei, aber oben, in den Wolken.

Rössel läßt nach dem schwer entzifferbaren Text den Fall wie folgt schildern: „Ich, Johann Michael Rössel, Bürger und Hofsteinmetz in Eichstätt, bekenne hiermit öffentlich, daß ich über drei Jahre lang an einer entsetzlichen, schmerzhaften und unheilbaren Krankheit darnieder gelegen und mir, nachdem alle angewendeten Mittel vergeblich gewesen sind, die Doktoren und Bader jede Hoffnung aufgegeben, ein Arzt eine zwölf Zoll lange Wunde frisch in den Leib geschnitten und mit äußerster Lebensgefahr herausgerissen. Nachher



Dank für einen Fuß-Eingriff 1849

Tassenfertiger Bronchial-Tee
zuverlässiges Expektorans
bei allen
Entzündungen der Atemwege

Bronchostad[®]



Solvefort[®]

Blasen- und Nierentee
tassenfertig
aus spezifischen
pflanzlichen Drogen

Nach jahrzehntelanger
Bewährung der STADA-Tees
jetzt auch
als moderne
Phytotherapeutica
für Ihre „eiligen“ Patienten



Dortelweil/Wetterau

die Sehnen aufgeschlitzt, aus denen über ein Maß Eiter geflossen. Danach bin ich von zwei starken Kerien mit aller Gewalt mit einer seidenen Schnur wieder gebunden worden. Alle miteinander, Geistliche und Weltliche, sind an meiner Genesung und Aufkommen gänzlich verzweifelt. In weicher meiner äußersten Not und Verlassenheit ich nächst Gott meine Zuflucht zu dem hl. Erzengel und der wundertätigen hl. Walburga genommen, durch welcher und mehr Heiliger Beihilfe ich diesen so grausamen Schnitt ohne alle Ohnmacht, Angst und Furcht glücklich ausgestanden habe und mich mit einer heiligen Messe und Motivtafel verlobet, worauf ich mich allsogleich und dermaßen gebessert, daß ich nicht nur allein innerhalb sechs Wochen wiederum habe ausgehen können, sondern mich auch in dermaßen gutem und vollkommenem Gesundheitszustand befand, daß ich meiner obwohl harten Stein-

metzenarbeit ohne Hindernis vorstehen kann. Zu dessen Urkund und schuldigster Danksagung habe ich diese Motivtafel, wie hier zu sehen, aufhängen und zugleich die viel versprochene heilige Messe lesen lassen. Geschehen zu Eichstätt, am 20. Mai des Jahres 1744."

Es handelt sich offensichtlich um einen noch heute vorkommenden Berufsunfall der Steinmetzen beim Aufstellen etwa hüfthoher Blöcke, die, in „Nierenhöhe“ umfallend, ein stumpfes Bauchtrauma verursachen, das eitert. Der para-nephritische Abszeß pflegt zu verkapseln, so daß zuerst das „wilde Fleisch“ herausgerissen werden muß, wonach der Eiter abfließt. An der Seite des Eingriffs muß der Arm hochgehalten werden. Damals pflegte man die aufgeschnittene Flanke durch Umwickeln des Körpers zu verbinden.

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

AMTLICHES

Regelung der Kindergeldzahlung durch die Kindergeldkasse der Bayer. Landesärztekammer nach Inkrafttreten des Bundeskindergeldgesetzes

Dem vom Bundestag am 6.3.1964 in dritter Lesung verabschiedeten Bundeskindergeldgesetz hat der Bundesrat inzwischen zugestimmt, so daß das Gesetz demnächst verkündet werden wird. Es tritt grundsätzlich am 1.7.1964 in Kraft.

Von diesem Tag an übernimmt der Bund die Aufwendungen für die Zahlung des Kindergeldes. Die Durchführung dieses Gesetzes wird von diesem Zeitpunkt an von der Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung übernommen. Gleichzeitig werden die Familienausgleichskassen und die nach dem Kindergeldgesetz vom Jahr 1955 geschaffenen Eigeneinrichtungen, somit auch die Kindergeldkasse der Bayer. Landesärztekammer, aufgelöst.

Das Bundeskindergeldgesetz hat die Kindergelder wie folgt festgesetzt:

| | |
|-------------------------------|-------------------|
| für das 2. Kind | 25.— DM monatlich |
| für das 3. Kind | 50.— DM monatlich |
| für das 4. Kind | 60.— DM monatlich |
| für das 5. und weitere Kinder | 70.— DM monatlich |

Die Einkommensgrenze für den Anspruch auf Kindergeld für das 2. Kind bleibt bei DM 7200.— im Jahr.

Für die Zeit vom 1.1.1964 bis zum 30.6.1964 ist im Bundeskindergeldgesetz folgende Übergangsregelung getroffen worden:

- Für Zweitkinder wird das Kindergeld in unveränderter Höhe von den Arbeitsämtern wie bisher gezahlt.
- Für dritte und weitere Kinder wird das Kindergeld wie bisher von der Kindergeldkasse der Bayer. Landesärztekammer ausgezahlt. Für jedes dieser Kinder wurde Ende März für die Monate Januar, Februar und März 1964 je ein monatliches Kindergeld von DM 50.— von der Kindergeldkasse ausgezahlt.
- Für vierte Kinder besteht seit 1.1.1964 ein Anspruch auf monatlich DM 60.—, für fünfte und weitere ein solcher auf monatlich DM 70.—. Der Unterschiedsbetrag zwischen diesen Beträgen und dem Betrag von DM 50.— je Kind wird nicht von der Kindergeldkasse der Bayer. Landesärztekammer, sondern im Wege der Nachzahlung nach dem 1.7.1964 von den Arbeitsämtern geleistet.

Die nächste und letzte Kindergeldzahlung durch die Kindergeldkasse der Bayer. Landesärztekammer erfolgt daher Ende Juni 1964 mit dem monatlichen Kindergeld von DM 50.— für die Monate April, Mai und Juni 1964 für jedes dritte und weitere Kind.



Hilfe für Herz und Kreislauf

Herzgesamtextrakt
mit Oxypropyltheophyllin und Niacindäthylamid

Das Herz wird gestärkt und gleichzeitig geschont

Tonocor

O.P.: Dragées 25 Stück DM 2,10 o.U.
100 Stück DM 6,50 o.U.
Tropfen 20 ccm DM 3,55 o.U.
Ampullen 3 zu 1 ccm DM 2,35 o.U.



IFAH GMBH · HAMBURG 22

Aufruf des Bayer. Staatsministeriums des Innern Gesetzliche Schutzimpfung gegen Pocken

Nach einer Mitteilung der WHO Press vom 14. 2. 64 wurden in der Welt vom 1. Januar bis 29. November 63 88 442 Erkrankungen an Pocken mit 25 544 Todesfällen bekannt.

Diese Weltseuchenlage führt vor Augen, daß im Zeitalter der schnellen interkontinentalen Flugverbindungen damit gerechnet werden muß, daß auch in unser Land Pocken eingeschleppt werden können. Das Bayer. Staatsministerium des Innern hält es daher für angebracht, die Bevölkerung auf die Notwendigkeit des Impfschutzes gegen Pocken hinzuweisen. Die staatlichen Gesundheitsämter werden im April und Mai entsprechende Merkblätter zur Aufklärung verteilen.

Es wird gebeten, die niedergelassenen Ärzte aufzufordern, diese Aufklärung im Rahmen ihrer Tätigkeit zu unterstützen. Weiterhin wird gebeten, bei dieser Gelegenheit im „Bayer. Ärzteblatt“ auf die gesetzlichen Bestimmungen der Pockenschutzimpfung, nach Möglichkeit im Wortlaut, hinzuweisen.

Die für den Arzt besonders wichtigen Bestimmungen des Reichsimpfgesetzes sind:

M 1 Impfgesetz

Vom 8. April 1874 (RGBl. 31)

§ 1 Impfpflicht.

Der Impfung mit Schutzpocken soll unterzogen werden:

1. jedes Kind vor dem Ablauf des auf sein Geburtsjahr folgenden Kalenderjahrs, sofern es nicht nach ärztlichem Zeugnis (§ 10) die natürlichen Blattern überstanden hat;
2. Jeder Zögling einer öffentlichen Lehranstalt oder einer Privatschule mit Ausnahme der Sonntags- und Abend-schulen innerhalb des Jahres, in welchem der Zögling das zwölfte Lebensjahr zurückgelegt, sofern er nicht nach ärztlichem Zeugnis in den letzten fünf Jahren die natürlichen Blattern überstanden hat oder mit Erfolg geimpft worden ist.

§ 2 Zurückstellung.

- (1) Ein Impfpflichtiger (§ 1), welcher nach ärztlichem Zeugnis ohne Gefahr für sein Leben oder für seine Gesundheit nicht geimpft werden kann, ist binnen Jahresfrist nach Aufhören des diese Gefahr begründenden Zustandes der Impfung zu unterziehen.
- (2) Ob diese Gefahr noch fortbesteht, hat in zweifelhaften Fällen der zuständige Impfarzt (§ 6) endgültig zu entscheiden.

§ 3 Wiederholungsimpfung.

- (1) Ist eine Impfung nach dem Urteile des Arztes (§ 5) erfolglos geblieben, so muß sie spätestens im nächsten Jahre und, falls sie auch dann erfolglos bleibt, im dritten Jahre wiederholt werden.
- (2) Die zuständige Behörde kann anordnen, daß die letzte Wiederholung der Impfung durch den Impfarzt (§ 6) vorgenommen werde.

§ 4 Nachholung.

Ist die Impfung ohne gesetzlichen Grund (§§ 1, 2) unterblieben, so ist sie binnen einer von der zuständigen Behörde zu setzenden Frist nachzuholen.

§ 8 Impfbefugnis nur für Ärzte.

- (1) Außer den Impfpärzten sind ausschließlich Ärzte befugt, Impfungen vorzunehmen.
- (2) Sie haben über die ausgeführten Impfungen in der im § 7 vorgeschriebenen Form Listen zu führen und dieselben am Jahresschluß der zuständigen Behörde vorzulegen.

§ 12 Nachweis.

Eltern, Pflegeeltern und Vormünder sind gehalten, auf amtliches Erfordern mittels der vorgeschriebenen Bescheinigungen (§ 10) den Nachweis zu führen, daß die Impfung ihrer Kinder und Pflegebefohlenen erfolgt oder aus einem gesetzlichen Grunde unterblieben ist.

§ 13 Schulen.

- (1) Die Vorsteher derjenigen Schulanstalten, deren Zöglinge dem Impfwange unterliegen (§ 1 Ziffer 2), haben bei der Aufnahme von Schülern durch Einfordern der vorgeschriebenen Bescheinigungen festzustellen, ob die gesetzliche Impfung erfolgt ist.
- (2) Sie haben dafür zu sorgen, daß Zöglinge, welche während des Besuches der Anstalt nach § 1 Ziffer 2 impfpflichtig werden, dieser Verpflichtung genügen.
- (3) Ist eine Impfung ohne gesetzlichen Grund unterblieben, so haben sie auf deren Nachholung zu dringen.
- (4) Sie sind verpflichtet, vier Wochen vor Schluß des Schuljahres der zuständigen Behörde ein Verzeichnis derjenigen Schüler vorzulegen, für welche der Nachweis der Impfung nicht erbracht ist.

Entzug der Approbation und andere Bestallungsangelegenheiten der Ärzte

Betr.: Dr. med. Kurt Schmidt, geb. 23. 11. 1910, wohnhaft Offenburg, Hauptstraße 43a.

Das Regierungspräsidium Südbaden hat mit Verfügung vom 26. 10. 1960 die Approbation von Dr. med. Kurt Schmidt, Offenburg, Hauptstraße 43a, geb. 23. 11. 1910, auf Grund § 5 Abs. 1 Nr. 3 der Reichsärzteordnung vom 23. 12. 1935 zurückgenommen. Die Verfügung ist am 14. Januar 1964 rechtskräftig geworden.

Betr.: Praktischer Arzt Werner König, geb. 4. 8. 1913, wohnhaft Grafenhausen/Schwarzwald.

Das Regierungspräsidium Südbaden hat mit Verfügung vom 16. 12. 1963 die Approbation des praktischen Arztes Werner König, Grafenhausen/Schwarzwald, geb. 4. 8. 1913, gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 3 der Bundesärzteordnung vom 2. 10. 1961 zum Ruhen gebracht. Die Verfügung ist am 18. 1. 1964 rechtskräftig geworden.

Betr.: Dr. med. Heinz Schlingmeier, geb. 13. 6. 1919 in Herford, wohnhaft Berlin 31, Albrecht-Achilles-Straße 55 b.

Der Senator für Gesundheitswesen in Berlin hat gemäß § 6 Abs. 2 in Verbindung mit § 12 Abs. 2 Ziff. 1 der Bundesärzteordnung vom 2. Oktober 1961 (Gesetz- und Verordnungsblatt für Berlin S. 1697) auf Grund des Gutachtens des Instituts für gerichtliche und soziale Medizin der Freien Universität Berlin vom 16. 1. 1964 die Ruhensverfügung des Präsidenten des Niedersächsischen Verwaltungsbezirks Braunschweig vom 29. Januar 1959 aufgehoben.

Salistoperm

Das percutane Heilanaestheticum

Inasthmon

Das percutane Expectorans

GESETZES- UND RECHTSFRAGEN

Fachärzte müssen sich auch im Krankenhaus auf ihr Fachgebiet beschränken

Urteil des Berufsgerichts für die Heilberufe beim Oberlandesgericht Nürnberg vom 18. Dezember 1963 — Az.: BG-Ä 8/62 — rechtskräftig.

Sachverhalt:

Dr. X hatte 1946 die Anerkennung als „Facharzt für Chirurgie“ erhalten, welche Bezeichnung er seither auch stets führte. Seit 1952 ist er Chefarzt des Kreiskrankenhauses in Y. In dieser Eigenschaft hat Dr. X die stationäre Betreuung „sämtlicher Patienten“ des Hauses vertraglich übernommen; maßgebend sollten dazu u. a. die Vorschriften der Berufsordnung sein.

Obwohl Chefarzt Dr. X die Bezeichnung „Facharzt für Chirurgie“ führte, hat er im Krankenhaus auch laufend Patienten mit inneren Krankheiten behandelt. Diese unzulässige Überschreitung seines Fachgebiets, dessen Bezeichnung er führte, suchte Dr. X mit dem Hinweis auf seine vertraglichen Verpflichtungen als Chefarzt und seine besondere Situation zu rechtfertigen. Die Bayerische Landesärztekammer hat nach ihrer Einschaltung schließlich Dr. X schriftlich aufgefordert, bis Ende September 1962 sein berufsordnungswidriges Verhalten abzustellen. Da Dr. X sich weigerte, wurde Antrag auf Eröffnung eines berufsgerichtlichen Verfahrens gestellt.

Das Berufsgericht befand Dr. X für schuldig einer Verletzung seiner Berufspflichten. Im Hinblick auf die besonderen Umstände des Falles — vor allem die späte eindeutige Aufklärung des Dr. X und seine sonstige Untadeligkeit — erschien dem Berufsgericht hier eine Warnung als ausreichend.

Aus den Gründen:

Der Beschuldigte hat dadurch, daß er trotzdem, und zwar bis gegen Ende März 1963 im Kreiskrankenhaus Y auch Personen behandelte, die an inneren Krankheiten litten, sich einer Verletzung der ihm als Arzt obliegenden beruflichen Pflichten schuldig gemacht. Nach § 34 Abs. 2 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns müssen sich Fachärzte grundsätzlich auf das Fach beschränken, dessen Facharztbezeichnung sie führen. Der Beschuldigte durfte daher, da er sich als Facharzt für Chirurgie bezeichnete, lediglich chirurgische Fälle behandeln, nicht aber auch Personen mit inneren Krankheiten. Die Ansicht des Beschuldigten ist verfehlt, daß für ihn nicht die Facharztordnung gilt, die den zweiten Teil der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns vom 1. April 1958 bildet. Der Beschuldigte meint zu Unrecht, daß aus dem Umstand, daß er schon 1946 die Berechtigung erhalten habe, sich als Facharzt für Chirurgie zu bezeichnen, sich ergebe, daß für ihn die damals gültige Facharztordnung auch heute noch bestimmend sei. Dies ist nicht der Fall. Aus § 35 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns folgt vielmehr, daß lediglich die Anerkennungen als Facharzt bestehen bleiben, die auf Grund einer früheren Facharztordnung gewährt wurden, und daß Ärzte, die ihre Bestallung nach der Bestallungsordnung vom 17. Juli 1939 oder früher erhalten haben, die Anerkennung als Facharzt nach den für sie bisher geltenden Bestimmungen erlangen kön-

nen. Die mit der Anerkennung als Facharzt verbundenen Rechte und Pflichten richten sich jedoch für alle Fachärzte nach der nunmehr gültigen Facharztordnung, wie sie im zweiten Teil der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns enthalten ist.

Daß die Beschränkung eines Facharztes auf sein Fachgebiet, wie sie § 34 Abs. 2 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns fordert, nicht gegen die bayerische Verfassung verstößt, hat der Bayerische Verfassungsgerichtshof mit Urteilen vom 4. Juli 1952 (Entscheidungen des Bayer. VerFGH Bd. 5 S. 161) und vom 6. Juli 1961 (Bayer. Ärzteblatt 1961 S. 399) entschieden.

Der Beschuldigte konnte sich anfänglich allerdings für berechtigt halten, als Chefarzt des Kreiskrankenhauses auch Personen mit inneren Krankheiten zu behandeln. Nach dem mit dem Landkreis Y 1955 geschlossenen Vertrag war der Beschuldigte verpflichtet, alle stationären Patienten zu behandeln... Aus diesen beiden Schreiben, die von dem Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer persönlich unterschrieben sind, konnte der Beschuldigte erkennen, daß die Landesärztekammer... in Übereinstimmung mit den Vorschriften der Berufsordnung es für nicht zulässig erachtete, daß er nicht nur Krankheiten seines Fachgebietes, sondern auch eines anderen Fachgebietes behandelte.

Der Beschuldigte konnte diesen berufswidrigen Zustand sehr wohl ändern. Er konnte entweder darauf verzichten, sich weiterhin als Facharzt für Chirurgie zu bezeichnen. Auf diese Weise hätte er die Befugnis erlangt, Krankheiten jeder Art zu behandeln. Er konnte aber auch, da die Kreisverwaltung selbst auf eine entsprechende Änderung drängte, in diesem Punkt seinen Chefarzt-Vertrag ändern und sich auf die Behandlung chirurgischer Fälle beschränken, wie es dann Ende März 1963 geschehen ist. Schließlich ist in § 2 des Chefarzt-Vertrages vom 6. September 1955 auch ausdrücklich bestimmt, daß der Beschuldigte seine Tätigkeit entsprechend den Vorschriften der Berufsordnung auszuüben hat. Der Beschuldigte unternahm jedoch vorerst nichts in dieser Richtung. Er berief sich vielmehr darauf, daß er vertraglich verpflichtet sei, alle Patienten zu behandeln, also auch jene mit inneren Krankheiten.

Der Beschuldigte bringt vor, er habe sich vom September 1962 an der Behandlung der an inneren Krankheiten leidenden Patienten enthalten, indem er diese Patienten durch seine Assistenzärzte habe behandeln lassen. Der Beschuldigte bestreitet jedoch nicht, daß er als Chefarzt auch für die Behandlung dieser Patienten verantwortlich war, daß er die Visiten durchführte und daß er die Honorare verrechnete. Der Beschuldigte konnte wohl einem Assistenzarzt die Behandlung des einen oder anderen Patienten in gewissem Umfang überlassen, verantwortlich für diese Behandlung blieb jedoch immer er selbst. Auch gehörte es zu seinen Pflichten, die Assistenzärzte zu überwachen. Wenn der Beschuldigte demnach auch die Behandlung der an inneren Krankheiten leidenden Patienten vom September 1962 ab weitgehend seinen Assistenzärzten überlassen hat, so hat er trotzdem

gegen § 34 Abs. 2 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns verstoßen, denn er hat auch diese Patienten ärztlich behandelt und betreut und sich nicht auf sein Fach, nämlich die Chirurgie, beschränkt . . .

RA Poellinger, München

Ersatz des Minderwerts eines Fahrzeugs nach einer Unfallreparatur

(F.) Trotz bester und gewissenhaftester Reparatur von Unfallschäden bleibt meist noch ein Rest von geringerer Tauglichkeit des Fahrzeugs bestehen. Es ist eine Erfahrungstatsache, daß eine Reparatur nur selten das wieder herstellen kann, was das Fahrzeug im Originalzustand war. Es bleibt auch immer der Verdacht, daß doch nicht alle Mängel beseitigt wurden. Weitere versteckte Mängel müssen vermutet werden. Gewisse Schönheitsfehler, etwa durch eine nicht ganz gelungene Nachlackierung oder Ausbeulung, bleiben ebenfalls. Alle diese Umstände haben dazu geführt, daß unfallreparierte Fahrzeuge, auch kurz Unfallwagen genannt, schlechter zu verkaufen sind als Fahrzeuge ohne Unfall. Unfallbeschädigte, wenn auch reparierte Fahrzeuge werden schlechter bezahlt als gleichartige Fahrzeuge ohne Unfall.

Von den Gerichten wird daher anerkannt, daß der Eigentümer eines unfallgeschädigten Fahrzeugs trotz durchgeführter Reparatur einen weiteren Schaden hat. Er hat fortan ein Fahrzeug, das weniger wert ist (sog. merkantiler Minderwert). Derjenige, der schadensersatzpflichtig ist, hat auch diesen Schaden zu ersetzen.

Der Minderwert wird in der Regel von Sachverständigen abgeschätzt. Sie schätzen zunächst den Wert des Fahrzeugs für die Zeit vor dem Unfall und dann wird abgeschätzt, was nach der Reparatur für das Fahrzeug bei einem Verkauf Erlöst werden kann. Obwohl hierbei auch berücksichtigt wird, daß an Einzelteilen eine Wert-erhöhung eingetreten ist, etwa durch Einbau von fabrikneuen Ersatzteilen anstelle alter abgenutzter Teile („neu für alt“), bleiben je nach Größe und Alter und der gefahrenen Kilometer Differenzen. Dieser so festzustellende Minderwert beträgt in der Regel 10% des Werts des Fahrzeugs vor dem Unfall.

Dieser Schaden in Form des Minderwerts muß auch dann ersetzt werden, wenn das Fahrzeug nicht weiterverkauft, sondern von dem Eigentümer weiterbenutzt wird. Begnügt sich jemand damit, seinen Unfallwagen weiter zu fahren, statt einen anderen zu kaufen, so besteht der zu ersetzende Schaden darin, daß er fortan ein Fahrzeug hat, das einen geringeren Wert durch den Unfall bekommen hat. Erfahrungsgemäß sind Unfallwagen auch schadensanfälliger als andere Fahrzeuge.

Verteilung des Gesamtschadens bei einem Unfall

(F.) Hat sich der bei einem Unfall Geschädigte oder Verletzte selbst nicht verkehrsgerecht verhalten, so kann er von dem Fahrzeughalter und Fahrzeugführer nicht den vollen Schaden ersetzt verlangen. Ein Fußgänger oder ein Radfahrer, der achtlos die Fahrbahn überquert oder abbiegt und dabei von einem Kraftfahrzeug erfaßt wird, muß zumindest einen Teil seines Schadens selbst tragen.

