

BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Nummer 12

München, Dezember 1964

19. Jahrgang

WEIHNACHTSGRUSS

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Wenn Sie diese Zeilen lesen, trennt uns nur noch eine kurze Zeit vom Ende des Jahres 1964. Das zu Ende gehende Jahr hat uns in Bayern in standespolitischer Beziehung zwei Höhepunkte gebracht. Im Mai war der 67. Deutsche Ärztetag in der alten Reichsstadt Augsburg zusammengetreten. Er hat in großer Geschlossenheit wichtige Fragen, so z. B. den Entwurf einer neuen Bestallungsordnung und einer Strahlenschutzverordnung sowie Probleme der Gebührenordnung, beraten.

In Oberstdorf haben wir im Herbst den 17. Bayerischen Ärztetag durchgeführt. Mit seiner einstimmig angenommenen EntschlieÙung zur optimalen Betreuung der werdenden Mütter hat er in sehr fortschrittlicher Weise wichtige Maßnahmen der präventiven Medizin durch die niedergelassenen Ärzte eingeleitet. Der Beschluß ist in Bayern und auch in anderen Bundesländern mit großer Aufmerksamkeit zur Kenntnis genommen worden.

Ein anderes wichtiges Problem ist noch ungelöst, während diese Zeilen geschrieben wurden: die Anpassung der Amtlichen Gebührenordnung an die seit 1957 eingetretenen wirtschaftlichen Veränderungen. Wir haben unsere Forderungen wohlbegründet und mit Nachdruck erhoben. Die Bundesregierung ist uns gegenüber im Wort. Uns liegt nichts an Kampfmaßnahmen. Wir wollen uns lieber in Ruhe um unsere Patienten bemühen. Wir werden diese Aufgabe auch dann nicht vernachlässigen, wenn wir zu unserem Bedauern gezwungen werden sollten, einer Regierung, die uns illoyal behandelt, zu zeigen, daß man uns gegenüber nicht ohne schwerwiegende Folgen wortbrüchig sein kann. So froh wir sein werden, wenn uns diese Spannungen erspart bleiben, so selbstverständlich werden wir eine Auseinandersetzung auf uns nehmen, wenn sie wegen der ungerechten Bewertung unserer Arbeit und aus Gründen der Selbstachtung geboten ist.

Diese ernstgemeinten Worte mußten gesagt werden, bevor wir Ihnen, liebe Kolleginnen und Kollegen, ein schönes Weihnachtsfest im Kreise Ihrer Familie wünschen. Das neue Jahr möge Ihnen allen im Frieden nach innen und außen Glück und Erfolg bringen und die bayerische Ärzteschaft weiterhin in der Geschlossenheit vereinen, die dem Ansehen unseres Standes entspricht und für die Durchsetzung unserer legitimen Forderungen notwendig ist.

Dr. Sewering

Dr. Sondermann

Arbeit und ihre Gefahren*)

Von H. Eyer

Arbeit als Berufsinhalt der tätigen Bevölkerung ist vor allem von soziologischer Seite her gründlich durchleuchtet worden; dabei wurde eine Reihe kluger Gedanken zutage gefördert, von denen einige auch allgemeine Bedeutung haben und die deshalb an den Eingang dieser Ausführungen gestellt werden sollen.

Sie mögen insbesondere zeigen, daß auf dem weiten Feld von Arbeit und Beruf Akzentverschiebungen vor sich gehen, die zu beachten und zu bedenken auch Aufgabe der Arbeitsmedizin ist.

„Zweck, Tätigkeit und Produkt fließen im Begriff der Arbeit kontinuierlich ineinander über“, definiert Max SCHELER.

Das für die Beteiligung des Menschen an aller Arbeit Charakteristische ist danach sein Tätigsein. Was dieses Tätigsein adelt und schlechthin die Voraussetzung produktiver menschlicher Arbeit bildet, ist das Erleben der Freiheit in der Materialwahl, in der Verarbeitung und in der Gestaltung. Diese Freiheit bestand fast unbegrenzt zur Zeit der höchsten handwerklichen Blüte. Sie wurde eingeengt, als man sich zur Aufteilung der Arbeit in Einzelvorgänge entschloß, und sie steht vor drohender Totalverkümmung überall dort, wo der Mensch zum Mechanismus wird, der zwar funktioniert, aber nicht mehr arbeitet.

Die Arbeitsfreude als führende Begleiterscheinung althergebrachter Arbeitsweise — Arbeit also in ungebundener Freiheit — beginnt mehr und mehr „historisch“ zu werden. Der Mensch scheint zusehends der Arbeit zu erliegen und ein passives Verhältnis zu seinem Beruf einzunehmen; die ursprünglich durch ihn selbst geschaffenen Gesetzmäßigkeiten der Arbeit drohen zum Diktat zu werden.

Was bleibt, sei es auch in begrenztem Rahmen, ist ein Verantwortungsr est, zumindest solange, als sich der Mensch nicht voll zum „funktionierenden Mechanismus“ herabwürdigen läßt.

Bleibt aber Verantwortung, dann bleibt auch noch Freiheit.

Aus wirklich gestaltender Arbeit — aus dem, was man auch schöpferische Tätigkeit nennen kann — ist das „zu erledigende Pensum“ geworden, jenes geistlose und initiativearme Abrollen eines Vorgangs nach vorgefertigter Schablone. Der uns allen nur zu geläufige kategorische Imperativ „muß noch erledigt werden!“ zeigt hinreichend deutlich, was hier gemeint ist.

Dessen ungeachtet bleiben aber auch heute Arbeitsablauf, Arbeitsgespräch und Arbeitseinschätzung als wesentliche Säulen des täglichen Arbeitsgeschehens bestehen. Diese Säulen zu erhalten und ihnen inneren Gehalt zu geben, ist demnach Voraussetzung für die Sicherung der ethischen Wertbeständigkeit auch der geteilten Arbeit in unserer Zeit.

Weiter: das durch Fortschritt und Technik in seinen strukturellen Beziehungen stark gewandelte und noch

immer sich wandelnde „Gesicht der Arbeit“ entzieht sich zunehmend dem allgemeinen Selbstverständnis; ihre Physiognomik entfernt sich mehr und mehr aus den Bereichen der Wohlvertrautheit.

Was günstigstenfalls bleibt, ist die Kenntnis von Einzeivorgängen und begrenzten Effekten; was fehlt, ist die Kombination und das geistige Zusammenfügen zu einem Ganzen. Alles in allem ein getreues Spiegelbild der wissenschaftlichen und technischen Entwicklung im Bereich der Forschung, die nur jenen noch in großem Rahmen geöffnet bleibt, die die Kraft aufbringen, wenigstens der Literatur auf den Fersen zu bleiben, um sich genügenden Rundblick zu sichern. Wir wissen es alle — und wissen es nur zu gut —, was es bedeutet, für zwei oder drei Jahre die Spur im Gestrüpp der Wissenschaft zu verlieren!

Vergegenwärtigt man sich, daß in so kurzer Zeit der Erkenntnisinhalt aktueller Arbeitsgebiete zu wenigstens einem Drittel, oft aber bis zur Hälfte durch Neues ersetzt oder doch wenigstens umgekrempelt wurde, dann leuchtet ein, daß einmal verlorener Anschluß kaum mehr zu gewinnen ist.

Die jüngere Generation hat längst die Folgerungen aus diesem Sachverhalt gezogen: zunehmendes Spezialistentum — also vermehrte Arbeitsteilung — ist unausbleiblich geworden.

Die damit zwangsläufig verknüpfte Inhaltsverarmung des sog. zwischenmenschlichen Arbeitsgesprächs ist aber eigentlicher und größter Verlust.

Was hier nur andeutungsweise und in Stichworten gesagt wurde, war notwendig vorzuschicken, um die allgemeine Situation zu kennzeichnen, vor der auch die Medizin steht, wenn sie sich mit der „Arbeit“ und ihren Akzentverschiebungen in der richtigen Weise befassen will, insbesondere aber mit dem qualitativ wie quantitativ wechselnden Gefahrenspektrum als Folge der Arbeit.

Die soziologischen und psychologischen Hintergründigkeiten heutiger Arbeitsweisen müssen also in anderen Zusammenhängen als früher gesehen werden, und entsprechend ist es mit den Gefahren der Arbeit, die oft genug in Bereichen Schwerpunkte entstehen lassen, wo man sie am wenigsten erwartet hätte.

Die ungewöhnliche Dynamik, die fast alle Sachverhalte kennzeichnet, die irgendwie mit der Arbeit Berührung haben, bringt es mit sich, daß hier — vielleicht mehr als auf anderen Sektoren des täglichen Lebens — der ständige „Wechsel der Ansatzpunkte“ zur Norm wird. Das gilt für das Material, seine Handhabung, Verarbeitung, Gestaltung in gleicher Weise wie für den Menschen, der das alles tut, und bei seinem Tun einer kaleidoskopischen Fülle von Verhaltenswandlungen während seiner beruflichen Arbeit ausgesetzt ist, die es vor 100 Jahren nicht entfernt in gleichem Umfang gab.

Die Gültigkeit der in der Lehrzeit erworbenen Kenntnisse ist oft schon in der Gesellenzeit in Frage gestellt! Eine bezeichnende Parallele etwa zu den Feststellungen eines vor 10 Jahren promovierten Physikers,

*) Vortrag auf der Fortbildungsveranstaltung der Bayerischen Landesärztekammer und des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und soziale Fürsorge über „Aktuelle Fragen der Arbeitsmedizin“ am 7./8. 11. 1964 in München.

der sich beim Vergleich des damaligen Stoffangebotes und seiner Interpretation mit heutigen Verhältnissen in eine völlig verwandelte Welt versetzt sieht. Die oft gehörte Rede, „das macht man doch heute ganz anders!“ ist ein trivialer Ausdruck für den gleichen Sachverhalt.

Unser aller Leben ist durch eine zunehmende Fragwürdigkeit der in jungen Jahren gewonnenen Arbeitskenntnisse charakterisiert. Wohl dem, der nicht schon in den besten Jahren den Faden verliert, der gegen Ende unserer beruflichen Tätigkeit ohnehin nur noch in der Erinnerung existiert.

Nun zu den „Gefahren der Arbeit“, die ich Sie — auch wenn es nicht in jedem Einzelfall betont wird — unter den Gesichtspunkten zu sehen bitte, die ich Ihnen bisher dargelegt habe.

Sieht man von der Gruppe der Staublungenerkrankungen und im besonderen von der durch kristallisierte Kieselsäure hervorgerufenen Silikose ab, dann muß festgestellt werden, daß die sogenannten klassischen Berufskrankheiten, relativ gesehen, eine nicht zu übersehende Reduktion erfahren haben. Alles in allem besteht also kein Grund, die Berufskrankheiten etwa für das Problem unserer Tage zu halten, wie es oft genug geschieht; denn durch zweckentsprechende und frühzeitige Behandlung gelingt es in der großen Mehrzahl aller Fälle, eine echte und hinreichende Heilung herbeizuführen.

Ganz anders bei jenen vielfältigen, oft gar nicht typisch in Erscheinung tretenden Schädigungen durch industrielle Gifte, die die Lebenserwartung in vielen Berufen herabsetzen, auch ohne daß eine Berufskrankheit *sul generis* angeschuldigt werden kann.

Mit dieser Feststellung werden die vorbeugenden Schutzmaßnahmen zu dem gestempelt, was sie sind, nämlich zum A und O jeglicher Arbeitsmedizin.

Wirksame vorbeugende Maßnahmen vermag aber nur der vorzuschlagen und zu treffen, der über ein profundes Wissen aller Umstände verfügt, die den industriellen Fertigungsweg bis in die periphersten Verzweigungen hinein kennzeichnen, der insbesondere auch alle Risiken kennt, denen im engeren und weiteren Sinn der arbeitende Mensch auf dem Fertigungsweg ausgesetzt ist.

Es liegt auf der Hand, daß die Gewinnung umfassender Einblicke niemals Sache eines einzelnen sein kann. Nur durch ausgewogenes Zusammenspiel der Techniker, Soziologen, Mediziner und Wirtschaftsfachleute lassen sich Voraussetzungen erarbeiten, die eine Vorbeugungsmaßnahme dem Arbeitgeber wie dem Arbeitnehmer in gleicher Weise selbstverständlich erscheinen lassen.

Aussagen von wirklichem Wert über das Was, Wie und Wo werden freilich immer Sache der Erfahrung bleiben; Erfahrung aber kostet Zeit und Geduld.

Es ist nicht damit getan, einen bestimmten Industriezweig oberflächlich zu kennen, da die Strukturunterschiede von Werk zu Werk oft um Größenordnungen auseinanderliegen. Es ist also die spezielle Werkskenntnis, wie sie dem guten Werksarzt eigen ist, die Aussichten für ein gutes Vorbeugungsvolumen im Werk eröffnet. Weiter ist erforderlich eine durch höchst persönliche Erfahrung gewonnene Kenntnis jener Arbeitsabläufe, deren Risikoinhalt durch

zweckentsprechende Maßnahmen beseitigt oder gemildert werden soll. Der rechte Werksarzt teilt deshalb mit dem Hygieniker die Eigenschaft, gut zu Fuß, körperlich gewandt und praktisch veranlagt zu sein. Der Werksarzt soll daher mit seinen technischen Kollegen nicht im weißen Mantel, wohl aber im Overall den Geheimnissen der Industriegifte nachspüren, dabei frei sein von Vorurteilen und bemüht, bei allen Neuanlagen bereits bei der Planung seine Stimme zu Gehör zu bringen. Gute Ratschläge allein nützen gar nichts. Erfolge sind nur gewährleistet, wenn alle Beteiligten wollen, wirklich wollen. Hier ist kein Belegschaftsmitglied ausgenommen, beim leitenden Direktor angefangen bis hinunter zu dem zuletzt eingestellten Anlernling.

Die Erfahrungen der überwiegenden Mehrzahl aller Werksärzte gipfeln in der Feststellung, daß es im großen Querschnitt aller aufgedeckten Arbeitsrisiken viel weniger persönliche Nachlässigkeiten oder die Vernachlässigung angeordneter Maßnahmen sind, die das Übel schüren und die lauernden Gefahren nicht verlöschen lassen, als vielmehr grobe Unwissenheit und Unaufgeklärtheit über die Sachverhalte. Hier also hat der Hebel anzusetzen! Aber es bedarf neben Fachwissen und ureigenster Erfahrung eines psychologischen Könnens ersten Ranges, um die vielen in der menschlichen Natur gelegenen Widerstände gegen die Einsicht niederzureißen, um ein williges und interessiertes Annehmen von Vorbeugungsvorschlägen zu erreichen.

Wer nicht imstande ist, das Notwendige ebensogut in der Sprache des Hilfsarbeiters wie des Werkmeisters, des leitenden Ingenieurs oder der Etatsachverständigen zu sagen, kann kaum auf Erfolg hoffen.

Der Werksarzt muß sich der Dynamik des von ihm betreuten Betriebes anpassen, aber auch über neue Entwicklungs- und Fertigungsabsichten rechtzeitig und ausreichend orientiert werden, um die mit neuen Entwicklungen, neuen Verfahrensweisen und neuartigen Werkstoffen zwangsläufig verbundenen neuen Gefahren sehen, abschätzen und durch sachgemäße Maßnahmen paralisieren zu können.

Neben einem wohl immer erforderlichen guten Anteil persönlicher Autodidaktik steht das Literaturstudium, das Kollegengespräch und nicht zuletzt der enge Kontakt zu Zentralstellen, in denen internationaler Erfahrungsaustausch gepflegt wird.

Niemand, der mit den Gefahren der Arbeit befaßt ist, sollte vergessen, daß nicht überall guter Instinkt allein weiterhilft, daß vielmehr und oft genug mit viel Geduld aus langer Erfahrung gelernt werden muß. Die Noxen mit langer Inkubationszeit und wenig ausgeprägter Symptomatik beim Geschädigten erschweren das Urteil der Erkennung echter Berufsschäden oft außerordentlich.

Nicht jede Byssinose beginnt mit einer Bronchitis, aber auch nicht jede Bronchitis berechtigt zum Verdacht auf Byssinose, auch wenn äußere Umstände ihn nahelegen.

Für die Gefahrenbeurteilung in unserer Arbeitsmedizinisch hellhörig gewordenen Zeit vergegenwärtige man sich, daß die drei wesentlichen Kontaktflächen, die dem „industriellen Gift“ ausgesetzt sind, nämlich Haut, Schleimhaut des Verdauungstraktes und

Schleimhaut des Atmungstraktes, in der ungefähren Größenrelation 1:10:100 stehen. Daraus ergibt sich aber, daß der Giftaufnahme über die Atmungswege die wesentlichste Bedeutung zukommt, die noch vermehrt wird durch den Umfang des Passagevolumens, das im Fall des Respirationstraktes natürlich am größten ist.

Es bedarf hier keines Hinweises, daß es auch physikalische Ursachen gewerblicher Schädigungen gibt, deren Bedeutung nicht zu vernachlässigen ist: Denken Sie an Noxen, veranlaßt durch Druck, Temperatur, Feuchtigkeit, Lärm, Strahlung, Elektrizität oder mechanische Einwirkungen, die aber allesamt leichter erfaßbar, vor allem aber auch wirksamer zu bekämpfen sind als Gase, Dämpfe, Rauche und Stäube, deren Gefahrenpegel zwar durch maximale Arbeitsplatz-Konzentrationen beschrieben werden kann, deren Schädlichkeit bei langdauernder unterschwelliger Einwirkung aber nur am Rand einem Urteil zugänglich ist. Das aber sind die eigentlichen Lebenserwartungsverkürzer!

Infektionen als Berufskrankheiten sind heute im allgemeinen wenig bedeutsam; gegenüber den Stäuben, Rauchen, Gasen und Dämpfen spielen sie eine ganz untergeordnete Rolle, die über ihre allgemeine Bedeutung kaum herausragt.

Während Berufskrankheiten und Beeinträchtigungen der Lebenserwartung als Folge schädigender Einflüsse auf den ursprünglich gesunden Arbeiter eine meist überschaubare Zeitspanne bis zur klinischen Manifestierung beanspruchen, ist der Betriebsunfall definitionsgemäß durch die Plötzlichkeit des Ereignisses charakterisiert. Verglichen mit der Häufigkeit typischer Berufskrankheiten ist die Frequenz der Betriebsunfälle bei weitem größer. Obwohl Berufskrankheiten und Betriebsunfälle von gleichartigen Substraten oder Umständen ihren Ausgang nehmen können, ist der Anteil der im Menschen selbst gelegenen Verursachungen in diesen beiden Bereichen beruflicher Schädigung ganz verschieden.

Betriebsunfälle pflegen ihren Ausgang zu nehmen von brennbaren Gasen und Dämpfen, von Einrichtungen und Apparaten, die unter hohem Druck stehen oder hochtemperiert sind, Strahlen emittieren oder elektrische Energie erzeugen bzw. verbrauchen, ferner von Giften und anderen gesundheitsgefährdenden Stoffen, schließlich von bewegten Maschinenteilen und vielem anderen.

Bei sinnvoller und ausreichender Anwendung erprobter Schutzmaßnahmen könnten die allermeisten plötzlichen Schadensfälle mit großer Sicherheit vermieden werden. Wenn dennoch die Unfälle in den genannten Bereichen an Zahl alle übrigen industriellen und sonstigen beruflichen Schadensfälle übertreffen, dann kann die eigentliche Ursache nur in den vom Unfall Betroffenen selbst gelegen sein. Die Begründung für diesen auf der ganzen Welt beobachteten Sachverhalt ist mehrschichtig. Im Vordergrund steht zweifellos das Mißverhältnis der Reaktionseigentümlichkeiten des Unfallers zu den Eigenschaften des unfallverursachenden Stoffes oder der unfallverursachenden Einrichtung. Während die von Stoffen oder Einrichtungen ausgehenden Gefahrenmomente entweder bekannt sind oder experimentell abgetastet werden können — und deshalb Gegenmaßnahmen entwickeln lassen —, ist der unfallgefährdete Mensch in seiner Konstitution, seiner Wider-

standsfähigkeit und Reaktionstüchtigkeit viel weniger leicht überschaubar. An diesem Punkt, der das Auswahlssystem eines Betriebes bei der Arbeitereinstellung berührt, ist im wesentlichen das Unfallproblem aufgehängt. Durch lange Erfahrung sind hier bestimmte Regeln entstanden, die sich im wesentlichen bewähren, die aber in einer Zeit des Arbeitskräftemangels oft gar nicht mehr berücksichtigt werden können. Die schon beim einheimischen Arbeiter sich hier ergebenden Schwierigkeiten sind beim Fremdarbeiter noch ein gutes Stück größer. Die „ungenügende Paßform des Arbeiters“ im Verhältnis zu der ihm zgedachten oder von ihm geforderten Arbeit ist aber nicht die einzige Begründung für Häufungen des Unfallgeschehens.

Wie bei den Berufskrankheiten trägt auch bei den Betriebsunfällen die ungenügende Vertrautheit mit der Gefahr und den zu ihrer Abwendung vorgesehenen Schutzmaßnahmen nicht unwesentliche Schuld am Eintritt des Unfallereignisses. Die zur Aufklärung in den Betrieben aufgehängten Schaubilder vermögen auch bei sorgfältigster und psychologisch richtig gewählter Gestaltung nur einen Teil der Belegschaft anzusprechen. Von dem viel instruktiveren „Unfallfilm“ wird nach meinen bisherigen Erfahrungen entweder gar nicht oder in ungenügender Weise Gebrauch gemacht. Er ist natürlich kein Ersatz für die mündliche Belehrung im Gefahrenbereich selbst, aber eine überaus wirksame Unterstreichung der klassischen Schutzmaßnahmen. Auf Pointierungsmöglichkeiten durch Trickfilme etwa à la Walt Disney sei nur hingewiesen.

Uns allen ist bekannt, daß es die so oft gepriesene „narrensichere“ Einrichtung nicht gibt, weil es immer noch größere Narren gibt als jene, deren Narrheit unsere Überlegungen geleitet hat. Im Interesse breiter Persönlichkeitsentwicklung wäre es deshalb besser, die Narrensicherheit durch das sicherheitsbewußte Verhalten des aufgeklärten Arbeiters zu ersetzen. Gewohnheit und Lässigkeit als Ausgangspunkte sicherheitswidriger Verhaltensweise können nur durch immer wiederkehrende Belehrung auf ein Minimum heruntergedrückt werden. Der von Haus aus „unfallfeindliche Mensch“ ist ja zunächst noch eine Utopie!

Wenn es im übrigen noch mehr als bisher gelungen sein wird, den Arbeitgebern zu zeigen, daß Unfallschutz und Arbeitshygiene viel enger miteinander gekoppelt sind als allgemein bekannt, und Arbeitshygiene fast eine *conditio sine qua non* für die Wirtschaftlichkeit eines Betriebes ist, dann darf auch von dort ein Nachlassen des noch immer beobachteten Zögerns gegenüber den Absichten der Arbeitsmedizin erwartet werden.

Das Arbeiten am Fließband, am Automaten ebenso wie im Bereich perfektionierter Automation wirft Probleme auf, die vor allem den Arbeitspsychologen beschäftigen müssen. Während wir von den Einflüssen der Tätigkeit am Fließband und am Automaten schon einiges über den Einfluß auf den arbeitenden Menschen wissen, sind unsere diesbezüglichen Kenntnisse in Betrieben mit perfektionierter Automation noch lückenhaft. Während Automation eher eine Rückkehr zu einem gewissen Arbeitsinhalt zu sein scheint, weil hier der Begriff der Verantwortung wieder stärker zu Wort kommt, ist am Fließband und im allgemeinen auch beim Automaten die Loslösung des Menschen von der Arbeit in besonders auffälliger Weise erfolgt. Viel-

leicht kommt aber gerade hier ein Urinstinkt des Menschen zum Tragen, der das Brotverdienen im Schweiß des Angesichts zu keiner Zeit für die ultima ratio gehalten hat. Immer wieder berührt die Fähigkeit zum sogenannten Abschalten beim Arbeiter am Fließband den Beobachter ganz besonders. Mit Zentren, die die Bewußtseinsphäre fast verlassen haben, wird die Fließbandarbeit geleistet, während das eigentliche Bewußtsein mit freudeerfüllten Bildern zurückliegender Wochenenderlebnisse oder mit dem Programm künftiger Absichten beschäftigt ist. Der monotone rhythmische Song des Eingeborenen beim Zerstampfen des Brotgetreides ist das Pendant leiser Schlager- und Jazzberieselung der das Arbeitsbewußtsein einschläfernden Begleitmusik in den Betrieben und Haushalten unserer Tage. Sie ist das Adjuvans der Abschaltung und verwandelt da wie dort die dem Außenstehenden so einförmig und langweilig erscheinende Arbeit zu kaum fühlbarer Beschäftigung. Kein Wunder, daß diese Art der Betätigung von vielen geliebt und nur höchst widerwillig aufgegeben wird, zum großen Erstaunen jener, die immer glauben, dem seltsamen Vorgang ihr Bedauern und ihr Mitleid entgegenhalten zu müssen.

Die Zukunft wird lehren, ob diese Dissoziation zwischen Tätigkeit und Bewußtsein arbeitshygienische Kompensationen erforderlich macht oder nicht.

Pause und Freizeit gewinnen im Zusammenhang mit den „Gefahren der Arbeit“ mehr und mehr an Bedeutung. Auch hier sollte der Akzentverschiebung besondere Beachtung geschenkt werden. Der in primitiver Zeit so selbstverständliche Hintergrund der körperlichen und geistigen Entspannung und des Ausschwehmens von Ermüdungsstoffen aus Muskulatur und Nervensystem muß heute nur zu oft ins Gegenteil verkehrt werden. Gymnastik, körperliche Betätigung in Haus und Garten und manches andere sind an die Stelle des Ausruhens getreten! Aber nicht überall ist der rechte Sinn der gewonnenen Freiheit recht erkannt, und auch unsere Veranstaltung erschlägt das freie Wochenende mit der Arbeit des Alltags!

Freizeit- und Urlaubsgestaltung bedürfen viel mehr als bisher sorgfältiger Planung, wenn sie dem ihnen zugeordneten Zweck uneingeschränkt dienen sollen. „Planen“ bedeutet dabei aber nicht Unterwerfung unter die Programmierung der Reisebüros und des Vergnügungsgewerbes, sondern Gestaltung unter wirklicher Nutzung der in anderem Zusammenhang so betonten Freiheit, um wenigstens hier wettzumachen, was tägliche Arbeit so oft verbietet.

Wenn von den „Gefahren der Arbeit“ die Rede ist,

dann sollen zum Schluß auch nicht vergessen werden die seelischen Belastungen, denen nicht wenige, vor allem Frauen und Jugendliche, so oft ausgesetzt sind, wenn die Betriebsführung es unterläßt, auch in der moralischen und ethischen Erhaltung ihrer Arbeitnehmer eine Aufgabe zu erblicken, hinter deren Wahrnehmung oder Vernachlässigung sich mehr verbirgt, als viele wahrhaben wollen. Vielleicht ist es ein Glück, daß das, was hier angesprochen wird, sich so sinnfällig negativ auf das sogenannte „Betriebsklima“ auswirkt, über dessen Bedeutung heute nicht mehr debattiert wird. So kommt es, daß durch seine breite Pflege vielerorts und unbewußt in positivem Sinn etwas gegen die in manchen Betrieben oft monströs ausgewachsene Seuche der rüden Umgangsformen getan wird.

Faßt man noch einmal zusammen, was neben bekannten und bewährten Schutzmaßnahmen und Vorkehrungen gegen die Gefahren der Arbeit unternommen werden muß, dann gipfelt es in der Gewinnung möglichst vieler begeisterungsfähiger Helfer aller Altersstufen des Betriebes, die ehrlich bereit sind, sich in selbstloser Mitwirkung jenen besonders verbunden zu fühlen, denen der Schutz der Belegschaft ausdrücklich anvertraut ist, den Sicherheitsingenieuren, den Werksärzten, den Personalchefs und einem verständigen Direktorium.