Von dem Kraftfahrzeughalter ist aber selbst dann zumindest ein Teil des Schadens zu ersetzen, wenn

den Fahrer an dem Unfall kein Verschulden trifft. Die von dem Kraftfahrzeug ausgehende allgemeine Gefahr, die zur gesetzlichen Haftpflicht (Gefährdungshaftung) geführt hat, wird abgewogen mit dem eigenen Verschulden des Verletzten oder Geschädigten. Betriebsgefahr und Mitverschulden stehen gleich. Dabei kann unter Umständen sogar die Betriebsgefahr schwerer wiegen als nur ein leichtes Verschulden eines Fußgängers oder Radfahrers. Meist bleibt aber immer $\frac{1}{4}$ oder $\frac{1}{3}$ vom Gesamtschaden durch den Kraftfahrzeughalter zu ersetzen.

Hat der Kraftfahrzeugführer ebenso wie der Verletzte schuldhaft gehandelt, so wird das beiderseitige Verschulden abgewogen. Hierbei schneidet der Kraftfahrzeugführer meist schlechter ab, weil an ihn höhere Anforderungen gestellt werden als an einen anderen Verkehrsteilnehmer.

Sind bei einem Unfall zwei Kraftfahrzeuge beteiligt, so muß in der Regel auch der Halter des Fahrzeugs, dessen Fahrer an dem Unfall kein Verschulden trifft, auch einen Teil des Gesamtschadens tragen. Stoßen z. B. zwei Kraftfahrzeuge auf einer Straßenkreuzung zusammen, weil einer der Fahrer die Vorfahrtsregelung nicht beachtet hat, so muß dennoch der Halter des vorfahrtsberechtigten Fahrzeugs einen Teil, wenn auch einen geringeren, des Gesamtschadens tragen. Die Betriebsgefahr auch dieses Fahrzeugs hat zum Zusammenstoß beigetragen. Das führt oft dazu, daß der Kraftfahrer die Reparaturkosten selbst dann nicht voll von der Haftpflichtversicherung des anderen beteiligten Fahrzeugs ersetzt erhält, wenn er ohne Verschulden in den Unfall verstrickt wurde. Ist jedoch das Verschulden des einen Beteiligten erheblich, wurde z. B. die Vorfahrtsregelung grob fahrlässig nicht beachtet, so kann die Betriebsgefahr des anderen beteiligten Fahrzeugs gegenüber dem Verschulden ganz zurücktreten. Der schuldlos Beteiligte erhält dann den Gesamtschaden ersetzt.

Die abzuwägende Betriebsgefahr wird gestuft, d. h. es wird immer auf das spezielle Fahrzeug abgestellt: Von einem schweren Lastwagen geht eine höhere Betriebsgefahr aus als von einem normalen Personenkraftwagen oder einem Motorroller; ein schneller Sportwagen ist für andere Verkehrsteilnehmer eine höhere Gefahr als ein normales Fahrzeug; gegenüber einem Radfahrer oder Fußgänger ist die Betriebsgefahr eines Kraftfahrzeugs höher zu veranschlagen als gegenüber den Insassen eines anderen Fahrzeugs.

Werden durch mehrere Fahrzeuge unbeteiligte Personen verletzt, etwa durch zwei Kraftfahrzeuge ein Radfahrer, so kann der verletzte Radfahrer, wenn ihn kein Verschulden trifft, von jedem der beteiligten Kraftfahrzeughalter und -führer vollen Schadensersatz verlangen. Der Ausgleich unter den Kraftfahrzeughaltern, der meist über die beteiligten Haftpflichtversicherungen erfolgt, geschieht nach den gleichen Grundsätzen: Höhe der Betriebsgefahr, Schwere des Verschuldens. Fahrzeuge, die nicht in Betrieb sind, scheiden dabei aus. Stößt ein Kraftwagen auf ein am Straßenrand parkendes anderes Fahrzeug und wird dieses auf den Gehweg geschoben oder kippt es um und wird dabei ein Fußgänger verletzt, so ist der Halter des parkenden Fahrzeugs nicht zum Schadensersatz verpflichtet. Sein Fahrzeug war nicht in Betrieb.

STEUERFRAGEN

Sparen und anlegen:

Von jungen Aktien und Bezugsrechten

Die Wirtschaft finanziert sich durch Eigenkapital und Schulden. Es ist ihr Problem, beides in einem gesunden Verhältnis zu haben. Bei den Aktiengesellschaften besteht das bilanzmäßige Eigenkapital aus dem Aktienkapital und den offen ausgewiesenen Rücklagen. — Ein wachsendes Geschäftsvolumen pflegt zunächst durch vermehrte Schulden finanziert zu werden. Der größere Geschäftsumfang soll zu einer Gewinnsteigerung führen, die groß genug ist, um zumindest die bisherige Dividendenverteilung plus einer angemessenen Anreicherung der offenen Rücklagen zu erlauben. Auf diese Weise kann die bei wachsendem Geschäft eintretende Verschiebung des Verhältnisses Eigenkapital/Schulden abgremst werden.

Es genügt aber in aller Regel nicht, die Verstärkung des Eigenkapitals allein über eine Anreicherung der Rücklagen (Selbst- oder Innenfinanzierung des Unternehmens) zu betreiben. In gewissen Zeitabständen ist es notwendig, den Aktionären des Unternehmens und darüber hinaus der weiteren Öffentlichkeit neue Aktien zum Bezug anzubieten, d. h., im Wege der Kapitalerhöhung wird der Gesellschaft neues Eigenkapital gewonnen. Das ist die Außenfinanzierung, deren andere Form die Ausgabe von Schuldverschreibungen ist (vgl. die ersten Beiträge dieser Artikelreihe).

Abgesehen von steuerlichen und anderen Kostengesichtspunkten besteht für die Gesellschaft ein wesentlicher Unterschied zwischen der Eigenkapitalerhöhung im Wege der Rücklagenaufstockung und des Verkaufs neuer Aktien: Das neue Aktienkapital trägt einen Dividendenanspruch, aber Rücklagen brauchen dem Aktionär und Unternehmenseigner gegenüber nicht verzinst zu werden. Dieser — wichtige — Unterschied läßt uns auch von einer „Unterkapitalisierung“ in den Fällen sprechen, in denen eine Gesellschaft ihre Rücklagen weit über ihr Aktienkapital hinaus erhöht hat. Ein gem. beschrittener Weg zur Rücklagenaufstockung ist die Ausgabe neuer Aktien zu über 100 Prozent; das „Agio“ wird, manchmal vermindert um die Emissionskosten, den Rücklagen zugeführt. Gelegentlich können so die Rücklagen anlässlich der Erhöhung des Aktienkapitals weit kräftiger ansteigen als das Aktienkapital selbst. Die „Über-Pari-Emission“ ist ein beliebter Streitpunkt zwischen Aktiengesellschaften und Aktionären; wir werden uns mit diesem Thema noch zu beschäftigen haben.

Aus dem bisher Gesagten geht hervor, daß Unternehmungen in Branchen, die ein rasches wirtschaftliches Wachstum verzeichnen, besonders oft mit Kapitalerhöhungen an den Markt kommen; genannt seien die großen Chemie-Gesellschaften (Hoechst, Bayer, Badische Anilin), die beiden Elektro-Konzerne und das RWE als größter Stromerzeuger in Westdeutschland. Damit haben wir auch schon einige der wesentlichsten deutschen Publikumsgesellschaften. Branchen, deren wirtschaftliche Entwicklung stagniert, kennen nur wenige Kapitalerhöhungen: es ist schon lange her, seit Unternehmungen des Kohlenbergbaus und der Stahlerzeugung ihre Aktienkapitalien aufstockten.

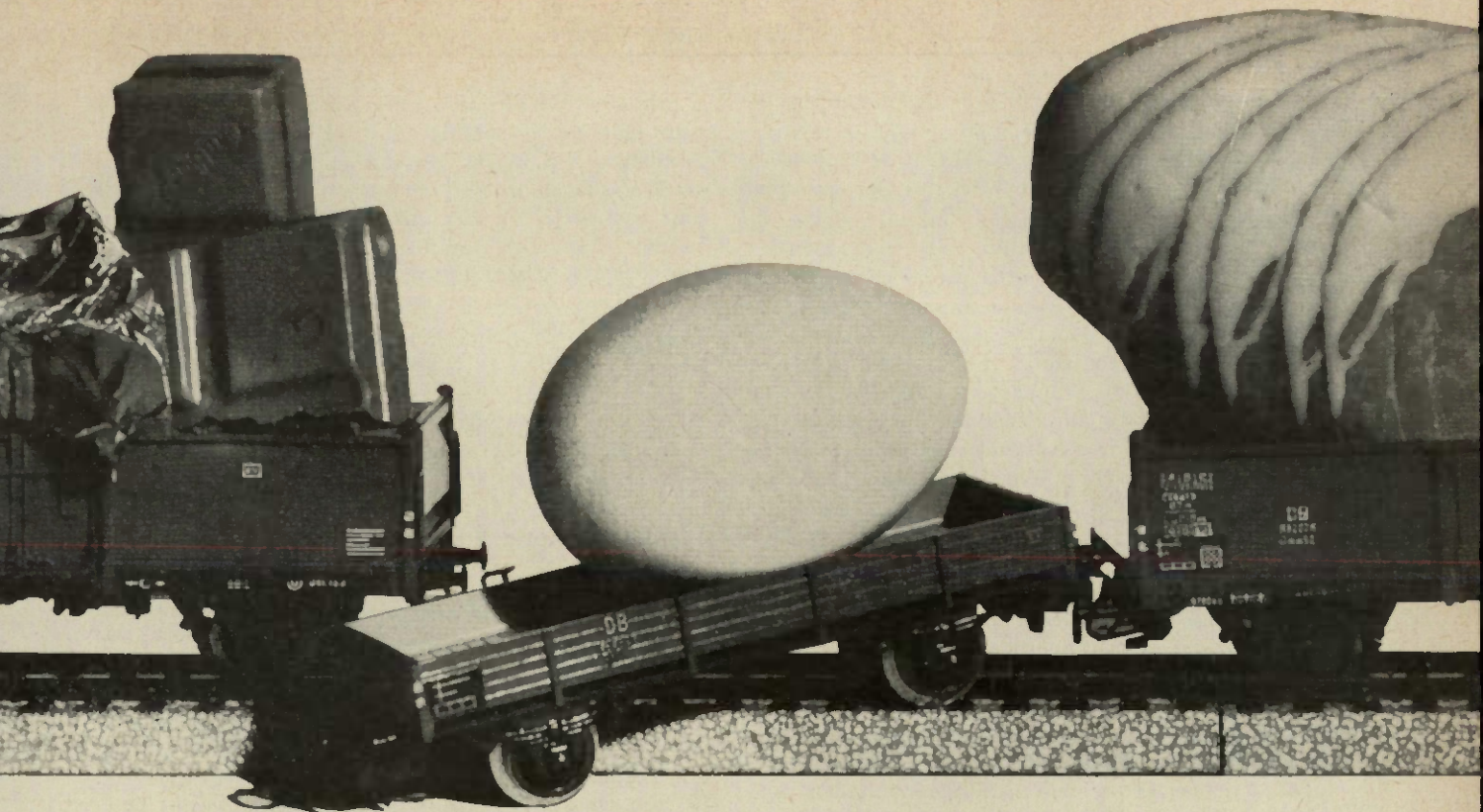
Das führt uns zu einer wichtigen Erkenntnis: Kapitalerhöhungen können grundsätzlich nur gewagt werden, wenn die Kursentwicklung der alten Aktien des betreffenden Unternehmens erwarten läßt, daß die Maßnahme schlank über die Bühne gehen wird. Eine gute Kursentwicklung zeigt nämlich nicht anderes an als Sympathie in Aktionärskreisen für das Unternehmen. Wenn die Verfassung der Börse allgemein gut ist, pflegt der Kurs der Aktien eines Unternehmens, das „kapitalerhöhungsverdächtig“ ist, in recht kräftiger Sonderbewegung anzusteuern, sofern es sich um einen beliebten Börsenwert handelt und man vermutet, es werde ein „günstiges Bezugsrecht“ geben.

Was ist ein Bezugsrecht? Mit ganz wenigen Ausnahmen, die besonders begründet sein müssen und uns hier nicht zu interessieren brauchen, sind die Aktiengesellschaften verpflichtet, neue oder junge Aktien — meist über ein zu diesem Zweck gebildetes Bankenkonsortium — ihren alten Aktionären zum Bezug anzubieten, und zwar zu bestimmten, jeweils festzusetzenden Bezugsbedingungen. Die alten Aktionäre erhalten dieses Bezugsrecht, weil jede Kapitalerhöhung die Besitzverhältnisse am Aktienkapital verschieben wird, wenn die alten Aktionäre nicht jeweils so viele neue Aktien erhalten, wie nach dem vorgesehenen Bezugsverhältnis auf ihren Besitz an Altaktien des Unternehmens entfallen. Dieser Punkt interessiert speziell Großaktionäre. Ihr Einfluß auf ein Unternehmen würde — u. U. erheblich — geringer werden, wenn ihr Anteil am Aktienbesitz im Zuge einer Kapitalerhöhung zurückginge.

Gelegentlich haben Kapitalerhöhungen daher übrigens auch den Charakter von Kampfmaßnahmen; der Einfluß unliebsamer Großaktionäre, bei denen die finanzielle Kraft zur angemessenen Teilnahme an einer Kapitalerhöhung nicht vermutet wird, soll zurückgedrängt werden — bekanntester Fall dieser Art nach dem Kriege bei uns war die Kapitalerhöhung der Gelsenkirchener Bergwerks AG „contra Krages“. Je niedriger der Bezugskurs junger Aktien gewählt wird, um so leichter können bisherige Aktionäre Schritt halten. Das ist, um ein anderes Beispiel zu nennen, ein wichtiger Grund dafür, daß die Siemens & Halske AG ihre zahlreichen Kapitalerhöhungen seit Kriegsende ausschließlich zu Pari (100%) vorgenommen hat; so war es der Gründerfamilie des Hauses vermutlich leicht möglich, ihren Anteil am Aktienkapital der Gesellschaft zu erhalten — und die anderen 100 000 Aktionäre empfanden das überdies als angenehm.

Das Bezugsrecht bei einer Kapitalerhöhung ist also eine Vergünstigung. Dies nicht nur, weil es dem Altaktionär eine Art Vorkaufsrecht gibt, sondern weil der Bezugspreis auch — jedenfalls bei uns und im Gegensatz zu den USA — stets wesentlich niedriger liegt als der Börsenkurs der alten Aktien. Auf die Problematik der bei sehr niedrigen Bezugskursen gegebenen „Kapitalverwässerung“ — gewissermaßen antipodisch zur oben erwähnten „Unterkapitalisierung“ — wird noch einzugehen sein.

Hier sei zunächst einmal ein Bezugsrecht durchgerechnet. Nehmen wir an, eine AG teile folgendes mit: Das Aktienkapital wird im Verhältnis 5:1 erhöht; die



bei Diät- entgleisungen

des
galleempfindlichen Patienten,
bei Beschwerden
des Cholecystektomierten,
bei Cholecystopathien,
Cholelithiasis
und beim Roemheld'schen
Symptomenkomplex:

Hepata[®]

Kombination pflanzlicher
Wirkstoffe, krampflösend,
entzündungshemmend,
gallefördernd.

40 Dragées DM 2.45 o. U. It. A.T.
100 Dragées DM 5.15 o. U. It. A.T.
Fl. 100 ccm DM 3.90 o. U. It. A.T.
Dr. Madaus & Co., Köln am Rhein



neuen Aktien werden über ein Bankenconsortium den Altaktionären zum Kurse von 150% zum Bezug angeboten. Der Börsenkurs der alten Aktien betrage 480%. Wie hoch ist der rechnerische Wert des Bezugsrechts?

Nach dem Angebot gibt es für fünf alte Aktien zu 480% (= 2400 DM) eine neue Aktie zu 150% (= 150 DM); macht zusammen sechs Aktien im Wert von 2550 DM. Das ergibt einen Durchschnittskurs von 425%. Die Differenz zwischen diesem Durchschnittskurs und dem Kurs der alten Aktien ist der rechnerische Wert des Bezugsrechts; er beträgt in diesem Fall 55%. Es gibt übrigens eine Formel zur schnellen Berechnung des Bezugsrechts: Kurs alter Aktien abzüglich Bezugskurs neuer Aktien; in unserem Beispiel Ergebnis: 330; Ergebnis geteilt durch die Summe der beiden Zahlen des Bezugsverhältnisses (in unserem Beispiel 5+1 = 6) Ergebnis: 55%.

Der rechnerische Wert eines Bezugsrechts gibt in dem Augenblick, in dem die Bedingungen einer Kapitalerhöhung bekanntgemacht werden, einen Anhaltspunkt dafür, in welchem Umfang der Kurs der Aktien des Unternehmens mit durchgeführter Kapitalerhöhung zurückgehen wird (der sog. Bezugsrechtsabschlag). Der Aktionär, der sein Bezugsrecht nicht ausübt, d. h. der seinen Aktienbesitz an dem Unternehmen nicht aufstockt, hat also eine Wertminderung seines Vermögens in Höhe des Bezugsrechts-Wertes je Altaktie zu erwarten.

Der Ausgleich wird ihm gewährt durch die Möglichkeit, die auf seinen Besitz entfallenden Bezugsrechte über die Bank an der Börse an Personen zu verkaufen, die aus der Kapitalerhöhung mehr junge Aktien beziehen wollen als auf ihren Besitz an Altaktien entfällt bzw. die die Zahl der ihnen aus ihrem Altbesitz zustehenden Bezugsrechte mit dem Bezugsverhältnis durch Zukauf in Einklang bringen wollen. Das geschieht im Rahmen des sog. Bezugsrechtshandels, der in den letzten drei Börsentagen vor Ablauf der Bezugsfrist stattfindet und nach dessen Abschluß die Aktie des betreffenden Unternehmers im Kurszettel „ex Bezugsrecht“ (ex B.) notiert wird.

Erst an diesen Handelstagen wird der effektive Bezugsrechtswert festgestellt. Er kann fühlbar höher oder niedriger sein als der viele Wochen vorher erstmals festgestellte rechnerische Bezugsrechtswert. Dies einmal, weil der Kurs der alten Aktien inzwischen Schwankungen unterworfen war, ja, von Großaktionären oder Banken geradezu im Hinblick auf die bevorstehende Bezugsrechtsnotiz manipuliert worden sein mag, und zum zweiten, weil aktuell immer das Verhältnis von Angebot und Nachfrage den Kurs auch von Bezugsrechten bestimmt. So liest man in den Börsenberichten der Zeitungen fast stets, das Bezugsrecht in X-Aktien sei unter bzw. über seiner (für den Handelstag geltenden rechnerischen) Parität notiert worden.

Schließen wir dieses wichtige Einzelthema mit einer allgemeinen Bemerkung ab: Der Umstand, daß die Aktiengesellschaft ihr Kapital ohne Rücksicht darauf erhöhen und damit den wirtschaftlichen Gegebenheiten anpassen kann, ob alle ihre Anteilseigner bereit oder in der Lage sind, an der Maßnahme teilzunehmen, gibt der AG einen ausschlaggebenden Finanzierungsvorteil vor Gesellschaften anderer Rechtsform und damit speziell vor dem Gros der Familienunternehmungen. Das gehört in die Reihe der Gründe, aus denen die Aktiengesellschaft die typische Unternehmensform in der hochindustrialisierten Gesellschaft ist.

Anschrift des Verfassers: B. Baehring, 8 München 25, Krünerstraße 51.

Körperbehinderte erhalten Lohnsteuerermäßigung

Körperbehinderten wird Lohnsteuerermäßigung durch Eintrag eines bestimmten steuerfreien Pauschbetrages in die Lohnsteuerkarte gewährt. Damit sollen die ihnen unmittelbar infolge ihrer Körperbehinderung entstehenden außergewöhnlichen Belastungen abgegolten werden, soweit nicht höhere Aufwendungen nachgewiesen oder glaubhaft gemacht werden.

Der steuerfreie Pauschbetrag beläuft sich auf jährlich DM: bei einer Erwerbsminderung von:

| | | |
|--------|-----------------------|-----------|
| 360.— | 25 bis ausschließlich | 35 v. H. |
| 480.— | 35 bis einschließlich | 45 v. H. |
| 636.— | 45 bis ausschließlich | 55 v. H. |
| 780.— | 55 bis ausschließlich | 65 v. H. |
| 960.— | 65 bis ausschließlich | 75 v. H. |
| 1140.— | 75 bis ausschließlich | 85 v. H. |
| 1300.— | 85 bis einschließlich | 90 v. H. |
| 1500.— | 91 bis einschließlich | 100 v. H. |

Blinde sowie jene Körperbehinderten, die infolge ihrer Körperbehinderung ständig so hilflos sind, daß sie nicht ohne fremde Wartung und Pflege bestehen können, erhalten an Stelle der obengenannten Pauschbeträge einen steuerfreien Pauschbetrag von jährlich 3900.— DM.

Diese obengenannten Pauschbeträge erhalten:

- a) Körperbehinderte, deren Erwerbsminderung mindestens 50 v. H. beträgt;
- b) Körperbehinderte, deren Erwerbsminderung zwischen 25 bis 50 v. H. liegt, nur
 1. wenn ihnen wegen der Behinderung nach gesetzlichen Vorschriften Renten oder andere laufende Bezüge zustehen (dies gilt auch, wenn das Recht auf die Bezüge ruht oder der Anspruch auf die Bezüge durch Kapitalisierung abgefunden wurde), oder
 2. wenn die Körperbehinderung zu einer äußerlich erkennbaren dauernden Einbuße der körperlichen Beweglichkeit geführt hat, oder

Cor-Vel®

Herzsalbe

bei Herzneurose, Angina pectoris vasomot. und im Klimakterium

„NEOS“-DONNERK-G., 1 BERLIN 36

3. wenn die Körperbehinderung auf einer typischen Berufskrankheit beruht.

Das Vorliegen der Erwerbsminderung ist dem Finanzamt durch Vorlage des amtlichen Ausweises für Schwerkriegsbeschädigte, Schwerbeschädigte oder Schwererwerbsbeschränkte, des Rentenbescheides oder einer amtlichen Bescheinigung nachzuweisen.

Der steuerfreie Pauschbetrag wird durch das Finanzamt auf der Lohnsteuerkarte des Körperbehinderten eingetragen. Nimmt der Körperbehinderte diesen steuerfreien Pauschbetrag nicht in Anspruch, so wird er auf Antrag auf der Lohnsteuerkarte des nicht getrennt lebenden Ehegatten eingetragen. -alpe-

MITTEILUNGEN

Gefahrenabwehr bei Luftverunreinigung

Die „Luftlage“ wird von den drei Hauptverschmutzern Verkehr, Haushaltungen und Kleingewerbe sowie der Industrie gebildet. Beim Verkehr ergibt sich heute folgendes Bild: Der Schienenverkehr scheidet als Luftverschmutzer immer mehr aus. Aus wirtschaftlichen Erwägungen ist die Bundesbahn gezwungen zu elektrifizieren. Die Schnelligkeit der Umstellung auf Elektrizität wird durch die zur Verfügung stehenden Finanzierungsmittel bestimmt.

Die hauptsächlichlichen Emissionen des Straßenverkehrs kommen von den Dieselmotoren und Ottomotoren. Bei den Dieselmotoren brauchen unzumutbare Emissionen nicht aufzutreten. Der berüchtigte Dieselqualm entsteht nur bei Überlastung der Motoren oder nach unzulässigen Manipulationen der Kraftfahrzeugführer. Die Motorleistung der Dieselfahrzeuge pro Tonne Fahrzeuggewicht sollte erhöht werden. Eine bessere Kontrolle der von den Fahrzeugen ausgehenden Emissionen erscheint notwendig. Das Bundesministerium für Gesundheitswesen hat dem Bundesminister für Verkehr Vorschläge für eine bessere Kontrolle überreicht.

Das Emissionsproblem bei Fahrzeugen mit Ottomotoren ist technisch noch nicht gelöst. Im Gegensatz zu der landläufigen Auffassung steht nicht die Frage der CO-Bekämpfung, sondern der unverbrannten Kohlenwasserstoffe im Vordergrund. Alle Versuche, durch direkte oder katalytische Nachverbrennung die Auspuffgase zu entgiften, sind bisher erfolglos geblieben. Nur die Gase, die unverbrannt aus dem Kurbelgehäuse entfliehen, werden heute unschädlich gemacht. Durch eine besondere Vorrichtung werden sie dem Vergaser zugeführt und im Motor verbrannt. Etwa 20 v. H. der unverbrannten Gase werden auf diese Weise unschädlich gemacht. Die Bestrebungen der deutschen Automobilindustrie gehen dahin, die Emissionen an der Quelle zu bekämpfen, das geschieht durch Änderungen am Motor und durch Verwendung neuartiger Brennstoffe.

Bei den Haushaltungen und dem Kleingewerbe spielen die Feuerungen eine hervorragende Rolle. Die

Kohlenfeuerungen sind im allgemeinen in Deutschland technisch befriedigend. Die Öfen verbrennen die Kohle im Dauerbrand einwandfrei. Die geeignete Hausbrandkohle wird für die Öfen besonders ausgewählt. Größere Rußentwicklung kommt jedoch beim Anheizen auf. Die entwickelten SO₂-Mengen sind nicht unerheblich. Ein besonderes Problem bilden die mit der minderwertigen Deputatkohle beheizten Feuerungen.

Im steigenden Maße findet das Öl in den Haushaltungen Anwendung. Klagen über Belästigung aus diesen Anlagen werden immer mehr laut. Im wesentlichen sind es Belästigungen durch Ruß und üble Gerüche. Die nachteiligen Auswirkungen durch SO₂ sind entgegen der allgemeinen Meinung bei den kleinen Ölfeuerungen wesentlich geringer als bei Kohlefeuerungen. Der Schwefelgehalt des hier verwendeten leichten Heizöls beträgt nur einen Bruchteil des Schwefelgehalts der Kohle. Die nachteiligen Einwirkungen aus Ölfeuerungen beruhen auf technischen Mängeln der Ölfeuerungsanlagen. Zur Prüfung dieser technischen Mängel hat das Bundesministerium für Gesundheitswesen eine Forschungsarbeit vergeben. Ein neues System der Ölheizung, bei dem das Öl vor seiner Verbrennung in den gasförmigen Zustand überführt wird, verspricht eine Besserung. Die Frage der Einführung einer Überwachungspflicht für Ölheizungsanlagen wird geprüft. Es muß befürchtet werden, daß die Überwachung nicht durchgeführt werden kann, da geeignetes Personal in ausreichender Zahl nicht zur Verfügung steht. Es sollte deshalb — auch im Interesse der Reinhaltung des Wassers — die Fernheizung stärker Anwendung finden, wo ausgebildete Heizer eingesetzt werden können. Das SO₂-Problem wird aber hierdurch nicht beseitigt. Fernheizwerke mit niedrigen Schornsteinen können größere Schäden anrichten als die vielen Einzelheizungen.

Das Bundesministerium für Gesundheitswesen sieht als eine Lösung des Emissionsproblems der häuslichen Feuerungen die Verwendung gasförmiger Brennstoffe, z. B. Mineralölgas, Erdgas, Kokereigas und Gase, die durch die Druckvergasung fester und flüssiger Brennstoffe gewonnen werden, vor. Die Gase lassen sich re-

Jacosulfon ist die heilende Hand des Arztes

lativ leicht entstauben und entschwefeln. Bei ihrer Verbrennung entstehen keine belästigenden Emissionen. Das Bundesministerium für Gesundheitswesen hat sich beim Bundesministerium für Wirtschaft dafür eingesetzt, daß Erdgas nicht mehr in Kraftwerken verbrannt, sondern den Haushaltungen vorbehalten wird.

Das Problem der Haushaltungsfeuerungen ist in den USA ebenfalls durch die Einführung des Gases gelöst worden. Der Verbrauch von Mineralöl im Haushalt nimmt in den USA ständig ab, der Verbrauch von Gas nimmt ständig zu. Nur noch 45 v. H. der Feuerungen werden mit Mineralöl betrieben, bereits 55 v. H. sind auf Gas umgestellt worden. — Das Gasverbundnetz sollte beschleunigt ausgebaut werden. Bund, Länder und Gemeinden sollten dieses Vorhaben finanziell fördern.

Nun zu den industriellen Verschmutzern. Aus der Fülle der Großemittenten möchte ich vier Gruppen herausgreifen: 1. die Zementindustrie; 2. die Kraftwerke; 3. die Eisen- und Stahlindustrie; 4. Raffinerien.

Die Zementindustrie gehörte vor zehn Jahren noch zu den übelsten Luftverschmutzern durch Staub. Die Entstaubungsprobleme sind heute gelöst. Die Technische Anleitung, die in Kürze erscheinen wird, sieht bei neuen Anlagen und bei wesentlichen Änderungen bestehender Anlagen Emissionsbegrenzungen vor, die einen ausreichenden Schutz der Nachbarschaft garantieren. In Zusammenarbeit eines Ausschusses der Zementindustrie mit den zuständigen Gewerbeaufsichtungsämtern sind für bestehende Anlagen terminierte Verbesserungsprogramme aufgestellt worden. Die Emissionen dieser alten Anlagen sind bereits weitgehend herabgesetzt worden. Ziel ist, die gleichen Verhältnisse wie bei neuen Anlagen herbeizuführen.

Die Kraftwerke, insbesondere die Zechenkraftwerke, in denen eine Kohle mit bis zu 50 v. H. Unverbranntem — man nennt sie auch Ballastkohle — verbrannt wird, gehören nach wie vor zu den großen Luftverschmutzern. Dies gilt sowohl für die staubförmigen wie für die gasförmigen Emissionen (SO₂). Bei ölfefeuerten Kraftwerken, die mit schwerem Heizöl arbeiten, ist der Schwefelgehalt sehr hoch, dementsprechend auch die SO₂-Emission. Der Staubauswurf der thermischen Kraftwerke konnte in den vergangenen zehn Jahren, in denen die Energieabgabe etwa verdoppelt wurde, um ein Viertel gesenkt werden. Der SO₂-Auswurf steigt von Jahr zu Jahr. Um die von dem SO₂ drohenden Gefahren für die Vegetation und die Gesundheit zu verringern, werden in zunehmendem Maße außergewöhnlich hohe Schornsteine mit Höhen bis über 200 m gebaut.

Die Lösung des SO₂-Problems liegt nach Ansicht der Bundesregierung hier in dem Bau von Rauchgasentschwefelungsanlagen. Die Entwicklung solcher Anlagen wird vom Bund und dem Land Nordrhein-Westfalen gefördert. Zur Zeit ist eine Anlage im Kölner Raum im Bau; das Volkswagenwerk hat beschlossen, eine weitere Anlage für ein ölbefeuertes Kraftwerk zu erstellen. Beide Anlagen sollen vom Bund durch ERP-Kredite in Höhe von zweimal 1 000 000 DM gefördert werden.

Der Einbau von modernen Entstaubungsanlagen in bestehende Kraftwerke macht große Schwierigkeiten,

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 umgehend 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.

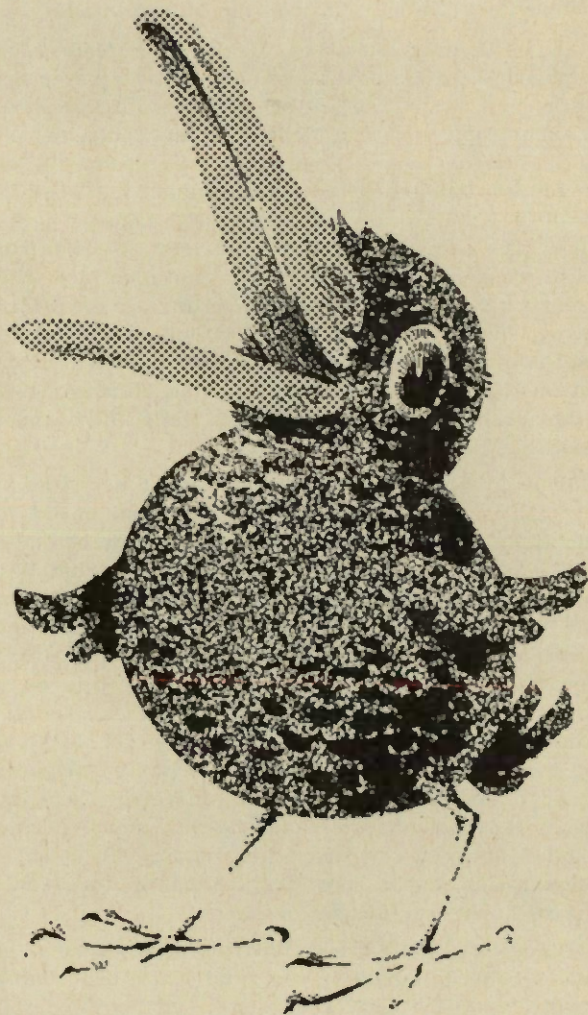
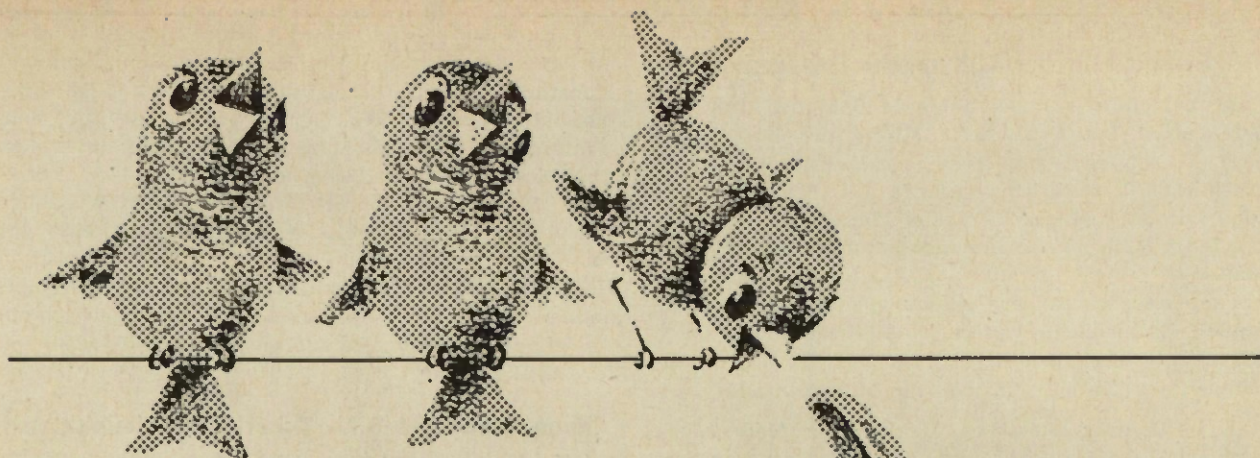
Hotelreservierungen und gewünschte Anschlußbuchungen über New York hinaus können über die DEUTSCHE LUFTHANSA erfolgen. Kollegen, die Krankenhäuser und andere Gesundheitseinrichtungen in New York und Umgebung besichtigen möchten, bitten wir, das bei der Anmeldung mitzutellen.

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

da hochwertige Entstauber einen großen Platzbedarf haben und die Errichtung schwerer Stahlkonstruktionen über den Kesselhäusern erfordert. Die Zeitspanne von der Planung eines modernen Filters bis zur Abnahme kann dadurch drei bis vier Jahre betragen. Die an die Kraftwerke zu stellenden Anforderungen zu Begrenzungen der staub- und gasförmigen Emissionen werden in der Technischen Anleitung ebenfalls niedergelegt.

Bei der Eisen- und Stahlindustrie stellen die größten Probleme die Beseitigung des braunen Rauchs aus den Konverteranlagen und die Beseitigung der fluorhaltigen Abgase dar, bei allen Vorgängen, bei denen Flußspat eingesetzt wird. Aus wirtschaftlichen Gründen und um die Stahlqualität zu steigern, wird in zunehmendem Maße zur Stahlveredelung Sauerstoff verwendet. Hierbei entstehen die bekannten rotbraunen Wolken, die die Nachbarschaft in erheblichem Maße belästigen.

DMI



**Gegen
Erkältungsinfekte
im Mund-,
Nasen- und Rachenraum**

Stringiet[®]

Halstabletten 30 u. 500 St.
Gurgellösung 15 u. 50 ml
Nasenspray 15 ml

**Dolorgiet
Arzneimittelfabrik
Bad Godesberg**



Reinhalung der Luft macht Fortschritte

Die seit Jahren eingeleiteten Maßnahmen der Farbenfabriken Bayer zur Reinhaltung der Luft haben nach den letzten Staubmessungsergebnissen bereits zu erheblichen Fortschritten geführt. Um eine Herabsetzung der Staub-Emissionen des Werkes zu erreichen, wurden z. B. in hierfür in Frage kommenden Betrieben Staubfilter eingebaut, ältere Filteranlagen durch modernere und wirksamere ersetzt sowie Waschorrichtungen, Einspritzventilatoren, Naßentstaubungsanlagen oder Elektrofilter installiert. Die Kosten für diese Maßnahmen beliefen sich auf mehrere Millionen DM.

In welchem Ausmaß es durch diese Maßnahmen gelungen ist, die Staub-Emissionen in Leverkusen herabzusetzen, zeigen die seit acht Jahren durchgeführten Staubmessungen. An 20 Meßstellen im Stadtgebiet und auch jenseits seiner Grenzen wird regelmäßig der monatliche Staubbiederschlag gesammelt und anschließend in Laboratorien auf Menge und Eigenart untersucht. Die Ergebnisse zeigen, daß 1962 — soweit dies nicht schon früher der Fall war — an allen Meßstellen mehr als die angestrebte Verminderung auf die Höchstmenge für den Jahresdurchschnitt von 20 g je m² und Monat erreicht werden konnte. Der Staubbiederschlag ist im freien Feld niedriger als im eigentlichen Stadtgebiet. Hier sind neben den industriellen noch andere Staubquellen wirksam.

In dicht besiedelten Stadtgebieten ist der Auswurf der zahlreichen Hausbrandstellen mitbestimmend für die Höhe des Staubbiederschlags, was sich besonders im Unterschied der Meßwerte im Sommer- und Winterhalbjahr zu erkennen gibt. Ein gutes Beispiel hierfür liefern die an der Meßstelle in der Adolfstraße gemessenen Werte. Hier lagen die im Winterhalbjahr gemessenen Werte in einem Jahr um 84%, in einem anderen um 73% höher als die im Sommer, also ohne Einfluß des Hausbrandes erhaltenen Werte. In einem solchen Gebiet wird während des Winters immer mit einer erhöhten Verschmutzung zu rechnen sein, auf deren Herabsetzung die Industrie nur zum Teil einen Einfluß hat. Um so erfreulicher ist es, daß gerade in diesem Gebiet ein stärkerer Rückgang des Jahresdurchschnittes erreicht werden konnte.

Diese Fortschritte berechtigen zu der Erwartung, daß die erheblich schwierigeren und mit bedeutenden Kosten verknüpften Vorkehrungen zur Verminderung der gasförmigen Luftverunreinigungen, die im Werk Leverkusen bereits getroffen worden sind und noch getroffen werden, in absehbarer Zeit ebenfalls zu guten Erfolgen führen werden.

DMI

53 278 Studenten in Bayern

Im laufenden Wintersemester sind, wie das Bayerische Statistische Landesamt mitteilt, an den wissenschaftlichen Hochschulen Bayerns 48 273 Studierende,

an den Pädagogischen Hochschulen 5653 und an den Kunsthochschulen 1352, zusammen also 53 278 Studierende eingeschrieben. Der Zuwachs gegenüber dem Wintersemester 1962/63 beträgt genau 2000 Studierende. Eine Zunahme verzeichnen die drei Landesuniversitäten München, Erlangen-Nürnberg und Würzburg sowie die Technische Hochschule München, eine geringfügige Abnahme die Philosophisch-Theologischen Hochschulen und die Kirchliche Hochschule in Neuenhettelsau. Bei den Pädagogischen Hochschulen ist ein Ansteigen, bei den Kunsthochschulen ein Absinken festzustellen.

Neue Verwendung für Tuberkulose-Heilstätten

Der Landeswohlfahrtsverband Hessen hat angesichts des Rückganges der Tuberkulosefälle eine bisher von ihm in Falkenstein im Taunus unterhaltene Tuberkuloseheilstätte aufgelöst.

In der letzten Zeit waren in der Heilstätte 300 Betten nicht belegt. In den frei werdenden Gebäuden soll ein Sanatorium für Multiple-Sklerose-Kranke mit etwa 80 Betten und eine orthopädische Sonderklinik mit etwa 120 Betten eingerichtet werden. Die orthopädische Klinik soll unter anderem für Kinder mit Mißbildungen, für Patienten mit Poliospätchäden und für Spastiker zur Verfügung stehen.

API

Krebsforschungszentrum kann Arbeit aufnehmen

Das Krebsforschungszentrum an der Universität Heidelberg kann voraussichtlich, wie das Rektorat der Universität Heidelberg mitgeteilt hat, am 1. Oktober 1964 in der Betriebsstufe I in allen Abteilungen eröffnet werden. Die Einbaltung dieses Termins ist dadurch möglich geworden, daß die „Stiftung Volkswagen-Werk“ dem Institut 2 Millionen DM zur Verfügung gestellt hat, mit denen die Abteilung Statistik und Information des Instituts eingerichtet und in Betrieb genommen werden kann.

API

Grundsätze der bilateralen Sozialabkommen

Die bilateralen Sozialabkommen, die die Bundesrepublik mit bisher 12 Staaten über Sozialversicherung, Familienbeihilfen und Arbeitslosenversicherung abgeschlossen hat, beruhen im allgemeinen auf folgenden Grundsätzen: Gleichstellung der Staatsangehörigkeit; Anrechnung der nach dem Recht anderer Vertragsstaaten zurückgelegten Versicherungszeiten für den Erwerb und die Aufrechterhaltung von Ansprüchen; Berechnung der Renten aus der Rentenversicherung nach der „pro-rata-temporis-Regel“, d. h. entsprechend der in dem jeweiligen Vertragsstaat geleisteten Arbeitsjahre; uneingeschränkte Zahlung von Renten an Berechtigte in anderen Vertragsstaaten; Leistungsaushilfe in Krankenversicherung und Unfallversicherung durch Versicherungsträger in anderen Vertragsstaaten; Familienbeihilfen auch für Kinder, die im anderen Vertragsstaat wohnen.

Cefasabal[®]

TROPFEN · TABL. · AMP.



CEFAK · KEMPTEN

Pyelitis Cystitis
Prostatitis
Prostatahypertrophie

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat Februar 1964

(Zusammengestellt auf Grund der Wochenmeldungen)

Die Zahl der Diphtheriefälle war im Februar niedriger als im Januar, dagegen stieg die der Scharlach-erkrankungen wieder an, so daß auf 100 000 der Bevölkerung (auf ein Jahr umgerechnet) im Januar noch 70 Fälle, im Februar jedoch schon 95 Fälle entfielen. Diese Ziffer liegt höher als die Februarwerte der letzten acht Jahre. An übertragbarer Kinderlähmung erkrankten, wie im Januar, zwei Personen, und zwar beide mit Lähmungserscheinungen.

Bauchtyphuserkrankungen wurden im Berichtsmonat geringfügig häufiger gemeldet. Der Grund war eine Gruppenerkrankung im oberpfälzischen Raum. Bakterielle Ruhr, Salmonellose (übertragbare Dünndarm-entzündung) und Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) traten dagegen seltener als im Vormonat auf.

Die meldepflichtigen, übertragbaren Krankheiten in Bayern Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 2. bis 29. Februar 1964 (Vorläufiges Ergebnis)

| Gebiet | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 | | 7 | | 8 | | 9 | | 10 | | 11 | | |
|-----------------|------------------|---|-----------|---|---------------------------------|---|-----------------------------|----|--------------------|----|----|---|------------------|----|--------------------|---|--------------------|---|------------------------------------|----|----------------------|---|---|
| | Diphtherie | | Scharlach | | Übertragbare | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | Kinderlähmung der. parol. Fälle | | | | Hirnhautentzündung | | | | Gehirnentzündung | | Typhus abdominalis | | Paratyphus A und B | | Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr) | | Enteritis infectiosa | | |
| | | | | | | | Meinige- kokken- Meesglitis | | Übrige Formen | | | | | | | | | | Salmo- sellose | | Übrige Formen | | |
| 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 | 3 | 2 | 281 | — | 1 | 1 | — | 4 | — | 5 | — | — | — | 2 | — | 1 | — | 2 | — | 12 | — | 4 | — |
| Niederbayern | 3 | — | 37 | — | — | — | — | — | — | 2 | — | — | — | 2 | — | — | — | — | — | 8 | — | — | — |
| Oberpfalz | 4 | — | 76 | — | 1 | 1 | — | 5 | — | 1 | — | — | — | 12 | — | — | — | 2 | — | 4 | — | — | — |
| Oberfranken | — | — | 88 | — | — | — | — | 4 | — | — | — | — | — | 2 | 1 | — | — | 1 | — | — | — | 1 | — |
| Mittelfranken | 1 | — | 78 | — | — | — | — | 9 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | — | — | — | — | 1 | — | 1 | — | — | — |
| Unterfranken | — | — | 77 | — | — | — | — | 4 | — | 9 | 2 | — | — | 2 | — | — | — | 2 | — | 3 | — | 1 | 1 |
| Schwaben | — | — | 102 | — | — | — | — | 8 | — | 2 | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | 4 | — | — | — |
| Bayern | 11 | 2 | 719 | — | 2 | 2 | — | 34 | 3 | 20 | 4 | 1 | 1 | 20 | 1 | 1 | — | 8 | — | 32 | — | 8 | 1 |
| München | — | — | 126 | — | — | — | — | 2 | — | 4 | — | — | — | 1 | — | 1 | — | — | — | 9 | — | — | — |
| Nürnberg | — | — | 27 | — | — | — | — | 3 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — |
| Augsburg | — | — | 19 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Regensburg | — | — | 18 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Würzburg | — | — | 19 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |

| Gebiet | 12 | | 13 | | 14 | | 15 | | 16 | | 17 | | 18 | | 19 | | 20 | | 21 | | |
|---------------|--------------|----|----------------------|----|---------|----|-----------|----|---------------------------|----|--|----|-----------------------|----|-----------|----|----------------|----|------------------|----|---|
| | Botu- rismus | | Hepatitis infectiosa | | Aussatz | | Milzbrand | | Ornithose (übrige Formen) | | Verdachts- fälle von Tollwut ³⁾ | | Bang'sche Krank- heit | | Q- Fieber | | Toxoplas- mose | | Wundstarr- kampf | | |
| | E | ST | E | ST | E | ST | E | ST | E | ST | E | ST | E | ST | E | ST | E | ST | E | ST | |
| Oberbayern | 1 | — | 57 | — | 1 | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | 238 | — | — | — | — | — | — |
| Niederbayern | — | — | 31 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — |
| Oberpfalz | — | — | 14 | — | — | — | — | — | 3 | — | 3 | — | — | — | — | — | 2 | — | — | — | — |
| Oberfranken | — | — | 93 | 1 | — | — | 1 | 1 | — | — | 11 | — | — | — | — | — | — | — | 1 | 1 | 1 |
| Mittelfranken | — | — | 19 | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — |
| Unterfranken | 1 | — | 52 | — | — | — | — | — | — | — | 10 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Schwaben | — | — | 51 | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | 9 | — | 1 | — | — | — | — |
| Bayern | 2 | — | 317 | 2 | 1 | — | 1 | 1 | 4 | — | 25 | — | 1 | — | 246 | — | 4 | — | 1 | 1 | 1 |
| München | — | — | 32 | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | 231 | — | — | — | — | — | — |
| Nürnberg | — | — | 5 | — | — | — | — | — | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Augsburg | — | — | 5 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Regensburg | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Würzburg | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |

1) E = Erkrankungen (einschl. der erst beim Tode bekanntgewordene Krankheitsfälle) mit Ausschluß der Verdachtsfälle
 2) ST = Sterbefälle
 3) Verletzungen durch ein tollwutkrankes oder tollwutverdächtiges Tier sowie Berührungen eines solchen Tieres oder Tierkörpers

„Kuratorium Altershilfe“ stellte 12,2 Millionen DM bereit

Das „Kuratorium deutsche Altershilfe“ hat von den 14,6 Millionen Mark Reinertrag der Fernsehlotterie „Das Alter darf nicht abseits stehen“ 12,2 Millionen zur Vergabe in den Jahren 1963 und 1964 zur Verfügung gestellt. Die Lotterie war im Frühjahr 1963 auf Anregung von Bundespräsident Lübke veranstaltet worden. Frau Lübke leitete die acht Sitzungen des Kuratoriumsvorstandes, in denen bisher Anträgen für die Vergabe von sechs Millionen Mark zugestimmt wurde. Über Anträge, deren Verwirklichung 4,5 Millionen Mark erfordern würde, will das Kuratorium in nächster Zeit entscheiden.