Aufklärung in allen Bereichen muß sich bescheiden vorantasten, sich vor Überforderungen hüten, allzu beschleunigtes Tempo vermeiden und nicht zuletzt — denn alles spielt sich im industriellen Rahmen ab —, auf Einfügung aller Maßnahmen in das wirtschaftliche Gefüge des Betriebes in der rechten und angemessenen Form achten.

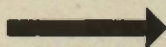
Der Werksarzt aber sei Vorbild, gekennzeichnet durch Geduld, Ausdauer und Zähigkeit, ohne Neigung zur Resignation, und fähig, Entwicklungen abwarten zu können; er sei freigebig im Lob, behutsam und gemessen im Tadel. Ausgerüstet mit reicher und solider Sachkenntnis wird es ihm leicht gelingen, die Fäden zu den Menschen in seinem Betrieb zu knüpfen und die Würde der Arbeit ebenso wie jene des Arbeitenden mit jener Freiheit und Verantwortung abzusichern, von der eingangs des öfteren die Rede war. Die Gefahren der Arbeit werden sich dann ganz von selbst auf jenes Minimum zurückführen lassen, das unserem Dasein innewohnt, das ohne Risiko nun einmal gedacht werden kann.

Literaturnachweis auf Anforderung beim Verfasser.

Ansch. d. Verf.: Prof. Dr. H. Eyer, Max v. Pettenkofer-Institut für Hygiene und med. Mikrobiologie der Universität, 8 München 15, Pettenkoferstraße 9a.

Die Vertreterzentrale der Bayer. Landesärztekammer

MÜNCHEN 23, Königinstraße 85/IV, Telefon 361121



nimmt ständig Vormerkungen von Praktischen Ärzten und Fachärzten aller Fachrichtungen entgegen für die Übernahme von Vertretungen bei erkrankten oder urlaubsbedürftigen Kollegen.

Insbesondere für die Zeit der ärztlichen Fortbildungskurse im Februar/März 1965 werden noch dringend Vertreter gesucht.

Aus der 2. Medizinischen Klinik und Poliklinik der Universität Kiel (Direktor: Prof. Dr. L. Weissbecker)

Pathogenese, Klinik und Therapie der Fettsucht

Von L. Weissbecker*)

Immer mehr Menschen bei uns wiegen zu viel. Waren 1947 ca. 8% aller Patienten, die eine Poliklinik konsultierten, fettüchtig, so waren es 1960 bereits 30%. Für ungefähr die Hälfte dieser Menschen hat das Übergewicht Krankheitswert. Liegt das Körpergewicht 10% über dem Sollgewicht, so sprechen wir von Übergewicht, von Fettsucht. Das Sollgewicht ist ein Idealgewicht, errechnet aus einem großen Kollektiv. Es gibt verschiedene Formeln zur Berechnung des Sollgewichts, die alle von Körperrelationen wie Größe, Oberfläche usw. ausgehen. Jede derart errechnete Zahl ist ein Näherungswert mit großer Fehlerbreite. Deshalb ist es sinnlos, mit zu komplizierten Formeln zu arbeiten, für die Praxis genügt die Faustregel: Das Sollgewicht entspricht in kg der Körpergröße über 100 cm \pm 10%. Bei Frauen müssen noch 10%, entsprechend dem Sexualquotienten nach BÜRGER, abgezogen werden.

Fettsucht heißt: Übergewicht durch Fettansatz. Der gesunde menschliche Organismus besteht zu 10–15% aus Fett. Werte von 30–40% sind beim Fettsüchtigen keine Seltenheit. Das Fett ist dabei mehr oder weniger diffus verteilt. Isolierte und lokalisierte Fettansammlungen gehören nicht zum Begriff Fettsucht. Als Energiereserve ist Fett lebensnotwendig, als Ballast eine Noxe. Es wird wesentlich langsamer mobilisiert als Glykogen, das den akuten Energiebedarf deckt. Das Fettgewebe ist keineswegs so inert, wie gemeinhin angenommen wird, sondern hoch differenziert und enthält reichlich Kapillaren, Nerven und Fermente. Sein Stoffwechsel ist äußerst lebhaft. Das Körperfett kann aus allen drei Grundnahrungsmitteln synthetisiert werden. Hauptlieferanten sind das Nahrungsfett mit seinen Fettsäuren und die Kohlenhydrate, die zu 30–60% in Fett umgewandelt werden. Eiweiß spielt nur eine untergeordnete Rolle, denn es kann nur über die Glukoneogenese in Fett umgewandelt werden. Fettbildung und -deposition sind nicht ausschließlich von der Nahrung abhängig. Vor allem die Fettverteilung untersteht verschiedenen Faktoren. Hormonale oder nervale Beeinflussungen lassen sich bei entsprechenden Krankheiten leicht nachweisen. Auch der unterschiedliche Fettverteilungstyp in den verschiedenen Lebensaltern spricht für hormonale Einflüsse: Stammfettsucht bei älteren Männern, Fettdeposition in der Hüftgegend postklimakterisch, diffuse Fettverteilung in der Präpubertät. Nicht die Fettsucht, sondern der jeweilige Fettverteilungstyp ist u. a. von der hormonalen Konstellation, der nervalen Trophik und rassisch, d. h. genbedingten Faktoren abhängig (Steatopygie). Isolierte Fettanhäufungen haben ihre Eigengesetzlichkeit. Das Fett eines Lipoms nimmt ebensowenig wie das der partiellen Lipodystrophie am Energiestoffwechsel teil, d. h. es ist nicht mehr mobilisierbar.

Das Gesetz von der Erhaltung der Masse und Energie gilt auch für den menschlichen Organismus: ohne entsprechende Zufuhr verwertbarer Nahrung gibt es keine Fettablagerungen. In der Diskussion über die

Fettsucht werden häufig die Begriffe Ätiologie und Pathogenese verwechselt. Die Pathogenese einer Fettsucht beginnt mit der Bilanzstörung, das heißt, der Patient isst mehr, als er verbraucht, der Überschuss wird als Fett deponiert. Die Ätiologie der Fettsucht, d. h. die Ursache der Bilanzstörung, ist eine andere Frage.

Jede Bilanz besteht aus einer Soll- und einer Haben-seite. Um eine Bilanz aufzustellen, müssen beide Seiten exakt bestimmbar sein. Die tägliche Kalorienzufuhr kann einigermaßen genau gemessen werden, der Verbrauch dagegen ist methodisch nur schwer zu erfassen.

C. von NORDEN hat 1910 bei mehreren Probanden den Grundumsatz bestimmt und den zusätzlichen Kalorienbedarf errechnet. Der zusätzliche Kalorienbedarf setzt sich zusammen aus dem Energieverbrauch durch über die Ruhe hinaus gesteigerte Körperfunktionen wie Herztätigkeit, Atmung, Muskeltonus, Perspiratio insensibilis und geleistete Arbeit. Keiner der Probanden nahm zu, wenn die Kalorienzufuhr dem sorgfältig errechneten Bedarf entsprach. Der Energieverbrauch kann nur auf Grund genauer Beobachtungen geschätzt werden. Nach ZUNTZ braucht ein lebhafter Mensch für unbewusste Bewegungen bis zu 1700 Kalorien zusätzlich. Daher die oft nicht leicht einzusehende Diskrepanz zwischen Nahrungsmenge und Körpergewicht von Menschen, die „viel essen und doch nicht dick werden“ und Menschen, die „wenig essen und doch dick werden“. Ein Vergleich aus der Landwirtschaft drängt sich auf: Bei kalorisch gleichwertiger Nahrung wird ein Schwein fett, eine Ziege bleibt mager. Hier ist die Bedeutung der Ausgabenseite augenscheinlich. Sorgfältige Beobachtung des Patienten zeigt dem erfahrenen Arzt schon bei der ersten Untersuchung, ob der Energieverbrauch normal, subnormal oder gesteigert ist. Gegner der Bilanztheorie argumentieren, daß, stimme diese Theorie, ein Mensch mit positiver Energiebilanz ad infinitum zunehmen müsse. Aber parallel der Gewichtszunahme wird vermehrt Energie gebraucht, um die Körperfunktionen aufrechtzuerhalten. Es entwickelt sich — individuell verschieden — ein Gleichgewicht, eine weitere Zunahme ist unmöglich. Die Konstitution ist für die Entstehung einer Fettsucht durchaus mitverantwortlich, da sie u. a. die Ausfuhr mitbestimmt. Der Begriff des guten und schlechten Futterverwerters deckt sich weitgehend mit dem Begriff des Temperamentes. Die „konstitutionelle“ Fettsucht ist also eine Frage des ererbten oder erworbenen Temperamentes und nicht einer nebulösen metabolischen Anomalie.

Jeder Arzt kennt das Argument vieler Fettsüchtiger, ihre Fettsucht sei eine Erbkrankheit. Zweifellos sind Konstitution und damit Temperament erblich. Daß die Umwelteinflüsse aber nicht zu vernachlässigende Faktoren sind, hat VERSCHUER durch seine Zwillingsforschung bewiesen. 74% aller Kinder, deren beide Elternteile fettüchtig sind, werden ebenfalls übergewichtig. Ist nur ein Elternteil betroffen, so sind es noch 41% und normalgewichtige Eltern haben zu 9% fettüchtige Kinder. Diese Befunde schienen die Erblichkeit zu beweisen. Bei der Untersuchung eineiiger

*) Nach einem Vortrag auf dem „12. Fortbildungskurs in praktischer Medizin am Tegernsee“ am 3./4. 10. 1964 in Bad Wiessee.

Zwillinge fand aber VERSCHUER, daß bei getrenntem Aufwachsen der Proband, der bei seinen fettsüchtigen Eltern aufwuchs, ebenfalls fett wurde, während der Proband, der in einer normalgewichtigen Familie aufwuchs, nicht übergewichtig wurde. VERSCHUER bewies damit die Bedeutung der Umwelt für die Entstehung einer Fettsucht. Erblisch sind also lediglich konstitutionelle Eigenschaften, übernommen werden Lebensgewohnheiten, Küchentradition, soziale Stellung usw. . .

Für eine erbliche Stoffwechselstörung bei Fettsucht schlenen die Befunde von Jean MEYER zu sprechen. Er züchtete über viele Generationen einen fetten Mäusestamm. Diese scheinbar erblich fetten Mäuse fraßen aber ebensoviel oder noch mehr als die Kontrolltiere, bewegten sich aber wesentlich weniger. Sie waren hypothalamisch geschädigt. Diesem Erscheinungsbild entspricht beim Menschen die zerebrale Fettsucht mit Polyphagie und Bewegungsarmut, wie wir sie nach Hirnläsionen, besonders, wenn die Gegend um den dritten Ventrikel betroffen ist, beobachten, z. B. nach Hirntraumen, bei postenzephalitischen Zuständen, Hydrocephalus internus, frühkindlichen Hirnschäden durch Zangengeburt, Asphyxie usw.

Der Nahrungstrieb wird cerebral gesteuert. Zentrum scheint der Hypothalamus mit seinen zahlreichen Verbindungen zum Rhinencephalon, Neopallium und zur Formatio reticularis zu sein. Nach der glukostatischen Theorie wird das Hungergefühl durch die Glukosekonzentration im Hypothalamus gesteuert, abhängig von der arteriovenösen Glukosedifferenz, die von Rezeptoren registriert wird. Die thermostatische Theorie geht davon aus, daß im Hypothalamus thermosensitive Zonen liegen. Die durch die spezifisch dynamische Wirkung der Nahrung gebildete Extrawärme soll über diese Rezeptoren das Hungergefühl regulieren. Beide Theorien befriedigen nicht voll. Es kann nicht bezweifelt werden, daß enge Beziehungen zwischen Kohlenhydrathaushalt und Fettsucht bestehen. Beim Fettsüchtigen ist der Insulingehalt bzw. die insulinähnliche Aktivität im Plasma erhöht. Die Werte schwanken abhängig von der angewandten Methode. Bei der Bestimmung mit radioaktiv-markierter Glukose sind keine signifikanten Unterschiede (freies Insulin) nachzuweisen. Bei Bestimmung am epididymalen Rattenfett ist die insulinähnliche Aktivität (gebundenes Insulin) stark erhöht. Selbst beim fettsüchtigen Diabetiker liegen die Werte über denen beim Normalgewichtigen oder mageren Diabetiker. Fett scheint das gebundene Insulin in freies, aktives Insulin umzuwandeln. Wenn auch diese Befunde im Zusammenhang mit der Fettsucht noch nicht klar zu deuten sind, so spricht für eine Beziehung, daß nach Glukosebelastung bei Fettsüchtigen die insulinähnlichen Aktivitäten wesentlich höher ansteigen und die Blutzuckerausschläge größer sind als bei Normalgewichtigen. Diese schwankenden Blutzuckerdifferenzen sprechen für die glykostatische Theorie und könnten das gesteigerte Hungergefühl Fettsüchtiger erklären, zumal, da nach erfolgreicher Abmagerung die insulinähnlichen Aktivitäten auf Glukosebelastung normal reagieren. Diese Befunde könnten auch erklären, warum Fettsüchtige für Diabetes prädisponiert sind, und warum nach erfolgreicher, langfristiger Abmagerung das Normalgewicht beibehalten werden kann. Diese Befunde könnten ebenfalls das Übergewicht bei den sog. endokrinen Fettsüchtigen, z. B. beim Morbus Cushing oder nach Corticoidtherapie er-

klären: Die Glukokortikoide verursachen kompensatorisch eine gesteigerte Produktion des gebundenen Insulins. Unlängst wurde aus dem Hypophysenvorderlappen eine bisher unbekannte Substanz isoliert, die Fett aus den Depots mobilisiert. Ob dieses „Hormon“ Bedeutung für die Erklärung der Fettsucht gewinnt, ist noch ungeklärt. Über diesen biochemischen Betrachtungen dürfen wir aber nicht vergessen, daß Essen — also Stillen des Hungers — eine angenehme Empfindung auslöst, daß das Essen über den Hunger hinaus — also der Appetit — durch eine Reihe von Faktoren stimuliert wird, die außerhalb des biochemischen Bereiches zu liegen scheinen. Bei entsprechend disponierten Menschen kann das Bedürfnis zur Befriedigung von Lustgefühlen zur Gewohnheit, zur Sucht werden. Nicht ohne Grund spricht man von Fett„sucht“. Während ein Tier in freier Wildbahn nie mehr frißt, als zur Befriedigung des Hungergefühls notwendig ist und — von der physiologischen Notwendigkeit eines Winter- oder gar Winterschlaffettes abgesehen — niemals fett wird, frißt ein domestiziertes Tier häufig mehr als notwendig, es wird übergewichtig, fettsüchtig. Die Psychogenese spielt ätiologisch eine ausschlaggebende Rolle. Verschiedenartigste psychologische Konstellationen können das Appetitgefühl gewohnheits- oder suchtsüchtig steigern. Die Soziologie der Fettsucht beweist, daß Menschen mit Berufen aus der Nahrungsmittelbranche überzufällig häufig dick sind, daß das Sozialprestige in manchen Berufen eng zusammenhängt mit der Körperfülle. Überall in der Kunst und im Volksmund wird Fettleibigkeit mit Reichtum, Magerkeit mit Armut gleichgesetzt. Die Sprache kennt nicht umsonst den Ausdruck „gewichtige“ Persönlichkeit.

BLEULER wies schon vor Jahren in seiner Studie über die Triebverschiebung auf die Beziehung zwischen Psyche und Fettsucht hin. Rückgang der Libido steigert häufig den Eßtrieb — Teilursache der klimakterischen- und Altersfettsucht. Auch die Erfahrung, daß manche Kriminelle korpulent werden, wenn sie zum geordneten Stand einer bürgerlichen Existenz zurückfinden, untermauert diese These. Der Volksmund kennzeichnet die Transformation eines negativen Effektes in einen positiven durch den Spruch „ein guter Hahn wird niemals fett“, oder durch den Ausdruck „Kummerspeck“. Diese psychologischen Gesichtspunkte komplizieren das Verständnis von Ätiologie und Pathogenese der Fettsucht und zeigen, wie vielschichtig das Problem ist.

Bei der unklaren und vielschichtigen Genese der Fettsucht müssen die Versuche einer Systematik unvollständig bleiben. Vereinfachend unterscheiden wir zwischen einer organisch und einer regulativ bedingten Fettsucht. Alle Formen der zerebralen Fettsucht, traumatischer, entzündlicher oder degenerativer Genese sind organisch. Dabei ist das Hungergefühl gestört, Polyphagie und Bewegungsarmut kennzeichnen die Symptomatik. Bei den regulativen Formen ist das Hunger- bzw. Appetitgefühl durch noch ungeklärte Abweichungen der Kohlenhydrat-Insulin-Relationen gesteigert. In den meisten Fällen ist das auslösende Moment einer Fettsucht zweifellos eine psychische Fehlhaltung bzw. Fehlreaktion.

Fettsucht kommt in jedem Lebensalter vor. Bei Säuglingen spielen, abgesehen von zerebralen Schäden, unvernünftige Ernährung und Erziehungsfehler die wichtigste Rolle. In diesen Fällen müssen mehr die Mütter resp. Großmütter oder Tanten als die Kinder behandelt

werden. Relativ häufig ist die Präpubertätsfettsucht, meist als *Dystrophia adiposo-genitalis*, als endokrine Fettsucht verkannt. In Wirklichkeit handelt es sich dabei nur um eine präpubertäre Diskrepanz zwischen Nahrungszufuhr und Energieverbrauch in der physiologischen zweiten Füllephase. Bei diesen Kindern ist diese Phase, meist kombiniert mit einer *Pubertas tarda*, extrem ausgebildet. Der scheinbare Hypogenitalismus ist dabei nichts anderes als ein Mißverhältnis zwischen normaler Größe des Genitale und der Körperfülle. Nach der Pubertät wird die Ausgabenseite meist derart gesteigert, daß sich das Körpergewicht normalisiert. Fettsucht junger Ehemänner — ironisch als frühmatriomoniale Fettsucht bezeichnet — ist die Folge geregelter EB- und Lebensgewohnheiten. Nach Graviditäten entwickelt sich häufig eine Fettsucht. Hier wird oft nach hormonalen Ursachen gesucht, zumal ein Zusammenhang zwischen Störungen im Kohlenhydratstoffwechsel und Gravidität bekannt ist. Andererseits darf nicht übersehen werden, daß eine Schwangere physiologischerweise mehr isst und sich körperlich weniger belastet als vorher. Wird nun nach dem Partus diese relative Überfütterung und körperliche Schonung beibehalten, so verschiebt sich die Energiebilanz. Diese Form der regulativen Fettsucht darf nicht verwechselt werden mit der postpartualen Pseudofettsucht durch Wasserwechselstörungen. Auch bei der klimakterischen Fettsucht stehen regulative Momente im Vordergrund. Die Interessensrichtung ändert sich, konventionsgemäß tritt die *vita sexualis* ebenso wie die körperliche Belastung zurück. Heute, im Zeitalter der „jugendlichen Großmütter“, die sich noch bis ins höhere Alter körperlich, beruflich und sportlich betätigen, ist die „Matronenfettsucht“ wesentlich seltener. Die Zusammenhänge mit dem Kohlenhydratstoffwechsel — überzufällig häufige Erstmanifestation eines Diabetes im Klimakterium — sind noch nicht geklärt. Mit zunehmendem Alter wird zwar gewöhnlich die Nahrungsaufnahme reduziert, der Energieverbrauch aber häufig noch mehr, so daß trotzdem die Energiebilanz positiv wird.

Die Klagen Fettsüchtiger sind vielgestaltig und zu bekannt, als daß sie hier alle aufgeführt werden müßten. Abgesehen davon, daß die Patienten unter ihrer körperlichen Entstellung leiden, klagen sie über Rückgang von Beweglichkeit und Belastungsfähigkeit, über Atemnot, Hyperhidrosis und Gelenksbeschwerden.

Da die Fettsucht häufig das Vorstadium eines Diabetes oder einer Gicht ist, liegt es nahe, Zusammenhänge zwischen diesen Krankheiten anzunehmen. Folgekrankheiten einer Fettsucht sind in erster Linie Herzinsuffizienz, Volumen pulmonum auctum bzw. Emphysem und — weniger häufig als geglaubt — Hypertonie. Hypertone Blutdruckwerte bei Fettsucht sind mit einiger Vorsicht zu beurteilen, da die Fehlerbreite der Messung vom Armumfang abhängt. Je dicker der Arm, desto höher der gemessene Wert. Bei einem Armumfang von 25 cm entsprechen die gemessenen Werte den realen Blutdruckwerten. Bei einem Umfang von 40 bis 45 cm liegen die Werte um 20–25 mm Hg zu hoch. Sie müssen jeweils nach der PICKERINGschen Tabelle korrigiert werden (Tabelle 1).

Daß die Lebenserwartung Fettsüchtiger gegenüber der Gesunder deutlich verkürzt ist, wurde schon in älteren Arbeiten bewiesen. Und wenn Shakespeare zu Falstaff sagen läßt: „Laß ab von der Völlerei, wisse, dreimal weiter gähnt Dir das Grab“, dann ist das Erfahrungsgut.

Tabelle 1

mm Hg, um die der gemessene Blutdruck in Abhängigkeit vom Armumfang zu korrigieren ist (nach Pickering)

Armumfang	RR syst.	Armumfang	RR diast.
15—18	+15	15—20	± 0
19—22	+10		
23—26	+ 5	21—26	— 5
27—30	— 0	27—31	—10
31—34	— 5		
35—38	—10	32—37	—15
39—41	—15	38—43	—20
42—45	—20		

In der Tabelle 2 ist die Zunahme der Mortalität abhängig vom Ausmaß des Übergewichtes dargestellt.

Tabelle 2

Anzahl adipöser Patienten in der Medizinischen Poliklinik der Universität Münster i. Westf.

Jahr	Männer		Jahr	Frauen	
		Anzahl in %			Anzahl in %
1947		7,5	1947		10,5
1948		9,0	1948		12,5
1949		11,0	1949		18,5
1950		20,0	1950		28,5
1951		19,0	1951		23,0
1952		25,5	1952		30,5
1953		31,5	1953		34,5
1954		31,0	1954		34,5
1955		32,0	1955		33,5
1956		40,0	1956		31,0
1957		28,5	1957		31,5
1958		30,0	1958		32,5
1959		34,5	1959		34,5
1960		29,0	1960		35,0

Die Tabellen wirken therapeutisch auf den Patienten oft wesentlich eindringlicher als alle Überredungsversuche. Der Patient ist dann eher bereit, die manchmal nicht geringfügigen Entbehrungen einer Abmagerungskur auf sich zu nehmen. Entsprechend dem Suchtcharakter der meisten Fettsuchtformen erwartet die Mehrzahl der Kranken eine Tabletten- oder Spritzenbehandlung und ist zunächst nicht bereit, aktiv mitzuarbeiten und Opfer zu bringen. Solange die biochemischen Mechanismen der Fett- und Kohlenhydratstoffwechselregulationen noch nicht in ihren Grundprinzipien aufgeklärt sind — wir stehen erst am Anfang einer neuen Entwicklung —, solange muß die Therapie auf der Pathogenese, d. h. auf der Bilanzstörung, aufbauen.

Entscheidend für den Erfolg einer Behandlung sind Milieuanalyse sowie soziologische und biographische Anamnese. Im Rahmen eines anamnestischen Gespräches läßt man den Patienten selbst einige Ursachen seiner Fettsucht erkennen. Durch plastische, dem Milieu des Patienten angepaßte Vergleiche wird man ihn leicht dazu bringen, manche Gründe für sein Übergewicht selbst zu finden. Meist sieht der Fettsüchtige nicht ein, daß er im Verhältnis zur Ausgabe zuviel isst. Während einer genauesten Ernährungsanamnese läßt man den Patienten die Kalorienaufnahme selbst errechnen und demonstriert ihm damit, daß er sich überernährt. Bei der Ernährungsanamnese müssen Kleinigkeiten, wie

Zucker und Sahne im Kaffee, Küchentechnik, Fetten des Gemüses z. B. und vor allem die Kleinigkeiten, die so „nebenher“ gegessen werden, speziell erfragt werden. Vergessen wird meist, den Kaloriengehalt alkoholischer Getränke mitzuberechnen. Daß der Brennwert von Alkohol mit 7,7 Cal. höher liegt als der der Kohlenhydrate oder Eiweiße und nur wenig unter dem der Fette, ist selbst manchem Arzt nicht geläufig.

Ziel einer jeden Fettsuchtbehandlung ist, durch unterkalorische Kost das Gewicht zu reduzieren. Eine andere Möglichkeit einer echten Abmagerung gibt es heute noch nicht. Alle Versuche durch Sauna, Abführmittel, Diuretica u. a. das Körpergewicht für längere Zeit zu senken, schlagen fehl, da sie lediglich am Wasserbaushalt angreifen. Wenngleich der Gewichtssturz sehr eindrucksvoll ist, so ist er nicht von Dauer, denn der Organismus ist bestrebt, das Wasserdefizit sogleich wieder aufzufüllen. Die Zusammensetzung einer Abmagerungsdiät scheint weitgehend gleichgültig zu sein. Entscheidend ist, daß sie unterkalorisch ist. Ein physiologisches Minimum darf aber nicht unterschritten werden. Wegen ihres hohen Sättigungswertes, ihrer Schmackhaftigkeit und der gesteigerten spezifisch-dynamischen Wirkung ist eine eiweißreiche Diät zu empfehlen.