Das Kuratorium bewilligte zugunsten alter Menschen: 3,41 Millionen DM für den Bau von Wohnungen und Wohnheimen, 930 000 DM für Erholung, 368 040 DM für die Einrichtung von Altenklubs, 285 000 DM für Mahlzeitendienste, 146 916 DM für die Ausbildung von Altenpflegerinnen, 400 000 DM für die Beschaffung von Rundfunk- und Fernsehgeräten sowie Befriedigung kulturellen Nachholbedarfs in Altenheimen und Altenklubs und 450 000 DM für Altersforschung und sonstige Zwecke der Altershilfe. Die Fernsehlotterie hat 23,9 Millionen DM eingebracht. Nach Abzug der Kosten für die Gewinne und Steuern sowie Verwaltungskosten blieb der Reinertrag von 14,6 Millionen DM. ÄPI

In zehn Jahren 100 000 Beinamputierte

In einer englischen Klinik wird den Patienten, die das Hospital aufsuchen müssen, ein Kärtchen mit folgendem Text ausgehändigt: „Du kannst deine Zigarette oder deine Beine behalten, aber nicht beides!“

In der angesehenen schweizerischen Zeitung „Die Tat“, 258/63, berichtet A. Püllmann über neue Forschungsergebnisse der „Angiologie“, die diese Warnung begründen. Drei Faktoren führen danach unweigerlich zu Gefäßkrankheiten: das Zigarettenrauchen, Mangel an Bewegung und falsche Ernährung. Von 500 Patienten, die mit Durchblutungsstörungen in der Münchener Poliklinik lagen, waren nur drei Nichtraucher. In der Darmstädter Spezialklinik für Angiologie waren von 1208 gefäßkranken Männern nur 0,9% (= 11 Personen) Nichtraucher. Da Durchblutungsstörungen in den Beinen bekanntlich die Neigung haben, später als sogenannter „Altersbrand“ aufzutreten und zu Amputationen führen können, rechnet Dr. Heß, München, bei einer halben Million Menschen mit Gefäßkrankheiten in der Bundesrepublik damit, daß demnach in den nächsten zehn Jahren etwa 100 000 Menschen ihr Bein verlieren müssen.

Wer diesem Schicksal entgehen will, muß darum die Kraft aufbringen, rechtzeitig das Zigarettenrauchen einzustellen oder zumindest stark einzuschränken, sich körperlich ausreichend bewegen und — beengende Fußbekleidung vermeiden! DMI

14 136 Todesopfer im Straßenverkehr

Das Statistische Bundesamt teilt mit: Im Bundesgebiet ohne Berlin ereigneten sich im Dezember 1963 bei meist kaltem Wetter mit Nebel und Glatteisbildung auf den Straßen 24 936 Unfälle mit Personenschaden, bei denen 1281 Personen getötet und 32 828 verletzt wurden. Gegenüber Dezember 1962, in dem ebenfalls

für den Straßenverkehr ungünstiges Winterwetter herrschte, ging die Zahl der Unfälle, bei denen Menschen zu Schaden kamen, insgesamt um 1 v. H. zurück. Es wurden auch weniger Personen verletzt (—0,5 v. H.). Dagegen haben sich aber im Vergleich zum Dezember des Vorjahres mehr Unfälle ereignet, die zu schwersten Folgen führten, denn die Zahl der Getöteten nahm um 27 oder 2,2 v. H. zu.

Nach den ersten vorliegenden Ergebnissen ereigneten sich im Bundesgebiet ohne Berlin im Jahre 1963 über eine Million Straßenverkehrsunfälle. Bei 302 250 Unfällen wurden Personen getötet oder verletzt. Bis jetzt meldete die Polizei, daß 14 136 Menschen getötet wurden oder innerhalb 30 Tagen an den Folgen des Unfalles starben. Die Zahl der Verletzten betrug 408 578, von denen rund 30 v. H. in Krankenanstalten eingeliefert werden mußten, da die Verletzungen schwererer Art waren.

Gegenüber 1962 nahm die Zahl der Unfälle mit Personenschaden im vergangenen Jahr ab, und zwar um 2,2 v. H. Zurück ging auch die Zahl der bei den Unfällen Verletzten, und zwar um 1,1 v. H. Nach den bisher vorliegenden Meldungen wurden aber 20 Personen (+ 0,1 v. H.) mehr getötet als 1962. Es ist allerdings damit zu rechnen, daß von den innerhalb 30 Tagen nach dem Unfall Gestorbenen noch einzelne Fälle nachgemeldet werden. Der Bestand an Kraftfahrzeugen erhöhte sich in der Vergleichszeit um rd. 8 Prozent.

Hilfe für Kinder mit schweren Gliedmaßenbildungen

An 16 Fachkliniken im Bundesgebiet einschließlich Berlin werden mit finanzieller Hilfe des Bundes und der Länder Sonderstationen zur Behandlung von Kindern mit schweren Gliedmaßenbildungen eingerichtet. Vier Sonderstationen wurden bereits fertiggestellt und in Betrieb genommen.

Vom Bundesgesundheitsministerium sind für das Jahr 1964 über eine Million DM bereitgestellt worden, um neue und bereits laufende Forschungsaufträge an namhafte Wissenschaftler und Institutionen für die Entwicklung von technischen Hilfen für Kinder mit schweren Mißbildungsformen zu vergeben bzw. fortzuführen oder abzuschließen. Diese Forschungsvorhaben gelten der Entwicklung von Prothesen und anderen Hilfseinrichtungen, die dem Wachstum der Dismelie-Kinder entsprechen.

Änderung der Ferienordnung 1964

Die Termine für die Sommerferien der höheren Schulen (siehe BÄbl. Nr. 9/1963) sind wie folgt geändert worden:

Erster Ferientag Donnerstag, 23. Juli 1964

Letzter Ferientag Dienstag, 8. September 1964.

An den Berufsschulen sind unterrichtsfrei

Freitag, der 20. März, Freitag, der 30., und Samstag, der 31. Oktober, sowie Montag, der 2. November.

Wegen der Weihnachtsferien wird darauf hingewiesen, daß die Regierungen Abweichungen genehmigen oder anordnen können; zusätzliche Ferientage für eine Weihnachtsregelung sind einzuholen.

Finanzwissenschaftler wollen nicht differenzieren

Pauschal zurückgewiesen hat der Wissenschaftliche Beirat beim Bundesministerium der Finanzen alle kritischen Stellungnahmen zum Entwurf eines Mehrwertsteuergesetzes, die in der öffentlichen Diskussion in den letzten Monaten geäußert worden sind.

In einer vom Bundesfinanzministerium bekanntgegebenen Stellungnahme des Beirates heißt es unter anderem: „Mit dieser Zielsetzung verträgt es sich nicht, wenn das System der Mehrwertsteuer durch besondere Bevorzugungen, Erleichterungen und Befreiungen durchbrochen wird, wie sie inzwischen von zahlreichen Berufsverbänden und Wirtschaftszweigen geltend gemacht worden sind; alle derartigen Vergünstigungen können den Antragstellern nur durch eine Erhöhung des allgemeinen Steuersatzes und daher auf Kosten der übrigen Steuerbelasteten und nur unter Verzicht auf die systematische Geschlossenheit der Mehrwertsteuer eingeräumt werden. Sie stellen also letztlich die Gesamtreform in Frage, da sie immer weitere Einzelwünsche und Durchbrechungen nach sich ziehen müssen. Der Wissenschaftliche Beirat warnt daher eindringlich davor, diesen Sonderwünschen nachzugeben...“

Nicht berücksichtigt ist in dieser Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirates beim Bundesfinanzministerium, daß einige derjenigen Antragsteller, die die Herausnahme aus der Mehrwertsteuer gefordert haben, gerade Gründe der Steuersystematik geltend gemacht haben.

Dies gilt insbesondere von der Forderung der Sozialversicherungsträger nach Beibehaltung der bisherigen Befreiung ihrer „Umsätze“ von der Umsatzbesteuerung und von der Forderung der freien Berufe, die wesensfremde Besteuerung der geistigen, vorwiegend unmittelbar gegenüber dem „Endverbraucher“ erbrachten Leistung mit einer Warenumsatzsteuer zu beseitigen.

ÄPI

Arbeitsmedizin in der Berliner Gesundheitsverwaltung

Mit einer Neuaufteilung der Geschäftsbereiche hat in Berlin eine seit längerer Zeit zwischen den verschiedenen Ressorts des Senats geführte Auseinandersetzung um die Kompetenzverteilung im Gesundheitswesen ein Ende gefunden. Ausgegangen war die Kontroverse davon, daß der Senator für Arbeit und soziale Angelegenheiten den Wunsch äußerte, die Dienststelle des Landesgewerbeärztes mit dem Institut für Arbeitsmedizin in sein Ressort einzugliedern.

Der Senat hat nunmehr mit einem Zuständigkeitsbeschuß festgelegt, daß in den Geschäftsbereich des Senators für Gesundheitswesen gehören die Arbeitsmedizin, die Gewerbe- und Berufshygiene (soweit es

sich nicht um Ordnungsaufgaben handelt), die Aus- und Fortbildung, Unterstützung und Beratung in allen hygienischen und medizinischen Fragen des Arbeitsschutzes und des Strahlenschutzes, ferner der Strahlenschutz auf den Gebieten der Wasser-, Boden-, Lufthygiene, der Lebensmittelhygiene und des Arzneimittelwesens und schließlich die Aufsicht über den Landesgewerbearzt, das Landesinstitut für Arbeitsmedizin und die Akademie für Arbeitsmedizin. Eine Reihe von weiteren Aufgaben, die mit dem Gebiet der Arbeitsmedizin und dem Strahlenschutz in Verbindung stehen, wurde dem Landesgewerbearzt zugewiesen.

Der Arbeits- und Sozialsenator ist zuständig für den Arbeitsschutz (insbesondere technischer und gesundheitlicher Gefahrenschutz, Unfallschutz, psychologische Unfallverhütung), für den Arbeitszeitschutz, die Sonn- und Feiertagsruhe und den Ladenschluß, für Frauen-, Kinder-, Jugendlichen-, Mutter- und Heimarbeiter-schutz, für die Aufsicht über überwachungsbedürftige Anlagen, für Sprengstoffangelegenheiten, für die nicht dem Gesundheitsminister zugewiesenen Angelegenheiten des Strahlenschutzes. Er führt die Aufsicht über das Gewerbeaufsichtsamt und den Technischen Überwachungsverein.

Der Senator für das Gesundheitswesen, Dr. med. Habenicht, hat in einer Erklärung zu diesem Senatsbeschuß betont, daß damit seine Auffassung, der medizinische Arbeitsschutz sei nicht nur vielfältig im öffentlichen Gesundheitsdienst, sondern auch in der Medizin fest verankert, anerkannt worden sei. Er dankte der Ärztekammer Berlin, der Medizinischen Fakultät der freien Universität und zahlreichen Persönlichkeiten aus Berufsverbänden und Organisationen für die Unterstützung, die sie bei diesen Bemühungen geleistet hätten.

ÄPI

Sind unsere modernen Berufsmusiker schwerhörig?

Moderne Unterhaltungskapellen schätzen Verstärkeranlagen, Schlagersänger halten das Mikrofon möglichst nahe an den Mund. Als Benjamins Gigli vor vielen tausend Zuhörern in der akustisch guten Halle Münsterland sang, ließ er das Mikrofon wegnehmen. Man verstand bis zum entlegensten Rang jeden Ton. Doch dazu gehören große Stimmkraft und Stimm-schulung.

Heute erscheint der Lautsprecher — auch in kleinen Räumen möglichst voll aufgedreht — den Berufsmusikern und vielen Sängern unentbehrlich. Viele Stücke sind auch entsprechend geschrieben. Fast jede Tanzkapelle hat ihr Verstärkergerät. Es ist durchweg zu laut eingestellt. Eine Unterhaltung im Saal ist dabei oft nur mit Schreien möglich. Bittet man die Musiker darum, die Verstärkung leiser einzustellen, stößt man oft auf Unverständnis und Ablehnung. Das ist so, als

Röntgen- und elektromedizin. Apparate

KURT PFEIFFER Ärzte- und Krankenhausbedarf

NURNBERG, Gleißbühlstraße 7

FRANKFURT a. M.-S, Gartenstr. 114

Elektrofrequenz F. Schwarzer GmbH., München, und Albert Dargatz, Hamburg

Generalvertretung der Firmen: Röntgenwerk F. Hofmann GmbH., Erlangen

► Projektierung und Ausführung kompletter Ärzte- und Krankenseinrichtungen ◀

Besuchen Sie bitte unsere Ausstellungsräume!

wenn man einem Porschefahrer sagt, er möge auf einer Rennstrecke langsamer fahren. Der Musiker mit Lautsprecher spürt einen erheblichen Zuwachs an Macht über die Mitmenschen, sein Publikum. Das ist ähnlich beim Kraftfahrer. Diese Macht will ausgekostet sein. Doch ist eine solche Erklärung richtig? In vielen Fällen mag sie zutreffen. Gerade bei jungen Menschen. Doch dürfte es noch eine andere Erklärung geben, die jedoch eine systematische Untersuchung erfordert. Hier sei sie nur als Möglichkeit angeben.

Die meisten Berufsmusiker (Mitglieder von Unterhaltungskapellen) sind selbst täglich über viele Stunden einer fast pausenlosen Einwirkung großer akustischer Lautstärken und bestimmter Frequenzen ausgesetzt, die am Ohr mindestens im Bereich der Lärmstufe II nach Prof. Dr. G. Lehmann, also 65–90 DIN-Phon, nicht selten noch darüber, liegen. Dies führt zunächst zur Vertäubung der Ohren, dann vermutlich zu vorzeitiger Schwerhörigkeit. Ein Hörtest bei Mitgliedern von Unterhaltungskapellen, die mit Verstärkeranlagen arbeiten, könnte hierüber Aufschluß geben. Ihre Tendenz, laut zu spielen, wäre dadurch verständlich.

Zugleich wird durch diese Betrachtung auch das Problem der „Berufsschwerhörigkeit“ aufgeworfen. Die moderne Unterhaltungskapelle mit Verstärkeranlage kann die Bedingungen eines „Lärmbetriebes“ schaffen. Hiervon werden nicht nur die Musiker, sondern auch alle anderen Personen (z. B. Kellner, Bedienungspersonal) fast ebenso betroffen.

Da viele moderne Musikstücke auch nach Rhythmus, Aufbau und Charakter absichtlich „die Nerven aufpeitschen“ sollen und Dissonanzen sowie Disharmonien gewollt sind, ist es im Interesse einer nervösen Überreizung und damit des Gesundheitsschutzes um so mehr empfehlenswert, Verstärkeranlagen grundsätzlich leiser schalten zu lassen und genügend Pausen zwischen den einzelnen Stücken einzulegen. DMI

Experimente mit Hilfe der „Musikcouch“

Anlässlich einer Tagung in Salzburg, die sich mit dem Thema „Musik als Heilmittel“ auseinandersetzte, berichtete Dr. H. R. Teirich, Freiburg i. Br., als Psychotherapeut über die Methoden eines speziellen autogenen Trainings, wodurch der Patient in den Zustand der Gelöstheit und Entspannung versetzt wird, und das ihn zu innerer Sammlung führt.

Über diese Untersuchungen wurden in den Zeitschriften „Ärztliche Praxis“, 43/1962, und „Kampf dem Lärm“, 4/1963, berichtet.

Dr. Teirich hat eine Musikcouch konstruiert, die dem darauf liegenden Patienten Vibrationen vermittelt, die den visionären Vorstellungsbereich ansprechen und so eine psychische Lenkung ermöglichen. Es gelang auf diese Weise sogar ein Umsetzen von Vibration bzw. Ton über ein visionäres Bild in eine Zeichnung bzw. Malerei, also eine Umsetzung von Empfindung zur Gestaltung jeweils individueller Art. Der dem Depressiven mangelnde Drang zur Aktivität kann durch das musikalische Erlebnis manchmal überraschend ausgelöst, umgekehrt die Erregung der Exaltierten überraschend gedämpft werden. Bei Musikempfindsamen kann es überraschend zur Lösung von Konfliktsituationen kommen, der Patient erlebt das Gehörte aufs in-

tensivste mit. — Hier kann die Musik zur psychotherapeutischen bzw. psychischen Beeinflussung eingesetzt werden.

Man hat bei der Tagung in Salzburg darauf hingewiesen, daß es im Rahmen dieses noch jungen Therapiezweiges möglich ist, geeignete Musik zur Behandlung seelischer Disharmonien einzusetzen. Es ging darum, Methoden zu besprechen, die gestatten, den im Erlebnisbereich verarmten, innerlich oft leeren Menschen unserer Zeit zum aktiven Mitschwingen zu bringen und ihm die Passage zur seelischen Ausgeglichenheit zu erleichtern. Hierbei soll also nicht das passive Mithören, sondern die Auslösung eines persönlichen schöpferischen Antriebs eine echte Umstimmung herbeiführen. DMI

Hartnäckiger Ärger fördert Coronarthrombose

Der britische Arzt A. Brown vom Cheshire County Council untersuchte die Lebensgeschichte von 536 Patienten, die im Alter von 45 bis 64 Jahren an Coronarthrombose gestorben waren. Er verglich deren Lebensweise mit einer anderen, ähnlich zusammengesetzten Bevölkerungsgruppe, die keine Coronarerkrankungen aufwies, und berichtete über seine Erkenntnisse in dem British Medical Journal 5304/1962.

Er kam zu dem Ergebnis, daß hartnäckiger Ärger die Coronarthrombose anbahnen kann. Körperliche Tätigkeit im Gehen führt, wie dies auch landwirtschaftliche Tätigkeiten zeigen, weniger häufig zu Coronarthrombosen. Gartenarbeit hat als vorbeugende Maßnahme große Bedeutung. DMI

600 000 DM für Forschungen über Blutkrankheiten

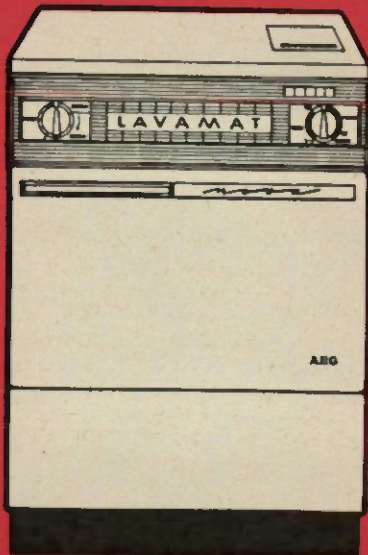
Die Deutsche Forschungsgemeinschaft hat für Forschungen über das Blut und über die Blutkrankheiten 600 000 DM bereitgestellt, nachdem im Vorjahr schon ein Betrag in gleicher Höhe bewilligt worden war. Hämatologische Fragen spielen bei den meisten klinischen Fällen eine Rolle, so bei allen chirurgischen 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.

Schlank durch vermehrten Obstverzehr

Obst und Gemüse zeichnen sich für die menschliche Ernährung besonders durch ihren Reichtum an Vitaminen, Mineralstoffen, Spurenelementen und ihren hohen Gehalt an Ballaststoffen, Fruchtsäuren und Aromastoffen aus. Hinzu kommt, daß die meisten Früchte und Gemüse sehr kalorienarm sind. Während 100 g Fett etwa 900 Kalorien liefern, sind in einem

**Sauberkeit
ist so
wichtig!**



In der Klinik, in Ihrer Praxis, im Haushalt. Da kann Ihnen der LAVAMAT ein wertvoller Helfer sein: Leinen, Chemiefasern, Wolle – alles, was es zu waschen gibt – pflegt er schonend sauber.

Er wäscht, spült, schleudert vollautomatisch – ohne Aufsicht. Sein Zwei-Laugen-Verfahren mit „Doppelwaschkraft“ für stark verschmutzte Kochwäsche hat sich millionenfach bewährt.

Trommel und Bottich aus EDELSTAHL „rostfrei“. Und der AEG-Kundendienst ist immer und überall für Sie da.

Lassen Sie sich den LAVAMAT einmal unverbindlich vorführen.

Informationsmaterial erhalten Sie gegen Einsendung des untenstehenden Coupons an die AEG in Nürnberg.

AEG

LAVAMAT

**AUS
ERFAHRUNG
GUT**

Senden Sie mir bitte kostenlos und unverbindlich Prospekte über AEG-Waschautomaten.

Name

Ort

Straße

Bitte ausschneiden und auf eine Postkarte (10 Pf. Porto) kleben.

An das
AEG-Wasch-
automaten-Werk
Abt. GW 3
85 Nürnberg
Postfach 180

großen Apfel von 100 g nur 60 Kalorien enthalten. Aus diesem Beispiel ergibt sich die besondere Bedeutung von Früchten für eine kalorienarme Schlankheitsdiät.

Im Gegensatz zu Mensch und Tier können die Pflanzen ausnahmslos fast alle Vitamine in beträchtlicher Menge erzeugen. Während des Kochprozesses treten mehr oder weniger große Vitaminverluste, vor allem an Vitamin C, ein. Es ist deshalb vom gesundheitlichen Standpunkt besonders wichtig, möglichst viel rohes Obst und Salate zu verzehren. Da die Früchte einen sehr geringen Kochsalzgehalt, gleichzeitig aber einen großen Reichtum an Kalium besitzen, trägt ihr vermehrter Verzehr dazu bei, überschüssiges Wasser aus dem Organismus auszuschleiden; dies ist für die erfolgreiche Durchführung einer Abmagerungskur wichtig.

Ein großer Teil der Fettsüchtigen leidet an Verstopfung. Durch den Reichtum der Früchte an Rohfaserstoffen, vor allem in Äpfeln, wird bei regelmäßigem Genuß die Darmtätigkeit angeregt. Gleichzeitig tritt ein stärkeres Sättigungsgefühl ein, weil die Rohfaserstoffe — auch Ballaststoffe genannt — eine sehr hohe Quellfähigkeit besitzen, für den Körper nicht verwertbar sind und dem Organismus keine Kalorien liefern. Amerikanische Forscher schätzen den täglichen Bedarf an Ballaststoffen auf 4 bis 7 g, der beispielsweise durch 3 bis 4 mittelgroße Äpfel gedeckt werden kann.

Bei Abmagerungskuren sind die Fruchtsäuren von großer Bedeutung, da sie ebenfalls eine entwässernde Wirkung haben. Dies ist sehr wichtig, weil bekannt ist, daß das Fettgewebe fettleibiger einen höheren Wassergehalt aufweist als das Muskelgewebe. Der Abbau des überschüssigen Fettes geht aber leichter vor sich, wenn der Wassergehalt des Organismus verringert wird. Da in unserer heutigen Ernährung Fette und auch Kohlenhydrate meist im Überschuß zugeführt werden und

dann in Form von Fett im Körper zur Ablagerung kommen, wird hiermit eine dauernde Gewichtszunahme hervorgerufen. Diese beiden Nährstoffe müssen weniger verzehrt werden, eine ausreichende Eiweißzufuhr in Form von magerem Fleisch, Fisch, Magerkäse und Magerquark ist jedoch notwendig.

Wenn es auch möglich ist, eine Vielzahl von Früchten in den Mittelpunkt einer Schlankheitsdiät zu stellen, so nimmt doch der Apfel aus mehreren Gründen eine Sonderstellung ein. Es ist nicht nur die gute Verträglichkeit, die ihn oft gegenüber anderen Früchten auszeichnet, sondern auch die Vielzahl der Sorten, die es ermöglicht, eine individuelle Auswahl zu treffen. Hinzu kommt die relativ gute Lagerfähigkeit der meisten Apfelsorten. Außerdem eignet er sich sehr als kalorienarme Zwischenmahlzeit, auch zur Herabsetzung von gewissen Hungerzuständen bei kalorienarmen Mahlzeiten.

Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung empfiehlt deshalb bei Übergewicht eine kalorienarme Kost. Sie soll relativ wenig Fett und Kohlenhydrate enthalten, jedoch eiweißreich sein und einen hohen Anteil an Vitaminträgern in Form von Obst und Gemüse aufweisen.

DMI

Finanzielle Unterstützung der Kariesforschung

Die Deutsche Forschungsgemeinschaft hat die Kariesforschung in ihr Schwerpunktprogramm aufgenommen und hierfür einen Betrag von zunächst 400 000 DM zur Verfügung gestellt. Akuter Anlaß zur Bildung des neuen Schwerpunktprogramms waren Forschungsergebnisse der Kommission für Ernährungsforschung, die von neuem auf den engen Zusammenhang zwischen der Schwangeren- und Säuglingsernährung und der Gesunderhaltung der Zähne hinweisen.

Aus der medizinischen Standespresse / Juli-Dezember 1963

Schweizerische Ärztezeitung

Nr. 27/Juli 1963

Ruesch: Der Niedergang der klinischen Tradition.
Der Blutspendedienst des Schweizerischen Roten Kreuzes.

Nr. 28/Juli 1963

Reglement zur Erlangung des Spezialarztstitels FMH.
Freie Besuchszeit in englischen Krankenhäusern.

Nr. 29/Juli 1963

Doktrinäre der „Sozialen Sicherheit“.

Nr. 30/Juli 1963

Die Stellung des Anästhesiologen:

Die Stellung des Anästhesiologen.
Die privatrechtliche Stellung des Anästhesisten.
Zur Stellung des Anästhesiologen.
Die Stellung des Anästhesiologen zwischen Chirurgie
und Innerer Medizin.

Auch der Kranke bleibt ein freier Mensch. Australien.

Nr. 31/August 1963

Gartmann: Psychiatrische Probleme der Aus- und
Rückwanderung.

Nr. 32/August 1963

Amerika: Aus der Statistik der ärztlichen Staatsexamen
in den USA.

Nr. 33/August 1963

Schär: Verantwortung des Individuums und des Staates
in der Krankheitsprophylaxe.
Prinzipiell obsta! Erhebungen über die Rauchgewohn-
heiten Jugendlicher.

Nr. 34/August 1963

Unfallversicherung, Alkohol, Arzt.
Brauchen wir Verbrennungszentren in der Schweiz?
Der englische Gesundheitsdienst.

Nr. 35/August 1963

Knoepfel: Patient, Arzt und Krankenkasse.
Gründung einer europäischen Strahlenschutzgesell-
schaft / Fondation d'une association européenne pour
la protection contre les radiations.
Neue Fortschritte bei den biologischen Beweismitteln
im Vaterschaftsprozess.

Nr. 36/September 1963

Die Entwicklung der Sozialmedizin: Lehren, die zu
denken geben.
Gibt es ein Spezialfach „Allgemeinmedizin“?

Nr. 37/September 1963

Meldestelle für Beobachtungen von Schädigungen durch
Arzneimittel
Pfeiffer: Die Gefährdung des kranken Menschen.
Smith: Wissenschaft und Gesetz schützen den ameri-
kanischen Arzneimittelverbraucher.

- Nr. 38/September 1963
Wandel einer ärztlichen Aufgabe.
- Nr. 39/September 1963
Bemerkungen zur Organisation der Krebsbekämpfung. Der Konflikt zwischen Arzt und Staat aus der Sicht des Medizinstudenten.
- Nr. 40/Okttober 1963
Guggenheim: Der Arzt, vom Patienten aus gesehen. Die Aufwendungen für die soziale Sicherheit in der Schweiz (1960).
- Nr. 41/Okttober 1963
Berufstätigkeit der Ärztinnen in England. Die Stellung der Psychosomatik in der Medizin.
- Nr. 43/Oktober 1963
Zur Fernsehreklame. Numerus clausus an der Universität Zürich? Immer weniger Medizinstudenten in Großbritannien.
- Nr. 44/November 1963
Alters- und Hinterbliebenenversicherung der Schweizer Ärzte / Assurance vieillesse et survivants des médecins suisses.
Kanton Giarus: Gesetz über das Gesundheitswesen.
- Nr. 45/November 1963
Ergebnisse des Poliomyelitis-Symposiums in Stockholm 1963.
Sozialmedizinische Fragen der Bergbevölkerung. Ausländerstudium in verschiedenen Staaten. Fortschritt und Hemmung der Blutuntersuchung.
- Nr. 46/November 1963
Pockenprobleme. Krupp: Eindrücke von einem Zentrum für plastische Chirurgie in England.
- Der psychologische Zugang zum körperlich Kranken. Den Hemiplegikern helfen heißt auch dem Pflegepersonal helfen.
- Ärztliches Quartierzentrum.
Zum Tode von Lord Nuffield.
- Nr. 47/November 1963
Stellung des Arztes in der verwalteten Welt. Universität und moderne Welt.
Wyss: Die fabrikärztliche Betreuung der ausländischen Arbeiter.
- Nr. 48/November 1963
Ein neuer Schlag gegen die freie Arztwahl in Frankreich.
Ein Wort zur Ausbildung und Weiterbildung des praktischen Arztes.
- Nr. 49/Dezember 1963
Die belgische Sozialversicherung und die Ärzte. Allgöwer: Probleme der Versorgung chirurgischer Patienten im heutigen Krankenhaus.
- Nr. 50/Dezember 1963
Fanconi: Der Wandel der Krankheiten seit Beginn des 20. Jahrhunderts.
Arbeitstagung über Kariesprophylaxe.
- Nr. 51/Dezember 1963
Kägi: Ein unhaltbarer Kompromiß im Arztrecht. Meldestelle für Beobachtungen von Schädigungen durch Arzneimittel.
Ausführungsbestimmungen zum Reglement zur Erlangung des Spezialarzttitels FMH.
- Nr. 52/Dezember 1963
Arztestatistik — 1963 — Statistique médicale.

PRESSERUNDSCHAU

Wenn Ärzte streiken (Frankfurter Allgemeine Zeitung v. 7. 4. 64): Selten hat eine soziale Auseinandersetzung in einem Land so starke Reaktionen nicht nur dort, sondern auch jenseits der Grenzen gefunden wie der Streik der belgischen Ärzte. Unruhe regt sich allenthalben. Sie verdichtet sich in Belgien zu Aktionen gegen einzelne Ärzte. Daß Ärzte auf Verabredung den Patienten Hilfe verweigern, wird als Verstoß gegen überlieferte Normen angesehen; und darauf konzentrieren sich die Gedanken so sehr, daß die Frage nach dem Grund des Streiks kaum noch gestellt wird.

Über sie aber darf man jedenfalls nicht hinweggehen. Die belgischen Ärzte streiken nicht aus Übermut. Sie wehren sich gegen ein Krankenversicherungsgesetz, das ihnen, wie sie es sehen, ihre Selbständigkeit beschneidet und ihr Einkommen schmälert. Ihr Ziel, solche Folgen zu vermeiden, ist nicht etwa deshalb illegitim, weil es Ärzte sind, die es verfolgen. In den freien Gesellschaften scheint sich das Vorurteil breitzumachen, daß es nur bestimmten, in aktionsfähigen Verbänden organisierten Gruppen zukomme, sich nachhaltig für ein besseres oder gegen ein geringeres Einkommen zu regen, während andere brav zu arbeiten und den moralischen Lohn der guten Tat

ihren finanziellen Einnahmen hinzuschreiben hätten. Solche Bestrebungen, den finanziellen Egoismus gleichsam zu monopolisieren, muß man entgegentreten. Die Ärzte haben nicht weniger Recht als die Metallarbeiter oder die Bauern, für ein angemessenes Einkommen zu streiten. Schließlich ist es im Interesse der Allgemeinheit, daß der ärztliche Beruf vor einem auch nur relativen sozialen Abstieg mit allen seinen Gefahren, auch für die Patienten, bewahrt bleibe.

Ist das Kampfziel durchaus nicht verurteilenswert, so kommt es doch auch auf die Kampfmittel an. Die belgischen Ärzte berufen sich darauf, daß ihnen keine andere Möglichkeit als der Streik geblieben sei. Und sie können mit Recht darauf hinweisen, daß die Gewerkschaften, die jetzt mit moralischen Sentenzen gegen die Ärzte so schnell bei der Hand sind, nicht immer nach den Geboten der gleichen Moral fragen, ehe sie einen — oft der Allgemeinheit schädlichen — Arbeitskampf entfesseln. Indessen ist der Streik der belgischen Ärzte damit noch nicht legitimiert. Ärzte, die von kranken Menschen um Hilfe angegangen werden, sind an den Hippokratischen Eid gebunden, das Gesetz, unter dem jeder Arzt seinen Beruf antritt. Das Einrichten eines Notdienstes für eilige Fälle genügt nicht, schon weil sich oft erst nach eingehender Untersuchung

Antiphlogistine*

* eingetr. Wz.

IN LIZENZ DER FIRMA
THE DENVER CHEMICAL MFG. CO. NEW YORK



LYSSIA-WERKE

WIESBADEN

Wärmepackung - Wärmeumschlag

bei: Gelenkentzündung
Nerventzündung
Rippenfellentzündung
Hals- und Brustschmerzen
Rheumatismus

erkennen läßt, ob jemand gefährlich krank ist und deshalb rasch Hilfe braucht. Ärzte dürfen nicht streiken.

Die Gesellschaft, die von ihren Ärzten den Verzicht auf das äußerste Kampfmittel verlangt, darf andererseits ihre berechtigten Interessen nicht mißachten. Zu diesen Interessen gehört es, daß der ärztliche Beruf mit seiner Freiheit, seinem Wagnis und auch seinen finanziellen Chancen und Risiken nicht über das unvermeidliche Maß beeinträchtigt werde. Darauf muß man in unserem Land, dessen Ärzte den Streik gegen die Patienten ablehnen, nachdrücklich erinnern.

Wenn Ärzte streiken (Süddeutsche Zeitung v. 9. 4. 64): In Belgien sind Ärzte verhaftet worden, weil sie einem kranken Kind ihre Hilfe verweigert haben: Krasser ist die Problematik eines Ärztestreiks nicht zu denken. Die mit überraschender Geschlossenheit befolgte Streikparole der Ärztekammer ist höchst unpopulär, und auf den ersten Blick spricht ja auch die Verweigerung ärztlicher Hilfe allen hergebrachten Vorstellungen über den dienenden Beruf des Arztes hohn. Wer freilich noch einen zweiten Blick auf den belgischen Konflikt werfen mag, dem wird immerhin als bedenkenswert erscheinen, daß hier ein zahlenmäßig schwacher, traditionell freier Berufsstand ein Kampfmittel in Anspruch nimmt, das den großen organisierten Gruppen innerhalb der modernen Industriegesellschaft als ein selbstverständliches Verfassungsrecht eingeräumt ist. Warum also sollten nicht auch die Ärzte versuchen dürfen, ihr materielles Wohlergehen mit Hilfe eines Streiks zu sichern und dabei den Nachteil ihrer geringen Zahlenstärke durch den Vorteil aufzuwiegen, daß sie in der Allgemeinheit eine Schlüsselfunktion besitzen?

Um diese Frage im vorliegenden belgischen Fall mit Nein zu beantworten, ist es nicht einmal nötig, den sogenannten Eid des Hippokrates zu bemühen, der den Ärzten ein Berufsethos abveriangt, das über das nüchterne Soll und Haben hinausgeht. Ganz im Gegenteil: Die eifertige Beschwörung des besonderen ärztlichen Sittenkodex — mit der die Öffentlichkeit die Ärzte an der Arbeit halten will und mit der die Ärzte selbst ihre Wächterrolle für die Freiheitlichkeit ihres Berufsstands begründen — verdeckt nur den gefährlichen Verfassungsbruch, zu dem der belgische Ärztestreik geführt hat. Die Rechtsprechung aller parlamentarisch regierten Staaten stimmt weithin darin überein, daß Streik und Aussperrung nur Mittel des Arbeitskampfes, nicht aber des politischen Streits sein dürfen. Wo zwischen diesen beiden Konflikten, dem arbeitstariflichen und dem politischen, die Grenzlinie verläuft, kann eindeutig gesagt werden: Als Adressat des erlaubten Arbeitskampfes gilt ausschließlich der soziale Gegenspieler, und zwar (wie es in den maßgebenden Kommentaren zum deutschen Arbeitsrecht heißt) „in der konkreten Gestalt, wie er der kämpfenden Partei oder deren Mitgliedern gerade gegenübersteht“. Unter diesen Umständen ist denn auch der dreitägige Warnstreik des DGB im Mai 1952 als rechtswidrig erkannt worden, weil seinerzeit die westdeutschen Zeitungen bestreikt wurden, der eigentliche Gegner aber der Bonner Bundestag war, dessen Mehrheit ein dem DGB nicht genehmes Betriebsverfassungsgesetz verabschiedet hatte.

Der belgische Konflikt besitzt, entsprechend dem seinerzeitigen westdeutschen Streik, eindeutig politischen Charakter: Er wendet sich gegen ein vom ordnungsgemäß gewählten Parlament beschlossenes Gesetz, dessen Mängel nicht durch einen gezielten Druck auf die Abgeordneten als unmittelbare Adressaten des Streiks behoben werden dürfen — jedenfalls solange nicht die Ärzte gezwungen sind, mit den Krankenkassen Verträge abzuschließen. Mit dieser Feststellung ist den belgischen Ärzten keineswegs jede Rechtsgrundlage für einen verfassungsgemäßen Arbeitskampf genommen. Hätten sie ihren Streik auf die Behandlung von Kassenpatienten beschränkt und gleichzeitig allen Kranken anheimgestellt, sich gegen Privathonorar behandeln zu lassen, so wären die Krankenkassen in Gestalt ihrer Mitglieder die Streikgegner der Ärzte gewesen.

Warum die belgischen Ärzte bei ihrem Kampf den gefährlicheren und auch — dank der Unpopularität — weniger dauerhaften Erfolg versprechenden Weg eingeschlagen haben, ist in den Einzeinheiten für den Außenstehenden nicht zu erkennen. Die Erbitterung, mit der gestritten wird, läßt jedoch auf ein Grundmotiv des Konflikts schließen, das nicht nur in Belgien zu finden ist. Allenthalben in den modernen Industriestaaten kämpfen bestimmte Berufsgruppen um die Bewahrung ständischer Geltung. Solche Privilegien sind nur noch selten juristisch fixiert, so im öffentlich-rechtlichen Status der ärztlichen Berufsvertretung; sie reichen jedoch in einer vagen, aber nicht inhaltslosen Form weit über die Fixierungen hinaus, etwa im Sozialprestige und der öffentlichen Autorität mancher Berufe. Der Konflikt, in den sich beispielsweise Berufsbeamte und Ärzte verstrickt sehen, wenn sie ihre einst vor anderen Berufen ausgezeichnete Position in Einklang mit ihrer modernen Interessentenwahrung zu bringen versuchen — dieser Konflikt ist nicht ohne Tragik, weil er Beamte und Ärzte zu Kampfmitteln greifen läßt, die eben jener modernen Gesellschaft entlehnt sind, die ihre Privilegien einzubrennen droht.

Vor der Jahrhundertwende bestritten 15 Prozent der deutschen Bevölkerung ihre ärztliche Versorgung mit Hilfe der Sozialversicherung; heute sind es 85 Prozent. Das durchschnittliche Einkommen der Ärzte ergibt sich derzeit zu 80 Prozent aus den Vergütungen der Sozialversicherung: Solche Zahlen bezeichnen einen gesellschaftspolitischen Tatbestand, den zu beklagen Auffassungssache, den zu ändern schwer möglich ist. Für viele Ärzte wird der Beruf — angesichts einer bewußt auf die Breite zielenden Gesundheitspolitik — zwangsläufig zu einer mehr oder weniger öffentlich reglementierten Angestelltentätigkeit werden. Nur wenige werden in einer weithin nivellierten Gesellschaft ihre Honoratiorenposition bewahren können; für alle anderen ist eine schmerzhaft Anpassung längst im Gange.

König Baudouin unterrichtet sich über den Ärztestreik — Vorbereitungen für eine Einberufung der belgischen Mediziner — Patienten aus Belgien werden in der Bundesrepublik behandelt (Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 9. 4. 64): König Baudouin hat sich am Mittwoch initiativ in die Bemühungen zur Beilegung des Ärztestreiks in Belgien eingeschaltet. Er empfing in seinem Palast in Brüssel den Rektor der Universität von Gent, Professor J. Bouckaert, der zu den führenden belgischen Mediziner zählt und hohe Autorität genießt. Die Konsultation des Professors über den Konflikt zwischen der Regierung und der seit dem 1. April streikenden Ärzteschaft wird nach Ansicht von Beobachtern wahrscheinlich zur Berufung eines Vermittlers führen, der sich um eine Kompromißlösung zu bemühen haben wird.

Die Regierung des Ministerpräsidenten Theo Lefèvre traf unterdessen Anstalten, die streikenden Mediziner zum Militärdienst einzuberufen, um sie auf diese Weise für den Dienst in Militärkrankenhäusern, die seit einigen Tagen auch zivile Kranke aufnehmen, und in anderen Kliniken zur Betreuung der Patienten heranzuziehen. Ein Sprecher des Innenministeriums erklärte, die Regierung könne diese Maßnahme nach der Notstandsgesetzgebung ergreifen, ohne die Zustimmung des Parlaments einholen zu müssen.

Die gemäßigten Mitglieder der Koalitionsregierung bemühen sich darum, eine rettende Formel zu finden, die es den Ärzten ermöglichen würde, die Arbeit wieder aufzunehmen, ohne das „Gesicht zu verlieren“. Diese Kreise befürchteten, daß es die Sozialisten auf eine Kraftprobe bis zum bitteren Ende ankommen lassen wollen.

Zum zweitenmal an zwei aufeinanderfolgenden Tagen zogen am Mittwoch Demonstranten im Gebiet von Charleroi durch die Straßen. Ihre Plakate verkündeten „Die Geduld hat ein Ende“ oder „Ärzte sind Geizhälse“. Ein sozialistischer Senator erklärte vor einer Zuhörerschaft von 1200 Menschen: „Die Ärzte haben

die Kranken aus schmutzigen Gründen im Stich gelassen. Es ist ausschließlich eine Frage des Geldes.“

Der Ärzteverband forderte die Freilassung von zwei Ärzten in Olen, die nach dem Tod eines 18 Monate alten Kindes festgenommen worden waren. Das Kind wurde am Mittwochmorgen beerdigt. Hunderte von Menschen folgten dem von Schulkindern getragenen kleinen Sarg. Die Ärzte weisen die Beschuldigungen, daß die Festgenommenen am Tod des Kindes schuld seien, mit der Feststellung zurück, daß die Eltern zu lange gewartet hätten, bis sie schließlich ärztliche Hilfe gerufen hätten.

Landärzte und Ärzte in kleineren und Mittelstädten Belgiens drängten die Sreikleitung am Mittwoch, den Streik abzubrechen. Einzelne Hausärzte haben im Schutze der Dunkelheit ihre Patientenbesuche wieder aufgenommen. Selbst in Brüssel gab es Anzeichen dafür, daß die geschlossene Streikfront der Ärzte abzubrockeln beginnt. Eine Gruppe von Kinderärzten beschloß bei einer Zusammenkunft, wieder mit Hausbesuchen zu beginnen. Die Anführer des Streiks von 10 000 Ärzten und 2000 Zahnärzten bestehen jedoch nach wie vor darauf, ihre Protestaktionen gegen die neue Krankenversicherungsreform der Regierung so lange fortzusetzen, bis das umstrittene neue Gesetz zurückgezogen und revidiert wird.

Wie unser Düsseldorfer Korrespondent meldet, werden belgischen Patienten, die wegen des Ärztestreiks in ihrem Land in die Bundesrepublik kommen, wie jeder andere Kranke behandelt. Dies versicherte am Mittwoch Dr. Porschen von der Ärztekammer Nordrhein vor der Presse in Düsseldorf. Nach seinen Angaben hat es allerdings bisher noch keine nennenswerte Zahl von kranken Grenzgängern aus Belgien gegeben. Dr. Porschen bezeichnete es zugleich als unmöglich, daß es in der Bundesrepublik zu einem Behandlungstreik kommen könnte. Er verwies darauf, daß die Sozialgesetzgebung in Belgien völlig anders sei. „Außerdem bin ich der Meinung, daß Ärzte als Streikende und damit als Klassenkämpfer eine sehr unglückliche Figur machen.“

Dr. Peter Sack, der Landessekretär für Deutschland der Union für eine Freiheldliche Medizin in Europa (UMEL), hatte dagegen — wie unser Münchner Mitarbeiter mitteilt — am Dienstag im Namen seiner Organisation die deutschen Ärzte in den westdeutschen Grenzgebieten aufgerufen, während der Dauer des Ärztestreiks in Belgien keine belgischen Patienten zu behandeln. Nur in ernstesten Fällen sollten Behandlungen vorgenommen werden.

Von der Bundesärztekammer war der Aufruf zurückgewiesen und als eine „Zumutung für die deutschen Ärzte“ bezeichnet worden. Die Bundesärztekammer hatte die UMEL in Zusammenhang mit dem Aufruf eine Außenseiterorganisation genannt.