Energetisch ist Eiweiß wesentlich unökonomischer als Fette und Kohlenhydrate. Je nach der Bereitschaft des Patienten sollte man mit einer Kost von 800—1200 Cal. beginnen, 1500 Cal. aber keineswegs überschreiten. 70—80 g Eiweiß, 30 g Fett und 100—130 g Kohlenhydrate täglich entsprechen 1000—1200 Cal. Bei einer Kost von 1000 Cal. täglich schwankt die anfängliche Gewichtsreduktion abhängig von der Zusammensetzung der Nahrung. Werden von den 1000 Cal. 900 durch Fett gedeckt, so nimmt der Patient zuerst schneller ab als wenn 900 Cal. von 1000 durch Eiweiß oder Kohlenhydrate gedeckt werden. Bei einer solchen Fettdiät entwickelt sich eine Ketose, die den initialen Gewichtssturz beschleunigt. Auf die Dauer gesehen, ist bei eiweißreicher Diät die Gewichtsabnahme konstanter. Drastische Kalorieneinschränkung ist als Initialkur nur dann zu empfehlen, wenn der Patient körperlich nicht stark belastet wird, am besten ist es, eine Abmagerungskur stationär einzuleiten. Viele Fettsüchtige behaupten, daß sie mit einer 1000—1200 Cal.-Kost nicht arbeiten können. Die Berechnung der durch den Abbau körpereigenen Fettes freigesetzten Kalorienmenge sollte den Patienten überzeugen, daß ihm genügend Brennstoff zur Verfügung steht. Nur bei wenigen Menschen entwickeln sich bei einer solchen niedrig-kalorischen Kost Hypoglykämien und Entziehungerscheinungen von seiten des Kreislaufs. Man muß dem Patienten durch physikalische Überlegungen und energetische Berechnung klarmachen, daß er mit jedem Kilogramm, das er verliert, leistungsfähiger und nicht, wie er glaubt, leistungsunfähiger wird. Mehr als 1 kg pro Woche sollte ein Fettsüchtiger nicht abnehmen. Die initialen Gewichtsstürze von 3—4 kg pro Woche beruhen auf einem Wasserverlust. Bei jeder länger dauernden Fettsucht entwickelt sich langsam eine Herzinsuffizienz mit Wasserretentionen. Die Flüssigkeits- und Kochsalzarme Reduktionskost mobilisiert diese latenten Ödeme. Zusätzliche Digitalisierung steigert die Ausschwemmung. Außerdem zügeln bereits mittlere Sättigungsdosen von Digitalis den Appetit. Entscheidend für den Erfolg einer Abmagerungskur ist neben der Bereitschaft des Patienten eine dauernde Überwachung. Graphische Dar-

stellung der Gewichtskurve — es genügt, sich jeden 2. Tag zu wiegen — zeigt dem Patienten besser als eine Zahlenkolonne den Erfolg der Behandlung, aber auch die „Sünden“. Die Kurve muß vom Patienten selbst geführt und dem Arzt bei jedem Besuch vorgelegt werden. Sie sollte allen Familienangehörigen sichtbar, z. B. im Badezimmer, aufgehängt werden — als nicht unbeachtliche moralische Daumenschraube, als wichtiger Stimulus und zur Selbstkontrolle. Patientinnen sollte man vorher darauf aufmerksam machen, daß prämenstruell, auch bei peinlicher Einhaltung der Diät, das Gewicht infolge Wasserretention kurzfristig ansteigen kann. Anstelle wortreicher und zeitraubender Diätgespräche empfiehlt man am besten ein Diätbuch. Abgesehen von Digitalis erübrigen sich zusätzliche Medikamente. Um den Anfangserfolg augenfälliger zu machen, kann kurzfristig eine Tablette Thyreoidin täglich gegeben werden. Man gleicht dadurch auch die durch Fasten eingeschränkte Schilddrüsenfunktion aus. Häufig wird körperliche Belastung zur Abmagerung empfohlen. Überlegt man, daß für 5 km Gehen nur knapp 200 Cal. benötigt werden, dann wird man den Wert mäßiger Bewegung nicht allzu hoch veranschlagen. Nur durch intensiven Leistungs- oder Wettkampfsport ist eine Gewichtsabnahme zu erzielen. Beim Frieren verbraucht der Körper zusätzlich Energie, um die Körpertemperatur aufrechtzuerhalten, der Grundumsatz steigt an. Kälteexposition, leichte Kleidung, Wärmezug durch Schwimmen im kalten Wasser usw. unterstützen eine Abmagerungsdiät. Daß durch Massage der Masseur und nicht der Patient abnimmt, ist eine altbekannte Tatsache. Wichtigster Faktor der Fettsuchttherapie ist die vollständige Umstellung der Ernährungs- und Lebensgewohnheiten. Die sogenannten Appetitzügler hemmen diese Umstellung, schieben sie zumindest hinaus und schmälern die Aussicht auf einen Dauererfolg. Alle diese Substanzen wirken mehr oder weniger zentralerregend, verursachen also entsprechende Nebenerscheinungen. Faßt man die Fettsucht als Sucht auf, dann wird verständlich, daß das Suchtobjekt wechseln kann. Nicht selten beobachten wir bei Fettsüchtigen, die Appetitzügler genommen haben, Süchtigkeit bis zur echten Appetitzüglerpsychose. Außerdem sind diese zentralerregenden Substanzen wegen der bei Fettsüchtigen vorkommenden Herzinsuffizienz, Arteriosklerose und gelegentlichen Hypertonie kontraindiziert. Rauchen zügelt ebenfalls den Appetit und steigert durch Tonuserhöhung (Adrenalinausschüttung) den Energieverbrauch. Raucher, die das Rauchen aufgeben, nehmen fast immer zu, schon nach mäßigem, regelmäßigem Tabakgenuß nimmt das Gewicht ab.

Trotz aller Bemühungen sind die Dauererfolge einer Abmagerungstherapie nur sehr bescheiden. Unter optimalen Bedingungen können 20 bis maximal 25% Dauerheilungen erzielt werden. Mehr als 70% aller Fettsüchtigen sind, therapeutisch gesehen, ausgesprochene Versager. Sie holen den durch die Kur erzielten Gewichtsverlust rasch wieder ein und nehmen darüber hinaus noch zu. Mit anderen als diätetischen Behandlungsmethoden, auch mit intensiver Psychotherapie, sind die Erfolge noch wesentlich geringer. Zweifellos ist es schwierig, langwierig und oft entmutigend, einen Fettsüchtigen abzumagern. Die Prognose wird immer günstiger, je länger es gelingt, den Patienten normalgewichtig zu halten. Der Erfolg ist letzten Endes dann für Arzt und Patient gleichermaßen befriedigend.

Kategorien ärztlichen Denkens, dargestellt an Diagnosen und Fehldiagnosen*)

Von H. Müller

Merkfähigkeit und anschauliches Denken wird bei Ärzten weit mehr vorausgesetzt als abstraktes, logisches analytisches oder kritisch voraussetzungsloses. Daß auch phantasievolles Denken nicht unangebracht ist, wird an Beispielen gezeigt. Das Nachgrübeln über ein diagnostisches Problem ist im allgemeinen nicht die starke Seite des Arztes. Eine ärztliche diagnostische Intuition mag es geben, sie ist in erster Linie aber gesammeltes Erfahrungsgut, aufgenommen mit sämtlichen Sinnesqualitäten. Aber gerade der Erfahrene hat Ursache, seiner Anliebsdiagnose zu mißtrauen. Als geheime Anführer gehen die Wunschvorstellungen, die sich jeder Arzt von seiner eigenen ärztlichen Persönlichkeit macht, in das Denken mit ein.

Die Frage, ob in der Allgemeinpraxis überhaupt eine echte Diagnostik getrieben werden kann, oder ob die Patienten nicht vielmehr nach Symptomenkombinationen zu behandeln seien, ist heute noch offen. Die Klinik lehrt allerdings, daß vor der Therapie die Diagnose zu stehen habe. Gutes Beobachten heißt, die psychophysische Gesamtheit einer Persönlichkeit sehen, aber das Bild doch in mehr oder weniger prägnante Einzelsymptome auflösen.

Aber was beinhaltet überhaupt eine Diagnose. Einmal ist sie eine ätiologisch determinierte, das andere Mal beruht sie auf einen pathologisch-anatomischen Befund, im dritten Fall beinhaltet sie eine funktionelle Systemerkrankung, im vierten erscheint ein Symptom oder eine Symptomenkombination (Syndrom) als Diagnose; Diagnosen sind also kaum Ordnungsprinzipien, wie etwa in der Biologie, die nach Gruppen, Arten, Unterarten und Typen einteilt, sondern oft geschichtlich bedingte Krankheitsfirmierungen, die es den Ärzten möglich macht, sich untereinander zu verständigen. Der vielgebrauchte Satz, es gebe keine Krankheiten, sondern nur kranke Menschen, ist nicht haltbar, vielmehr arbeiten wir mit Krankheitseinheiten als gedanklichen Abstraktionen mit gewissen Vorstellungsinhalten, die sich selbstverständlich sehr individuell darstellen können und individuelle Verlaufsarten zeigen.

Die Krankheiten verlaufen unterschiedlich gesetzmäßig, diese Gesetzmäßigkeit ist z. B. bei den Masern groß, bei den Aufbrauchkrankheiten gering. Es wäre falsch, zu leugnen, daß es echtes, klassifizierbares Krankheitsgeschehen gibt, sonst wäre die Medizin nicht lehrbar.

Was man als krank oder als gesund zu bezeichnen hat, ist im Einzelfall schwer definierbar, aber doch jedem Arzt klar. Der Patient selbst fühlt in den meisten Fällen die Krankheit als Fremdkörper, sozusagen als Parasiten, in sich, und leidet unter Schmerzen und Angst. Aber auch die Abnormalität, die noch keine subjektiven Erscheinungen macht, jedoch Leid bzw. Tod erwarten läßt, ist Krankheit. Nicht jede Abnormalität aber ist Krankheit, jedoch ihre Voraussetzung. Man

sollte eine Varietät als abnorm bezeichnen, wenn sie außerhalb der 2-Sigma-Grenze der GAUSSschen binominalen Verteilungskurve liegt. Als krankhaft wäre eine anatomische oder funktionelle Abnormalität zu bezeichnen, die Leiden schafft und (oder) vom Tode bedroht ist. Gegen diese meine Definition sind ernsthafte Argumente bisher nicht ins Feld geführt worden.

In der Mehrzahl der Fälle stellt der Arzt mittels anamnestischen, assoziativen Denkens seine Diagnose, wobei er sich unbewußt einer Art Kochrezeptes bedient. Er weiß, daß bei einer bestimmten Symptomenkombination nur einige Krankheiten in Frage kommen (Matrizendenken). Nur selten weist ein einzelnes Symptom auf eine bestimmte Krankheit. Auch die elektronisch gesteuerte Datenverarbeitungsanlage stellt mittels des „Matrizendenkens“ sehr schnell eine Diagnose, wenn entsprechende Begriffe vorgefüttert wurden; bei Blutkrankheiten, Herzfehlern, neurologischen Erkrankungen ist das Elektronengehirn dem Menschen nahezu ebenbürtig. Das menschliche Gehirn erweist sich aber als weit überlegen, wenn es sich um ein anamnestisch nicht vorgegebenes Krankheitsbild handelt. Denn nach der Registrierung der leicht erkennbaren anamnestischen und Befundsymptomatik hat die gerichtete Befragung der Krankheit einzusetzen, deren zusätzlich nun in Erscheinung tretenden Symptome bzw. Fehlen von Symptomen sich in pathophysiologische Vorstellungen einordnen lassen. Es muß das Ziel des Arztes sein, das Krankheitsbild zu verstehen. Die Prüfung der logischen Zusammenhänge der beobachteten Symptome ist daher eine der abstraktiven Hauptaufgaben ärztlichen Denkens mit dem immer wieder gestellten Fragesatz: Was bedeutet dieses oder jenes Symptom im Augenblick? Läßt es oder läßt es sich nicht unter eine Diagnose subsumieren? Dabei darf den Laboratoriumsdaten nicht grundsätzlich das Vorrecht vor sinnlich direkt erfassbaren Symptomen gegeben werden.

Zu diesem Denken muß sich das Verstehen der psychophysischen Eigenart des Menschen gesellen, in dem der pathologisch-physiologische Vorgang abläuft. Erst aus diesem Verständnis wächst eine rationale und persönlichkeitsadäquate Therapie. Der Laie verlangt in erster Linie vom Arzt, daß er ihm helfe, daher ist gegen eine symptomatische Therapie auch ohne Diagnose nichts einzuwenden. Nichts aber wäre gefährlicher für den Patienten, als wenn es bei dieser Therapie bliebe, oder wenn eine einmal gestellte Diagnose nicht ständig wieder in Frage gestellt würde durch neue auftretende oder bekanntwerdende Tatsachen (Symptome), die sich im Verlaufe der Krankheit ergeben. Das Einordnen der Symptome in Krankheitseinheiten darf nicht zu einem Archiv mit geschlossenen Schubladen führen.

Zahlreiche Beispiele der Diagnostik und Fehldiagnostik sowie die mathematische Entwicklung der Wahrscheinlichkeit, mit denen der Arzt bei seinen Patienten zu rechnen hat, unterbauen die Thesen. Für das Schicksal des Patienten ist nach Erfahrung des Referenten

*) Nach einem Vortrag auf dem „12. Fortbildungskurs in praktischer Medizin am Tegernsee“ am 3./4. 10. 1964 in Bad Wiessee

HU HUSTEN
HUSTEN
HUSTEN
HUSTEN HUSTEN
HUSTEN
HUSTEN
HUSTEN
HUSTEN
T
EN



TRANSPULMIN[®]
HUSTEN
SAFT
Polyvalente Hustentherapie

FERMENT CHEMIE ^{GM} ^{BH}

Ein Programm

LACTUMFERMA[®]

die
komplexe Lebertherapie
bei Leberschäden und zum Leberschutz

DICHRONASE[®]

das
Breitbandenzymaticum
mit der Zweizeitwirkung

BIRYFERM[®]

das
Ulcusheilmittel
mit dem Epithelschutz

DYSFURMASE[®]

das
Abführmittel mit der Enzymprothese
für die Langzeitanwendung



nicht so sehr die Intelligenz des Arztes, also die Fähigkeit, mit dem angelernten Wissen umzugehen, entscheidend, als sein Charakter, nämlich die Gewissenhaftigkeit bei der Untersuchung und Beobachtung, die unermüdliche Fähigkeit, konstruktiv das Krankheits-

bild zu erfassen bei Vermeidung autistischen Wunschenkens, sowie die redliche Nutzbarmachung der Erfahrung anderer Berufenerer, als man selbst ist.

Anschr. d. Verf.: Prof. Dr. Helmuth Müller, Chefarzt des Kinderkrankenhauses in Bethel b. Bielefeld.

TOKIO 1964 / Japonesische Impressionen, Depressionen, Visionen

Von Alfred Rottler

„Wie war es in Japan, wie war es in Tokio?“, bin ich, seit ich heimgekehrt, tausendmal gefragt worden, und ich habe tausendmal „schön — sehr schön“ geantwortet.

Was hätte ich sonst sagen sollen? Was hat wohl Vasco da Gama, was hat wohl Livingstone, und was wohl Sven Hedin oder Marco Polo, dessen Name heute die Rückreisroute über Hongkong — Bangkok usw. trägt, erwidert, wenn sie von ihren mehr oder weniger guten Bekannten und Freunden hinterher gefragt worden sind „na, wie war's?“

Glauben Sie vielleicht, daß das heute eine grundsätzlich andere Sache wie damals ist, wenn Sie erstmals eine Überseereise machen, die die halbe Welt umspannt?

Ich habe in der kurzen Zeit eines Mondwechsels immerhin eine große Anzahl von Weltereignissen, neben so unendlich vielen kleinen zarten Eindrücken erlebt, die einzeln manchem Menschen schicksalhaft sein könnten. Ich habe am ersten Tag meines Aufenthalts ein Erdbeben Stufe III miterlebt. Der jüngste Prinz, wie im Märchen von Aschenputtel, hat mit seiner Verheiratung mit einer Bürgerlichen bis auf unsere Ankunft gewartet. Diese Heirat schließt in sich den ungeheueren Umsturz einer ganzen Epoche des Glaubens und der sozialen Umdenkungsweise einer Nation, denn vor zwei Jahrzehnten war sein Vater, der Tenno, der japanische Kaiser, für alle Menschen japanischer Herkunft ein Gott.

Ich habe den Fudji-San gesehen, den man hierzulande den Fudschijama nennt, ein Anblick, auf den viele Japaner ein ganzes Leben lang warten. In der kurzen Zeit meines Aufenthalts in Asien beobachtete ich den letzten Glanz Chruschtschows, als er das Drei-Mann-Raumschiff in das Weltall schoß, und wie er ein paar Tage später selbst sang- und klanglos in die Versenkung glitt. Ich machte die glänzendsten, größten und bestfunktionierendsten Olympischen Spiele mit, die es je gegeben hat und erhielt eine kleine Ahnung, was vielleicht in fünf bis zehn Jahren aus einem weitverlassenen kleinen, tristen Zwischenlandeplatz dort in Alaska werden kann. Denn bei meinem kurzen zweistündigen Aufenthalt wurde ich an Ort und Stelle vom deutschen Konsul, dem ich ganz zufällig in die Hände lief, informiert, daß man gestern in allernächster Nähe nach Öl gebohrt und Eisen gefunden hätte.

Wie mag sich dieser derzeit öde Platz in der Tundra mit seinen so feurig goldgelb leuchtenden riesigen Birkenwäldern aufgrund dieser Funde bis zur Winterolympiade 1972, um die er sich bewirbt, entwickelt haben!

Nach fast 20 Stunden setzt man in Haneda auf japanischem Boden zur Landung an, von einem Flug fast ausschließlich in 10 km Höhe. Aus den Reflexionen, dem Meditieren, dem Denken, dem Grübeln in der länglichen schwebenden Sardinendose gleitet man hinüber ins Beobachten, zu den Eindrücken, in die Wirklichkeit.

Man muß doch näher bei der Allmacht sein, wenn man zehn Kilometer über der Erde schwebt und diese so verkleinert aussieht. Es dürfte aber kaum die Strecke sein, eher das Gefühl, man sähe selber von drunten noch winziger aus.

Wir sind nach dem Mittag aufgestiegen, der Sonne, dem Licht, der Zeit entgegen. In zwölf Stunden ist es praktisch immer noch Mittag. Wer kann sich das vorstellen? Wenn man so denkt, ist da ein ganzes Stück Zeit einfach stehengeblieben und einem wird ganz komisch dabei, wenn man auf diese Art die Zeit erjagt, wo so viele Leute die Zeit jagen und sie nie erwischen.

Es kommen einem sowieso einige eigenartige Gedanken, so über den Köpfen der Europäer, der Eskimos, der Amis und Asiaten. Man fühlt sich nicht dazugehörig und dennoch nicht erhaben, obwohl erhaben.

Gelassen und einsam, trotz der zwölf mal zwölf Mitreisenden, fühle ich mich jetzt schon dem Volk zugehörig, dem ich begegnen sollte — was konnte denn schon sein, wenn unser Vogel vom Himmel fallen sollte wie ein Sperling, als daß sich das ewige Schicksal eben erfüllte. Oder war es doch wohl eine mir unbekannt Art von Angst! Denn was wäre ein Gott, der keine Furcht erweckte, wie seit eh die glühende Sonne, Ägyptens Gottheit und der sie Anbetende in Indien oder die Dämonischen Asiens, der Blitzeschleuderer Griechenlands, der Donnerer unserer Stammväter, der rächende Jehova und der Richtende, Christus.

Es dämmerte, als wir die Küste Nippons, des Landes der Aufgehenden Sonne, erspähten und dunkelte belnahe blitzschnell. So gewahrten wir jene oft beschriebene Erstwirkung der Zwölfmillionenslady, die nirgendwo wieder erreicht wird, jene fordernden, schreienden, preisenden und zermürbenden Effekte der Nachtreglame aus vielfältigen Lichtern.

Die „ersten Asiaten“, außer Zöllnern, Ordnern, Helfern und Empfangspersonen der Offiziösen und Offiziellen, denen ich in die Hände geriet, waren zuerst ein Reporter, welcher mich für einen Olympioniken hielt und mich in schlechtem Englisch für eine Zeitung interviewen wollte. Dazu ist zu sagen, daß die Japaner genauso wenig imstande sind, unser Alter zu schätzen, wie wir bei ihnen — einen ausgewachsenen Professor einer Kinderklinik sprach ich als jungen Assistenten an. Der zweite war der evangelische Pfarrer, ein



wahrer Himmelsbleistift seltener Länge, der mir seine Karte und Hilfe, wo nötig, anbot.

Jetzt waren wir fertig, waren zum Betreten des Inselreiches genügend oft gestempelt, geimpft und registriert und wurden zum erstenmal dem quirlenden Verkehr preisgegeben. Um es gleich zu sagen, es passiert fast nichts, fast keine Verkehrsunfälle. Hier erliegen im Durchschnitt täglich zwei Menschen dem Moloch Verkehr, das ist dieselbe Zahl wie in der 24mal kleineren Stadt Nürnberg. Und trotzdem glaubt man anfangs bei jedem einzelnen Taxifahrer, einem Kamikaze-Fahrer auf den Leim gegangen zu sein. Dieses aus dem Krieg für Selbstaufopferung des Lebens so wohlbekanntes, schaurig heldische Wort wurde von vielen Besuchern der Spiele häufig gebraucht, völlig zu Unrecht! Da ist ein Durcheinander von links und rechts Überholenden, einander schneidenden Autoschlangen, daß man sich als Europäer nicht zurechtfinden kann. Man glaubt jeden Augenblick, daß Zusammenstöße unvermeidbar wären. Aber trotz der für uns unbegreiflichen Regellosigkeit gibt's kein Versperren, kein Zwingen des anderen, keine Erzieherei, man könnte meinen, daß jeder mit jedem in Funkverbindung steht und schon Augenblicke vorher weiß, was der unorthodox fahrende andere zu tun beabsichtigt. Keine Huperei, kein Schimpfwort, kein An-die-Stirn-Deuten!

Man geht in den Fernen Osten und glaubt, man müsse nun zurückstecken, Abschreibungen machen, Zustände in bezug auf niedrigere Technik, Zivilisation, man müsse sich tiefer halten, beschränken. Freunde und Einheimische haben mir versichert, ein paar Handvoll der modernsten vielstöckigen Hotels in der Größe und Klasse des Berlin-Hilton hätte es vor

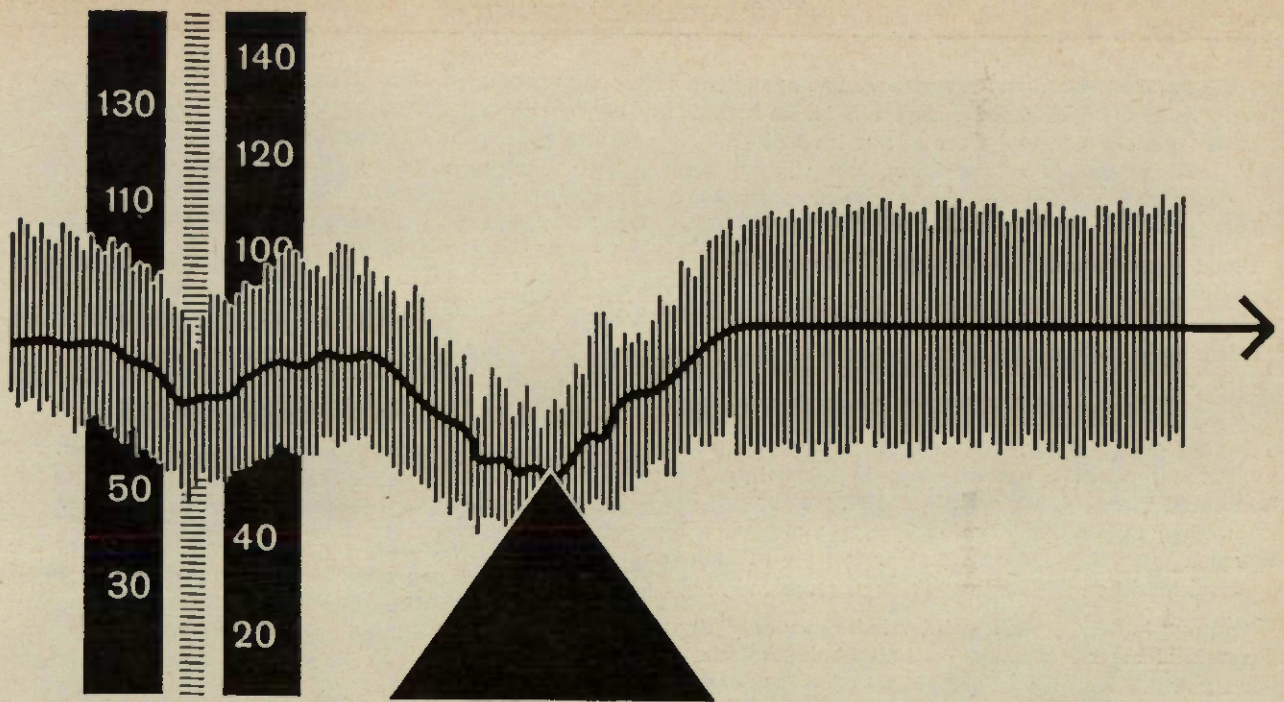
Jahresfrist noch nicht gegeben. Nun waren sie komplett fertig mit aller Bequemlichkeit und Behaglichkeit, mit Telefon, Bad, Elektrik, Radio, Fernsehen (acht Programme) im Zimmer, mit einem Allseitblick; Blaugartencafé in der elften Etage, Schwimmbecken oder gar mit Restaurant auf dem Dach, das wie ein Rad aussieht und eine Umdrehung in der Stunde macht, Glastüren, die sich beim Kommen lautlos auf tun, Wasserhähne, die allein durch eine Fotozelle beim Nähern der Hände strahlen. Die Japaner haben das alles nicht erfunden, sondern dem Westen abgeschaut, haben es teilweise perfektioniert und vereinfacht wiedergegeben. Sie haben sozusagen dort begonnen, wo wir jetzt stehen. Das hat für sie den Vorteil der Unbekümmertheit, des Nichtvorbelastetseins, aber natürlich auch die Gefahr, daß sie den Dingen jetzt mehr beimessen, sie überwertig einschätzen, ja anbeten.

Nicht in demselben Maße wie Hotels, Banken, Kaufhäuser, Ämter, Bahnhöfe und sonstige in die Augen stechende öffentliche oder kommerzielle Gebäude sind die Krankenanstalten gewachsen und gefördert. Unsere Patienten — obwohl auch bei uns gar viel noch zu tun wäre — würden sich sehr beklagen, in den Kliniken zu liegen von Kyoto oder den Krankenhäusern (auch Universitätsanstalten) von Tokio, die wir Gelegenheit hatten, zu besichtigen.

Sehr beachtet haben wir indes die gebräuchliche medizinische Umgangssprache und die Krankenblätter, die fast ausschließlich deutsch in Wort und Schrift sind. Sie sagen zueinander nicht Pleuritis, wie überall in der Welt, weil aus dem Latein, sondern sagen „Rippenfellentzündung“ und tragen unter der Rubrik in der „Krankengeschichte“ „Kopf“ oder „Magen“ oder „Beine“ ihre klinischen Beobachtungen ein.

Was soll ich Ihnen über das japanische Haus sagen? Es gibt neuerdings viele solche wie bei uns, aber noch mehr im japonese style, mit Papierfenstern, ebensolchen Schiebetüren und Wänden aus dünnem Holz oder Preßkarton ganz ohne jede Heizung. Maß und Mittelpunkt jedes altjapanischen Hauses sind die überall genormten Tatami, die geflochtenen Matten, um welche herum gewissermaßen das Haus erst gezimmert wird. Niemals betritt man sie mit Schuhen, das ist nicht allein wegen der Abnutzung, das ist wegen der Entheiligung. Überall außerordentlich sauber, wie das überhaupt allgemein gesagt werden kann, ob es sich





Gilutensin[®]

tonisiert und stabilisiert den Kreislauf
 behebt orthostatische Dysregulationen
 verbessert die Organdurchblutung*

* Hypertonie keine Kontraindikation!

Dosierung

Sekundäre Hypotensionen
 orthostatische Dysregulationen
 3x1 Dragée / 3x20 Tropfen täglich
 vegetative Kreislauf labilität
 3x1-2 Perlen täglich

Handelsformen

Röhre mit 30 Dragées / 15 mg
 Röhre mit 40 Perlen / 5 mg
 Tropfflasche mit 20 g
 Schachtel mit 3 Ampullen / 5 ml i.v.



Gebr. Giulini GmbH
 Ludwigshafen/Rhein

um die Straße oder den Menschen selbst handelt. Ich möchte behaupten, daß jeder Japaner durchschnittlich einmal täglich badet, und wäre es nur im kleinen Bottich. Hygiene und Seuchenbekämpfung werden ganz groß geschrieben, und wenn Sie irgendwo in Asien Wasser zum Trinken benützen können, dann in Nippon.

Einen Sonderrang, ganz verschieden von den unseren, nimmt der japanische Garten ein, in der Anlage und in der Bedeutung. Was bei uns diesen Namen trägt, könnte man dort keinem als einen Garten antragen, den er gelten ließe.

Unglaublich billig ist alles, was dem Verkehr, der Kommunikation dient, Telefon, Taxen, Untergrund (35 Pfennig durch die Riesenstadt in kürzester Zeit), Busse und Eisenbahnen, welche mit einem für uns erstaunlichen Luxus und Komfort ausgerüstet sind, z. B. zwischen je zwei Waggons eine Bar mit einem halben Dutzend Mädchen zur Bedienung.

Und nun halten Sie sich fest: Ich habe in vier Wochen nicht ein einziges Mal einen Polizisten beim Aufschreiben erblickt. Liegt das an der Polizei oder liegt das an japanischen Menschen?