Dr. Sack sagte, daß der „Verband Ärzte-Regreßschutz EV“ wegen des UMEL-Aufrufes mit seinen 700 Mitgliedern aus der Organisation ausgetreten sei. Die deutsche UMEL-Sektion habe dadurch jetzt nur noch knapp 1000 Mitglieder. Wie ergänzend bekannt wurde, hat Dr. Klaus Menten, Köln, der Vorsitzende des Ärzte-Regreßschutzes und zugleich Präsident des UMEL, dieses Präsidentenamt aus Protest zur Verfügung gestellt. Der Aufruf sei ohne Kenntnis und Billigung des Vorstandes des Ärzte-Regreßschutzes herausgegeben worden.

Ärzte brechen vor Erschöpfung zusammen — Der Mediziner-Streik in Belgien verschärft sich immer mehr — Zeite nehmen jetzt die Schwerkranken auf („Münchner Merkur“, 9. 4. 1964): In Brüssel und in Namur sind die Kliniken überfüllt. Bereits 200 Patienten aus der belgischen Hauptstadt mußten in das Militärhospital von Ostende gebracht werden. In Brüssel war einfach kein Platz mehr zu finden, obwohl Notkrankenhäuser in ehemaligen Flüchtlingslagern und in Krankenschwesternschulen eingerichtet worden waren. Die Armee schlug in den Höfen der Lazarette Zelte auf, um zusätzlich Betten unterbringen zu können.

Das ist die Situation: Ein Mann starb an einem Herzinfarkt, weil der Arzt, alarmiert durch den Notruf, zu spät kam. Ein 15 Monate altes Baby starb nach elfstündigem vergeblichem Warten auf einen Arzt, der ihm Medikamente geben sollte. Zwei Ärzte, die den Notdienst versahen, wurden verhaftet. Sie sehen einer Anklage wegen unterlassener Hilfeleistung entgegen. Das Baby wurde am Mittwochmorgen beerdigt. Hunderte von Menschen folgten dem von Schulkindern getragenen kleinen Sarg. Zur gleichen Zeit starb in Lüttich eine 73jährige Frau, nachdem sie neun Stunden lang vergeblich auf ärztliche Hilfe gewartet hatte.

Zum zweiten Male zogen am Mittwoch Demonstranten durch die Straßen von Charleroi. Auf ihren Transparenten stand: „Die Geduld hat ein Ende“ und „Ärzte sind Geizhalse“. Ein sozialistischer Senator erklärte vor einer Zuhörerschaft von 1200 Personen: „Die Ärzte haben die Kranken aus schmutzigen Gründen im Stich gelassen. Es ist ausschließlich eine Frage des Geldes.“

Einige Ärzte haben unter dem Schutz der Dunkelheit ihre Tätigkeit wieder aufgenommen. Nachts machen sie ihre Besuche, voller Angst, als Streikbrecher erlappt zu werden. Eine Gruppe von Kinderärzten beschloß allerdings, die Hausbesuche ohne jede Heimlichkeit wiederaufzunehmen.

Überhaupt — und das muß unterstrichen werden — versuchen die Mediziner Belgiens, den Hippokratischen Eid soweit zu befolgen, wie sich das mit den Streikparolen vereinbaren läßt. Der Notdienst wurde verstärkt, eine erhöhte Zahl an Betten ist in allen Krankenhäusern zur Verfügung gestellt worden. Nur: die Grenze des Ertragbaren ist erreicht. Ein Besuch in einer Klinik zeigt das deutlich. Selbst wenn die Ärzte es anders wollten, der Notdienst kann angesichts des Massenandrangs nur noch die schwersten und dringendsten Fälle behandeln. Die Ärzte und das Personal des Bereitschaftsdienstes schufteten im wahrsten Sinne des Wortes bis zum Umfallen. Keiner der im Einsatz stehenden Mediziner hat ausgeschlafen. Rot entzündete, mit tiefblauen Schatten umrandete Augen zeugen davon. Zwei Ärzte haben die Arbeitsüberlastung nicht mehr ertragen können: sie brachen aus Erschöpfung zusammen.

Die menschliche Leistungsfähigkeit und die Bettenzahl: das sind die beiden kritischen Punkte des Ärztestreiks. Darunter leidet die Fürsorge der Kranken. Erstaunlicherweise nehmen diese, wenn sie einmal im Krankenhaus untergekommen sind, die Verhältnisse wesentlich gelassener hin als die Außenstehenden. Allerdings: bis man im Krankenhaus aufgenommen wird, gilt es manche Klippe zu überwinden. Manche sogenannten ambulanten Fälle, die nach einer kurzen Behandlung wieder entlassen werden können, müssen unter rasenden Schmerzen stundenlang warten. Jeder kann von Glück sagen, wenn er dann den richtigen Spezialisten erwischt. Eine Frau beispielsweise, die zur Kieferbehandlung ins Krankenhaus kam, mußte bei aller Dringlichkeit des Falles wieder nach Hause. Es waren keine Zahnärzte, sondern nur Internisten aufzutreiben.

Die Telefonnummer 900, Rufnummer des Notdienstes, ist zur wichtigsten Zahl im ganzen Land geworden. In den Notdienstzentralen rasseln pausenlos die Apparate. Das schafft natürlich eine gereizte Stimmung. Eine barsche Auskunft nimmt daher kaum noch wunder. Noch nie sah man im Stadtbild so viele provisorische Krankenautos, umgebaute amerikanische Straßenkreuzer mit einem aufgemalten Roten Kreuz und einer Rotkreuz-Fahne, die im Fahrtwind knattert. Sehen die Autofahrer ein solches Fahrzeug heranbrausen, weichen sie sofort aus.

Lungenkrebs (Die Welt, 20. 3. 1964): Hinter die Auffassung des amerikanischen „Terry-Tests“, daß zwischen Rauchen und Lungenkrebs nachweisbare Zusammenhänge bestehen, stellten sich nach einer am Dienstag verbreiteten Agenturnachricht die Vortragenden auf dem von der Bundesärztekammer veranstalteten und morgen zu Ende gehenden 9. Internationalen Ärztlichen Fortbildungskongress in Badgastein und Davos. Der Kongress, dessen Thematik dem „Krebsproblem in der Praxis“ gewidmet war,

distanzierte sich damit von dem unlängst erschienenen Bericht einer unter Leitung des Düsseldorfer Pathologen Professor Poche arbeitenden Gruppe von Wissenschaftlern, die mit Hilfe einer neuen Theorie festgestellt haben wollen, daß sich „ein Zusammenhang zwischen der Intensität des Zigarettenrauchens und der Häufigkeit des Bronchialcarcinoms nicht nachweisen läßt“.

Am gleichen Dienstag wurde im Hamburger Ärztehaus und in einer Diskussionsveranstaltung des Hamburger Ärztlichen Vereins an Professor Poche — und Dr. Obrecht, Freiburg — der mit je 10 000 Mark dotierte Preis der privaten Wilhelm-Warner-Stiftung für Verdienste um die Krebsforschung verliehen. Für die an dem Problem des Rauchens Interessierte Öffentlichkeit ist die Situation damit noch verwirrender geworden als bisher. Und dem Chronisten, dessen erste Pflicht es ist, dem Zeitgenossen die Tatsachen sine ira et studio mitzuteilen, bleibt also nur die Möglichkeit, die Öffentlichkeit über diese sich widersprechenden Anschauungen der Ärzte zu unterrichten und es den Wissenschaftlern zu überlassen, hier eine plausible Synthese zu finden. Sie bietet sich an in der Theorie einer „Syncarcinogenese“, einer durch sehr vielfältige Faktoren bedingten Krebsentwicklung.

Sehr viele Disziplinen müßten also zusammenarbeiten, um dem Rätsel des Krebses auf die Spur zu kommen, nicht zuletzt die mathematische Statistik. Mit der Art jedoch, in der der Düsseldorfer Pathologe auf der Hamburger Veranstaltung sehr begründete Einwände dieser Art abzutun versuchte, dürfte er seiner offensichtlich auch im Kollegenkreise angezweifelt Sache keinen guten Dienst erwiesen haben.

Natürlich hat jeder Forscher das Recht, in gutem Glauben die Resultate seiner Untersuchungen zu veröffentlichen. Aber er hat, gerade in diesem Fall, auch die Pflicht, auf jeden begründeten Einwand einzugehen. Es geht in dieser heiklen und gesundheitspolitisch so bedeutsamen Frage nicht mehr allein um eine interne wissenschaftliche Kontroverse. C. W.

Den Krankenkassen drohen rote Zahlen. (Rheinische Post, Düsseldorf, v. 13. 3. 64): me —. Der gesetzlichen KrV drohen zum Jahresende rote Zahlen. Konnten im vergangenen Jahr noch einige Kassen ihre Beiträge dank der hohen Einnahmeüberschüsse des Jahres 1962 senken, so ist jetzt mit einer Beitragserhöhung zu rechnen. Infolge des verlangsamten Lohnanstiegs und des rasch wachsenden Teils derjenigen Mitglieder, deren Einkommen über der Beitragsbemessungsgrenze von 660 DM liegt, hat sich der Einnahmewachstum der Kassen stark verlangsamt.

Stiegen die Einnahmen im Gesamtbereich der gesetzlichen KrV im Durchschnitt der vergangenen Jahre noch um jährlich fast 14%, so im ersten Halbjahr 1963 im Vergleich zum ersten Halbjahr 1962 nur noch um 5,6%. Blieb im Durchschnitt der vorangegangenen Jahre der Ausgabenwuchs leicht hinter dem Anstieg der Einnahmen zurück, so hat er mit + 7,4% im ersten Halbjahr 1963 den Einnahmewachstum übertraffen. Seitdem hat sich das Verhältnis weiter verschlechtert.

Nach Berechnungen des BMAuS lagen die Bruttolöhne und -gehälter 1963 im Durchschnitt bei 652 DM. Sie dürften mittlerweile die Beitragsbemessungsgrenze von 660 DM erreicht oder überschritten haben. Damit bleibt für einen wachsenden Anteil der versicherten Arbeiter der Beitrag trotz steigender Einkommen und steigender Krankheitskosten stabil. Bei einem durchschnittlichen Beitragssatz von 10% beläuft er sich einschließlich des Arbeitgeberanteils auf 66 DM.

Obwohl ein beachtlicher Teil der Leistungen der Kassen an die Lohnentwicklung (Grundlohnsumme) gekoppelt ist, so die Barleistungen und die Arzthonorare, steigen andere Ausgaben in kaum vermindertem Tempo an, z. B. die Arzneimittelausgaben (+ 10,6%) und die Krankenhauskosten (+ 12,2%).

Wäre nicht der Krankenstand seit geraumer Zeit stabilisiert, so müßte die Lage der Kassen noch ernster beurteilt werden. Die Ortskrankenkassen haben für ihre Mitglieder 1963 einen Jahresdurchschnittswert des Krankenstandes von 5,69% der Versicherten (1962 = 5,90%) festgestellt. Diese Stabilität und die Tatsache, daß für Einkommensteile oberhalb der 660-DM-Grenze keine Krankengelder bezahlt werden, denn hier treten die Arbeitgeber ein, hat dazu geführt, daß der Anstieg der Barleistungen nach + 22% vom ersten Halbjahr 1961 auf das erste Halbjahr 1962 im ersten Halbjahr 1963 nur noch 3,6% ausgemacht hat. Auch die Arzthonorare sind nur noch um 4,7% (nach 9,7%) gestiegen. Soliten die Ärzte mit ihrem Antrag auf Anhebung der Preugo-Sätze um 44% durchdringen und treten weitere Ausgabensteigerungen ein, so müßte das die Stabilität im Bereich der Barleistungen allerdings überkompensieren.

Das BMAuS schätzt, daß zum Jahresende 1963 noch 200 Mill. DM Einnahmenüberschuß verblieben sind. Demgegenüber registrierten die Ortskrankenkassen jedoch bereits Ende des ersten Halbjahres 1963 ein Defizit von 5 Mill. DM. Für 1964 sagt das BMAuS Gesamtausgaben von 14 Md. DM voraus, die Ortskrankenkassen schätzen für den Gesamtbereich der gesetzlichen KrV hingegen 15 Md. DM Ausgaben. Zum Vergleich: 1957 belief sich die Jahresausgabe noch auf 6,5 Md. DM.

Die verschlechterte finanzielle Lage der Kassen trifft zusammen mit dem Ausklingen der Diskussion um den 2. Entwurf zur KrV-Reform. Sie bestätigt aber den Bundesarbeitsminister in seiner Behauptung, daß sich diese Reform von selbst erzwingt. Vorerst dürfte die Reformdiskussion jedoch einmünden in den alten Streit um eine gemäße Höhe der Beitragsbemessungsgrenze, die für Angestellte gleichzeitig Verspflichtgrenze ist.

Dabei sollte jedoch die Kostensteigerung im Bereich der KrV nicht darüber hinwegtäuschen, daß angesichts der kräftigen Einkommenssteigerungen der vergangenen Jahre eine abermalige Ausdehnung des von der KrV erfaßten Teils der Bevölkerung nicht notwendig ist, wohl aber müssen auch diejenigen Mitglieder der Kassen kostengerecht belastet werden, die freiwillig in ihr verblieben sind. Bisher scheiterte diese Belastung an der Rücksichtnahme auf den Arbeitgeberbeitrag, der denjenigen verloren geht, die mit ihrem Einkommen die Versicherungspflichtgrenze übersteigen.

Dazu Frankfurter Neue Presse, v. 13. 3. 64: Nach einem finanziell wenig befriedigenden Jahr und angesichts von Gesamtausgaben, die vom Bundesverband der Ortskrankenkassen für 1964 mit rund 15 Md. DM um 11% höher veranschlagt werden, geraten die Beiträge dieser Kassen in Gefahr... Die Gesamtrechnung der 400 AOKs im Bundesgebiet für das letzte Jahr liegt noch nicht vor. Der Verband ist jedoch nach der Entwicklung in der ersten Jahreshälfte 1963, in der im Gefolge des überaus strengen Winters nicht nur die 360 Mill. DM Überschuß aus dem Jahr vorher aufgezehrt wurden, sondern sogar noch ein leichtes Defizit von 5 Mill. DM verblieb, außerordentlich pessimistisch. Zwar pflegt das 2. Halbjahr relativ besser zu sein, andererseits kommen gerade in dieser Zeit oft neue Honorarforderungen und andere Kostensteigerungen auf die Kassen zu. Der Jahresabschluß kann durchaus noch

RECORSAN®

RECORSAN-LIQUID. c. Rutin
zur Crataegus - Kombinationstherapie des Altersherzens

30 ccm lt. A.T. DM 2,10 o. U.

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

Benzoderm[®]

Variable Anwendung

Individuelle Mykosebehandlung

Lösung

Puder

Salbe

Seife

Benzoderm[®]

zur

Behandlung von

Dermatomykosen

Dermatosen

Ekzemen

NEU

Benzoderm[®]-H-Salbe

mit Hydrocortisonacetat

akut entzündliche Dermatomykosen

superinfizierte Dermatitis

ekzem. Mykosen, nässende Ekzeme

NEU

Benzoderm[®]-H-Salbe

mit Hydrocortisonacetat

Zusammensetzung: 100 g Salbe enthält: 0,25 g Hydrocortisonacetat
und 3,00 g Undecylensäure in einer mineralfettfreien O/W-Emulsion



ARZNEIMITTELFABRIK HÜLS

DR. ALBIN HENSE

4153 HÜLS

ausgeglichen werden. Das BMAuS sagt sogar 200 Mill. DM Gewinn voraus. Auf alle Fälle wird es für die Kassen schwierig sein, etwas für ihre gesetzlichen Rücklagen zu tun, obwohl gerade die Vermögensbildung noch viel zu wünschen übrig läßt. ...

... Im Januar 1964 lag der Krankenstand bei den 400 AOKs bei 4,87% statt 5,14% vor Jahresfrist, im Februar 1964 waren es 6,26% nach 8,5% im Vorjahr. Gleichzeitig vermindern sich die Krankheitsstage je Fall. — Die AOK-Beiträge sind im letzten Jahr sogar noch gesunken. Der durchschnittliche Beitragssatz bei sofortigem Anspruch auf Barleistungen verminderte sich im Jahre 1963 von 9,81 auf 9,79%. Von den 39 hessischen AOKs haben neun Kassen die schon zu Beginn des letzten Jahres vielfach herabgesetzten Beiträge erneut um 2 bis 5% ermäßigt, darunter AOKs wie Frankfurt, Offenbach, Darmstadt und Hanau.

Die Zeiten sinkender Beiträge werden nach Meinung des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen ohnehin bald vorbei sein. Die fehlende Harmonie zwischen Preis und Lohnanstieg schlägt immer stärker zu Buch und auch über die Arzthonorare kommen neue Belastungen auf die Kassen zu. Viele Kassen, so zuletzt in Stuttgart, Siegburg, Mülheim/Ruhr haben bereits Einzelleistungsverträge mit den KVen abgeschlossen, die diesen Forderungen zum Teil Rechnung tragen. Das kann sehr schnell zum Ansatzpunkt für ein Steigen der Beiträge werden, wie es in Norddeutschland schon vielfach zu verzeichnen ist.

Das Sozialpaket ist begraben. (Rheinische Post, 19. 3. 1964): Nach den Beschlüssen des CDU-Parteitag in Hannover ist man sich in der Bundeshauptstadt am Mittwoch darüber klar geworden, daß keine Aussichten mehr bestehen, die Gesetzentwürfe zur Reform der Krankenversicherung und der Lohnfortzahlung für kranke Arbeiter noch in dieser Legislaturperiode des Bundestages zu verabschieden. Das sogenannte Sozialpaket ist damit endgültig begraben.

Auf Initiative des Arbeitnehmerflügels der CDU hat man sich darauf festgelegt, daß für die Reform der Lohnfortzahlung nur die arbeitsrechtliche Lösung in Frage kommt, die den kranken Arbeitern sechs Wochen lang einen Rechtsanspruch auf Auszahlung des vollen Lohnes gegenüber den Arbeitgebern einräumt. Zugleich wurde erklärt, daß im Rahmen der Krankenversicherungsreform eine Selbstbeteiligung der Versicherten an den Krankheitskosten nur dann gebilligt werden kann, wenn sie in Form eines Individualbeitrages der Versicherten an die Krankenkasse verrechnet wird. Der jüngste Plan von Bundesarbeitsminister Blank, die Kostenbeteiligung auf Versicherte mit Monatseinkommen von mehr als 1250 DM zu beschränken, dann aber das Kostenerstattungsverfahren einzuführen, ist damit eindeutig abgelehnt.

Die CDU hat mit ihrer neuen Haltung praktisch alle Ergebnisse der Koalitionsgespräche mit der FDP für null und nichtig erklärt. Es ist nicht zu erwarten, daß die Freien Demokraten bei der Krankenversicherungsreform einem Individualbeitrag und bei der Reform der Lohnfortzahlung einer arbeitsrechtlichen Lösung zustimmen werden. Andererseits ist aber auch nicht anzunehmen, daß die Reform der Lohnfortzahlung von der Mehrheit der CDU/CSU mit den Stimmen der sozialdemokratischen Opposition verabschiedet werden könnte. Ein Jahr vor der nächsten Bundestagswahl will man sich koalitionspolitisch keine Blöße mehr geben. Die taktische Einheit von CDU/CSU und FDP soll gewahrt bleiben. Nur so ist der Beschluß des CDU-Parteitag zu verstehen, daß Lohnfortzahlung und Krankenversicherung gleichzeitig reformiert werden müßten. Darin liegt die Aussage, daß man auf beide Reformen einstweilen zu verzichten gewillt ist. Alle weiteren Initiativen bleiben dem Ergebnis der Sozialenquete überlassen, mit der die Bundesregierung unabhängige Sachverständige beauftragen wird. Das Ergebnis wird erst nach den Wahlen 1965 vorliegen.

Rentenversicherung: Gleiches Recht für Selbständige. (Handelsblatt, Dsdf., v. 13. 3. 1964): W. O. — Düsseldorf. Erleichterungen für Selbständige bei der gesetzlichen Rentenversicherung und Abbau der Leistungsunterschiede gegenüber Arbeitnehmern fordern die Haupt-

gemeinschaft des Deutschen Einzelhandels und die Centralvereinigung Deutscher Handelsvertreter- und Handelsmakler-Verbände in einer Eingabe an den Bundesarbeitsminister. Die Verbände möchten ihre Vorschläge beim Gesetzentwurf berücksichtigt wissen, der vom BMAuS ausgearbeitet wird und der sich u. a. mit den Voraussetzungen für die freiwillige Weiterversicherung beschäftigen wird. — Bisher ist übersehen worden, so meinen die Verbände, daß für mittelständische Kaufleute, Vertreter und Makler die freiwillige Rentenversicherung einen wesentlichen Teil ihrer Altersvorsorge bedeutet. An Stelle der vielfach geforderten staatlich garantierten gesetzlichen Altersversorgung für den Mittelstand wäre die Erleichterung der freiwilligen Versicherung bei der gesetzlichen Rentenversicherung der einfachere Weg. Allerdings dürften die Selbständigen dabei nicht schlechter wegkommen als die Arbeitnehmer. — Wichtige Voraussetzung dazu wäre eine Verkürzung der Pflichtversicherungszeit von jetzt 60 Kalendermonaten in zehn Jahren auf sechs Monate. Zum anderen müßten unterschiedliche Regelungen für freiwillig Versicherte und für Pflichtversicherte abgeschafft werden. Das Gesetz gehe offensichtlich davon aus, daß die soziale Rentenversicherung die Versorgung der abhängig Beschäftigten sichern sollte, die gegenüber den freiwillig Versicherten Selbständigen also bevorzugt werden könnten. Das aber schein wenig real zu sein. Denn wenn die Regierung eine Pflichtversicherung für Gewerbetreibende, Landwirte und freie Berufe für notwendig halte, dann sei nicht einzusehen, warum jene Selbständigen, die sich freiwillig weiterversichern, schlechter gestellt werden sollten. — Benachteiligungen für Selbständige entstehen vor allem aus der unterschiedlichen Anrechnung einer Zurechnungszeit und in der unterschiedlichen Handhabung bei Anrechnung von Ausfallzeiten. Das BMAuS möge, so meinen die Verbände, in seinem Gesetzentwurf hier die Gleichstellung einarbeiten.

Immer weniger Bundesbürger sorgen sich um ihre Gesundheit. (Westdeutsche Allgemeine, 19. 3. 1964): In den letzten drei Jahren hat sich die Einstellung der Bundesbürger zu einer gesunden Lebensführung in beachtlichem Umfang zu einer Art Selbstzufriedenheit entwickelt. Immer weniger Bundesbürger haben, nach ihrer Lebensführung befragt, irgendwelche Schuldkomplexe. Jeder vierte Deutsche pfeift heute auf eine systematische Gesundheitsfürsorge.

Das ist das Ergebnis einer Befragung von 2000 Personen in Bayern, über deren Ergebnis der Ordinarius für Betriebswirtschaftslehre und Vorsitzende der Gesellschaft für Konsum-, Markt- und Absatzforschung in Nürnberg, Prof. Bergler, am Mittwoch in München berichtete.

Die Marktuntersuchung sollte die Frage klären: „Wohin führt die Gesundheitswelle?“ Während 1960 noch 53 v. H. der Befragten angaben, sie müßten mehr für ihre Gesundheit tun, waren im Herbst 1963 nur noch 46 v. H. dieser Meinung. Während sich 1960 noch 68 v. H. Gedanken über die richtige Ernährung gemacht hatten, waren es 1963 nur noch 52 v. H. Daß eine naturgemäße Ernährungsweise den Zivilisationskrankheiten vorbeugen könnte, glaubten damals noch 71 v. H., heute nur noch 50 v. H.