Auf längeren Fahrten ins Land habe ich in Kyoto, Nara, Nikko, Osaka, Hakone, Kamakura, Sagami, Enoshima eine Menge Gelegenheit gehabt, Kunst und Kultur kennenzulernen.

In einer kurzen Zusammenfassung über Kunst in Japan zu reden, ist ein müßiges Unterfangen, das nicht gelingen kann, wenn man denkt, daß dieses Land eine Million Götter hat, das heißt, Götterbildnisse, die doch meist von Künstlerhand geschaffen sind und um die Bauwerke, Tempel, Pagoden, Schintoschreine von märchenhafter Pracht und prangender Schönheit, von Wert und begnadeten Ideen gebaut sind. Die Religionen aller Gegenden der Erde sind sich darin einig, daß das Opfergeld der Gläubigen am besten in verherrlichenden Gotteshäusern angelegt wird. Welcher Prunk allenthalben zu Ehren des Unsichtbaren und oft nach der Lehre Äußeres und Äußerliches Mißachtenden und Mißbilligenden!

Aber eine Kunst ist einmalig in Nippon, die des Blumenbindens, der Zusammenstellung, unübertroffen — nach Bedeutung und Bedeutsamkeit. Einmalige Gebinde, Vasen, Sträuße, Töpfe mit Pflanzen! Jedoch, was wäre die beste Blumenbinderin, was bedeutete die herrlichste Anordnung, wenn hanami nicht wäre, das „Beschauen der Blumen“, die Freude an der Schönheit der Schöpfung, die Zuneigung an die Natur.

Der verlorene Krieg, die Feind-Besatzung, die Entgöttlichung ihres Tenno, die wachsende Technisierung, die geradezu einen Götzendienst heraufbeschworen hat, zu den Stahlgerüsten, Aluminiumgerippen, Betonwänden, Zementklötzen mit Glasunterbrechungen, zu den Mahrädern der Getriebe, zu den Schaltern und Umschaltern der Elektrizität, mußten zwangsläufig zu einer tiefsten Erschütterung des Glaubens und der Gläubigkeit führen. Man spricht von einer fast völligen Athesie heutzutage; nur noch 1% soll dem Buddhismus wirklich anhängen und nur 4% dem Schintoismus, jener also abstrahierten Religion, die kein Zeichen, kein Bild, keine Statue eines Gottes kennt und nur in Gleichnissen wirkt; ein Baum, ein Berg, eine Pflanze, ein Stein, irgend etwas natürlich Geschaffenes kann Symbol der Gottheit, Gottheit selbst für den Japaner

(Schintoisten) werden. Dabei halte ich diese Menschen für hochreligiös veranlagt, voller Hingabe an eine Macht oder Allmacht, kraft ihrer Konzentration, kraft ihrer Aufopferungsbereitschaft, ihres geschulten Willens und ihrer Rücksicht gegen andere, ihrer Erziehung zum Helfen bis zur Selbstentäußerung.

Jene, die ich beten sah vor und in Tempeln, Schreinen, Pagoden und in St. Ignatius, einer katholischen Kathedrale in Tokio am Sonntagabend mit Schleiern wie im Petersdom in Rom, waren versunken ins Innerste und tiefen Glauben.

Wie sich diese verlorene Frömmigkeit einmal auswirken wird, welche Kompensation hier möglich ist, oder ob es einem seelischen und äußerlichen Chaos zusteuert, kann im Augenblick niemand absehen.

Vielleicht hängt die mir unerklärliche Spieleidenenschaft an den Hunderttausenden von Automaten damit zusammen, denn diese Gier und Hast, völlig die Umwelt, oft für halbe Tage und Nächte vergessend, passen in keiner Weise in die sonst so stoische Ausgeglichenheit des japanischen Charakters.

Die Stellung der Frau in Gesellschaft und öffentlichem Leben ist uns Europäern noch unverständlich, geradezu altbiblisch. Der Mann ist der Herr, die Frau tut alles, um ihm zu dienen. Dafür ein paar Beispiele: Der Ehemann geht fast überall alleine hin, zu Besprechungen, Banketten, Geschäftsfreunden, zum Essen — zum O-Sushi (Rohfisch), Sukiyaki (bedeutet ursprünglich auf der Pflugschar Gebratenes), Tempura (teiggebackener Fisch, auch Haifisch und Tintenfisch) mit dem unvermeidlichen Saki —, ins Kabarett, ins Teehaus und ins türkische Bad. Ist die Gattin dabei, geht sie hinter ihm, macht die erste und die letzte der vielen Verbeugungen auch vor Herren (Kotan). Die Japanerin reicht dem Mann den Tee und Feuer zum Rauchen, sie zieht ihm die Schuhe aus, die Dienstmädchen in den Hotels helfen dem Gast beim Ablegen der Kleidung; bekleidete Nixen baden, duschen, begießen und massieren den nackten männlichen Körper auch dort, wo man bei uns gemeinhin solche ungewöhnliche Handlung wohlweislich schamhaft verschweigen würde. Die angestellten Damen beispielsweise in einem Speiselokal begleiten den männlichen Gast bis vor die Toilette und warten davor auf sein Zurückkommen mit heißen Tüchern für Hand und Gesicht. Eine nette Beobachtung habe ich gemacht, wo an einem Nebentisch eine gemischte europäisch-japanische Gesellschaft tafelte. Als die Europäerin sich eine Zigarette nahm, bekam sie von ihrem europäischen Begleiter Feuer gereicht. Die daneben sitzende Japanerin wollte auch rauchen und war gerade im Begriff, sich selbst ein Streichholz anzuzünden, da drückte sie unter allgemeinem Gelächter ihrem japanischen Tischherrn demonstrativ die Streichholzschachtel in die Hand, damit er sie ebenso bedienen solle!

Eine beachtliche Vorrangstellung gegenüber anderen Frauen hat die Geisha, die genau das Gegenteil darstellt, was uns die platten Berichte in Rundfunk, billigen Blättern und Fernsehen vor und während der Olympiade weismachten. Sie genoß eine überragende Bildung in vielen Gebieten des modernen Lebens, der Geschichte, der Wissenschaften, in Kultur und erlangt oft einen hohen Einfluß auf Politik und Wirtschaft, weil sie die Schlüsselfigur jeder guten Party bildet, sie

arrangiert, leitet und mit Liedern und eigenen Gedichten hebt, weil, wie oben gesagt, die Ehefrauen so gut wie ausgeschlossen sind.

In der Untergrundbahn erlebte ich eine Szene mit einem Fahrgast gleich zweimal nacheinander. Er saß mir gegenüber. Viele Einsteiger, männliche und weibliche, darunter einige, die wirklich hilfeschend nach einem Sitzplatz ausschauten! Nichts geschah. Da kam nach ein paar Stationen — wie gesagt in Wiederholung — ein Vater mit seinem Kind am Arm herein, und mein Vis-à-vis stand auf und bot ihm höflich seinen Sitz an.

Fast nur Frauen habe ich gesehen bei der Straßenreinigung, manchmal auch zum Straßenbau und zu sonstigen schweren Arbeiten.

Der Zeitpunkt der Olympiade rückte immer näher; man merkte es aus den letzten Vorbereitungen in und um die Kampfstätten, an dem aufziehenden Fahnenwald und an der Ungeduld, an der Nervosität und der Mehrung der Krankheitsfälle bei den Athleten.

Und eines Tages war's soweit. Die beeindruckenden Kolonnen der Abordnung von Kraft, Schnelligkeit, Gewandtheit und der Schönheit, körperlicher markanter Schönheit, waren blockweise aufmarschiert. Der Eid war geschworen, und die Tauben verkündeten aller Welt den Beginn der neuen Olympiade, und die Flugzeuge zeichneten die farbigen fünf Ringe in den wolkenlosen Himmel und, um das Schauspiel noch attraktiver zu machen, flogen die Zehntausende von bunten Ballons in die Höhe, und das Feuerwerk durfte nicht fehlen und die Reden des Kaisers und des Präsidenten. Und dann brannte das Feuer, aber es war keine Fackel, denn es wurde mit Erdöl genährt und nicht mehr mit heiligem Holz, und die Medaillen waren nicht mehr von Hand geprägt, sondern gepreßt in der mechanischen Stanze, und die Rekorde waren nicht gezeugt aus Liebe zum Sport und aus Liebhabelei zu den Leibesübungen, sondern in der Retorte der Wissenschaft und von der Maschinerie des Halb- oder Pseudoprofessionalismus.

Ein Gewährsmann, ein Prof. med., und kein orientalischer Geschichtenerzähler hat mir folgende Begebenheit geschildert: Er saß in einer kleinen Bar, unweit des Yoyogi, des olympischen Dorfes, als zwei amerikanische Athletinnen eintraten, auf den Mixer zuginen und mit ihm leise verhandelten: ob er nicht ein paar Jap-boys wüßte! Sie machten das in jedem Land so! Sie wollten sie ausprobieren! Nach einer Reihe von Telefonaten waren innerhalb einer Viertelstunde drei Callfriends mit schwarzem Haar und Schlitzaugen da, und es begann sofort eine handfeste Knutscherei. Wie die Probe weiterging, konnte er nicht verfolgen, weil die Fünf bald das Lokal verließen, einträchtig.

Viele der Sünden, die im Sport begangen werden, gehen ohne Zweifel auf das Konto der Presse, die hochhebt, aufpeitscht oder in den Dreck zieht, unterwühlt, je nachdem, wie der betreffende Bericht eingestellt oder vorgebildet ist. Beurteilt wird: Was bringt mein Artikel, wer liest ihn, wie groß wird die Schlagzeile. Hat sich doch beispielsweise einer von ihnen nicht gescheut, Helga Schmidt, die in Rom eine Goldmedaille errang, jedoch in Tokio in der Einzelwertung keine Medaille bekam, zu fragen, ob sie ihrer Kameradin Helga Mees (Silber in Tokio) nicht neidisch sei. Ver-

blüfft konnte Helga Schmidt in dem Augenblick keine Antwort finden, aber später im Mannschaftskampf neben der Freundin zeigte sie, was Mannschafts- und Sportgeist ist. Sie holten sich alle zusammen die Bronzemedaille.

Wie ganz anders ist der Typ und die Einstellung und die Reaktion jener einige Jahre unüberwindlichen, stolzen, blonden Schönheit, von den Zeitungen zum Star gemacht. Sie fühlte den Tribut, den sie mit dem Älterwerden gegenüber den jungen Konkurrentinnen zu zahlen hatte, bewußt. Begierig, noch einmal dabei zu sein, scheute sie den Kampf, sie wollte nicht verlieren. Und als man sie nachher fragte, warum sie das getan hätte, antwortete sie in Abwandlung ihres Namensvetters, welcher gedichtet hatte: „Ich weiß nicht, was soll es bedeuten“, „ich weiß es nicht“.

Mein Hotel ist eines der kleineren, neuen, welche unglaubliche Kolosse darstellen, hat aber immerhin noch 14 Stockwerke und beispielsweise einen Wintergarten vor dem Speiseraum, in den eine große Wohnung leicht hineinpasse würde. Es war vor einem Jahr noch nicht gestanden. Es ist einfach unfassbar! Die Japaner arbeiten so fleißig, wie das vor der Jahrhundertwende bis 1914 von den Deutschen in der ganzen Welt bewundert worden ist.

Es war der Treffpunkt der Ärzte vor und während des internationalen Sportärztekongresses. Hier wohnte die Präsidentin des russischen Sportärztebundes. Mit meinen schwachen russischen und ihren besseren deutschen Sprachkenntnissen kam manche vernünftige Unterhaltung über dies und jenes zustande. Wie sie die Absetzung ihres Regierungschefs, leichenblaß werdend, aufnahm, will ich nicht weiter schildern, aber ihre Reaktion über das unverhofft schlechte Abschneiden der russischen Athletik quittierte sie: „Wir werden sofort nach unserer Rückkunft eine Kommission bilden, die aufzuklären hat, wie ein solches Versagen eintreten kann.“ (Ob diese Institution, wenn sie zu den richtigen Erkenntnissen und Resultaten gelangen wird, die Gründe auch offen aussprechen könnte?) „Diese Forschungsarbeit wird nach einem Jahr abgeschlossen sein, und wir haben dann noch genügend Zeit, bis zur nächsten Olympiade die Fehler zu beseitigen und uns anzustellen.“ (Ob sie an den brain-trust Kennedys dabei auch gedacht hat?)

Wenn wir wissen, welche unglaublichen Anstrengungen die verschiedenen Nationen heutzutage machen, um ihre Sportler in den Olympischen Spielen gut abschneiden zu lassen, wenn wir wissen, wie stark der einzelne Athlet sein gesamtes Leben für einige Jahre ganz auf den einen Tag in vier Jahren, also zur nächsten Olympiade, einstellen muß, indem er sich mit seinem eigenen Willen unter den strikten Befehl seines Trainers stellt, wenn man berücksichtigt, daß darunter ganz individualistische Persönlichkeiten zerbrechen können, dann tun die paar Ausnahmen, die man kennenlernt oder von denen man erfährt, doch so unendlich wohl. Es gibt immer noch, trotz aller Zugespitztheit, ein paar, von denen man weiß, sieht oder fühlt, daß ihnen selbst der Sport mit den Besten noch ein reines Vergnügen ist. Ich habe das beispielsweise über die Barriere des Kampffelds hoch in die Ränge hinauf mit einer Herzlichkeit bei dem zur Weltelite gehörenden Aun, dem im Baltikum Lebenden, von dem sie sagen, er wäre aus Königsberg, gespürt. Wie er selber

Serotonin- und Histaminantagonist,

daher der Doppelpfeil



Periactinol

Tabletten zu 4 mg bei:
Allergischen Erkrankungen
und Reaktionen,
Dermatitis, Ekzem,
Urtikaria, Quincke' Ödem,
Rhinitis vasomotorica,
vaskulär bedingtem
Kopfschmerz, Migräne,
Pruritus verschied. Genese, z. B.
juckende Dermatosen,
Pruritus anogenitalis,
Pruritus senilis.



SHARP & DOHME GMBH
Tochtergesellschaft der
Merck & Co., Inc., Rahway, N.J. (U.S.A.)
8 MÜNCHEN 51 · POSTFACH 1

10 Tabl. DM 2,35 o. U.
20 Tabl. DM 4,10 o. U.
A. P. mit 100 Tabl.

jedesmal lachend den Stabhochsprung anging und, ebenfalls feixend, selbst wenn er die Latte gerissen hatte, zurücklief, und wie er fröhlich seine heftigsten Konkurrenten, nämlich unsere deutschen Zehnkämpfer, voran Holdorf, ermunterte, das war wirkliches Sportlertum.

Oder der zweimalige Marathonsieger Abebe! Nachdem der Hubschrauber über die ganze 42-km-Strecke den Rennverlauf durchgefunkt hatte und nach jeweils 10 000 m der Stand des Rennens an der elektrischen Anzeigetafel bekanntgegeben war, steigerte sich die Spannung und Erwartung der Hunderttausende im olympischen Oval um so mehr, als das Flugzeug dem Stadion näherkam, denn ein Japaner war zuletzt stark im Kommen gewesen. Es gab einen Beifallssturm sondergleichen, als der Äthiopier durch das Tor zur letzten Runde einlief. Als er das Zielband zerrissen hatte, konnte niemand von den Ordnern das Heer der Fotografen und Presseleute halten, aber der Sieger brach nicht, wie viele der Goldmedaillengewinner, kurz danach zusammen, sondern er tänzelte wie ein Vollbluthengst, er schlug Purzelbäume, er stellte sich auf den Kopf und strampelte, übermütig wie ein Bub, radfahrend mit seinen dürren Beinen in den Abendhimmel hinein, als wollte er sich gerade für den nächsten Wettbewerb locker machen, und bei seinen Rumpfbeugen nach vorne traf er die Linse eines Fotomannes genau und gerade mit dem Steiß, wie eine gelinde Verhöhnung der auf aktuelle Sensation Heischenden. So leicht und lächelnd zwischen kindlicher Freude und Weltrekord, während seine letzten Verfolger keuchend und erschöpft noch eine Stunde später dem Ziele zueiliefen.

Im übrigen werde ich hundert Jahre alt. Ich habe nämlich in Hakone, in dem wunderschönen Stück Gebirgsland, das zum Nationalpark erklärt ist, ein Ei gegessen, welches in den dortigen sprudelnden, trübgrauen stinkenden Schwefelquellen, den hot springs, gargekocht worden ist.

Hier sieht man, wenn man früh aufsteht, den Fudji, dem die Schintoisten Göttlichkeit beimessen und ihn deshalb „Herr Fudji“ nennen. Das rührt daher, weil die Berge in der ganzen Umgebung nicht viel höher sind als zweitausend Meter und „Er“ fast ohne Übergang vom Meerufer dreitausendsiebenhundert Meter stolz und einmalig, majestätisch in die Ewigkeit hineinragt. Er war noch vollkommen blank, aber die Leute sagten,

daß er in ein paar Tagen, genau am 10. Oktober jedes Jahr, seine Schneehaube aufsetzt und ich habe das vom Dach meines Hotels in Tokio aus auch bestätigt gesehen.

„Was hat Sie am meisten beeindruckt?“, ist eine häufige Frage. Das ist schwer bei so viel, so unendlich reichen Eindrücken, die eine andere, eine völlig veränderte Welt gegenüber der gewohnten bieten. Aber bei einigem Nachdenken bin ich dazugekommen, die Vorführungen alter, weltlicher, kirchlicher und volkstümlicher Tänze Thailands in Bangkok zu benennen. So etwas von Grazie, Rhythmus, Feinheit der Bewegung und prächtige Buntheit der Gewänder! So etwas unbeschreiblich Feines! Solcher Genuß, solcher Geschmack. Welche lieblichen und anmutigen Mädchen!

Diese zarten Empfindungen, die mir neben der Tanzkunst auch vom Goldenen Tempel der Stadt zuteil wurden, werden aber abgelöst von anderen Gedanken und Überlegungen, die mehr ins düster Politische, Realistische geraten, wenn man auch nur ganz am Rande, ganz flüchtig, kaum mit dem Recht darüber zu reden, sich der „chinesischen Mauer“ nähert. Etwas mehr, als ein Zehntausendmeterläufer zurückzulegen hat, ist die Entfernung von Hongkong, dem britischen Reservat, zur Grenze. Das Gefühl dieser Nähe ist erregend und wird genährt durch die Massen der Flüchtlinge und deren Erzählungen.

Kaum abzusehen sind die Zahlen, die hinter dem Vorhang stehen. Welcher Überschuß an jungen Erdenbürgern, die China wirklich liefert, war in den elenden Quartieren der Evakuierten der englischen Kronkolonie, deren Vertrag in 14 Jahren abläuft, am deutlichsten zu bemerken: Kinder, Kinder, Schmutz, Dreck, Gestank und wieder Kinder, Geschrei, Gewurle, Gewimmel, eine Unzahl von Menschen, alles auf engstem Raum.

Expansionsgelüste nach allen Seiten. Das brodeln und kocht, das verlangt und fordert. Die einfachste Lösung wird die übliche sein. Sie marschieren eines Tages. Sie werden marschieren müssen.

Ob wir dann in Berlin oder Prag, in London oder Paris alle chinesisch lernen? In zwanzig Jahren, wenn die alle groß sind? Wer weiß?

Sayonara!

Anschrift d. Verfassers: Dr. med. Alfred Rottler, Nürnberg, Fritz-von-Röth-Straße 1.

Wichtiger Hinweis!

Nachuntersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz

Wir bitten zu beachten, daß Nachuntersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz vor Ablauf des ersten Beschäftigungsjahres vorzunehmen sind. Das bedeutet, daß bei den im Juli 1964 entlassenen Jugendlichen (meist Jahrgang 1950) die Nachuntersuchungen erst im Sommer 1965 durchzuführen sind.

Bei den im Augenblick zur Erstuntersuchung kommenden Jugendlichen des Jahrgangs 1951 ist der Termin für die Nachuntersuchung der Sommer 1966.

Es ist also nicht der Zeitpunkt der Erstuntersuchung, sondern der Zeitpunkt der Arbeitsaufnahme für den Termin der Nachuntersuchung maßgebend.

AUS DEM STANDESLEBEN

Beschlüsse der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns vom 14. 11. 1964

1. Die Vertreterversammlung der KV lehnt Zusammenarbeit mit der Deutschen Angestellten-Krankenkasse ab

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns lehnt die Zusammenarbeit mit den Vertretern der Deutschen Angestellten-Krankenkasse in den Prüfungsgremien so lange ab, solange die Deutsche Angestellten-Krankenkasse sich nicht von der unqualifizierten Behauptung gegen die Ärzte distanziert und diese öffentlich zurücknimmt.

2. Die Vertreterversammlung der KV protestiert gegen vertragswidriges Verhalten der Barmer Ersatzkasse

Die Vertreterversammlung der KVB protestiert gegen die „Erklärung“, die in diesen Tagen von Geschäftsstellen der Barmer Ersatzkassen in Bayern an Kassenmitglieder ohne Anspruchsberechtigung auf Krankenschein ausgegeben wurde.

Die Vertreterversammlung der KVB lehnt die Zusammenarbeit mit den Vertretern der Barmer Ersatzkasse in den Prüfungsgremien so lange ab, bis die Barmer Ersatzkasse ihr vertragswidriges Verhalten einstellt und ihre Mitglieder zur Einhaltung des Vertrages anhält.

Die Vertreterversammlung bittet außerdem die Bayerische Landesärztekammer, alle bayerischen Kollegen über das Vorgehen der Barmer Ersatzkasse aufzuklären und unter Hinweis auf die Berufsordnung zu warnen, nichtanspruchsberechtigten Ersatzkassenmitgliedern gegenüber ihre Bereitschaft zu erklären, sie zu einfachen Kassensätzen zu behandeln.

3. Zu dem Leserbrief des Mitglieds der Vertreterversammlung, Dr. Harless, in der Münchner „Abendzeitung“

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns mißbilligt den Leserbrief ihres Mitglieds Dr. Harless in der „Abendzeitung“ vom 28. 10. 1964 schärfstens, soweit er sich gegen die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns und ihren Justitiar richtet. Sie fordert ihn auf, den gegen die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns erhobenen Vorwurf öffentlich zurückzunehmen.

4. Änderung des Honorarverteilungsmaßstabs

Dazu faßte die Vertreterversammlung die in diesem Heft des „Bayerischen Ärzteblattes“ unter der Rubrik „Amtliches“ veröffentlichten Beschlüsse.

5. Änderungen der Geschäftsordnung der Vertreterversammlung

Die Vertreterversammlung beschloß die durch die am 11. 7. 1964 beschlossene Öffentlichkeit der Vertreterversammlung („Bayerisches Ärzteblatt“ 1964/660) notwendigen Änderungen der Geschäftsordnung.

Dr. Meider

Vorsitzender der Vertreterversammlung

Barmer Ersatzkasse erkennt Standpunkt der Ärzte an

Der Vorsitzende der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Herr Kollege Dr. MEIDER, hat in nachstehend veröffentlichtem Brief

den Mitgliedern der Vertreterversammlung Kenntnis von der Stellungnahme der Barmer Ersatzkasse gegeben:

„Im Anschluß an einen Schriftwechsel, den der Vorstand seit dem 20. 10. 1964 wegen der vertragswidrigen Herausgabe von Vordruckformularen durch die Barmer Ersatzkasse (worauf das Mitglied bescheinigen sollte, daß der behandelnde Arzt „trotz Kenntnis der Einkommenshöhe die Behandlung auf Krankenschein durchführe“) mit der Bezirksverwaltung München der Barmer Ersatzkasse und im Anschluß an den oben bezeichneten Beschluß der Vertreterversammlung hat nunmehr die Hauptgeschäftsführung der Barmer Ersatzkasse in Wuppertal schriftlich und persönlich durch ein Mitglied der Hauptverwaltung am 19. 11. 1964 gegenüber dem Vorstand erklärt, daß sie den Rechtsstandpunkt der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns voll anerkenne und derartige Vordrucke auch nicht billige; die „fehlerhafte“ Herausgabe solcher Formulare durch einzelne Geschäftsstellen werde sie sofort einstellen.

Außerdem hat die Hauptgeschäftsführung der Barmer Ersatzkasse mitgeteilt, daß sie die Anspruchsberechtigung ihrer Versicherten nach § 4 des Arzt/Ersatzkassen-Vertrages vertragsgerecht — insbesondere neuerdings auch durch Herausgabe von Antragsformularen mit entsprechenden Erklärungen des Versicherten — überprüfe (einschlägiges Schreiben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 13. 11. 1964, hier eingegangen am 17. 11. 1964).

Damit hat die Barmer Ersatzkasse die Forderung erfüllt, die die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns in dem oben bezeichneten Beschluß für die weitere Zusammenarbeit mit den Vertretern der Barmer Ersatzkasse in den Prüfungsgremien der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns gestellt hat.“

16 Ärzte vom Operationstisch verdrängt Staat übernimmt Sicherer-Klinik und entzieht den Belegärzten alle 60 Betten

Unter dieser Überschrift hat die „Süddeutsche Zeitung“ vom 21. Oktober 1964 mitgeteilt, daß die zuständige Stelle der Universität und die Bayerische Staatsregierung ohne jeden zwingenden Grund 16 Belegärzten die Existenzgrundlage entzogen haben. Auf Vorschlag des Kultusministeriums, das sich dabei wohl auf die Empfehlungen des für Hochschulfragen zuständigen Referenten gestützt haben wird, hat der Bayerische Staat ein als Belegklinik eingerichtetes Haus aufgekauft, ohne auf die dort tätigen Ärzte auch nur im geringsten Rücksicht zu nehmen.

Der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer hat das Kultusministerium und die Bayerische Staatsregierung wiederholt darauf hingewiesen, daß für den Staat keine Notwendigkeit zur Anmietung dieser Klinik besteht und daß es einfach unverständlich wäre, ohne zwingenden Grund die Existenzgrundlage von 18 bis 20 Belegärzten zu vernichten. Trotz dieser mit Nachdruck erhobenen Vorstellungen und aller Bemühungen der betroffenen Kollegen, diese unverständliche Maßnahme zu verhindern, hat sich die Bayerische Staatsregierung dennoch zum Ankauf dieser Klinik entschlossen. In

einem Brief vom 14. Oktober 1964 an den Herrn Kultusminister hat der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Herr Kollege Dr. SEWERING, auch unmißverständlich zum Ausdruck gebracht, daß darin ein völlig unverständlich unfreundliches Verhalten gegenüber den betroffenen Kollegen und auch gegenüber der Landesärztekammer gesehen werden muß und daß die Bayerische Staatsregierung nicht erstaunt sein dürfe, wenn ihre in diesem Verhalten zum Ausdruck kommende Einstellung zur freipraktizierenden Ärzteschaft große Enttäuschung hervorrufen wird.

Wenn eine uns zugegangene Mitteilung den Tatsachen entsprechen sollte, nach welcher der für das Hochschulwesen verantwortliche Referent im Kultusministerium dem Vertreter der Belegärzte gesagt haben soll, die Landesvertretung habe sich nicht sehr für die Beibehaltung der Belegärztklinik eingesetzt, so wäre das nicht nur sehr unfair, sondern widerspräche in vollem Umfang den Tatsachen. Es wäre allerdings auch nicht weniger verwunderlich als die Tatsache, daß den zuständigen Stellen im Kultusministerium angeblich nicht bekannt gewesen sei, daß in dieser Klinik Belegärzte arbeiten. Der Hinweis auf die Empfehlungen des Wissenschaftsrates — die dem Kultusministerium hier wieder beachtenswert erscheinen —, in München ein Ordinariat für Neurochirurgie zu errichten, kann ernsthaft nicht als ausreichende Begründung für die unverständlichen Maßnahmen angesehen werden, nachdem die gleichen Empfehlungen für andere Fachgebiete nicht beachtet werden.

Landesversammlung des Hartmannbundes

Auf der Jahresversammlung des bayerischen Hartmannbundes, die der Landesvorsitzende, Herr Kollege Dr. Dr. v. GUGEL, leitete, wurden aktuelle ärztliche Probleme behandelt. Die Ergebnisse der Beratungen fanden in den nachstehenden Beschlüssen ihren Niederschlag:

Gebührenordnung

„Der Landesverband Bayern im Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) erwartet von der Bundesregierung, daß nunmehr dem Antrag der Ärzteschaft auf Festsetzung von dem heutigen Stand der Teuerung angepaßten Mindest- und Höchstätzen der Amtlichen Gebührenordnung entsprochen wird. Mit einem solchen Schritt würde die Bundesregierung beweisen, daß es ihr mit ihrer eigenen Erklärung ernst ist, dem berechtigten Anliegen eines freien Berufes gerecht werden zu wollen.“

Altersschutz

„Der Landesverband Bayern im Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) bittet den Bundesvorstand nachdrücklich, dafür einzutreten, daß ein angemessener Altersschutz den Kollegen gewährt werden kann, die nach dem Kriege eine Altersversicherung nicht mehr abschließen konnten!“

Verwertung statistischen Materials

„Der Landesverband Bayern im Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) verwahrt sich gegen die unsachliche Verwertung statistischen Materials, durch die das Bild der wirtschaftlichen Lage der Ärzteschaft verzerrt wird. Er erwartet von den hierfür zuständigen Behörden, daß sie klar erkennen lassen, welcher Kreis der jeweils veröffentlichten Statistik zugrunde liegt. Insbesondere muß erkennbar sein, wenn sich das Zahlenmaterial unter Auslassen der kleinen, steuerlich nicht erfaßten Einkommen nur auf diejenigen beschränkt, die ein höheres Einkommen erzielen.“

Der Hartmannbund ist der Ansicht, daß ein Vergleich dieser freiberuflichen Einkommen mit denen anderer Bevölkerungsgruppen hinken muß, weil der Arzt erst nach

langjähriger, kostspieliger Ausbildung zu verdienen beginnen kann und dann nicht nur 40, sondern in der Regel 70 bis 80 Wochen-Arbeitsstunden tätig ist, zu denen noch die Pflicht zu ständiger Bereitschaft kommt, seine Altersversorgung selbst schaffen muß und kein Einkommen bei Krankheit, Urlaub und Fortbildung hat.“

Einzelleistungsverträge mit den Trägern der Fürsorge

„Nachdem entsprechend dem Beschluß der Vertreterversammlung und der Vorstandschaft der Kassendärztlichen Vereinigung Bayerns Einzelleistungsverträge mit den RVO-Kassen angestrebt werden, empfiehlt der Landesverband Bayern im Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) der Kassendärztlichen Vereinigung, nunmehr auch die Verträge mit den Trägern der Fürsorge auf Einzelleistungsvergütung umzustellen. Dies erscheint um so gerechtfertigter, als den Kassendärztlichen Vereinigungen schon bei Abschluß der zur Zeit in manchen Bereichen noch geltenden Pauschalverträge Einzelleistungsverträge angeboten worden waren.“

Honorar- und Arzneimittelprüfung

„Der Landesverband Bayern im Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) weist die zuständigen Stellen auf die Notwendigkeit hin, einheitliche objektive Richtlinien für die gesetzlichen Honorar- und Arzneimittelprüfungen zu erlassen.“

Außerdem wurden die Vorschläge der Arbeitskreise Kassendärzte, Fachärzte und Belegärzte als Grundlage für die künftige Arbeit angenommen.

Anstelle des aus Krankheitsgründen zurückgetretenen 2. Vorsitzenden wurden zu Stellvertretenden Landesvorsitzenden gewählt:

Dr. Friedrich KOLB, Nürnberg,
Dr. Walther MEIDER, München.

In der öffentlichen Kundgebung, die die Tagung abschloß, führte der Bundesvorsitzende des Hartmannbundes, Herr Kollege Dr. JUNGEMANN, MdB, zum Thema „Der Arzt in der Tagespolitik“ u. a. aus: Der Standort des Arztes in einer durch und durch politischen Welt, in einer Gesellschaft, die als industrielle oder pluralistische Massengesellschaft bezeichnet wird, in einer demokratischen Staatsform, sind die Bedeutung, Aufgaben und Ansehen des Arztes nicht geringer, als sie im Vergleich mit anderen Berufen früher einmal gewesen sind. Die moderne Medizin ist eine organisierte Medizin. Das Krankenhaus nimmt ständig an Bedeutung und an Umfang zu, und in der ambulanten Behandlung beherrscht die gesetzliche Krankenversicherung das Bild. Die Ärzte brauchen eine schlagkräftige politische Organisation, eine organisatorische Geschlossenheit. Sie müssen den Einfluß ausnutzen, den sie als Multiplikatoren politischer Ansichten besitzen.

Die Tendenz zur Sozialisierung der Medizin ist überall sichtbar. Man kann die Medizin aber nur dann sozialisieren, wenn man auch die Ärzte sozialisiert. Diese Erscheinung ist keineswegs etwa nur auf die sozialistisch regierten Länder und auf die sozialistischen Parteien beschränkt. Kein Arzt in den europäischen Staaten kann die auch von deutschen Gewerkschaftlern in der EWG entwickelten Pläne für mehr oder weniger belanglose Gedankenspiele ansehen.

Wiederum sind die Ansätze zu einer freierheitlichen Form der gesetzlichen Krankenversicherung gescheitert, weil der Wille zur Liberalisierung gefehlt hat. Es geht jetzt um die Pflichtversicherungs- und Beitragsbemessungsgrenze, um die Trennung der Lohnfortzahlung von der Krankenversicherung, um die ärztliche Gebührenordnung, um den Grundsatz der ärztlichen Vertragsfreiheit.

Innerhalb der Ärzteschaft haben sich die früheren Fronten immer mehr verwischt, es ist zu einer Gemeinsamkeit der ärztlichen Berufspolitik gekommen. Die Ärzte wollen keinen Streik, keine hochgestochenen Reden und keine Drohungen, sie wollen eine klare und unbeugsame Vertretung der legitimen ärztlichen Interessen. Der unpolitische Auftrag des Arztes kann aber nur dann von den politischen Einflüssen freigehalten werden, wenn die Mittel der Tagespolitik gebraucht werden.

Dr. Dr. v. Gugel schloß die Versammlung mit dem Aufruf an alle beteiligten Stellen, die Auseinandersetzung um die ärztliche Gebührenordnung sachlich zu führen. Die Ärzte verwahren sich gegen die unsachliche Verwertung statistischen Materials, durch die ein falscher Eindruck von ihrer wirtschaftlichen Lage erzeugt werde.

Auch ein Gutachter . . .

Er ist zwar nicht Professor oder „Titular-Professor“, nicht Dozent oder „Dozent a. D.“, wie einige andere von der Verteidigung des Dr. ISSELS geladene Sachverständige. Dafür aber ist er „Mitglied der ‚Cancer International Research Cooperative‘, erfahrener Kliniker und Gründer einer industriellen Forschungsgruppe für krebs-spezifische chemische Medikamente, verfügte zweifelsfrei über die naturwissenschaftliche Fundierung, deren Mangel der Staatsanwalt bei anderen Sachverständigen gerügt hatte“ („Süddeutsche Zeitung“ vom 11. 11. 1964). Die „Abendzeitung“ vom 11. 11. 1964 stellte ihn ihren Lesern vor als „das einzige deutsche Mitglied der ‚International Cancer Research Cooperative‘, dem führende Krebsforscher aus aller Welt angehören“. Nach der „Bild“-Zeitung ist er „auch medizinischer Mitarbeiter bei der NATO“.

Gestützt auf diese wohlklingenden Attribute blieb seine Behauptung, Krebs sei übertragbar, nicht ohne Wirkung und gab Schlagzeilen von Zeitungen ab, die damit ohne Rücksicht auf die Folgen bei Erkrankten und ihren Angehörigen für 10 Pfennig Angst verkauften. Dieser Gutachter war Herr Dr. Hans-Albrecht NIEPER, Facharzt für Innere Krankheiten aus Hannover, nach der „Abendzeitung“ auch „Forscher“. Kann man allerdings von Zeitungen erwarten, daß sie ihre Mitteilungen sorgfältiger wägen als ein Arzt, der eine solche Behauptung und die von ihm voraussehbaren Folgen verantworten zu können glaubte?

Bei seiner Vernehmung hat er ja im übrigen auch noch andere Behauptungen aufgestellt, die — milde gesagt — erstaunlich sind. Viele Kollegen werden sich sicher gefragt haben, wer dieser Arzt ist, der solche Schreckbilder als Schlagzeilen lieferte. Aus einem Interview, das der „Spiegel“ in seiner Nummer 47 vom 18. 11. 1964 veröffentlicht hat, sind interessante Einzelheiten zu entnehmen. In diesem Gespräch hat Herr Dr. Nieper wieder behauptet, die Übertragung des Krebses erfolge „durch sog. Krebs-Viren“. Auf die Frage, ob denn bisher jemals ein Virus nachgewiesen worden sei, das beim Menschen Krebs erzeugen könne, antwortete Herr Dr. Nieper (wörtliche Zitierung „Spiegel“): „Außer bei dieser Sonderform in Afrika (gemeint ist der Burkitt-Lymphoma-Tumor — Anmerkung der Redaktion „Bayerisches Ärzteblatt“) bis jetzt nicht, nein.“

SPIEGEL: Trotzdem sprechen Sie von der Übertragbarkeit . . .

NIEPER: Entschuldigen Sie, ich habe auch nicht direkt an Viren gedacht, ich habe dabei an einen Prozeß gedacht, der beim Menschen so ähnlich abläuft wie etwa die Stallinfektion bei Versuchstieren.

SPIEGEL: Mit Stallinfektionen meinen Sie Krebs-Übertragungen von Tier zu Tier in den Versuchslabors der Krebsforschungsinstitute?

NIEPER: Ja. Da kennt man das Faktum, daß gesunde Tiere, etwa Mäuse, die zeitlebens im selben Stall mit krebskranken Mäusen zusammenleben müssen, mitunter ebenfalls an Geschwülsten erkranken.

SPIEGEL: Solche Erkrankungen von gesunden Stallgenossen sind unter vielen Millionen Versuchstieren nur in seltenen Einzelfällen beobachtet worden. Daß es sich um eine Krebs-Übertragung handelt, ist noch nicht nachgewiesen, sondern allenfalls vermutet worden.

NIEPER: Das Phänomen der Stallinfektion, das ist klar, ist minim, äußerst geringfügig. Aber es ist die Frage, ob so etwas nicht auch beim Menschen vorkommen könnte.

SPIEGEL: Das ist aber eine Spekulation, wenn wir Sie recht verstanden haben.

NIEPER: Ich habe mir beispielsweise ältere Ehepaare angeschaut, die beide krebskrank sind oder wo der eine vor dem anderen an Krebs verstorben ist, und das verfolge ich nun seit zehn Jahren.

SPIEGEL: Sind das größere Untersuchungsreihen?

NIEPER: Das geht außerordentlich langsam. Aber ich bin nicht der einzige, der so etwas untersucht, es gibt noch jemand, aber ich möchte wegen des heißen Themas das nicht nennen.

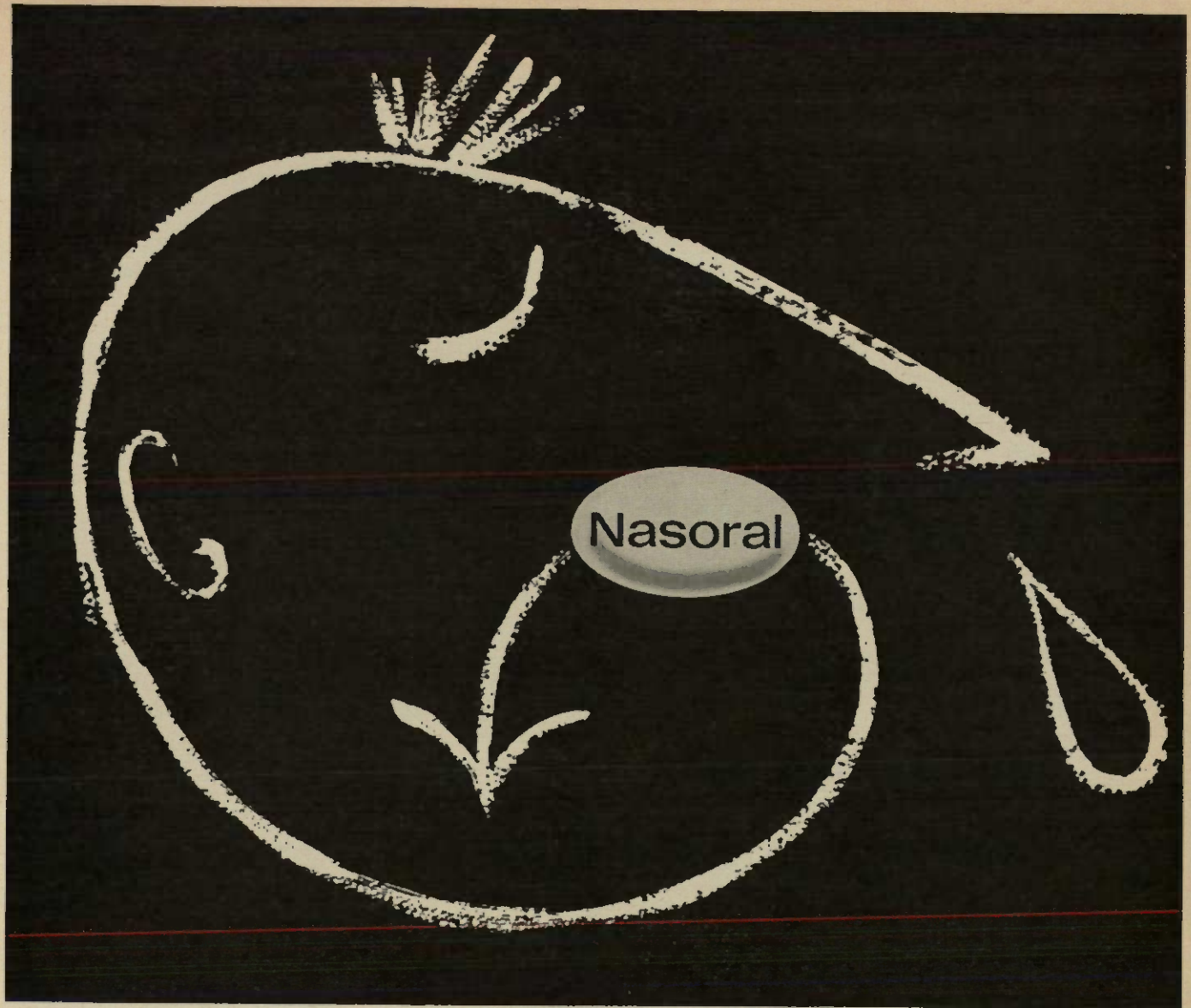
SPIEGEL: Aber Herr Dr. Nieper, ist es dann nicht etwas verfrüht, öffentlich als Gutachter solche Hypothesen aufzustellen, wenn Sie selbst glauben, erst in zehn oder zwanzig Jahren Gesichertes darüber aussagen zu können?

NIEPER: Ja, sicher, es ist vielleicht etwas verfrüht, das ist richtig. —

Als von der Verteidigung vorgeschlagener und vom Gericht bestellter Gutachter hatte Herr Dr. Nieper weiterhin in außerordentlich merkwürdiger Weise die Erkrankung des verstorbenen amerikanischen Außenministers DULLES erwähnt, der 1959 an einem Ca. verstorben ist. Die „Bild“-Zeitung vom 11. 11. 1964 zitiert seine Aussage wie folgt wörtlich:

„Wäre Dulles ein Rentner und ein ganz gewöhnlicher Patient der Ortskrankenkasse gewesen, dann hätte er länger gelebt! Aber weil er ein besonders prominenter Patient war, wurde ihm Radium-Gold eingefloßt. Das Ergebnis: Dulles brach in Florida zusammen. Die Krebszellen siedelten sich an den unmöglichsten Stellen an. Sogar unter dem Schädeldach. Mit der Bestrahlung hatte man die körperliche Widerstandskraft des Ministers völlig zertrümmert. Das steht einwandfrei fest.“

Von der naturwissenschaftlichen Fundierung, die ein Teil der Presse in den Ausführungen Dr. Niepers zu erkennen glaubte und die durch die Mitgliedschaft — als „das einzige deutsche Mitglied“ — der International Cancer Research Cooperative einen Beweis zu er-



Nasoral[®]

Dragees gegen Schnupfen

bringen rasche Befreiung
von Allgemein- und
Lokalsymptomen bei
besten Verträglichkeit

Erwachsene
3mal täglich 1 Dragee
Schulkinder
1-2mal täglich
1 Dragee

cascan

GMBH WIESBADEN

10 Dragees DM **1.80** 20 Dragees DM 2.80 o.U.

fahren schien, bleibt nach dem „Spiegel“-Gespräch folgendes übrig (wörtliche Zitierung „Spiegel“):

»NIEPER: Ich hatte 1960 mit einem amerikanischen Kollegen im Sloan-Kettering-Institut in New York eine Diskussion. Das heißt, er fragte mich: Was meinst du dazu? Der Fall Dulles war deswegen interessant, weil bei ihm eine Metastasierung, eine Tochtergeschwulstbildung, und ein akuter Zusammenbruch erfolgt waren, wie er sonst bei dieser Geschwulst unüblich ist.

SPIEGEL: Sie haben die Ansicht vertreten, diese Tochtergeschwülste seien durch die Radiogold-Behandlung ausgelöst worden. Nun ist aber Dulles schon mehr als zwei Jahre zuvor an einem Darmkrebs operiert worden. Es ist also wahrscheinlich, daß die Metastasierung bei der zweiten Operation im Februar 1959 — also noch vor der Radiogold-Behandlung — bereits eingetreten war. Und Dulles starb dann ja auch schon vierzehn Wochen später.

NIEPER: Ich weiß, er wurde ja wieder ins Krankenhaus eingeliefert wegen Verdachts auf angeblich Blinddarmentzündung.

SPIEGEL: Auf Leistenbruch.

NIEPER: Ah ja.

SPIEGEL: Auf eine Rückfrage unseres New Yorker Korrespondenten haben Forscher der „American Cancer Society“ es gestern als „absolut absurd“ bezeichnet, die Metastasierung bei Dulles auf die Radiogold-Behandlung zurückzuführen, wie Sie es beim Issels-Prozeß getan haben.

NIEPER: Ich kann nur sagen, daß ich in Amerika eine gegenteilige Diskussion miterlebt habe.

SPIEGEL: Sie haben beim Issels-Prozeß behauptet, John Foster Dulles hätte länger leben können, wenn er Kassenpatient gewesen und nicht mit dem aufwendigen radioaktiven Gold behandelt worden wäre. Glauben Sie, daß es wissenschaftlich vertretbar ist, so etwas in der Öffentlichkeit zu behaupten — ohne genaue Kenntnis der Details im Krankheitsverlauf?

NIEPER: Ja — ich wollte damit den Kontrast deutlich machen, daß man durch ein Zuviel des Guten, in diesem Fall der Bestrahlung, die körpereigene Abwehr zu schnell zerschlagen habe.

SPIEGEL: Herr Dr. Nieper, Sie haben sich im Issels-Prozeß dem Gericht vorgestellt als Inhaber einer selbstständigen Klinikposition und Mitglied einer internationalen Forschungsgruppe...

NIEPER: Also entschuldigen Sie, es ist nicht alles so, wie es in den Zeitungen steht, ich bin zum Beispiel kein geheimer Militärforscher, aber ich arbeite mit einem französischen Kollegen zusammen, der bei der Kriegsmarine ist.

SPIEGEL: Sie sind auch Mitglied der „Cancer International Research Cooperative“, einer „Dachorganisation zur Erforschung des Krebses“, wie die „Welt“ schrieb. Wir hatten bis gestern noch nie etwas von dieser Organisation gehört.

NIEPER: Die „Cancer International Research Cooperative“ ist eine Koordination von Krebsforschern und Krebsfachleuten.

SPIEGEL: Welche prominenten Krebsforscher gehören ihr denn an?

NIEPER: O, eine ganze Menge, ich müßte das in den Listen nachsehen.

SPIEGEL: Wir haben in New York angefragt, und nach unseren Erkundigungen handelt es sich bei dieser Organisation eher um einen größeren Familienverband. Er hat ein Büro in einem Vorort von New York. Mit einem Präsidenten, einem Vizepräsidenten — beide zwar Doktores, aber nicht der Medizin — und einer Sekretärin.

NIEPER: Ja, ich weiß, die sind jetzt umgezogen. Mich hat ein Kollege am Sloan-Kettering-Institut eingeladen, dieser Organisation beizutreten.

SPIEGEL: Maßgebende Krebsforscher in Amerika halten diese Vereinigung zwar für „aufrichtig und idealistisch“, aber auch für „naiv, vage in den Zielen und nicht eben gut informiert“. Sie ist offenbar von einer Familie ins Leben gerufen worden, nachdem ein Familienmitglied an Krebs gestorben war und die Angehörigen annahmen, es sei falsch behandelt worden.

NIEPER: Es ist ja oft so, daß solche Organisationen privat gestiftet werden.

SPIEGEL: Laut Satzung hat sich die Organisation zum Ziel gesetzt, Forschungsergebnisse und Erfahrungen auszutauschen, aber sie will auch „bessere Heilmethoden gegen Krebs als Bestrahlung und Operation entwickeln“.

NIEPER: Ja, das steht in den Satzungen. Für mich sieht es so aus, daß Resultate, die noch relativ unfertig im Raum stehen, als Briefe hinausgehen, und andere Resultate kommen dann zurück.

SPIEGEL: Wir dürfen resümieren, daß die Unruhe, die in der Bevölkerung nach Ihren Aussagen im Issels-Prozeß eingesetzt hat, unbegründet ist und daß Ihre These, Krebs sei übertragbar, gleichfalls „im Raum steht“: Sie halten eine Übertragung von Krebs beim Menschen unter höchst extremen Bedingungen für denkbar, Beweise für diese These aber sind noch nicht greifbar.

NIEPER: Ja, so etwa könnte man sagen.«

Homburg-Preis des Regensburger Kollegiums für ärztliche Fortbildung zur Förderung der medizinischen Forschung 1964

Aus Anlaß des 15jährigen Bestehens der Fortbildungskurse für Ärzte in Regensburg hat das Chemiewerk Homburg diesen Preis gestiftet und ihn am 23. Mai 1964 in die Obhut des Kollegiums übergeben. Mit ihm sollen in erster Linie Arbeiten des medizinischen Nachwuchses aus dem deutschen Sprachraum ausgezeichnet werden. Prämiert werden drei Arbeiten aus dem Gebiet der Inneren Medizin oder einer Disziplin, die als Grundlagenforschung die Innere Medizin wesentlich zu fördern imstande ist. Die Preisverleihung ist mit einer Zuwendung von 5000, 2000 und 1000 DM verbunden.

Zur Bewerbung um den Preis des Jahres 1964 wurden termingerecht 29 Arbeiten eingesandt, von welchen durch die Referentengutachten des Kollegiums und den Bewertungsausschuß vier Preisträger benannt wurden. Wegen Gleichheit in der Beurteilung für den 2. Preis

erfolgte nach Vereinbarung mit dem Stifter eine zweifache Ausschüttung.

In der Festsitzung des Kollegiums anlässlich der Eröffnung der 33. Fortbildungsveranstaltung wurden im historischen Reichssaal des Alten Rathauses zu Regensburg durch den Vorsitzenden des Kollegiums, Herrn Prof. Dr. D. JAHN, und Herrn Direktor Dr. E. KOHLSTAEDT vom Chemiewerk Homburg die Urkunden mit den Zuwendungen übergeben.

1. Preisträger

Priv.-Doz. Dr. Hans J. DENGLER,
Med. Universitätsklinik Heidelberg.
Thema der Arbeit: „Aufnahme und Stoffwechsel von tritiummarkierten Noradrenalin“.

2. Preisträger

Doz. Dr. Friedrich Werner SCHMIDT und
Frau Dr. Ellen SCHMIDT,
Med. Universitätsklinik Marburg.
Thema der Arbeit: „Enzym-Bestimmungen im Serum bei Leber-Erkrankungen“.

Gleichwertig und ebenfalls mit dem vollen 2. Preis vergeben:

Doz. Dr. Hans Dierck WALLER und
Doz. Dr. Georg Wilhelm LÖHR,
Med. Universitätsklinik Tübingen.
Thema der Arbeit: „Erbliche nichtsphärocytäre hämolytische Anämien“.

3. Preisträger

Dr. Kurt SIMON,
Chefarzt der Klinik Aprath/Rhld.
Thema der Arbeit: „Frequenzanalysen der Herz-
töne mit einem Herztonspektrographen“.

Die Preisausschreibung für die Verleihung im Mai 1966 erfolgt in Kürze. Das Kollegium hat beschlossen, die Thematik beizubehalten.

Klima und Medizin

„Klima und Medizin“ war das Thema eines wissenschaftlichen Abends, zu dem die Fa. Bayer Ende Oktober in ihr Münchner Haus eingeladen hatte und mit dem sie eine Reihe von Veranstaltungen fortsetzte, bei denen Fragen aus den Grenzgebieten der Medizin vor Ärzten zur Diskussion gestellt werden.

Dr. H. BREZOWSKY, Leiter der med.-meteorolog. Beratungsstelle Bad Tölz, und Dr. Wolf H. WEIHE von der hochalpinen Forschungsstation Jungfrauoch, Bern, zeigten in ihren Vorträgen die Beziehungen zwischen Klima und Wetter einerseits, sowie praktischer Medizin und pharmakologischer Wirkung andererseits. Die Erkennung dieser Zusammenhänge steht zwar noch im Anfang — die vorgetragenen statistischen und tierexperimentellen Forschungsergebnisse führten aber vor Augen, welche Bedeutung sie für die praktische Medizin haben können.

Dr. Brezowsky ging von der Tatsache aus, daß Klima und Wetter die physiko-chemische Umwelt des Menschen bestimmen. Dem durch langzeitige Gegebenheiten geprägten Klima steht das sich oft kurzfristig ändernde Wetter gegenüber. Man unterscheidet daher eine Bioklimatologie und eine Biometeorologie, bzw. allein auf den Menschen bezogen eine Medizinmeteorologie. Der meteorologische Partner des Mediziners in diesem Zusammenspiel zwischen Meteorologie und

Medizin gliedert den Wetterablauf in Phasen, die mit dem biologischen Material korreliert werden können. Der Wetterablauf in Mitteleuropa besteht aus relativ wenigen periodischen und mehreren aperiodischen Anteilen. Anhand vieler übersichtlicher Statistiken zeigte der Vortragende, daß mit den aperiodischen meteorologischen Vorgängen eine Vermehrung, mit den periodischen dagegen eine Verminderung von Befindensstörungen einhergeht. Wir sind daher zu der Annahme berechtigt, daß zwischen der Störung der Periodik im meteorologischen und im biologischen Material ein naturgesetzlicher Zusammenhang besteht. Die zukünftige Aufgabe wird es sein, diese statistisch gewonnene Erkenntnis durch das Experiment zu sichern.