44 v. H. der Befragten lasen aus einem Katalog von Antwortmöglichkeiten heraus, sie lebten bereits „besonders maßvoll und vernünftig“. 32 v. H. der Bundesbürger achten heute regelmäßig auf ihr Körpergewicht, 30 v. H. vermeiden Überanstrengungen, 28 v. H. lassen sich regelmäßig ärztlich untersuchen und 23 v. H. wählen ihre Ernährung nach bestimmten gesundheitlichen Gesichtspunkten aus.

Hilfe für die alten Menschen (Frankfurter Allgemeine Zeitung, 20. 3. 1964): Der Bundestag hat sich auf seiner Sitzung am Donnerstag auf Grund eines SPD-Antrages und einer Anfrage der Unionsparteien mit der Lage der alten Menschen in der Bundesrepublik befaßt. In der CDU-Anfrage heißt es dazu, es bedürfe der zusätzlichen Hilfe des Staates, um den älteren Mitbürgern die ihnen gemäßen Lebensbedingungen zu sichern. Bundesinnenminister Höcherl hat in seiner Antwort erklärt, daß vor etwa zwei Jahren in der Bundesrepu-

blik dreitausend hauptberufliche und zehntausend nebenberufliche und ehrenamtliche Hauspflegerinnen im Bundesgebiet tätig gewesen seien. Diese Zahl sei inzwischen gestiegen; die Regierung halte die Einrichtungen der Hauspflege noch nicht für ausreichend, um den Bedarf, der gerade auch bei alten Menschen danach bestehe, zu decken. Sie sei jedoch überzeugt, daß sich die Zahl der Betreuungskräfte, unter Umständen auch durch größere Ausbildungs- und Fortbildungsbeihilfen für die sozialen Berufe, erhöhen werde...

Die Regierung ist bereit, die Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungen zu bitten, den Sozialversicherungsträgern nahezulegen, auch die Errichtung von Altenheimen zu fördern. Die Länder hätten sich in den letzten Jahren in steigendem Maße den Fragen der Altenhilfe zugewandt und sogenannte „Landesaltenpläne“ aufgestellt. 1963 seien in den Länderhaushalten zusammen erheblich mehr als hundert Millionen Mark für diese Zwecke eingesetzt gewesen. Auch die Kreise und Gemeinden, besonders die großen Städte, würden sich ihrer Aufgabe in der Altenhilfe immer deutlicher bewußt.

Altersversicherung für Rechtsanwälte. (FAZ, v. 13. 3. 1964): Die Bundesregierung hat den Entwurf eines Gesetzes über die Alters- und Hinterbliebenenversicherung der Rechtsanwälte verabschiedet. ... Die Versicherung soll 19 000 Rechtsanwälte umfassen. Es ist kaum damit zu rechnen, daß der Entwurf im Bundestag auf größeren Widerstand stoßen wird...

Asylangebot an die belgischen Ärzte. Sympathieerklärung der deutschen Ärzte / Notstandsmaßnahmen Brüssels erfolgreich (SZ, 15. 4. 1964).

Bonn (AP): In einer Sympathieerklärung haben sich die deutschen Ärzte am Dienstag mit den Zielen ihrer streikenden belgischen Kollegen solidarisch erklärt. Zugleich wurde den belgischen Ärzten Hilfe und Aufnahme bei deutschen Kollegen angeboten.

Die Sympathieerklärung und das Asylangebot sind in einem Telegramm enthalten, das der Vorsitzende des Hartmannbundes, Jungmann, und der Vorsitzende des Verbands der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, Roos, an den Präsidenten des belgischen Ärzteverbandes, Thone, gesandt haben.

Im Telegramm heißt es, daß die deutschen Ärzte den Kampf ihrer belgischen Kollegen „für die Freiheit des ärztlichen Berufsstandes“ mit Anteilnahme verfolgten. Das Ziel der belgischen Ärzte, die freie Arztwahl, die Behandlungs- und Verordnungsfreiheit, die Unabhängigkeit von nichtärztlichen Stellen und die ärztliche Schweigepflicht zu sichern, werde von den deutschen Ärzten unterstützt.

München (SZ): Die Landessektion Deutschland der „Europäischen Vereinigung für eine freiheitliche Medizin“ (UMEL) hat erneut zum Ärztestreik in Belgien Stellung genommen und festgestellt, die Schuld an der gefährlichen und vermeidbaren Situation treffe hauptsächlich die belgische Regierung, aber auch das Parlament, das das unzumutbare Gesetz verabschiedet habe. „Belde haben die Grundrechte eines ganzen Standes mutwillig verletzt, weil sie glaubten, daß er zu schwach ist, sich zu wehren. Sie haben sich getäuscht.“ Die Regierung brauche nur zu erklären, daß das selbstverständliche Grundrecht auf Tarifhoheit den Ärzten gegenüber nicht angetastet werde. „Dann ist die Atmosphäre entgiftet, der Streik kann abgebrochen und neue Verhandlungen können in einem besseren Klima begonnen werden.“

Brüssel (AP): Das belgische Innenministerium hat erste Fortschritte bei den Maßnahmen gegen den Ärzte-

streik gemeldet. Zur Zeit praktizierten wieder 4000 Privatärzte gegenüber 2000 vor den Notstandsmaßnahmen der Regierung. In der Mitteilung heißt es weiter, daß 2690 der 3600 einberufenen Militärärzte ihren Dienst angetreten hätten. Mehrere private Krankenhäuser hätten ihren vollen Betrieb wieder aufgenommen. In einigen Provinzen sei die ärztliche Versorgung der Bevölkerung wieder normal.

BUCHBESPRECHUNGEN

KOELSCH: Lehrbuch der Arbeitsmedizin. Band I: Allgemeine Physiologie, Pathologie, Fürsorge. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart. Vierte, neu bearbeitete Auflage. 1963. VIII, 748 Seiten, Ganzleinen DM 99.—.

Der abgeänderte Titel „Lehrbuch der Arbeitsmedizin“ deutet schon darauf hin, daß der Verfasser mit seiner neu bearbeiteten 4. Auflage, die seit längerer Zeit vergriffen ist, der Weiterentwicklung im technischen Bereich und der damit zunehmenden gesundheitlichen Gefährdung gerecht werden wollte. Ebenso natürlich auch in allen übrigen Bereichen des Arbeitsprozesses, sei es in der Landwirtschaft, in häuslichen Betrieben, in der Forstwirtschaft, Fischerei oder sonstwo.

Schon die Volumenzunahme von 426 Seiten auf 748 läßt deutlich erkennen, daß in diesem Band eine Mehrung des Stoffes gegen früher vorgenommen worden ist. Auch die Themenumstellungen innerhalb der einzelnen Abschnitte weisen auf grundlegende Überarbeitung dieser hin. Die Erweiterung der Neuaufgabe ist um einen bedeutenden Abschnitt, „Die Klinik der Berufskrankheiten“, erweitert worden, auf den ganz besonders hinzuweisen ist.

Verf. hat im I. Kapitel die Aufgaben der Arbeitsmedizin umschrieben. Sie hat vor allem die Aufgabe, die Gesundheit und Leistungsfähigkeit des arbeitenden Menschen zu erhalten und damit dem vorzeitigen Kräfteverbrauch vorzubeugen. Weiter soll sie beitragen, Schäden der Gesundheit durch die Arbeit zu verhüten oder auszugleichen. Ein Überblick zur Geschichte der Arbeitsmedizin in Deutschland sowie Hinweise auf internationale Vereinigungen schließen dieses ab.

Mensch und Arbeit wird im nächsten Kapitel abgehandelt. Konstitution, Alter, Geschlecht, Berufsberatung sowie gesundheitliche Überwachung, Arbeit und Ermüdung einschließlich der Arbeitsformen sind der Inhalt. Im Kapitel „Allgemeine Arbeitsbedingungen“ geht Verf. auf die Ausgestaltung der Arbeitsräume und Betriebseinrichtungen sowie Aufenthaltseinrichtungen und Erste Hilfe ein. Persönliche, jahrzehntelange Erfahrungen praktischer Arbeit zeigen deutlich ihren Niederschlag auch in diesem Abschnitt.

Im V. Kapitel „Die Klinik der Berufskrankheiten“ werden im einzelnen die Zusammenhänge zwischen Beruf und Erkrankung, die bisher nicht nur ärztlicherseits zu wenig beachtet wurden, verdeutlicht. Schäden am Skelett-System, am Atmungstrakt sowie des Kreislaufes und der Verdauungsorgane werden beschrieben und an Hand von praktischen Beispielen verständlich gemacht. Weiters werden Verletzungen der Nieren und ihre Folgen und unfallmäßige Schäden der Harnwege sowie Geschlechtsorgane behandelt. Schädigungen des Gehirns durch Verletzungen oder toxische Einwirkungen in den verschiedensten Berufen ebenso

Geratol seit über 50 Jahren
BEI MAGEN-, DARM-, LEBER-, GALLENLEIDEN u STOFFWECHSELSTÖRUNGEN
 ARZNEIMITTELFABRIK CHR. LUDWIG JACOBI, BERLIN SW 61, HASENHEIDE 54

wie der Nerven und Sinnesorgane wird große Beachtung geschenkt. Die beruflichen Hauterkrankungen, von Bedeutung wegen der Häufigkeit des Auftretens, nicht zuletzt aus versicherungsrechtlichen Gründen, werden vom Verf. auf Grund seiner jahrzehntelangen Beobachtungen mit besonderer Aufmerksamkeit aufgezeigt. Neubildungen und Berufskrebs schließen das Kapitel ab.

Arbeitsschutz und Betriebswohlfahrtspflege, gerade aus der Sicht des Arbeitsmediziners, die Wichtigkeit im Zeitalter der Technik, Automation und Rationalisierung bedarf keiner besonderen Betonung, wird hier für die verschiedensten Berufe beleuchtet. Ebenso ist ein Auseinandersetzen mit der Sozialversicherung in unserer Zeit, mit diesem Kapitel schließt Koelsch sein Werk ab, ein notwendiges Übel.

Koelsch hat sein Werk, geschrieben aus der Sicht des großen Praktikers der Arbeitsmedizin, nicht nur für den Werksarzt, den Durchgangsarzt der Berufsgenossenschaft und den Vertrauensarzt aufgezeichnet, sondern ebenso für den praktischen Arzt und den technischen Aufsichtsbeamten. Es war eine schwere Aufgabe, der sich Verf. verschrieben hat und es ist, wenn man an die ständige Weiterentwicklung im gesamten industriellen Bereich denkt, unmöglich, das endgültig Beste zu bringen. Um so mehr darf auch dem Verlag Dank gesagt werden für Werk und Ausfüh-
Dr. Thomaschewski, Gauting

LINNEWEH: Pädiatrie in der Praxis. Unter Mitarbeit von H. Hungerland, J. Oehme, E. Rossi, K. H. Schäfer. Verlag Urban & Schwarzenberg, München — Berlin, 1962. 684 S., 11 Abb., 26 Tab., Kunststoff-Einband DM 58,—.

Die Verfasser gehen einen neuen, von den klassischen Lehrbüchern abweichenden Weg. Sie sprechen in erster Linie den freipraktizierenden Arzt an und geben eine moderne, praxisnahe schriftliche Fortbildung.

Das Buch ist nach Krankheitsbildern geordnet. Zu jedem Krankheitsbild ist zunächst die ambulante Diagnostik und ambulante Therapie beschrieben. Dann wird in jedem Fall erörtert, wann und ob eine Klinik-einweisung notwendig ist. Dieses Kapitel soll dem praktizierenden Arzt zeigen, welche Grenzen seinem Wirken gesetzt sind.

Die anschließenden Teile bei jedem Krankheitsbild, die klinische Diagnostik und klinische Therapie, sind für den Kliniker geschrieben, zeigen aber dem Praktiker, was in dem betreffenden Fall die Klinik zu leisten in der Lage ist.

Mit der Nachbehandlung nach Klinikentlassung wird jedes Krankheitsbild beschlossen.

Das umfassende Werk des Direktors der Universitäts-Kinderklinik Marburg/Lahn, Prof. Friedrich Linneweh, und seiner Mitarbeiter ist ein glänzendes Kompendium der Kinderheilkunde, gleich gut geeignet zum Lernen, Nachlesen und Nachschlagen. Es ist übersichtlich geordnet, klar geschrieben, hat ein ausführliches alphabetisches Verzeichnis der gebräuchlichsten Arzneimittel mit der Dosierungsdosis für drei Altersstufen.

Die „Pädiatrie in der Praxis“ hat den Vorzug einer schnellen und doch umfassenden Unterrichtung und zeigt dem praktizierenden Arzt die Möglichkeiten der Diagnostik und Therapie nach dem derzeitigen Stand der Wissenschaft auf dem Gebiete der Kinderheilkunde. Dr. med. et phil. Erich Grassl, München

SEDLACEK: Heilmassage bei internen Erkrankungen. Karl F. Lang Verlag, Ulm 1963. 143 S., 44 Abb. auf 8 Kunstdruckseiten, kart. DM 16.80.

Das Buch ist für zwei Gruppen von Ärzten nicht ohne Interesse: Einmal für die große Gruppe, die zwar positiv zu den Möglichkeiten der Massage-therapie steht, aber keinerlei Massagekenntnisse besitzt. Sie wird aus der summarischen Kürze, die sich oft nur in beiläufigen Andeutungen kundtut, eine Ahnung von den Möglichkeiten der Massage bei inneren Erkrankungen bekommen und auch erkennen, wieviel Problematisches hier auf Lösung und Klärung wartet. Von der Magerkeit der Massagenanleitung wird diese Gruppe

ärztlicher Leser so wenig enttäuscht sein wie von der nur einig andeutenden Bebilderung. Die andere Gruppe, die von dem Buch etwas haben kann, ist die der Massagekundigen, der Kenner der Materie. Diese werden zwar sehr bedauern, daß viele im Text aufgeführte Autoren nicht im Literaturverzeichnis stehen. Aber diese Lesergruppe wird sich vielleicht veranlaßt sehen, vieles aus der großen Fülle von angetippten theoretischen Massageproblemen und therapeutischen Anschauungen anderer aufzugreifen, sich durch den Kopf gehen zu lassen und nachzuprüfen. Diese massagekundigen Kollegen werden vermutlich darüber hinwegsehen, daß die gebotene Technik etwas dürftig ausgefallen ist. Mit der (auch technisch fehlerhaften) Erwähnung der Dicke-Technik im Rahmen der Schilderung von Allgemeingriffen setzt sich der Verfasser möglicherweise wohl kaum abzuwehrenden Angriffen aus von seiten der mit der Bindegewebsmassage vertrauten Kollegen. Sehr verdienstvoll sind verschiedene eingestreute Feststellungen. So die, daß es nur ein Zeichen falscher Technik ist, wenn man mit beharter Haut im Massagegebiet nicht zurecht kommt und meint, man müsse die Haare entfernen. Hier hat der Kollege Sedlacek entgegen manchem bekannten Namen unter den ärztlichen Massagepublizisten völlig recht! Ebenso hat er recht mit der Ablehnung der Ölverwendung in der Heilmassage. Sedlaceks Begründung ist stichhaltig. Die papier- und druckmäßige Ausstattung dieser Informationsschrift über Massage-therapie bei internen Erkrankungen ist vorzüglich.

Dr. F. Künzler, München

HOCHREIN: Gesunderhaltung und Wiedergesundung, Prophylaxe und Rehabilitation. Vorträge des 5. Saarländisch-Pfälzischen Internistenkongresses in Bad Dürkheim vom 24. bis 26. März 1961. 160 Seiten, 17 Abbildungen, 12 Tabellen, Literaturverzeichnis, kart. DM 24,80.

Die Begriffe Prophylaxe und Rehabilitation haben sich in den letzten Jahren zu Schlagworten entwickelt. Dies nicht allein auf Grund ärztlicher Initiative und besserer wissenschaftlicher Erkenntnisse. Die wirtschaftliche und soziale Struktur der meisten hochindustrialisierten Länder verlangt, wie es Hochrein ausdrückt, eine höhere Bewertung der menschlichen Arbeitskraft, so daß die Gesundheitsmedizin (im Gegensatz zur Behandlungsmedizin) aufgerufen sei, den Kräftebedarf sicherzustellen. Die Schlagworte werden zu Problemen, die den medizinischen Sektor weit überragen, tief in soziologische und damit politische Gebiete hineinreichen und jüngst sogar Minister aus dem Tritt zu bringen vermögen.

Die vorliegende Zusammenstellung befaßt sich jedoch fast ausschließlich mit medizinisch-ärztlichen Vorstellungen und Bemühungen. Allein die beiden Übersichtsreferate, das eine aus der Feder des Herausgebers, das andere von H. Schaefer, Heidelberg, machen die Broschüre lesenswert. Schaefer bemüht sich um die Definition der Begriffe „Krankheit und Gesundheit“, die in positiver Weise nicht gegeben werden kann. Dieser definitorische Pessimismus, den Schaefer keineswegs als Träumerei eines Physiologen am theoretischen Kamin klassifiziert (S. 27), löst ein gewisses Unbehagen aus und gibt der Fragwürdigkeit objektiver Daten und Taten in der Medizin neue Nahrung. Dennoch gibt Schaefer in der Medizin der Zukunft der Prophylaxe und Rehabilitation die größte Chance. Dem Theoretiker und Skeptiker, dem Physiologen und Philosophen ist der pessimistische Blick auf den Grund der Dinge und die optimistische Schau in die Zukunft zugute zu halten.

Ausgiebig ins Detail gehen die zahlreichen anderen Arbeiten, darunter allein sieben von Hochrein-Schleicher. Das Round-table-Gespräch über Behandlungsprobleme mit namhaften Teilnehmern (Göpfert, Mellerowicz, Heupke, Parade, Kohlrausch, Beckmann, Haferkamp u. a.) birgt eine Fülle wichtiger praktischer Hinweise zum Thema.

Jedem Kollegen, der sich mit Gesunderhaltung und Wiedergesundung im Sinne von Prophylaxe und Rehabilitation befaßt (und wer tut das nicht?) sei das Buchlein empfohlen.

Dr. Teichmann, Bad Wörishofen

KONGRESSE UND FORTBILDUNG

Das Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung

veranstaltet vom 7.—10. Mai 1964 im Auftrage der Bayerischen Landesärztekammer den 32. Fortbildungskurs für Ärzte in Regensburg. Kursleitung: Professor Dr. Dietrich Jahn in Nürnberg

Donnerstag, den 7. Mai 1964

20.00 Uhr:

Im Reichssaal des Alten Rathauses

Festvortrag

Prof. Dr. W. Besson, Vorstand des Institutes für Politische Wissenschaften der Universität Erlangen-Nürnberg:

„AUFGABEN UND GRENZEN DER STAATSFÜHRUNG IN DER MODERNEN DEMOKRATIE“

Freitag, den 8. Mai 1964

1. Hauptthema :

„ATYPISCHE PNEUMONIEN“

Vortragssaal: Stadttheater.

9.00—9.30 Uhr:

Begrüßung.

9.30—10.10 Uhr:

Prof. Dr. O. Gsell, Direktor d. Med. Univ.-Poliklinik Basel:

„Differentialdiagnose atypischer Pneumonien, Ihre klinische und ätiologische Differenzierung“.

10.10—10.40 Uhr:

Prof. Dr. R. Hegglin und Prof. Dr. E. Wiesmann, Med. Univ.-Poliklinik Zürich:

„Ornithosen und andere Formen atypischer Pneumonien in Beurteilung und Behandlung“.

10.40—11.10 Uhr:

Pause — Eröffnung der Ausstellung.

11.10—11.50 Uhr:

Prof. Dr. E. Uehlinger, Direktor des Patholog. Instituts der Universität Zürich:

„Grundlagen und Probleme der chronischen Pneumonien“.

11.50—12.30 Uhr:

Prof. Dr. A. Heymer, Direktor der Med. Univ.-Klinik Bonn:

„Atypische Bronchopneumonien durch Grippe, Influenza, Streptokokken, Staphylokokken, Enterokokken und Friedländer-Bakterien und ihre Behandlung“.

12.30—14.20 Uhr:

Pause

14.20—15.00 Uhr:

Wissenschaftlicher Film

(Farbfilm — BYK-Gulden, Konstanz):

„Coronarinsuffizienz und Myocardinfarkt — Therapie und Prophylaxe.“

Wissenschaftliche Mitarbeiter: Prof. Dr. P. Schölmacher, Marburg, Prof. Dr. G. Liebegott, Wuppertal.

15.00—15.40 Uhr:

Prof. Dr. F. Miczoch, Vorstand der II. Med. Abteilung des Wilhelminenspitals Wien:

„Klinik und Therapie der Lungenmykosen“.

15.40—16.20 Uhr:

Prof. Dr. H. Wissler, Spezialarzt für Kinderkrankheiten Zürich:

„Klassifizierung und Behandlung der kindlichen Pneumonien“.

16.20—16.50 Uhr:

Pause

16.50—17.20 Uhr:

Prof. Dr. C. Maier, Chefarzt der Med. Abteilung des Kreispitals Männedorf, Zürich:

„Eosinophile Infiltrate“.

17.20—18.00 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. F. Heine, Med. Univ.-Klinik Münster:

„Massive Pneumothoraxatelektasen und verwandte Pneumopathien in Diagnostik und Therapie“.

Samstag, den 9. Mai 1964

2. Hauptthema:

„ERKRANKUNGEN BEI NEUGEBORENEN UND JUNGEN SÄUGLINGEN“

Vortragssaal: Stadttheater

9.00—9.40 Uhr:

Prof. Dr. J. B. Mayer, Direktor der Kinderklinik der Universität des Saarlandes, Homburg (Saar):

„Der heutige Stand der Kenntnisse von den Embryopathien (Viruserkrankungen, Diabetes und Medikamente)“.

9.40—10.20 Uhr:

Prof. Dr. W. Heck, Direktor der Städt. Krankenanstalten Bremen, Zentralkrankenhaus St. Jürgen-Straße, Bremen:

„Die Fetopathien und ihre Therapie (Toxoplasmose, Listerose, Cytomegalie, Lues, Tbc.)“

10.20—10.50 Uhr:

Pause

10.50—11.30 Uhr:

Prof. Dr. G. Martius, Oberarzt der I. Frauenklinik und Hebammenschule der Universität München:

„Geburtsschäden und postpartale Komplikationen in Beurteilung und Behandlung“.

11.30—12.10 Uhr:

Prof. Dr. G. A. v. Harnack, Oberarzt der Universitäts-Kinderklinik Hamburg-Eppendorf:

„Moderne Gesichtspunkte in der Frühgeborenenaufzucht“.

12.10—14.00 Uhr:

Pause

14.00 Uhr:

Seminargespräch:

„Das Elektrokardiogramm in der Praxis“.

Prof. Dr. M. Holzmann, Zürich.

Ort: Deutsch-Amerikanisches Institut, Haidplatz.

14.30—15.00 Uhr:

Wissenschaftlicher Film

(Farbfilm — Pfizer GmbH, Karlsruhe):

„Erythroblastose“.

Wissenschaftliche Mitarbeiter: Prof. Dr. Dahr, Prof. Dr. H. de Watteville, Prof. Dr. F. Bamatter und Dr. R. Fischer.

15.00—15.40 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. R. Damerow, Oberarzt der Universitäts-Kinderklinik und kinderärztlichen Poliklinik Erlangen:

„Morbus haemolyticus neonatorum und die Bedeutung von Blutgruppen und Rh-Faktoren“.

15.40—16.20 Uhr:

Prof. Dr. K. Nitsch, Chefarzt des Kinderkrankenhauses DRK — Ceciliienstift Hannover:

„Das Erbrechen beim Neugeborenen und jungen Säugling in Beurteilung und Behandlung“.