Dr. Weihe sprach über Wetter und Klima im pharmakologischen Tierversuch. Er führte aus, daß der Organismus ein offenes biologisches System sei, das sich zur Erhaltung der Homöostase ständig der Umwelt anpassen muß. Rasse, Lebensbedingungen, Ernährung und Alter sowie Klima und Wetter bestimmen diese Anpassung. An einigen Beispielen wurden die stark unterschiedlichen Reaktionen von verschiedenen Stämmen der Versuchstiere (Mäuse und Ratten) auf Testsubstanzen gezeigt. Auch die Haltung der Tiere (ob einzeln oder in Gruppen) sowie die dem Tier zur Verfügung stehende Bodenfläche sind von Bedeutung für die Reaktionsempfindlichkeit. Bei der Akklimatisation der Tiere an verschiedene Raumtemperaturen ließen sich zwar Reaktionsunterschiede gegenüber den Testpharmaka, aber keine gesetzmäßigen Zusammenhänge finden. Auch im Immunitätstest reagierte jeder Tierstamm beim Übergang auf große Höhen anders, so daß auch hier Prognosen unmöglich sind. Diese Temperatur- und Höhenklimaversuche beweisen die Bedeutung der physikalischen Umwelt für das pharmakologische Experiment. Die physikalischen Umweltfaktoren müssen für jeden Versuch genauestens definiert werden, um brauchbare Aussagen machen zu können.

Die rege Beteiligung und Diskussion bewiesen das große Interesse der Ärzte, mit Fragen aus den Grenzgebieten der Medizin konfrontiert zu werden und mit deren Wissenschaftlern ins Gespräch zu kommen.

Dr. Thea Müller-Kamerhuis

Berufshaftpflichtversicherung bei Sonntagsdienst und in Notfällen

Einige Haftpflichtversicherungsgesellschaften sollen die Auffassung vertreten haben, daß der Versicherungsschutz aus einem Berufshaftpflicht-Versicherungsvertrag von Fachärzten sich nur auf die Tätigkeit innerhalb des Fachgebietes, nicht aber auch auf die Tätigkeit im Sonntagsdienst oder bei Notfallbehandlungen erstreckt.

Die Bundesärztekammer hat den Verband der Haftpflicht-, Unfall- und Kraftverkehrsversicherer e. V. (HUK-Verband) um eine Stellungnahme zu dieser Frage gebeten.

Der HUK-Verband hat der Bundesärztekammer darauf wie folgt geantwortet:

„Die Ihnen vorliegenden Berichte, daß wir der Auffassung seien, der Versicherungsschutz aus einer Berufshaftpflichtversicherung erstrecke sich bei Fachärzten nicht auf Tätigkeiten, die der Facharzt im Rahmen des Sonntagsdienstes oder bei Notfallbehandlungen

außerhalb seines engeren Fachgebietes ausübe, dürften auf falschen Informationen beruhen. Wir haben im Gegenteil unsere Mitgliedsunternehmen auf Anfrage dahin gehend informiert, daß der Notfalldienst für Ärzte in jede Ärzte-Haftpflichtversicherung eingeschlossen sein soll, und zwar auch dann, wenn Fachärzte diesen Notfalldienst versehen.

Bei den Fachärzten, um die es bei der Einsetzung zum Sonderdienst in erster Linie geht, handelt es sich um Internisten, Frauenärzte, Chirurgen, Hals-, Nasen- und Ohrenärzte, Kinderärzte sowie Hautärzte. Diese Fachärzte besitzen aufgrund ihrer Ausbildung auch die Qualifikation für die Tätigkeit als Praktischer Arzt. Jeder Facharzt ist deshalb in der Lage, eine allgemeine Praxis auszuüben, insbesondere, wenn es sich um Not- oder Wochenenddienst handelt. Es kann somit den Versicherungsschutz nicht beeinträchtigen, wenn ein Facharzt, der in dieser Eigenschaft eine Berufshaftpflichtversicherung abgeschlossen hat, zum Sonderdienst für Praktische Ärzte herangezogen und dabei für einen Krankheitsfall in Anspruch genommen wird, der nicht in sein Fachgebiet fällt. Der Versicherungsschutz für Fachärzte wird nach dem Normaltarif nicht auf deren Fachgebiet beschränkt.“

Die Auffassung des HUK-Verbandes ist jedoch nicht für alle Versicherer verbindlich.

Den Ärzten, insbesondere den Fachärzten, wird daher dringend empfohlen, ihre Berufshaftpflicht-Versicherungsverträge in dieser Richtung zu überprüfen und ggf. durch eine Erklärung ihrer Versicherung festzustellen, daß sich die Versicherung auf die gesamte ärztliche Tätigkeit ohne Einschränkung erstreckt. Sollten wider Erwarten einzelne Versicherungen Schwierigkeiten machen, so wird die Kündigung und der Abschluß eines neuen Haftpflichtversicherungsvertrages bei einer Versicherung empfohlen, die zur Deckung des gesamten ärztlichen Haftpflichttrisikos bereit ist.

Klare Absage an einheitliche Krankenversicherung Private Kassen für klare Abgrenzung der Versicherungsberechtigung

Eine klare Absage an die Einführung einer einheitlichen Krankenversicherung auch in der Bundesrepublik erteilt die private Krankenversicherung in ihrem Rechenschaftsbericht für 1963. Aufmerksam verfolgt würden die Bestrebungen im EWG-Raum, die dahin zielten, die obligatorische Krankenversicherung auf Bevölkerungskreise auszudehnen, die sich seit jeher aus eigener Kraft gegen die finanziellen Risiken der Krankheit selbst sicherten, wird in den Anmerkungen betont.

Davon ausgehend, daß der französische Gewerkschaftler Charles VEILLON auf der „2. Europäischen Konferenz über soziale Sicherheit“ im Dezember 1962 in Brüssel forderte, im Rahmen der Harmonisierungsbestrebungen in den EWG-Staaten eine einheitliche Sozialversicherung für alle Arbeitnehmer und Selbständigen zu schaffen, wird zu bedenken gegeben, daß derartige Auffassungen „das ganze Ausmaß der Gefahren für die private Krankenversicherung, aber auch für die gegliederte gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik mit ihren unterschiedlichen Kassenarten“ aufzeigten. Wenngleich diese Konferenz auch nicht zu konkreten Empfehlungen gelangte, habe die private Krankenversicherung indessen keinen Grund, sorglos zu werden: „Alle Anzeichen deuten darauf hin, daß die Pläne zur Ausdehnung der Pflichtversicherung

und zur Erfassung der Selbständigen weiter verfolgt werden.“

Mit nicht weniger großer Sorge beobachtet die private Krankenversicherung „verhängnisvolle Tendenzen bei den Angestellten-Ersatzkassen, privatversicherungsähnliche Tarife einzuführen“. Infolge der unterschiedlichen Kostenstrukturen befürchtet sie eine Verzerrung der Wettbewerbslage zum Nachteil der privaten Krankenversicherung.

Auch wird bedauert, daß immer noch keine klare Grenze zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung in der Bundesrepublik besteht. Es wird auf die Vorschläge von 1952 verwiesen, die verbindliche Erklärungen beinhalten, freiwillig Versicherte, die — wie im Entwurf eines Krankenversicherungs-Neuregelungsgesetzes vorgesehen — aus der gesetzlichen Krankenversicherung ausscheiden müßten, ohne Nachteile in die privaten Kassen zu übernehmen. Der Verband der privaten Krankenversicherung gibt der Erwartung Ausdruck, daß bei einer Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze — auch bei vorgezogener Teillösung — der Besitzstand der privat Versicherten gewahrt und ihnen die Möglichkeit geboten wird, bei ihren Versicherungsgemeinschaften zu bleiben.

Ziel: Ausbau des Versicherungsschutzes

Die Entwicklung, die in der privaten Krankenversicherung 1963 zu verzeichnen war, wird als „durchweg zufriedenstellend“ bezeichnet. Versicherungsbestand und Beitragsaufkommen hätten sich vergrößert. Auch seien die Versicherungsleistungen erheblich gestiegen. Ziel sei gewesen, den Versicherungsschutz weiter auszubauen, um ihn dem steigenden Bedarf anzupassen. Darum seien auch die Tarife modernisiert und Versicherungsbedingungen mit überholten Bestimmungen bereinigt worden.

Der Anstieg der Versicherungsleistungen um 148,9 Millionen DM oder 13,7 v. H. auf 1 238,7 Millionen DM wird sowohl auf den ständig steigenden Trend des Versicherten nach vermehrten Krankenhausaufenthalten und zu kostspieligen Behandlungsmethoden zurückgeführt als auf die Umstellung auf höhere Tarife und schließlich die Zunahme des Versicherungsbestandes.

Für ärztliche Verrichtungen nur 10,7 v. H. mehr

Über die veränderten Kosten der ärztlichen Behandlung in der Privatpraxis gibt die Entwicklung der Versicherungsleistungen gewissen Aufschluß. Sie stiegen für ärztliche Verrichtungen (Beratungen, Besuche, Sonderleistungen, Wegegebühren und Operationen) von 8,5 v. H. im Jahr 1962 im vorigen Jahr um 10,7 v. H. Von 1956 bis 1963 erhöhten sie sich von 106,8 v. H. auf 183,6 v. H. Seit 1955 stiegen die Ausgaben demnach nur um 83,6 v. H. an.

Demgegenüber erhöhten sich die Ausgaben für Arzneimittel gegenüber 1962 um 14,9 v. H. Die Leistungen stiegen somit von 1955 zu 1956 auf 111,2 v. H. und bis 1963 sogar auf 248,3 v. H., also um 146,3 v. H. Das ist erheblich mehr als bei den ärztlichen Verrichtungen!

Die Kosten für stationäre Krankenhausbehandlung, die von 1955 zu 1956 auf 111,3 v. H. anwachsen, erhöhten sich in den letzten 13 Jahren um 214,8 v. H. und allein seit 1962 um 11,8 v. H.

Damit liegen die Ausgabensteigerungen für ärztliche Verrichtungen eindeutig am niedrigsten.

O. R.

PERSONALIA

Dr. Heinz Schauwecker 70 Jahre alt

Am 10. Oktober 1964 konnte Dr. Heinz SCHAUWECKER, Praktischer Arzt und Schriftsteller in Berching/Opf., dessen Ehrenbürger er seit 1945 ist, seinen 70. Geburtstag begehen. Ihm zu Ehren hatten sich in Berching, dem oberpfälzischen Rothenburg, eine große Zahl von Ehrengästen zur Gratulation versammelt. Sie gedachten mit Dank der vielen Jahrzehnte seines Wirkens als Praktischer Arzt und feierten ihn auch als Dichter und Schriftsteller der Oberpfalz und als einen der Väter des Nordgautages, der alle zwei Jahre als große kulturelle Veranstaltung der Oberpfalz und des Egerlandes durchgeführt wird.

In einer Würdigung von Robert LINDENBAUM „Heinz Schauwecker 70 Jahre, der Oberpfälzer Schriftsteller aus der Sicht des Egerländers“ heißt es u. a.:

„Aber Schauwecker ist nicht nur Lyriker von starkem Formgefühl, er hat auch als Verfasser vieler Heimatspiele und als Erzähler Format. Die Sagen seiner Heimat Oberpfalz, die geschichtsträchtige Landschaft zwischen Eger und Regensburg bieten ihm die Stoffe für seine Erzählungen und Romane an. Da ist einmal der historische Roman ‚Herr Seyfried, Frau Kathrein und der König‘, der 1950 noch einmal aufgelegt worden ist, da sind die Romane ‚Der Vizedom‘, dann ‚Die Sternstunde der Barbara Blomberg‘, die Heinz Schauwecker weiten Leserkreisen bekanntgemacht hat, ‚Blätter im Wind‘ und auch vor allem der Roman ‚Die Liebe kann alles‘, der kürzlich in neuer Auflage bei Glock & Lutz in Nürnberg erschienen ist.“

Wenn wir heute im Atomzeitalter einen Roman wie diesen noch zur Hand nehmen, der außerhalb unserer Zeit und unseres Lebensrhythmus spielt, dann setzen wir voraus, daß er für uns nicht nur ein Gewinn in der Kenntnis der Geschichte unserer größeren Heimat ist, sondern daß er auch Perspektiven zum Ablauf unseres Jahrhunderts eröffnet. Dieser Roman aus den Gaiubenskämpfen des Mittelalters und aus der Türkenbelagerung Wiens erfüllt solche Voraussetzung in

reichem Maße. Er läßt uns eine Zeit erleben voll Tragik und menschlichem Schicksal, wie wir sie nur wieder in unserer Generation erlitten haben.

Und in seinem bisher letzten Roman ‚Hexentanz in Lindenberg‘^{*)}, in dem er vom Hexenglauben im dörflichen Leben erzählt und ein Bild entwirft abseits von Erfindungen und Zivilisation, ganz aus der Verstrickung des Menschen in die Dämonien dunkler Mächte, spricht er die menschliche Gesellschaft an, die noch heute hinter den Schicksalsschlägen Kräfte des Teufels sucht, und, von gewissenlosen Zeitgenossen verführt, zu Mitteln der vermeintlichen Abwehr greifen, die sich zu handfesten Verbrechen auswachsen. Ein Buch, das uns zum Nachdenken zwingt mit dem Ergebnis, daß uns Vernunft, Menschlichkeit und wahre christliche Liebe heute mehr denn je nottun, wollen wir mit den Problemen der Zeit fertig werden.“

Schauwecker hat auch Märchen und Sagen geschrieben und auch mehrere Laienspiele verfaßt. In Anerkennung seines dichterischen Schaffens erhielt er 1952 den Nordgaidichterpreis, die Albertus-Magnus-Medaille für Kunst und Wissenschaft und den Kulturpreis Ostbayern 1960.

Habt ihr bedacht, daß ihr
in Gottes Hand nur Körner seid,
geworfen in der Zukunft
rätselvollen Schoß?
Ist euer Herz zu wachsen
und zu tragen so bereit,
daß euch der Erntetag erfüllt
ein frohbejahrtes Los?

(Aus einem Gedichtband von Schauwecker)

^{*)} Pallotti-Verlag, Friedberg bei Augsburg.

Prof. Oberrniedermayr 65 Jahre

Prof. Dr. A. OBERNIEDERMAYR, außerordentlicher Professor für Kinderchirurgie an der Universität München, vollendete am 31. Oktober 1964 sein 65. Lebensjahr.



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



Dr. Saenning

60 Jahre

Am 5. Dezember 1964 konnte Herr Kollege Dr. Rudolf SOENNING, MdL, seinen 60. Geburtstag begehen.

Nach dem Staatsexamen war er mehrere Jahre im Ausland, vor allem in England, Frankreich, Südamerika und als Schiffsarzt tätig. Schließlich ließ er sich 1936 als Augenfacharzt in Berlin nieder. Bei Ausbruch des zweiten Weltkrieges wurde er zur Wehrmacht eingezogen und leitete als Stabsarzt Augenstationen in Kriegslazaretten in Norwegen, Finnland und Griechenland. Als er 1945 ausgebombt wurde und seine Heimat in Ostberlin verloren hatte, zog er in seine Vaterstadt Memmingen zurück, wo er seitdem als Augenarzt wirkt.

Nach dem Zusammenbruch wurde er als Abgeordneter in die Bayerische Landesärztekammer und 1950 in ihre Vorstandschaft gewählt. Seit dieser Zeit ist er auch bayerischer Delegierter im Deutschen Ärztetag.

Seit 1950 gehört er als schwäbischer Abgeordneter dem Bayerischen Landtag an. Seit 1953 ist er Vorsitzender des Bayerischen Landesgesundheitsrates. Vor allem trat er für alle Belange der Volksgesundheit, Sanierung der Krankenhäuser, Aufbau der Universitätskliniken, die Besserstellung der Krankenschwestern, die Sicherung des Pflegepersonalnachwuchses, die Einrichtung eines bayerischen zentralen Blutspendedienstes usw. ein. 1962 gründete er den Gesundheitspolitischen Arbeitskreis der CSU. Am 15. 1. 1962 verlieh ihm der bayerische Ministerpräsident den Bayerischen Verdienstorden.

FAKULTÄT

München

Priv.-Doz. der Geburtshilfe und Gynäkologie Dr. Rudolf KAISER wurde die Bezeichnung apl. Prof. verliehen.

O. Prof. Dr. Dr. Alfred MARCHIONINI wurde die Auszeichnung der Wahl zum Ehrenmitglied der Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie zuteil.

Dr. med. Dr. med. h. c. R. ZENKER, ordentlicher Professor für Chirurgie, wurde von der Society of Thoracic Surgeons of Britain and Ireland zum Ehrenmitglied gewählt.

IN MEMORIAM

Edler v. Haffmann †

Herr Kollege Dr. Max Edler von HOFFMANN, Facharzt für Augenheilkunde, ist am 14. Oktober 1964 im Alter von 84 Jahren in Neumarkt/Opf. verstorben.

Im Jahre 1933 hatte er sich in Neumarkt als Augenarzt niedergelassen. Dort begann er sofort nach Ende des 2. Weltkrieges mit dem Aufbau eines Ärztlichen Bezirksvereins, und blieb bis an sein Lebensende der 1. Vorsitzende des Ärztl. Kreisverbandes Neumarkt.

Sein stets korrektes Verhalten und seine hochstehende Berufsauffassung sicherten ihm zu allen Zeiten die Wertschätzung seiner Kollegen. Seine Tätigkeit in der ärztlichen Standesorganisation betrachtete er als ehrenvolle Aufgabe. Sie war für ihn trotz seines hohen Alters eine wirkliche Befriedigung. Das Vertrauen, das seine Kollegen ihm entgegenbrachten, zeigte sich deutlich in seiner mehrmaligen Wiederwahl in das Amt des 1. Vorsitzenden seines Ärztlichen Kreisverbandes.

AUS DER BUNDESPOLITIK

Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Entwurf eines Gesetzes über die Werbung auf dem Gebiet des Heilwesens

Die Bundesärztekammer hat an die Mitglieder der Bundestagsausschüsse für Gesundheitswesen und für Wirtschaft in einem nachstehend wiedergegebenen Brief ihre Auffassung zu dem genannten Gesetz mitgeteilt:

„Der von der Bundesregierung eingebrachte Entwurf eines Gesetzes über die Werbung auf dem Gebiet des Heilwesens wurde vom Deutschen Bundestag nach erster Lesung dem Ausschuß für Gesundheitswesen (federführend und dem Wirtschaftsausschuß (mitberatend) überwiesen. Aus Anlaß der Beratungen dieses Gesetzentwurfs in den genannten Ausschüssen erlauben wir uns, Ihnen als Ergebnis einer eingehenden Überprüfung des Gesetzhaltendes durch den Vorstand der Bundesärztekam-

mer und dessen Fachausschuß für Arzneimittelfragen, der ‚Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft‘, die Auffassung der Bundesärztekammer zu wesentlichen und die Ärzteschaft besonders interessierenden Bestimmungen des Gesetzentwurfs wie folgt vorzutragen:

Der Vorstand der Bundesärztekammer begrüßt die Absicht des Gesetzgebers, Vorschriften über die Werbung für Arznei- und Heilmittel zu erlassen. Er begrüßt diese Absicht um so mehr, als der Deutsche Ärztetag mehrfach mit Besorgnis auf die immer stärkere Zunahme der Werbung für Arznei- und Heilmittel vor Laien hingewiesen hat. Vor allem hat der 64. Deutsche Ärztetag 1961 in Wiesbaden nachdrücklich darauf aufmerksam gemacht, daß eine kommerziell ausgerichtete Arznei- und Heilmittelwerbung sehr gefährlich werden

kann, wenn der einzelne ihr unkritisch folgt und durch sie zu Handlungen verleitet wird, die für seine Gesundheit schädlich sind. Der Deutsche Ärztetag wiederholte daher seine schon 1956 erhobene Forderung nach gesetzlichen Maßnahmen zur Begrenzung der Werbung für Arznei- und Heilmittel beim Publikum.

Mit Befriedigung stellte der Vorstand der Bundesärztekammer fest, daß sowohl im Regierungsentwurf dieses Gesetzes als auch in den vom Deutschen Bundesrat dazu beschlossenen Änderungs- und Ergänzungsvorschlägen verschiedene Anregungen und Forderungen der Bundesärztekammer berücksichtigt wurden. Einigen wesentlichen und grundsätzlichen Forderungen der Ärzteschaft wurde jedoch nicht Rechnung getragen. Diese Forderungen erlauben wir uns, Ihnen im folgenden erneut darzulegen und zu begründen.

1. Gegenstand des Gesetzes

Der Vorstand der Bundesärztekammer würde es begrüßen, wenn zu Beginn des Gesetzestextes der Gegenstand, auf den sich das Gesetz bezieht, ausdrücklich genannt würde. Für den Inhalt einer solchen Vorschrift schlägt die Bundesärztekammer vor, darin neben den Arznei- und Heilmitteln auch Lebensmittel, Körperpflegemittel und Kosmetika aufzunehmen, soweit sich Werbeaussagen hierüber auf eine Beeinflussung der Gesundheit beziehen.

2. Unsachliche Beeinflussung durch die Werbung

Der Bundesrat hat vorgeschlagen, dem § 1 des Regierungsentwurfes einen zweiten Absatz anzufügen, welcher durch Aufzählung von Beispielen zur Erläuterung des Begriffes 'unsachliche Beeinflussung' dienen soll. Die Bundesregierung stimmte diesem Vorschlag zwar im Grundsatz zu, beurteilte ihn jedoch als teils zu weitgehend und teils nicht bestimmt genug. Sie hat deshalb einen neuen Formulierungsvorschlag unterbreitet.

Dem Vorstand der Bundesärztekammer erscheint die vom Bundesrat vorgeschlagene Formulierung als umfassender und empfehlenswerter; er bittet daher, die Fassung des Bundesrates in den Gesetzestext aufzunehmen.

3. Irreführende Werbung für Arzneimittel

Die aus der Stellungnahme des Bundesrates mit Zustimmung der Bundesregierung in den Gesetzentwurf aufgenommenen Änderungen und Ergänzungen der Ziffern 1 und 2 b in § 2 des Gesetzentwurfes werden von der Bundesärztekammer sehr begrüßt.

4. Werbung mit Gutachten, Zeugnissen oder Hinweisen auf das Schrifttum

Der Vorschlag des Bundesrates, in § 3 des Regierungsentwurfes einen neuen Absatz einzufügen, nach welchem mit Gutachten, Zeugnissen oder wissenschaftlichen, fachlichen oder sonstigen Veröffentlichungen für Arzneimittel außerhalb der Fachkreise nicht geworben werden darf, deckt sich mit den von der Ärzteschaft bei ihren früheren Stellungnahmen zu dem Referentenentwurf dieses Gesetzes mehrfach erhobenen dringenden Forderungen und wird daher sehr begrüßt.

Mit Bedauern und Enttäuschung hat der Vorstand der Bundesärztekammer jedoch zur Kenntnis genommen, daß die Bundesregierung nicht bereit ist, diesem

Vorschlag des Bundesrates zu folgen. Es ist aber eine unabdingbare ärztliche Forderung, eine solche Werbung ausschließlich auf die Werbung innerhalb der Fachkreise zu beschränken. Der Vorstand der Bundesärztekammer bittet daher dringend, die diesbezüglichen Vorschläge des Bundesrates zu § 3 in den Gesetzentwurf aufzunehmen.

Die Bundesärztekammer weist darauf hin, daß die auf Gutachten, Zeugnissen oder dem Schrifttum beruhenden Werbeaussagen nur von Fachkreisen beurteilt werden können; bei ihrer Verwendung in der Werbung vor dem Publikum soll häufig das unzureichende oder überhaupt fehlende Beurteilungsvermögen des Laien ausgenutzt werden.

Um solchen Mißständen von ärztlicher Seite entgegenzutreten, enthält die Berufsordnung für die deutschen Ärzte folgende Bestimmung:

„Es ist dem Arzt nicht gestattet, Werbevorträge zu halten oder über Heil- und Hilfsmittel Gutachten oder Zeugnisse auszustellen, die zur Werbung bei Laien verwendet werden sollen. Der Arzt hat eine solche Verwendung seiner Gutachten und Zeugnisse dem Empfänger ausdrücklich zu untersagen.“

Für die Beurteilung der Wirkung von Arzneimitteln, Gegenständen und Verfahren zur Heilbehandlung ist allein der Arzt der Sachverständige. Würde das Gesetz diese Werbemaßnahmen nicht auf die Fachkreise beschränken, bestünde die Gefahr, daß

- Beurteilungen von Nichtsachverständigen abgegeben und verwendet werden und
- künftighin Beurteilungen, da sie deutschen Ärzten durch ihre Berufsordnung nicht gestattet sind, von ausländischen Ärzten eingeholt werden.

Das aber dürfte nicht in der Absicht des Gesetzgebers liegen.

5. Verbotene Medien in der Werbung für Arzneimittel außerhalb der Fachkreise

Der Vorstand der Bundesärztekammer bittet, die Aufzählung der Werbemedien, durch welche gemäß § 4 Abs. 2 des Gesetzentwurfes für Arzneimittel außerhalb der Fachkreise nicht geworben werden darf, zu ergänzen um

„durch bildliche Darstellung von Körpern oder Körperteilen in Zeitungen und Zeitschriften“.

Bei der Werbung mit Illustrationen in Zeitungen und Zeitschriften haben sich mehr und mehr Auswüchse (Darstellung bestimmter Körperteile vor und nach Behandlung oder von abstoßenden krankhaften Veränderungen) gezeigt, die nicht mehr hingenommen werden sollten, da sie entweder gegen das sittliche Empfinden verstoßen oder unerwünschte suggestive Wirkungen hervorrufen.

6. Werbung für Mittel und Gegenstände, die keine Arzneimittel sind

In § 7 des Gesetzentwurfes ist festgelegt, welche anderen Vorschriften dieses Gesetzes auf die Werbung für Mittel und Gegenstände, die keine Arzneimittel sind, angewendet werden. Die Bundesärztekammer schlägt vor, auf diese Werbung auch die Bestimmungen des § 4 Abs. 2 Nr. 1 und Nr. 10 anzuwenden und demzufolge die Fassung des § 7 Abs. 1 entsprechend zu ergänzen. Die Ärzteschaft sieht es als notwendig an,

eine Werbung für die hier genannten Mittel und Gegenstände durch Film, Rundfunk und Fernsehen sowie durch Werbemaßnahmen, die sich ausschließlich oder überwiegend an Kinder und Jugendliche unter 16 Jahren richten, mit einem Verbot zu belegen.

Sollte aus volksgesundheitlichen Interessen in bestimmten Situationen die Werbung vor Kindern oder Jugendlichen als zweckmäßig erscheinen (siehe Gesetzesbegründung zu § 4 Abs. 4), so könnte auch hier die Ausnahmebestimmung von § 4 Abs. 4 des Entwurfes gelten.

7. Nennung des für die Werbung Verantwortlichen

Der Vorstand der Bundesärztekammer schlägt vor, an geeigneter Stelle in den Gesetzentwurf eine Bestimmung folgenden Inhaltes einzufügen:

„Aus einer Werbung im Sinne dieses Gesetzes muß erkennbar sein, wer für die Werbung verantwortlich ist.“

Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, daß die Verantwortlichkeit für eine Werbung oft juristisch nicht geklärt und damit Verstöße gegen das Werbegesetz nicht bestraft werden konnten. Die vorgeschlagene Ergänzung erscheint vor allem in den Fällen notwendig, in denen die Durchführung der Werbung Dritten übertragen wird oder in denen für Mittel oder Gegenstände aus dem Ausland geworben wird. Auf die entsprechenden Bestimmungen im Pressegesetz über den verantwortlichen Redakteur sei in diesem Zusammenhang beispielhaft hingewiesen.

Die Bundesärztekammer würde es dankbar begrüßen, wenn ihre Änderungs- und Ergänzungsvorschläge bei den Beratungen über diesen Gesetzentwurf und dessen endgültiger Gestaltung berücksichtigt werden könnten.“

AUS DER LANDESPOLITIK

Zur Durchführung des Jugendarbeitsschutzgesetzes

Herr Kollege Klaus DEHLER, MdL, brachte am 15. 10. 1964 im Bayerischen Landtag nachstehende schriftliche Anfrage ein:

„Über die zur Durchführung des Jugendarbeitsschutzgesetzes vom 9. August 1960 vorgeschriebenen ärztlichen Einstellungsuntersuchungen gem. § 45 Abs. 1 und Nachuntersuchungen nach § 45 Abs. 2 des Jugendarbeitsschutzgesetzes liegen nunmehr folgende Zahlen vor:

Vierteljahr	§ 45/1	§ 45/2
I/63	20 113	422
II/63	18 837	729
III/63	12 379	1 336
IV/63	27 489	6 823
1963	78 818	9 310
I/64	20 697	4 196
II/64	21 997	4 077
III/64	27 182	10 761
I—III/64	69 876	19 034

Ich frage die Bayerische Staatsregierung:

1. Wie erklärt sich die relativ geringe Zahl der Zweituntersuchungen gegenüber den Erstuntersuchungen?
2. Welche Maßnahmen beabsichtigt die Staatsregierung, um der Vorschrift des § 45 Abs. 2 des Jugendarbeitsschutzgesetzes hinsichtlich der Zweituntersuchung vor Ablauf des ersten Beschäftigungsjahres stärkere Beachtung zu verschaffen?“

Das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge hat diese Anfrage wie folgt beantwortet:

„Nach den Vorschriften des § 45 Abs. 2 des Gesetzes zum Schutz der arbeitenden Jugend vom 9. 8. 1960 (BGBl. I, S. 665) hat sich der Arbeitgeber vor Ablauf des ersten Beschäftigungsjahres eines Jugendlichen die Bescheinigung eines Arztes darüber vorlegen zu lassen, daß der von ihm beschäftigte Jugendliche nachuntersucht worden ist. Stellen die Gewerbeaufsichtsbeamten bei ihren Betriebskontrollen fest, daß die Bescheinigungen für die Nachuntersuchungen der Jugendlichen nicht vorliegen, und verlangen sie von dem Arbeitgeber entsprechende Aufklärung, dann erhalten sie

vielfach zur Antwort: „Die Jugendlichen wurden von mir wiederholt aufgefordert; ich kann sie aber nicht zwingen, zur Untersuchung zu gehen.“

Es wurde deshalb geprüft, ob es möglich sei, durch eine geeignete Fassung des Gesetzes einen Zwang auszuüben. Nach Meinung des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung (BMA), die auch von den Ländern geteilt wird, ist der Arbeitgeber nach der Gesetzesformulierung nicht zwingend verpflichtet, den Jugendlichen zu entlassen, wenn er die verlangte Bescheinigung nicht beibringt.

Auf Grund dieser Sachlage haben die Länderarbeitsminister deshalb auf ihrer 36. Konferenz am 29./30. April 1964 in Lübeck die Frage beraten und einstimmig folgenden Beschluß gefaßt:

„Nach den vorliegenden Erfahrungen läßt die Zahl der Nachuntersuchungen, von denen gerade wesentliche Erkenntnisse über die Auswirkung der Berufsarbeit auf den Gesundheitszustand der Jugendlichen zu erwarten sind, außerordentlich zu wünschen übrig. Da von anderen Maßnahmen keine Besserung des Ergebnisses in nennenswertem Umfang zu erwarten ist, wird es für erforderlich gehalten, § 45 Abs. 2 Jugendarbeitsschutzgesetz dahingehend zu ändern, daß das Beschäftigungsverhältnis nach Ablauf des ersten Beschäftigungsjahres nur fortgesetzt werden darf, wenn der Jugendliche von einem Arzt nachuntersucht worden ist.“

Die Arbeitsminister und Senatoren für Arbeit der Länder bitten daher den Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, eine entsprechende Änderung des Jugendarbeitsschutzgesetzes vorzubereiten.“

Das BMA hält den Vorschlag, durch Gesetzesänderung eine bessere Einhaltung der Vorschrift zu erzwingen, für erfolgversprechend. Für die laufende Sitzungsperiode des Bundestags ist aber die Einbringung und Beratung einer entsprechenden Vorlage wegen der bestehenden Überlastung der zuständigen Ausschüsse kaum mehr zu erwarten.

Die Ergebnisse der Nachuntersuchungen waren auch auf einer Referentenbesprechung der Länder, am 25. Februar 1964 in Bonn, Gegenstand einer Aussprache.

Damals haben die Ländervertreter für die Beteiligung im Jahre 1963 folgende von Hundertsätzen angegeben:

Baden-Württbg. 10—15 v.H.	Niedersachsen . . . 10 v.H.
Berlin . . . keine Angabe	Nordrhein-Westf. 30 v.H.
Bremen 45 v.H.	Rheinland-Pfalz 10 v.H.
Hamburg 50 v.H.	Saarland 25 v.H.
Hessen 25—30 v.H.	Schleswig-Holst. 20 v.H.

Mit Ausnahme der Werte der Stadtstaaten sind die Zahlen sehr unbefriedigend. Es darf allerdings nicht übersehen werden, daß das Jahr 1963 für die Nachuntersuchungen das Anlaufjahr war. Die Ergebnisse für 1964 dürften daher besser liegen. In Bayern wird die Beteiligung 1964 etwa 30 v. H. betragen.

Die Zahl der Nachuntersuchungen muß übrigens zwangsläufig niedriger sein als die Zahl der Einstellungsuntersuchungen, weil die Jugendlichen von Mittel-, Aufbau-, Handels-, Privat- oder sechsklassigen Oberschulen überwiegend beim Eintritt ins Berufsleben schon 17 Jahre und damit vor Ablauf des ersten Beschäftigungsjahres bereits 18 Jahre alt sind. Sie können zwar eine Beschäftigung ohne vorherige Einstellungsuntersuchung nicht aufnehmen; nach Erreichung der Altersgrenze sind sie aber an die Einhaltung der Vorschriften des Jugendarbeitsschutzgesetzes nicht mehr gebunden.

Von verschiedenen Seiten wird die Meinung vertreten, daß in Bayern die gemeinsame Ausgabe der Untersuchungsberechtigungscheine für die Erst- und Nachuntersuchung durch die Entlaßschulen (8. Klasse der Volksschule) Ursache für die schlechte Beteiligung der Jugendlichen sei, weil dadurch zu viele Scheine verloren gingen. Das ist nicht zutreffend. Auf Wunsch der Ärztekammer und der Berufsberater sind die Schulen durch die Entschließung des Staatsministeriums für Unterricht und Kultus vom 22. Okt. 1962 Nr. IV a 85 899 aufgefordert worden, die Scheine möglichst gleich zu Beginn des Entlaßschuljahres auszugeben, damit

- die Untersuchungen sich nicht auf wenige Monate zusammendrängen und
- die Berufsberater bei der Vermittlung der Jugendlichen auf Arbeitsplätze u. U. ihrerseits auf das vorliegende ärztliche Urteil Rücksicht nehmen können.

Die Jugendlichen werden in einem besonderen Merkblatt, das sie mit den Untersuchungsberechtigungscheinen ausgehändigt bekommen, aufgefordert, die Scheine sorgfältig aufzubewahren. Wie eine Rundfrage in den Berufsschulen in Oberbayern im Frühsommer

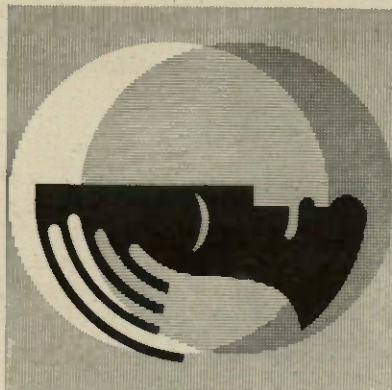
1964 gezeigt hat, gebrauchten die Jugendlichen auf die Frage, warum sie sich an den Nachuntersuchungen noch nicht beteiligt haben, die verschiedensten Ausreden. Nur in 11 der 25 Berufsschulen haben Schüler angegeben, daß sie den Schein verloren haben. In 16 Schulen dagegen wurde Nachlässigkeit und Vergeßlichkeit der Schüler, der Eltern oder der Arbeitgeber als Ursache für die Nichtbeteiligung der Jugendlichen an der Nachuntersuchung bezeichnet. Die nachstehende Übersicht gibt im einzelnen Aufschluß über die Beteiligung an den Nachuntersuchungen und über die verschiedensten Gründe, die vorgebracht wurden.

Der Vorschlag, die Ausstellung des Nachuntersuchungscheines den Ärzten zu überlassen, wie beispielsweise in Baden-Württemberg, ist, abgesehen von der schlechteren Kontrollmöglichkeit, durch das Ergebnis in Baden-Württemberg (1963: 10 bis 15 v. H.) kaum empfehlenswert. Die Ausgabe durch den Arbeitgeber würde aber eine sehr hohe Verwaltungsarbeit verursachen (200 000 Betriebe), die ohne Gesetzestextänderung nicht erreicht werden könnte und praktisch nicht durchführbar wäre. In den Ländern Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen werden die Scheine durch die Gemeinden bzw. Ordnungsbehörden ausgegeben. Die dort 1963 erzielten Ergebnisse zeigen, daß auch dieser Weg nicht geeignet ist, eine bessere Beteiligung bei den Nachuntersuchungen zu erzielen. Die Frage wurde im übrigen auch in Bayern geprüft. Bei den seinerzeitigen Verhandlungen haben die kommunalen Verbände geltend gemacht, daß sie ohne eine Regelung im Wege des Finanzausgleichs diese Aufgabe nicht übernehmen können. Deshalb mußte eine staatliche Stelle mit der Ausgabe beauftragt werden.

Die Aufklärung über das Jugendarbeitsschutzgesetz ist bisher durch Vorträge und Veranstaltungen der Gewerbeaufsichtsämter und des Landesinstituts für Arbeitsschutz, der Organisationen der Sozialpartner, der Kammern, Innungen und sonstiger Institutionen sowie durch Presseverlautbarungen und Rundfunkhinweise betrieben worden. Es wird notwendig sein, auch in Zukunft Aufklärungsveranstaltungen dieser Art durchführen zu lassen.

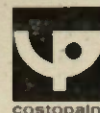
Weitere Aufklärungsarbeit wird durch die Verteilung von Merkblättern in den Volks- und Berufsschulen sowie auch durch die Berufsberatung und Stellenvermittlung bei den Arbeitsämtern geleistet. Die bayerischen Handwerkskammern haben alle Lehrverträge mit einem roten Merkblatt versehen, mit welchem auf die notwendige Einhaltung der vorgeschriebenen Un-

tempidorm®



Ein
Stufenschlafmittel,
das Ihr Vertrauen
verdient

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



costopalm 7067 Plüderhausen bei Stuttgart

tersuchungen hingewiesen wird. Die Industrie- und Handelskammern geben den Lehrfirmen, die die Eintragung von Ausbildungsverhältnissen bei der Kammer beantragen, ein Merkblatt, in dem ebenfalls ein Hinweis auf die einschlägigen Vorschriften für die gesundheitliche Überwachung der Jugendlichen enthalten ist.

Seitens des Staatsministeriums für Arbeit und soziale Fürsorge wird seit vielen Jahren in Zusammenarbeit mit dem Staatsministerium für Unterricht und Kultus ein Merkblatt herausgegeben, das die Volksschüler vor dem Verlassen der 8. Klasse ausgehändigt bekommen. In diesem Merkblatt sind neben den wichtigsten Bestimmungen des Gesetzes zum Schutz der Jugendlichen in der Öffentlichkeit, vom 4. Dez. 1951 i. d. F. vom 27. Juli 1957 (BGBl. I S. 1058) die wesentlichen Vorschriften des Jugendarbeitsschutzgesetzes zusammengestellt. Hierbei ist auch auf die ärztlichen Untersuchungen an erster Stelle hingewiesen.

Das Staatsministerium wird auch in Zukunft alles tun, um die Kenntnis der Vorschriften des Jugendarbeitsschutzgesetzes bei der Bevölkerung weiterzubreiten und zu vertiefen. Die Gewerbeaufsichtämter sind als Aufsichtsbehörden angewiesen, bei ihren Betriebsbesichtigungen besonders auf die Einhaltung der Vorschriften des Gesetzes zu achten und notfalls mit den gegebenen Mitteln die Durchführung der gesetzlichen Vorschriften zu erzwingen. Bei der großen Zahl der Betriebe kann die Tätigkeit der Aufsichtsbeamten immer nur einen beschränkten Erfolg haben. Es darf daher nicht übersehen werden, daß das Jugendarbeitsschutzgesetz wie jedes andere Gesetz nur dann zu einer vollen Beachtung kommen wird, wenn die Betroffenen selbst, d. h. Arbeitgeber und Arbeitnehmer, aus Überzeugung bereit sind, seine Bestimmungen im Interesse der berufstätigen Jugend, aber auch im Interesse der in Zukunft unsere volkswirtschaftliche Kraft verbürgenden Generation voll und ganz zu beachten.“

**Ergebnis der Untersuchungen im Schuljahr 1963/64
Umfrage bei den Berufsschulen in Oberbayern
— insgesamt 25 Schulen—**

Berufsschule	Zahl der Schüler	Nachuntersucht	Nicht nachuntersucht	Untersucht v. H.
Aichach	266	73	193	27,4
Altötting	540	77	463	14,2
Reichenhall	210	136	74	64,8
Bad Tölz	268	181	87	67,5
Berchtesgaden	273	187	86	68,5
Dachau	460	124	336	28,9
Erding	458	210	248	45,8
Freilassing	316	90	226	28,7
Fürstenfeldbruck	393	56	337	14,3
Garmisch-Partenk.	424	70	354	16,5
Grafring	36	24	12	66,6
Ingolstadt	1 304	158	1 146	12,1
Landsberg/Lech	171	47	124	27,5
Miesbach	465	124	341	26,6
Pfaffenhofen	260	42	218	16,1
Stadt München	10 298	2 633	7 665	25,6
Mühlendorf	682	168	514	24,7
Rosenheim	984	298	688	30,1
Schongau	307	132	175	43,0
Schrobenhausen	207	207	—	100,0
Starnberg	138	57	81	41,3
Traunstein	953	305	648	32,0
Wasserburg	323	85	238	26,4
Weilheim	514	213	301	41,4
Wolfraatshausen	179	78	101	43,6
Schüler insgesamt:	20 429	5 773	14 656	28,25

Gründe für die Nichtbeteiligung der Jugendlichen

	In wievielen Schulen aufgetreten:
1. Nachuntersuchung vergessen; Nachlässigkeit der Eltern, Jugendlichen und der Arbeitgeber, an die Vornahme der Untersuchung zu denken:	16
2. Die Arbeitgeber haben angeblich die Jugendlichen nicht aufgefordert, zur NU zu gehen:	12
3. Die Jugendlichen geben an, den NU-Schein verloren zu haben:	11
4. Die Jugendlichen wollen erst das erste Schuljahr vollenden (August/Sept.):	11
5. Die Arbeitgeber haben angeblich den Jugendlichen keine Freizeit für die NU gewährt:	9
6. Die Jugendlichen haben angeblich keinen NU-Schein von der Entlassschule erhalten:	7
7. Ausländische Jugendliche haben angenommen, daß die Vorschriften für sie nicht gelten:	6
8. Die NU wird nicht für notwendig gehalten:	5
9. Der Arzt hat angeblich gesagt: Wenn nichts fehlt, kann NU entfallen:	5
10. Die Jugendlichen haben angeblich für den verlorenen NU-Schein keinen Ersatzschein erhalten bzw. schwierige Beschaffung wegen Wohnortänderung:	5
11. Mittel- und Oberschüler geben an, keine U-Scheine beim Austritt aus der Schule erhalten zu haben:	4
12. Unkenntnis der gesetzlichen Vorschriften vorgeschützt:	4
13. Die Jugendlichen haben versprochen, die NU nachzuholen:	3
14. Die Jugendlichen waren der Meinung, es kommt eine öffentliche Aufforderung:	2
15. Hausgehilfinnen: Die Arbeitgeber haben keine U-Bescheinigung verlangt:	2
16. Bei der Volksschule waren angeblich keine Formblätter vorhanden:	2
17. Das GAA hat angeblich die U-Bescheinigung beim Arbeitgeber nicht zur Einsichtnahme verlangt:	1
18. Die NU-Scheine werden besser durch die Berufsschulen ausgegeben:	1

Sonderfall: Herzogsägemühler Jugendheim (Schongau) hat keine Scheine ausgegeben.

**Mangel an ärztlichen Hilfskräften
in den Krankenhäusern**

Am 4. 7. 1960 übergab der Bayerische Landesgesundheitsrat dem Landtag Vorschläge zur Behebung der Schwierigkeiten in der Versorgung der Kranken wegen eines Mangels an ärztlichen Hilfskräften in den Krankenhäusern.

Eine schriftliche Anfrage des Herrn Kollegen Dr. SOENNING, dem Vorsitzenden des Landesgesundheitsrates, was in der Zwischenzeit zur Behebung dieser Schwierigkeiten geschehen ist, beantwortete das Bayerische Staatsministerium des Innern wie folgt:

„Der Bayerische Landesgesundheitsrat hatte zur Behebung des Mangels an Assistenzärzten am 4. 7. 1960 folgendes vorgeschlagen:

1. Durchführung einer Landesplanung für das Krankenhauswesen und Neuordnung der Krankenhausstruktur.



Angina

**De-menthasin hilft wirklich:
Wirksam auch gegen
antibiotika-resistente Stämme.
Bakterizid und fungizid
noch in hohen Verdünnungen.
Keine Inaktivierung
durch Serum und Blut.
Keine Allergien bekannt.
Keine Irritationen der Schleimhaut.**

**Der
Vorzüge
wegen**



De-menthasin

LIQUIDUM
30 ml DM 1.85 o.U.

PASTILLEN
20 Stück DM 1.95 o.U.

DEQUALINIUM UND AZULEN



E. SCHEURICH · PHARMWERK · GMBH · APPENWEIER/BADEN

2. Eine der wichtigsten Voraussetzungen zur Behebung des Mangels an Assistenzärzten ist die Verbesserung der finanziellen Lage der Krankenanstalten, die sie in den Stand setzt, höhere finanzielle Leistungen und Aufwendungen, auch für die nachgeordneten Ärzte, zu erbringen. Hierzu sind billige Investitionsmittel durch die öffentliche Hand und kostendeckende Pflegesätze erforderlich.

3. Eine im Interesse der ärztlichen Versorgung der Kranken sinnvolle Förderung der Belegkrankenhäuser.

4. Schaffung von vermehrten Lebensstellungen durch Aufteilung der großen Krankenhausabteilungen.

5. Bessere Berücksichtigung der Assistenten der Landkrankenhäuser bei der Besetzung der Chefarztstellen.

6. Schaffung von Planstellen für lebenslänglich im Krankenhaus tätige Krankenhausärzte. Hierzu ist eine ausreichende arbeitsrechtlich soziale und vertragliche Sicherung dieser Planstelleneinhaber notwendig.

7. Angemessene tarifliche Regelung der Arbeitszeit und des Bereitschaftsdienstes der Assistenzärzte unter besonderer Berücksichtigung der Kreiskrankenhäuser.

8. Einbeziehung in die zusätzliche Altersversorgung wie bei den anderen Angestellten des Krankenhausträgers.

9. Verbesserte Wohnraumbeschaffung, Einschaltung in den sozialen Wohnungsbau, Trennungs- und Zugangskostenentschädigung.

10. Appell der ärztlichen Berufsorganisationen an die Ärzteschaft, eine Krankenhaustätigkeit zu übernehmen, um den großen Bedarf an Krankenhäusern zu decken.

Dazu wird folgendes bemerkt:

Zu 1. Im Bayerischen Staatsministerium des Innern wird, einem Auftrag des Bayerischen Landtags folgend, gegenwärtig ein Gesamtkrankenhausplan ausgearbeitet.

Zu 2. Mit der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser befassen sich demnächst die Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder und die Ministerpräsidentenkonferenz, nachdem schon ein von den Ministerpräsidenten der Länder eingesetzter Ausschuss darüber beraten hat.

Zu 3. Der Gesamtkrankenhausplan gibt auch den Belegkrankenhäusern die ihnen zukommende Funktion.

Das hat aber ebensowenig wie die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser einen spürbaren Einfluß auf die Behebung des Mangels an Ärzten im Krankenhaus.

Zu 4. Die Krankenhausträger sind bemüht, in den ihnen durch die bisherige Besetzung gezogenen engen Grenzen mehr Chefarztstellen zu schaffen.

Zu 5. Die Entscheidung über die Besetzung freigewordener Chefarztstellen trifft der Krankenhausträger. Das Bayer. Staatsministerium des Innern hat darauf keinen Einfluß, hat aber die Krankenhausträger darauf hingewiesen, bei der Berufung leitender Krankenhausärzte auch bewährte nachgeordnete Ärzte zu berücksichtigen.

Zu 6. Die Krankenhausträger haben zunehmend Planstellen für dauernd im Krankenhaus tätige Ärzte geschaffen.

Zu 7. und 8. Die neueren tarifrechtlichen Regelungen tragen den Bedürfnissen im wesentlichen Rechnung.

Zu 9. Die Krankenhausträger bemühen sich um gute Wohnungen für nachgeordnete Ärzte.

Zu 10. Der ins Berufsleben tretende junge Arzt wird seine Entscheidung, wo er tätig werden will, nicht an dem Appell seiner Berufsorganisation ausrichten, sondern nach seinen Vorstellungen vom ärztlichen Beruf und nach dem, was er dazu an weiterem beruflichen Wissen und Erfahrungen braucht. Er wird daher zunächst im Krankenhaus tätig werden, die ungehinderte Möglichkeit der freien Praxis, die heute auch wirtschaftlich anziehend ist, aber sobald ergreifen, als er glaubt, die nötige Erfahrung dafür zu haben.

Im übrigen sind die Ursachen des Mangels an nachgeordneten Krankenhausärzten vor allem in den Kreiskrankenhäusern nicht nur in den Verhältnissen zu suchen, die den Vorschlägen des Landesgesundheitsrates zugrunde liegen. Wie bei anderen Mangelberufen liegen hier soziologische Gründe vor, die nur schwer zu beeinflussen sind. Trotz aller berechtigter Skepsis sind aber doch Anzeichen einer langsamen Besserung durch das Nachdrängen zahlenmäßig stärkerer Jahrgänge von Studierenden der Medizin, die nun ihr Studium abschließen, zu erkennen. Die Tatsache, daß die Besetzung ärztlicher Stellen in den Krankenhäusern der größeren Städte keine besonderen Schwierigkeiten mehr bereitet, läßt erwarten, daß sich, nach der Auffüllung der Lücken in diesen Gebieten, der Nachwuchs auch wieder den Krankenhäusern des flachen Landes zuwendet, zumal wenn sie im Zuge der Neuordnung des Krankenhauswesens zu leistungsfähigeren Einheiten ausgebaut werden.“

Salistoperm

Das percutane Heilanaestheticum

Inasthmon

Das percutane Expectorans

FEUILLETON

Das Hohelied der Weihenacht

Der Erde schönster Festgesang — das ist der Menschheit Wiegenlied

Von Bruno Leo Friton

„Stille Nacht, Heilige Nacht...“ Jetzt am Christfest klingt es wieder durch die Welt, dieses Lied, das volksliedhaft verklärte Weihe atmet, das die Herzen im Lichterglanz erhebt und Liebe und Friedfertigkeit in die Seelen der Menschen senkt: In den Domen unserer Heimat und dem Lehmkirchlein am Kongo, in den Eiswüsten Alaskas und in der grünen Hölle am Amazonas, vor goldglitzernden Altären Portugals und vor den nackten Holzwänden in Macau. Kein Lied hat durch seinen wundersamen Zauber, seine gemütsiefe Innigkeit so die Herzen der deutschsprechenden und christlich fühlenden Menschen des ganzen Erdballs im Sturm erobert und so wenig von seiner seelengewinnenden Macht verloren, wie diese Weihnachtskantilene, die das zarteste Geheimnis des christlichen Glaubens, Christi Geburt, „in edler Einfach und stiller Größe“ besingt: unser, d. h. in unserer Salzachheimat geborenes „Stille Nacht, Heilige Nacht“.

Seit 1945 sind Veröffentlichungen und „Legenden“ hierüber wie Schwammerl nach einem warmen Regen aus fruchtbarer Autoren-Erde emporgeschossen. An sich eine erfreuliche Tatsache; denn je mehr darüber geschrieben wird, desto bekannter wird das Lied.

Vor hundert Jahren starb in dem romantisch gelegenen Salinenstädtchen Hallein, einem geographischen Gegenstück von Mozarts Geburtsstadt, 76 Jahre alt, der Komponist des Weihnachtsliedes, Franz Xaver Gruber. Im Gedenken an die hundertste Wiederkehr des Todesjahres des Tondichters sei heute der Blick der Gegenwart auf diesen Mann gewandt, der uns in bescheidener Welterkenntnis in seiner Sternstunde den menschlichsten Zwiesgesang von Gottes Menschwerdung geschenkt hat und in dessen Melodie der Friede mitschwingt, nach dem wir uns alle so sehr sehnen. Rührend, unverdorben, unverbildet, unbefangen, ungekünstelt und ungezwungen wie sein Text ist auch die Entstehungsgeschichte. Am Heiligabend 1818 erlebte die zelebre Volksweise ihre Uraufführung.

Wir wollen aber heute nicht davon sprechen, wie dieses Lied als Werk eines Augenblicks in einem versteckten, verträumten Erdenwinkel entstanden ist, auch nicht den verwunderlichen Weg verfolgen, der es in die weite Welt hinausgeführt hat. Wir wollen uns vielmehr einmal darüber Gedanken machen, aus welchen Gründen das kleine Lied so große Weltberühmtheit erlangen konnte.

Außer Martin Luthers „Vom Himmel hoch, da komm ich her“, entstanden die heute volkstümlichsten Christgeburtstagslieder meist im 18. und 19. Jahrhundert.

Die nur 26 Wohllaute zählen nichts weiter als 50 Tonzeichen, haben einen Ablauf von nur 12 Takten, die wiederum ganze drei Notenzeilen ausfüllen. Das ist alles.

Trotzdem wurde das Volkslied inzwischen in hundert Sprachen übersetzt; ein durch nichts zu überbietender polyglotter Rekord, fürwahr ein internationaler „Liederkranz“ der Weihnachtsnacht.

Wie ist es möglich, daß ein so anspruchsloses Tonstück einen Siegeszug antreten konnte, wie ihn nur ganz wenige sangbare Gedichte aufweisen? Das Stille-Nacht-Lied ist ein Vorgang, der weit über das gewöhnliche Maß hinausgeht und bei oberflächlicher Betrachtung dem Verlauf der Dinge zu widersprechen scheint.

Oder ist es denn nicht ein Mysterium, wenn in einer einzigen Stunde — damals, als in der Kirche St. Nikola des salzburgischen Marktes Oberndorf die Orgel ausgerechnet zu Weihnachten den Dienst versagte — den schlichten Männern Mohr und Gruber diese Weihenachthymne gelang, die die Herzen der ganzen Welt eroberte. Die defekte Orgel der Oberndorfer Kirche — Mäuse hatten den Blasebalg zernagt — gehört unbedingt in die Geschichte dieses Duetts; denn nur dadurch, daß sie reparaturbedürftig war und man deshalb ein Musikstück für zwei Stimmen und ein Saiteninstrument haben mußte, konnte die sinfonische Melodie

neu



palmalgin®

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

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

Costopalm Arzneimittelfabrik GmbH 7067 Plüderhausen bei Stuttgart





„FESTUNG STALINGRAD.“

Dieses Bild — ein Monument zeitloser Mutterschaft — wurde Weihnachten 1943 im „Kessel Stalingrad“ von Kurt Reuber auf die Rückseite einer Landkarte gezeichnet. Der Lizentiat und Doktor der Medizin schloß in jenen Tagen die menschliche, leidende Kreatur in seinen Blick und in sein Herz. Das Blatt, in einer von Schmerzen und Todesröcheln starrenden Walstatt entstanden, ist ein Dokument des Verlangens nach tiefer Geborgenheit, gleichsam ein Röntgenbild seelischer Vorgänge.