16.20—16.50 Uhr:

Pause

16.50—17.30 Uhr:

Prof. Dr. H. Ewerbeck, Ärztlicher Direktor des Kinderkrankenhauses Köln-Riehl:

„Infektionen bei Neugeborenen und jungen Säuglingen in Diagnostik und Therapie“.

17.30—18.10 Uhr:

Prof. Dr. G. Hegemann, Direktor der Chirurgischen Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg:

„Chirurgische Interventionen beim Neugeborenen“.

Sonntag, den 10. Mai 1964

3. Hauptthema:

„ENCEPHALOPATHIEN“

Vortragssaal: Stadttheater.

9.00—9.40 Uhr:

Prof. Dr. Dr. G. Bodechtel, Direktor der II. Med. Klinik der Universität München:

„Zur Pathogenese und Differentialdiagnose der Encephalopathien aus der Sicht des Internisten“.

9.40—10.20 Uhr:

Prof. Dr. med. Dr. phil. R. Janzen, Direktor der Neurologischen Univ.-Klinik und Poliklinik Hamburg:

„Fortschritte in der Erkennung und Behandlung kreislaufbedingter Encephalopathien“.

10.20—10.50 Uhr:

Pause

10.50—11.30 Uhr:

Prof. Dr. H. Pette und Dr. E. Pette, Vorstand der Stiftung zur Erforschung der spinalen Kinderlähmung und der Multiplen Sklerose Hamburg-Eppendorf:

„Fortschritte in der Pathogenese und Klinik der Multiplen Sklerose“.

11.30—12.00 Uhr:

Prof. Dr. A. Herrlich, Vorstand des Institutes für Infektions- und Tropenmedizin München:

„Praktische Erfahrungen mit cerebralen Schädigungen nach Impfungen“.

12.00—12.40 Uhr: Prof. Dr. A. Windorfer, Direktor der Universitäts-Kinderklinik Erlangen:

„Die bakteriell virusbedingten Encephalopathien und ihre Behandlung“.

12.40—14.30 Uhr:

Pause

14.30 Uhr:

Round-table:

Ort: Deutsch-Amerikanisches Institut.

„Die Therapie mit Antikoagulantien in der Praxis“.

Mit Demonstrationen und Unterweisungen in einem modernen Gerinnungslabor.

Gesprächsleitung: Doz. Dr. P. H. Matis, Universität Tübingen.

Teilnehmer: Doz. Dr. Lasch, Med. Univ.-Klinik Heidelberg, Dr. Steichele, Univ.-Frauenklinik Tübingen, Dr. Dr. Edam, Karlsruhe, Dr. Jaenecke, Grenzach. Anmeldung erbeten!

14.30—15.00 Uhr:

Wissenschaftlicher Film (Farbfilm — Ciba).

„Eiweiß-Stoffwechsel normal und gestört“.

15.00—15.40 Uhr:

Prof. Dr. W. Krüeke, Direktor des Neurologischen Institutes (Edinger-Institut) Frankfurt:

„Zur Morphologie allergisch bedingter Encephalopathien“.

15.40—16.20 Uhr:

Prof. Dr. H. Kalm, Chefarzt der Neurologischen Klinik Dortmund:

„Allergische Encephalopathien in Symptomatologie und Therapie“.

16.20—16.50 Uhr:

Pause

16.50—17.30 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. J. Peiffer, Oberarzt der Neurologischen Univ.-Klinik Gießen:

„Die hereditären und erworbenen metabolischen Encephalopathien in Pathogenese, Prognose und Therapie“.

17.30—18.10 Uhr:

Prof. Dr. H. J. Bauer, Direktor der Neurologischen Klinik und Poliklinik Göttingen:

„Der heutige Stand der Kenntnisse von der toxischen Encephalopathie“.

Anschließend an die jeweiligen Vorträge des Tages Diskussion und Beantwortung der eingegangenen Fragen zum Thema des Tages.

Anfragen und Anmeldungen nimmt das Sekretariat der ärztlichen Fortbildungskurse, Regensburg, Altes Rathaus, entgegen. Telefon: Regensburg 2 38 51 / Nebenstelle 521 oder 522.

Bayerische Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde

Die diesjährige Tagung der Bayerischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde findet am 2. und 3. Mai 1964 in Bad Wiessee/Tegernsee statt. Themen: Urologie der weibliche Vorfälle. Begutachtung von Arbeits- und Erwerbsfähigkeit nach behandeltem Genitalkarzinom. Auskunft: Dozent Dr. R. Kaiser, I. Frauenklinik und Hebammenschule der Universität, München 15, Maistraße 11.

Münchner Arbeitskreis für Physikalische Medizin

Am 29. und 30. Mai 1964 veranstaltet in Oberstdorf (Allgäu) der Münchner Arbeitskreis für Physikalische Medizin in Verbindung mit der Forschungsstelle Oberstdorf des Balneol. Instituts bei der Universität München einen Fortbildungskurs mit dem Thema: „Klimakur und Physikalische Medizin in der Therapie und Prävention von Aufbrauchskrankheiten“.

Auskunft: Forschungsstelle Oberstdorf des Balneol. Instituts b. d. Universität München, 898 Oberstdorf, Kurmittelhaus.

Arbeitsgemeinschaft zur Erlorschung der ärztlichen Allgemeinpraxis

In der Psychosomatischen Universitätsklinik Heidelberg findet am 15. und 16. Juni 1964 das 5. Symposium der AEA statt.

Hauptreferate:

R. N. Braun: „Wann kann der praktische Arzt von einer psychogenen Erkrankung sprechen?“

A. Freitag: „Wie sollte ein Fieberfall im Praxisalltag versorgt werden?“

F. Prosenec: „Wie wirken sich spezielle ärztliche Interessen auf das Krankengut eines Allgemeinpraktikers aus?“

Mittwoch, den 17. Juni 1964, findet von 8.30—12.00 und von 14.00—16.30 am selben Ort eine „Prominentenkonferenz hinter verschlossenen Türen“ statt.

Über Probleme, die sich durch die Erforschung der Allgemeinpraxis ergeben haben, diskutieren die Herren Universitätsprofessoren Drs.

L. Heilmeyer, Freiburg, A. Jores, Hamburg, A. Mitscherlich, Heidelberg, H. Schaefer, Heidelberg, R. Schoen, Göttingen, und H. Schulten, Köln, mit Mitarbeitern der AEA. „Chair“: Prof. Dr. A. Mitscherlich.

Auskunft: Dr. Robert N. Braun, Brunn a. d. Wild, Niederösterreich.

Bayerische Chirurgen-Vereinigung

Die diesjährige 41. Tagung der Bayerischen Chirurgen-Vereinigung findet am Freitag, den 24. Juli, und Samstag, den 25. Juli 1964, in München im Hörsaal der Chirurgischen Universitätsklinik, Nußbaumstraße 20, statt.

Für die Tagung sind folgende Hauptthemen vorgesehen:

Bauchchirurgie

Hegemann, G., Erlangen: Verhütung und Beherrschung von Komplikationen bei Eingriffen in der Bauchhöhle.

Denecke, K., Fürth: Komplikationen nach abdominosacralen Rectumamputationen (Frühkomplikationen).

Grill, W., München: Operative Behandlung der Pankreacysten (mit Film).

Pianos – Flügel

Euterpe - Feurich - Hoffmann

aus Süddeutschlands größter Klavierfabrik • beim Fachhandel vertreten

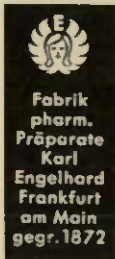
EUTERPE Pianofortefabrik - 8821 Langlau/Mfr., über Gunzenhausen

Wenn's um Geld geht

SPARKASSE



... auch beim bargeldlosen Zahlungsverkehr über Ihr Girokonto



PROSPAN-Tropfen: O.P. Tropfflaschen mit 20g, 50g, 100ccm · PROSPAN-Zäpfchen: O.P. Foltschachtel mit 6 Stück (für Kinder u. Erwachsene)



Man kennt uns gut

als Hersteller von Röntgeneinrichtungen, die — aus reicher Erfahrung und internationaler Zusammenarbeit entwickelt — in der Qualität und in der technischen Vollkommenheit den höchsten Ansprüchen gerecht werden. Man schätzt unsere weitverzweigte Organisation und die Beratung durch erfahrene Fachleute, denen laufend Informationen über alle Neuerungen zur Verfügung stehen, und unseren bewährten technischen Kundendienst.

Man erkennt mehr und mehr

auch die Möglichkeiten, die uns durch den sorgfältig aufgebauten Außendienst und unsere Planungsabteilungen gegeben sind, und die wir auch über das Gebiet der Röntgentechnik und der Elektromedizin hinaus gern für den ganzen Umfang der PRAXISEINRICHTUNGEN zur Verfügung stellen. Vielfältige Erfahrungen auf diesem Gebiet, laufende Verbindung mit bedeutenden Herstellern erlauben uns, Ihnen bei Planung und Einrichtung Zeit und Geld zu sparen. Wir beraten Sie und helfen auch gern in Fragen der Finanzierung.

C.H.F. MÜLLER GMBH HAMBURG



An die C.H.F. Müller GmbH Hamburg 1, Postfach 1149

Bitte senden Sie mir Informationsmaterial über Praxiseinrichtungen

Ich bitte um den Besuch eines Ihrer Fach-Ingenieure
Gewünschtes bitte ankreuzen

Name

Adresse



Urologie

Sigel, Erlangen: Noteingriffe in der Urologie.

Lutzeyer, W., Aachen: Probleme der Diagnose und Therapie des Blasen tumors.

Unfallchirurgie

Schmidt-Tintemann, U., München: Der heutige Stand der Hauttransplantation.

Maurer, G., München: Ergebnisse der operativen Behandlung der wichtigsten peripheren Nerven mit Ausnahme der Handnerven.

Schink, W., Köln: Die Verletzungen der Handnerven und ihre operative Behandlung.

Langhagei, J., Hessisch-Lichtenau: Neue Gesichtspunkte zur Gestaltung der Amputationsstümpfe im Hinblick auf die orthopädische Versorgung.

Müller, H.-J., Murnau: Die Übungsbehandlung (physikalische Therapie) und Beschäftigungstherapie auf Chirurgischen Abteilungen.

Der Vorsitzende für das Jahr 1964: Prof. Dr. A. Lob, Berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus Murnau/Obb.

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.

- 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-, Klimahilfende und Wiederherstellungsbehandlung. Auskunft: Kurkommission Bad Aussee/Steiermark, Hauptstraße 48.
- 25.—26. 4. in Linz a. D.: Tagung der Ärztegemeinschaft im katholischen Akademikerverband. Thema: „Schweigepflicht und Mitteilungspflicht des Arztes“. Referenten u. a.: J. F. Volrad Deneke, Köln; Professor Dr. K. H. Bauer, Heidelberg. Auskunft: Ärztehau Linz a. D.

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, 8 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.

Mal 1964:

- 1.—3. 5. in Ulm: 26. Arbeitstagung der Arbeitsgemeinschaft für Erfahrungsheilkunde. Auskunft: Arbeitsgemeinschaft für Erfahrungsheilkunde, 79 Ulm a. D., Postfach 435.
- 2.—3. 5. in Bad Wiessee: Bayerische Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde. Auskunft: Dozent Dr. R. Kaiser, I. Frauenklinik und Hebammenschule der Universität, 8 München 15, Malstraße 11.
- 2.—3. 5. in Passau: Frühjahrstagung der Bayerischen Röntgengesellschaft. Auskunft: Dr. med. A. Breit, Riederinstitut, 8 München 15, Ziemssenstraße 1.
- 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.
- 4.—9. 5. in Bad Kreuznach: 2. Internationaler Kongreß für ländliche Gesundheitspflege. Auskunft: Professor Dr. G. Hess, Deutsche Landwirtschafts-Gesellschaft, 6 Frankfurt/Main, Zimmerweg 16.
- 5.—7. 5. in Düsseldorf: Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie. Auskunft: Dozent Dr. E. Klein, II. Med. Klinik der Medizin. Akademie, Düsseldorf, Moonenstraße 5.
- 6.—8. 5. in Bad Kissingen: Kongreß für Laboratoriumsmedizin 1964. Auskunft: Dr. med. W. Albath, Würzburg, Katharinen-gasse 3.
- 6.—9. 5. in Eutin: 116. Jahresversammlung des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte. Auskunft: Dr. med. W. Schweitzer, Hamburg-Bergedorf, Grasredder 43.
- 7.—10. 5. in Regensburg: 32. Fortbildungskurs des Regensburger Kollegiums für ärztliche Fortbildung. Hauptthemen: „Atypische Pneumonien“, „Encephalopathien“, „Säuglingserkrankungen“. Auskunft: Sekretariat des Regensburger Kollegiums für ärztliche Fortbildung, Regensburg, Altes Rathaus, Zimmer 5 A.
- 7.—10. 5. in Hinterzarten/Schwarzwald: 26. Kongreß der Wissenschaftlichen Gesellschaft südwestdeutscher Tuberkuloseärzte. Auskunft: Dr. D. Wentz, Sanatorium Waldhof-Elgershausen, Kreis Wetzlar.
- 10.—14. 5. in Bad Reichenhall: Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohrenärzte. Auskunft: Prof. Dr. Falk, Dir. d. HNO-Klinik der Universität d. Saarlandes, Homburg/Seear.
- 11.—16. 5. in Wien: Kongreß des International College of Surgeons. Auskunft: Dr. H. E. Turner, 1516 Lake Shore Dr., Chicago 10, III./USA.



Ergo-Kranit® -Tabl.

Cerebral-Antispasmodicum auf Secale-Basis

Migräne-Kranit® -Tabl.

Cerebral-Antispasmodicum

- 13.—15. 5. in Salzburg: Tagung der Österreichischen Röntgen-gesellschaft. Auskunft: Dozent Dr. H. Ellegast, Österreich. Röntgen-gesellschaft, Wien IX, Marlan-nengasse 10.
- 14.—16. 5. in Edinburgh: Deutsch-Englische Psychiater-Tagung. Auskunft: Landesmedizinalrat Dr. Stockhau-ae n, Bonn 7, Postfach 73 46.
- 14.—16. 5. in Graz: Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie. Auskunft: Privat-dozent Dr. Dr. H. Günther, Universitätsklinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrank-heiten, Hamburg 20, Martinstraße 52.
- 19.—22. 5. in Stuttgart: Tagung der Stuttgarter Gemeinschaft „Arzt und Seelsorger“. Auskunft: Sekretariat der Gesellschaft, 7 Stuttgart-W., Gustav-Siegler-Str. 43.
- 19.—22. 5. in Berlin: 12. Vortragstagung der Deutschen Gesell-schaft für Arzneipflanzenforschung e. V. Auskunft: Dr. med. H. Tombergs, Ratingen, Nolden-kothen 1a.
- 18.—24. 5. in Bamberg: Deutsche Ärztetagung für medizinisch-theologische Gemeinschaftsarbeit. Thema: „Fall oder Mensch? — Die personale Medizin“. Auskunft: Katholische ärztliche Arbeit Deutschlands, Bonn, Venus-bergweg 1.
- 20.—24. 5. in Berlin: 13. Deutscher Kongreß für ärztliche Fort-bildung. Auskunft: Kongreßgesellschaft für ärzt-liche Fortbildung e. V., Berlin 41, Klingsorstr. 21.
- 23.—27. 5. in Augsburg: 67. Deutscher Ärztetag mit Filmfort-bildungsprogramm, Auskunft: Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
- 25.—27. 5. in Karlsruhe: 8. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung. Auskunft: Doz. Dr. Dr. Gie-se, Hamburg 20, Martinstraße 52.
- 25.—30. 5. in Neuherberg bei München. Strahlenschutz. 2. Fort-bildungskurs für Werksärzte. Auskunft: Dr. Wit-ten z e l n e r, 8042 Neuherberg bei München, In-golstädter Landstraße 1, Post Schleißheim.
- 29.—30. 5. in Regensburg: Tagung der bayerischen Nerven-ärzte. Auskunft: Direktion d. Nervenkrankenhauses Regensburg.
- 29.—30. 5. in Regensburg: Kongreß der Deutschen Gesellschaft d. ästhetischen Medizin und ihrer Grenzgebiete. Auskunft: Prof. Dr. C. Fr. F u n k, 84 Regensburg, Postfach 106.
- 29.—30. 5. in Oberstdorf: Fortbildungskurs „Klimakur u. Phys-ikalische Medizin in der Therapie und Präven-tion von Aufbrauchskrankheiten“. Auskunft: For-schungsstelle Oberstdorf des Balneologischen Insti-tuts bei der Universität München, 898 Oberstdorf, Kurmittelhaus.
- 29.—31. 5. in Marburg: Wissenschaftliche Tagung in Biophysik, Strahlenbiologie und Nuklearmedizin des Deutschen Atomforums e. V. zusammen mit der Abteilung für Strahlenbiologie und Isotopenforschung der Uni-versität Marburg. Auskunft: Abteilung für Strah-lenbiologie und Isotopenforschung der Universität Marburg, Robert-Koch-Straße 8a.

Mal/Juni 1964:

31. 5.—13. 6. in Montecatini-Terme: II. Internationaler Fortbil-dungskongreß der Bundesärztekammer — Lehrgang für praktische Medizin. Thema: „Gastroenterologie in der Praxis“. Auskunft und Prospekte durch Kongreß-büro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.

Juni 1964:

- 1.—13. 6. in Grado: XII. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer — Lehrgang für prakti-sche Medizin. Thema: „Gastroenterologie in der Praxis.“ Auskunft und Prospekte durch Kongreß-büro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
- 4.— 6. 6. in Baden-Baden: Wissenschaftlicher Kongreß des Bundes der Deutschen Medizinbeamten. Aus-kunft: Med. Dir. Dr. B. KläB. 851 Fürth 1. B., Blumenstraße 22.

Gegen Müdigkeit am Morgen

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

**permorgen
- vitamin**

Rp.: Vitamin A, Vitamin D₂, Vitamin B₁, Vitamin B₆, Methionin, ungesättigte Fettsäuren, Calciumlevulinat, Magnesiumthiosulfat, Natriumsilicat

Packung mit 30 Kapseln

permorgen-vitamin-schwarzaupt DM 5.90

Gegen Müdigkeit am Abend

vorzeitigen Leistungsabfall, Schwäche, Ge-reiztheit, Kältegefühl, Rekonvoleszenz, Nacht-blindheit, nachmittags oder abends 1 Kapsel

**perabend
- vitamin**

Rp.: Vitamin B₁, Vitamin B₆, 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!



Bestellschein

Erbitte kostenloses Versuchsmuster von

permorgen-vitamin-schwarzaupt

perabend-vitamin-schwarzaupt

Persönliche Unterschrift und Stempel:

SCHWARZHAUPT • KÖLN

Bay. A.

- 6.—7. 6. in Gießen: Fortbildungskurs für praktische Ärzte mit dem Thema „Diagnostische und therapeutische Hinweise für die tägliche Praxis“. Auskunft und Prospekte: Sekretariat f. ärztl. Fortbildungskurse, 63 Gießen, Klinikstraße 32 g.
- 7.—10. 6. in Würzburg: Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs-, Versorgungs- und Verkehrsmedizin e. V. Auskunft: Prof. Dr. A. N. Witt, Berlin-Dahlem, Clay-Allee 229.
- 6.—13. 6. in Neapel: 1. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für tropische Dermatologie. Auskunft: Dr. P. Santolanni, Clinica Dermatologica dell' Università, Piazza Miraglia, Neapel.
- 11.—14. 6. in Köln: 12. Europäische EEG-Tagung. Thema: „Das EEG im Anfangsstadium vaskulärer, raumfordernder, entzündlicher und traumatischer zerebraler Prozesse“. Auskunft: Professor Dr. R. Ch. Behrend, Max-Planck-Institut für Hirnforschung, Köln-Merheim, Ostheimer Straße 200.
- 15.—16. 6. in Heidelberg: 5. Symposium der Arbeitsgemeinschaft zur Erforschung der ärztlichen Allgemeinpraxis. Auskunft: Dr. Robert N. Braun, Brunn a. d. Wild, Niederösterreich.
- 15.—27. 6. in Freudenstadt: 12. Sportärztelehrgang. Auskunft: Professor Dr. W. Kohirausch, Freudenstadt, Sanatorium Hohenfreudenstadt.
- 17.—20. 6. in Wien: XIV. Kongreß der Internationalen Vereinigung zum Studium der Bronchien. Auskunft: Wiener Medizinische Akademie für ärztliche Fortbildung, Wien IX, Alserstraße 4.
- 19.—25. 6. in Kopenhagen: 2. Internationaler Kongreß für Mundchirurgie. Auskunft: Dr. J. Rud, 2nd International Conference on Oral Surgery, c/o DIS Congress Service, 19, Sankt Peders Strade, Copenhagen K.
- 21.—27. 6. in London: 5. Internationaler Kongreß der Internationalen Akademie für Pathologie. Auskunft: Dr. F. K. Mostofi, Armed Forces Inst. of Pathology, Washington 25, D. C., USA.
- 22.—29. 6. in Westerland/Sylt: 20. Ärztliches Seminar für Meeresheilkunde. Auskunft: Universitäts-Institut für Bioklimatologie und Meeresheilkunde in Westerland/Sylt.

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. 6.—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.
- 13.—18. 7. in London: 4. Weltkongreß über Verhütung von Berufsunfällen und -krankheiten. Auskunft: ROSPA, 52, Grosvenor Gardens, London S. W. 1.
- 13.—24. 7. in Schloßgut Neutrauchburg über Isny/Allgäu: Einführungslehrgang in die Manual-Therapie (Wirbelsäule und Extremitäten). 1. Kurs von 4 Kursen der Ärztlichen Lehr- und Forschungsstätte für manuelle Therapie. Auskunft: Sekretariat der MWE, 7972 Schloßgut Neutrauchburg über Isny/Allgäu.
- 20.—24. 7. in Toronto: 5. Internationaler Kongreß der Internationalen Diabetes-Vereinigung. Auskunft: Drs. O. & V. Sirek, Charles Best Institut, 112, College Street, Toronto 5, Kanada.
- 24.—25. 7. in München: 41. Tagung der Bayerischen Chirurgenvereinigung. Auskunft: Professor Dr. A. Lob, Unfallkrankenhaus Murnau/Oberbayern.

Juli/August 1964:

28. 7.—1. 6. in New York: 6. Internationaler Biochemischer Kongreß. Auskunft: Congress-Sekretariat, 9650 Wisconsin Avenue, Washington 14, D. C., USA.

Beilagenhinweis

Dieser Ausgabe sind Prospekte folgender Firmen beigelegt:
 Klänge, München 23
 Beiersdorf & Co., Hamburg
 Dr. Rud. Reiss, Berlin
 Chemiewerk Homburg, Frankfurt
 Dorsch & Co. KG, München

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayer, Landesärztekammer, 6 München 23, Königinstraße 85/III, Tel. 36 11 21. Schriftleiter: Dr. med. Willy Reichstein.

Die Zeitschrift erscheint monatlich.

Bezugspreis für Mitglieder der ärztl. Kreisverbände im Beitrag eingeschlossen; für Nichtmitglieder 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 60 61, Fernschreiber 05 23662, Telegrammadresse: Gablerpreß. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharfing, München. Druck: Richard Pfäum Verlag, München. Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrophotographie sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten.

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlags. Rücksendung nichtverlangter Manuskripte erfolgt nur, wenn vorbereiteter Umschlag mit Rückporto beiliegt. Bei Einsendungen an die Schriftleitung wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, wenn gegenteilige Wünsche nicht besonders zum Ausdruck gebracht werden.

Bei allen
neurovegetativen
Störungen

NEO NERVISAL

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