Zu allen Zeiten hat man von der höchsten Kunst der Einfachheit gewußt, aber nicht alle haben sie so beherrscht wie dieser schlichte hessische Truppenarzt und Pfarrer.

von der Stillen Nacht erst ihren Siegeszug antreten. Doch dies ist eine Historie für sich. Und doch liegt die Deutung des Lebensweges dieses zarten Wunderkindes unter den wohlklingenden weihnachtlichen Weisen klar auf der Hand. Es sei im folgenden der Versuch unternommen, die Ursachen darzulegen, die das kleine Lied so groß gemacht haben.

Warum ist das Lied so berühmt? Weil Gemütstiefe und Innigkeit in Text und Ton zu einer harmonischen Einheit verwoben sind, weil das Lied aufs erste Mal schon ganz ins Gehör geht, weil es — von zwei einfachen Männern verfaßt — unmittelbar zur Volksseele spricht. Gerade im Leben der Kleinen und Bescheidenen, der Emsigen und Geduldigen, der Guten und Frommen spielt sich hier der kulturelle Austausch zweier Völker, ihr treuer Dienst aneinander ab. Dorfschullehrer und Hilfspriester stehen symbolisch da, als Träger eines geistigen Austausches über die Grenze,

als weltweite Mittler, in deren Schöpfung Wollen und Vollbringen vieler Ungenannter auf die Ebene friedlichen Wollens gehoben wurde. Ihre Art zu dichten und zu komponieren durchpulst eine große Einfachheit.

Nach dem zweiten Weltkrieg wurde der Doppelgesang zum Weltfriedenslied erklärt und in den Metropolen Englands und Amerikas und anderen Städten dieser Länder gesungen. Auf Wunsch des Papstes sangen es deutsche Pilger im St.-Peters-Dom zu Rom bei der Eröffnung des Heiligen Jahres. Als Pius XII. im Christmonat 1949 am Hauptaltar über dem Grabe des heiligen Petrus die Christmette zelebrierte, erfüllte der Choral „Stille Nacht, Heilige Nacht“ machtvoll das weite Rund der römischen Kathedrale. Alle Sprachen, alle Völker, alle Hautfarben waren im Riesenraum der größten Basilika der Erde direkte Zeugen dieses vollkommenen Triumphes. Internationale Journalisten, Bild- und Radioreporter, Kameraleute und Fernsehoperateure aber verkündeten mittelbar aller Welt das triumphale Nonplusultra: Die Premiere von „Stille Nacht, Heilige Nacht“ in der Peterskirche. Ein einfaches Volkslied wurde so zum einenden Völkerlied, zur christlichen Botschaft von Erlösung und Frieden.

Man kann es kaum fassen, daß auch unsere phantasiarme, naturentfremdete Atom-Ära noch weihnachtliche Besinnung aufkommen läßt. Jeder einzelne von uns wird hier einige Minuten der rauhen Welt entrückt. Welch willkommene Kraftquelle für den gejagten und geplagten Alltagsmenschen! Wenigstens einmal im Jahr sind dann alle von Glauben durchdrungen, wie Kinder auf den Armen der Mütter greifen sie zum Licht.

Inmitten ununterbrochener Unruhe und dauernden Unfriedens vereinigt die melodische Kantate wenigstens am Christabend für einen Moment die Völker weit verstreuter Erdteile in der zeitlosen Sehnsucht nach „Friede auf Erden“.

Wenn viele in sich gehen, tut es jeder ohne Ausnahme, weil er dann die Machtlosigkeit des gehetzten Lebens und die Unbestechlichkeit des Schicksals übermächtig fühlt.

Große Freude und großer Schmerz lassen sich nicht in Worte kleiden, und die Überfülle tiefen Dankes läßt sich nicht mit vielen Worten geben.

Dem Tonschöpfer des Stille-Nacht-Liedes wüßte ich im Reich der Töne keinen schöneren Dank, als alle Jahre in der Mitternachtsmette aufs neue zu singen: „Stille Nacht, Heilige Nacht...“.

Die Sehnsucht nach dem Frieden der Menschen auf Erden ist uralte, sie ist der Inbegriff der Liebe in uns.

Anschrift des Verf.: Dr. Bruno Leo Fritton, VDI, Hart/Alz.

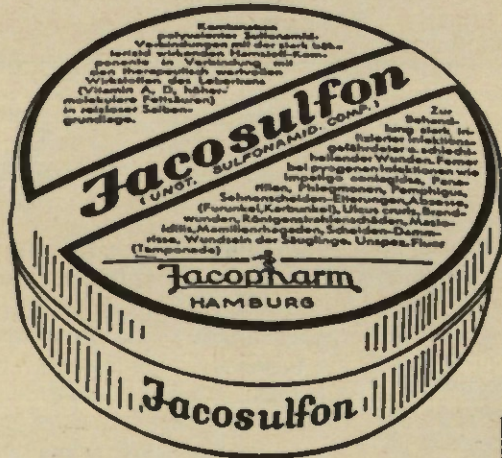
Röntgen- und elektromedizin. Apparate	KURT PFEIFFER	Ärzte- und Krankenhausbedarf
FRANKFURT/M.-S., Gartenstraße 114		NURNBERG, Gleisbühlstraße 7
Ruf 68 31 31 und 68 31 32		(Ecke Morienstr., Concordiahaus), Ruf 20 39 03
Generalvertretung der Firmen		
Albert Dargatz, Hamburg · Röntgenwerk F. Hofmann, Erlangen · Fritz Schwarzer, München · Disa Elektronik, Kopenhagen		
▶ Projektierung und Ausführung kompletter Ärzte- und Krankenhauseinrichtungen ◀		
Besuchen Sie bitte unsere Ausstellungsräume!		

Die Sulfonamid-Harnstoff Kombinationstherapie mit

Jacosulfon



Jacosulfon
pulvis



Jacosulfon
unguentum

Jacopharm
Hamburg-Schenefeld

Indikationen

- | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|
| Alle eitrigen Wunden und Verletzungen | Mundausschlag |
| Alle Pyodermien | Ulcus cruris |
| Impetigo contagiosa | Strophulus infantum |
| Ekzeme | Phlegmonen |
| Furunkel | Exanthema |
| Karbunkel | Abszesse |
| Infektionsprophylaxe bei Verletzungen | Balanitis erosiva |
| Brandwunden | Herpes |
| Fisuren und Rhagaden | Folliculitiden |
| Röntgenstrahlenschäden | Acne vulgaris, |
| Pemphigus | Acne necrotica |
| Intertrigo | Neurodermitis |
| Wundsein der Säuglinge | Syktosis non parasitaria |
| Schweißdrüsenabszesse | Congelationen |
| Mastoiditis | Scheiden-Dammrisse |
| Mamillenhagaden | Particerosionen |
| Operationswunden | Unspez. Fluor (Vaginaltamponade) |

Pilzkrankungen der Haut

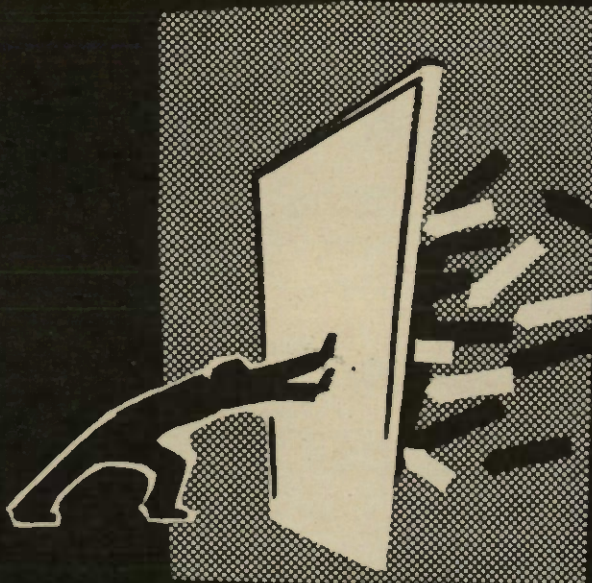
(Unguentum u. Pulvis im Wechsel)



Jacosulfon

Unspez. Fluor *vaginale* diff. Kolpitis
Portioerosionen Vaginitis

sowie alle anderen entzündlichen und infektiösen Erkrankungen der Vaginalschleimhaut



PRIMUM NIL NOCERE



Fieber · Grippe · Infekte

Zäpfchen · Tropfen · Dragees

ohne Chinin und Phenacetin

Contra mutan®

APOTHEKER MÜLLER ARZNEIMITTELFABRIK BIELEFELD

AMTLICHES**Bekanntmachung der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft**

Auf Grund einer einzelnen Beobachtung in einem Krankenhaus, die an mehreren Stellen nachgeprüft wurde, hat die Arzneimittelkommission sich verpflichtet gesehen, am 29. 10. 1964 den Ärztekammern folgende Warnung zur Weiterleitung an alle Ärzte zugehen zu lassen:

„Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft warnt vor der Anwendung von Kunststoffspritzen zum einmaligen Gebrauch, die aus dem glasclaren Polystyrol hergestellt sind. Es liegen Beobachtungen darüber vor, daß bestimmte Lösungsmittel von Injektionspräparaten den Kunststoff auflösen, so daß die Injektionslösung Fremdstoff aufnimmt. Den Ärzten wird dringend geraten, sich bei den Herstellern der von ihnen verwendeten Kunststoffspritzen nach der Art des Spritzenmaterials zu erkundigen. Es sind schätzungsweise Polystyrolspritzen von 11 verschiedenen Herstellerfirmen im Bundesgebiet auf dem Markt.

Die Verwendung von Polystyrolspritzen muß bis zu einer weiteren Klärung unterbleiben.“

Diese Information soll nachstehend ergänzt und erläutert werden:

1. Die Warnung bezieht sich nur auf Polystyrolspritzen, die in ungefülltem Zustand als ärztliches Instrument in den Handel gebracht werden. Sie betrifft nicht mit Arzneimitteln gefüllte Spritzampullen, die als Arzneispezialität in den Handel gebracht werden (wie z. B. Citolen, Manolen, Prestulen usw.).
2. Die Verwendung der Polystyrolspritzen hat bisher keinen Anlaß zu Bedenken gegeben, wenn sie für Lösungen verwendet werden, die mit Sicherheit rein wäßriger Natur sind. Es besteht aber z. Z. keine hinreichende Klarheit darüber, wie weit und durch welche Lösungsvermittler und Lösungsmittel, die zur Herstellung von Injektionspräparaten verwendet werden, Polystyrol verändert oder aufgelöst werden kann. Dieselbe Frage ergibt sich für Suspensionen und Emulsionen.
Für den Arzt ist meistens weder die Anwesenheit noch die Art etwa verwendeter Lösungsvermittler oder besonderer Lösungsmittel erkennbar, da das Arzneimittelgesetz die Deklaration nicht vorschreibt. Aus diesem Grund muß die Verwendung von Spritzen aus Polystyrol bis zu einer weiteren Klärung unterbleiben.
3. Die ebenfalls im Handel befindlichen Spritzen aus Polypropylen, die in den der Arzneimittelkommission

bisher bekanntgewordenen Mustern nicht so glasklar sind wie die Polystyrolspritzen, werden nach den bisherigen Erfahrungen durch Lösungsvermittler oder besondere Lösungsmittel nicht angegriffen.

4. Es muß erwartet werden, daß alle in- und ausländischen Hersteller von Spritzen aus Kunststoffen sowie die Arzneimittelhersteller das Verhalten der Spritzen gegenüber derartigen Stoffen prüfen und etwaige Unverträglichkeiten kennzeichnen. Ferner sollte auf den Spritzen oder ihren Verpackungen das verwendete Material deklariert sein.

Vergütung der nicht vollbeschäftigten Ärzte und Zahnärzte der staatlichen Gesundheitsämter

Vom Bayerischen Staatsministerium des Innern wird mitgeteilt, daß die zuletzt am 1. 1. 1964 geänderte Stundenvergütung der nicht vollbeschäftigten Ärzte und Zahnärzte der staatlichen Gesundheitsämter nach neuerlichen Verhandlungen mit dem Staatsministerium der Finanzen mit Wirkung vom 1. 1. 1965 für die ersten 25 Arbeitsstunden im Kalendermonat auf 15 DM (bisher 13.50 DM) und für jede weitere Stunde auf 13 DM (bisher 12 DM) neu festgesetzt wurde. Nicht vollbeschäftigte Ärzte und Zahnärzte, die im Hauptamt als Beamte oder Angestellte im nichtstaatlichen öffentlichen Dienst stehen oder Ruhestandsbeamte sind, erhalten vom gleichen Zeitpunkt an eine Stundenvergütung von 11 DM (bisher 10 DM) und 9.50 DM (bisher 8 DM).

Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabs der KVB

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns hat am 14. November 1964 in München folgende Änderungen des Honorarverteilungsmaßstabs der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns vom 26. 5. 1962 (Bayer. Ärzteblatt 1962/362 und 1963/192) beschlossen:

- a) Nach § 2 Gruppe 6 Abs. 4 wird ein neuer Absatz 5 eingefügt:

„Bei Notfalleistungen, im Sonntagsdienst und bei Vertretungen im Urlaub und bei Krankheit sind die Wegegebühren vom Praxisort des vertretenden Arztes aus zu berechnen.“

Die bisherigen Absätze 5 und 6 werden Absatz 6 und 7.

- b) § 3 Abs. 3 erhält folgende Fassung:

„Für die Prüfung werden Fachgruppendurchschnitte für die Summe aller Leistungen und die einzelnen Leistungsgruppen aufgestellt. Diese Durchschnitte, die mindestens jährlich neu zu überprüfen sind, gelten nur als erster Vergleichsmaßstab. Im übrigen hat die Prüfung individuell unter Berücksichtigung der einzelnen Arztpraxis zu erfolgen.“

München, den 1. 12. 1964

Dr. Völlinger
Vorstandsvorsitzender

Ulcrurisan®

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



Wichtiger Hinweis der Bayerischen Landesapothekerkammer

Arzneimittel-Notdepots für Sera, Plasmaderivate und Spezialpräparate

Erläuterungen zur umstehenden Merktafel „Nur für den Notfall“

Den Apotheken obliegt die im öffentlichen Interesse gebotene Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung der Bevölkerung. Demgemäß hat jede Apotheke laut gesetzlicher Bestimmung die zur Gewährleistung einer geordneten Arzneiversorgung innerhalb des Einzugsgebietes der Apotheke erforderlichen Arzneimittel in entsprechender Menge vorrätig zu halten. Unabhängig davon müssen in jeder Apotheke bestimmte Arzneimittel vorrätig sein, die zur Abwendung bedrohlicher Notfälle notwendig sind, z. B. Blutersatzflüssigkeit und Sera.

Die Fortschritte auf dem Gebiet der Naturwissenschaften und der Medizin haben in letzter Zeit Arzneimittel hervorgebracht, die auch bei seltenen Krankheiten, die bisher einer Therapie nicht zugänglich waren, verwendet werden können, in solchen Mengen aber gar nicht zur Verfügung stehen, daß etwa jede Apotheke des Bundesgebietes oder in Bayern damit bevorratet sein könnte. Zu solchen Arzneimitteln gehören z. B. Seren gegen die Bisse exotischer Giftschlangen und Seren in hohen therapeutischen Dosen gegen Diphtherie und Tetanus. Bestimmte Plasmaderivate haben sich, zur rechten Zeit zur Verfügung stehend, als lebensrettend erwiesen, desgleichen Spezialpräparate, die bei bestimmten Zwischenfällen von therapeutischen Eingriffen von außerordentlicher Wichtigkeit sind.

Die Bayerische Landesapothekerkammer hat sich entschlossen, für die Gesamtheit der bayerischen Apotheken im Interesse der Gewährleistung einer geordneten Arzneiversorgung auch für solche Extremfälle an zehn Stellen in Bayern Notdepots für solche Arzneimittel, Sera, Plasmaderivate und Spezialpräparate der Behring-Werke Marburg einzurichten.

Die Orte, an denen die Notdepots errichtet werden, und der Katalog der Arzneimittel, mit denen diese Notdepots ausgestattet sind, sind aus der Merktafel der Bayerischen Landesapothekerkammer

„Nur für den Notfall“

ersichtlich.

Die Inanspruchnahme der Notdepots geschieht in einfacher Weise. Wird an irgendeinem Ort ein solches Serum oder ein Plasmaderivat benötigt, so holt die in

Frage kommende Apotheke bei dem Notdepot das Präparat ab bzw. veranlaßt die Abholung, unter Umständen auch unter Zuhilfenahme der Polizei. Das Notdepot liefert das Arzneimittel aus und verständigt von dem Vorgang die Behring-Werke, die für Ersatzlieferung sorgen. Auf der anderen Seite schicken die Behring-Werke, die auch die bei den Depots liegenden Präparate laufend auf Verwendbarkeit überprüfen, die Rechnung für die Ersatzbeschaffung an die beanspruchende Apotheke.

Die Aktion konnte die Bayerische Landesapothekerkammer nur durchführen, weil sich die Chefarzte der beteiligten Krankenhäuser freundlicherweise bereit erklärt haben, die Notdepots in ihren Anstalten zu errichten und zu verwalten. Die Bayerische Landesapothekerkammer ist deshalb diesen Chefarzten und allen Mitarbeitern in diesen Krankenanstalten, den Behring-Werken für die außerhalb jeder wirtschaftlichen Spekulation liegende Unterstützung, den Stellen der Polizei und des Roten Kreuzes für die Mithilfe durch Bekanntgabe der Depotstellen zu großem Dank verpflichtet.

In den Bereich lebensrettender Maßnahmen kann auch die jederzeit mögliche Verfügung über Mittel fallen, die als Antidote gegen Vergiftungen unterschiedlicher Ursache wirksam sind. Herr Dr. Max von CLARMANN, leitender Arzt der Toxikologischen Station des Krankenhauses rechts der Isar, München, ein anerkannter Fachmann, hat dabei folgende Mittel genannt:

Kohlekompressen oder irgendeine andere Zubereitung mit der Grundlage „Medizinische Kohle“
Natriumsulfat
ein spritzbares Thiosulfatpräparat, z. B. S-hydril®
Toxogonin®-Ampullen
Sulfaktin®-Ampullen
Lorfan®-Ampullen
Katalysin®-Ampullen

Die Bayerische Landesapothekerkammer macht jeder Apotheke in Bayern zur Auflage, die genannten Mittel stets vorrätig zu halten. Diese Verpflichtung ist zumutbar, weil ohnedies die meisten Präparate in den Apotheken schon jetzt vorrätig sein werden. Die Präparate haben kein Verfalldatum und belasten die Lagerhaltung der Apotheke nicht über Gebühr.

Cefossin > CEFAK <®
TROPF./AMP.

Degenerative Erkrankungen der Wirbelsäule
(Bandscheibenschäden)

CEFAK KEMPTEN



CEFAK KEMPTEN

Bayerische Landesapothekerkammer

NUR FÜR DEN NOTFALL!

Die Bayerische Landesapothekerkammer hat für die Gesamtheit der bayerischen Apotheken in folgenden Krankenhäusern die aufgeführten Präparate der Behring-Werke AG bereitgestellt. Die Präparate können in dringenden Fällen dort **abgeholt** werden.

ANSBACH

Städtisches Krankenhaus
Apotheke
Feuchtwanger Straße 28
Ruf: (0981) 57 81

AUGSBURG

Städtische Krankenanstalten
Krankenhaus-Apotheke
Krankenhausstraße 1
Ruf: (0821) 32 47 20
Auskunft über Bereitschaftsdienst:
(0821) 32 47 00 (Pförtner)

BAYREUTH

Städtisches Krankenhaus
Chirurgische Ambulanz
Kulmbacher Straße 23
Ruf: (0921) 6 30 81

DEGGENDORF

Städtisches Krankenhaus
Chirurgische Abteilung
Krankenhausstraße 3
Ruf: (0991) 7 33

KEMPTEN

Stadtkrankenhaus
(Pförtner) Ruf: (0831) 55 85
Robert-Weixler-Straße 50

MÜNCHEN

Chirurgische Universitätsklinik
Blutbank
Eingang: Nußbaumstraße 20
Ruf: (0811) 53 99 11

**Städtisches Krankenhaus
München rechts der Isar**
Einfahrt Tragerstraße/Nothilfe
Ismaninger Straße 22
Ruf: (0811) 44 98 11

REGENSBURG

Krankenhaus der Barmherzigen Brüder
Arzneimittel-Ausgabe
Prüfeninger Straße 86
Ruf: (0941) 3 11 51

SCHWEINFURT

Städtisches Krankenhaus
Chirurgie-Operationssaal
Robert-Koch-Straße 1
Ruf: (09721) 30 46

TRAUNSTEIN

Städtisches Krankenhaus
Prinz-Ludwig-Heim (Innere Abt.)
Wasserburger Straße 50
Ruf: (0861) 50 55

4 Packg.	1000 E.	ACC 76® innere Blutungen, Hämophilie B
2 "	350 mg	Antihämophiles Globulin Hämophilie A
5 "	50 ml	Botulismus-Serum
3 "	20 000 I. E.	Diphtherie-Serum v. Pferd , therapeutische Dosen!
6 "	10 000 I. E.	Diphtherie-Serum v. Rind , therapeutische Dosen!
10 "	50 ml	Gasädem-Serum
2 "	5 ml	Giftspinnen-Serum *
2 "	500 ml	Haemaccel® Plasmoexponder
2 "	50 ml	Human-Albumin 20%⁰
4 "	1 g	Human-Fibrinogen
5 "	10 ml	Milzbrand-Serum
3 "	10 ml	Schlangengift-Serum polyvalent Europa
3 Dreierpockungen		Schlangengift-Serum polyvalent Mittel- und Südamerika
mit je 10 ml		Schlangengift-Serum polyvalent Nordafrika
		Schlangengift-Serum polyvalent Zentralafrika
2 Packg.	50 ml	Seretin® Humanserumkonserve
3 "	100 000 Ch.-E.	Streptase® i. v. Thrombolytikum bei arteriellen und venösen Gefäßverschlüssen
3 "	250 000 Ch.-E.	Streptase® i. v. Thrombolytikum bei arteriellen und venösen Gefäßverschlüssen
2 "	20 ml	Epsilon-Aminocapransäure Antidot für Streptose und Fibrinogenmangel-Blutungen
5 "	25 000 I. E.	Tetanus-Serum v. Pferd therapeutische Dosen!
10 "	10 000 I. E.	Tetanus-Serum v. Rind therapeutische Dosen!

* nur in Ansbach und München vorrätig

Merkblatt über Hilfsmöglichkeiten für körperlich Behinderte nach dem Bundessozialhilfegesetz vom 30. 6. 1961

Herausgegeben vom Bayerischen Staatsministerium des Innern

I. Wer ist Behinderter im Sinne des BSHG?

Hierzu gehören insbesondere

1. Körperbehinderte oder von einer Körperbehinderung Bedrohte, d. s. Leute, die in ihrer Bewegungsfreiheit durch eine Beeinträchtigung ihres Stütz- oder Bewegungssystems nicht nur vorübergehend wesentlich behindert oder von einer solchen Behinderung bedroht sind oder bei denen wesentliche Spaltbildungen des Gesichts oder des Rumpfes bestehen,
2. Blinde oder von Blindheit Bedrohte,
3. Personen, die durch eine Beeinträchtigung der Hörfähigkeit nicht nur vorübergehend wesentlich behindert sind,
4. Personen, die durch eine Beeinträchtigung der Sprachfähigkeit nicht nur vorübergehend wesentlich behindert sind.

Die Genannten haben einen Rechtsanspruch auf Eingliederungshilfe. Behinderte, die wegen ihrer Behinderung oder Beschädigung Entschädigungsleistungen erhalten nach den Bestimmungen der gesetzlichen Unfallversicherung oder nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach Gesetzen, die das Bundesversorgungsgesetz für anwendbar erklären (z. B. das Soldatenversorgungsgesetz, das Häftlingshilfegesetz, das Gesetz über den zivilen Ersatzdienst), gelten **nicht** als Behinderte im Sinne des BSHG:

II. Welche Hilfen gibt es?

Es kommen vor allem in Betracht

1. persönliche Hilfe (Beratung);
2. Eingliederungshilfe
 - a) ärztliche Behandlung (ambulant und stationär) oder sonstige ärztlich verordnete Maßnahmen;
 - b) Versorgung mit Körperersatzstücken (z. B. Prothesen) sowie mit orthopädischen oder anderen Hilfsmitteln (z. B. Krankenfahrrädern, Hörgeräten usw.);
 - c) Hilfe zur Schul- und Berufsausbildung oder zu einer sonstigen angemessenen Tätigkeit; Fortbildung im Beruf, Umschulung;

- d) sonstige Hilfen, z. B. zur Erlangung eines geeigneten Arbeitsplatzes, zur Sicherung der Wirksamkeit der ärztlichen oder ärztlich verordneten Maßnahmen und zur Sicherung der Eingliederung in das Arbeitsleben.

Ziel dieser Hilfe ist es, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine vorhandene Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und dabei dem Behinderten die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern; hierzu gehört es auch, ihn wenigstens unabhängig von Pflege zu machen. Diese Hilfe erhalten also auch alte und nicht mehr erwerbsfähige Behinderte.

3. Hilfe zur Pflege

Pflegebedürftige, die das dritte Lebensjahr vollendet haben und so hilflos sind, daß sie für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens **in erheblichem Umfange** der Wartung und Pflege **dauernd** bedürfen, erhalten ein Pflegegeld von monatlich 100 DM, wenn die einkommensmäßigen Voraussetzungen nach dem BSHG erfüllt sind und wenn die notwendige Wartung und Pflege durch nahestehende Personen (z. B. Verwandte) oder im Wege der Nachbarschaftshilfe voll oder im wesentlichen Umfange außerhalb einer Anstalt übernommen werden;

4. Hilfe für Blinde

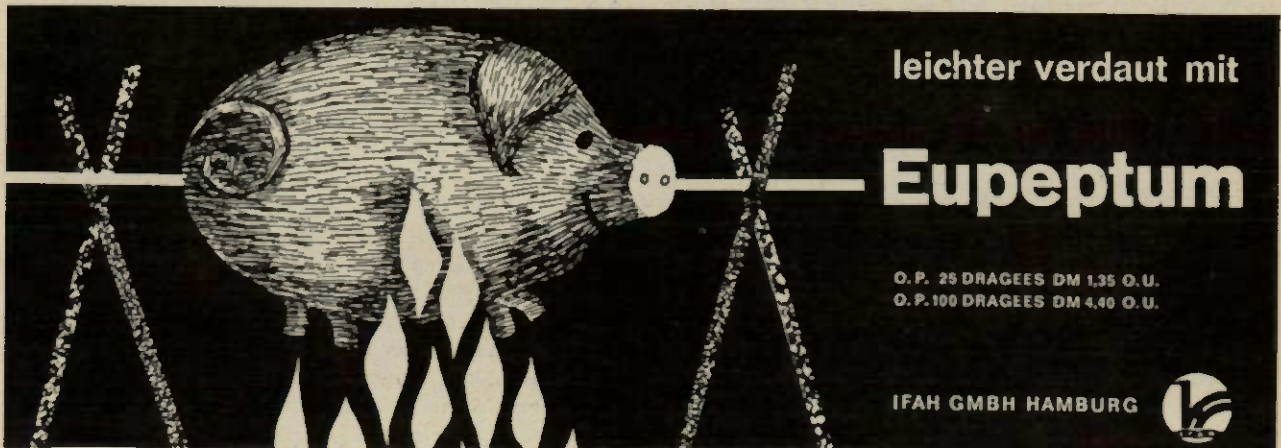
Blinde (als blind gilt auch, wer eine so geringe Sehschärfe hat, daß er sich in einer ihm nicht vertrauten Umgebung ohne fremde Hilfe nicht zurechtfinden kann) erhalten zum Ausgleich der durch die Blindheit bedingten Mehraufwendungen, soweit sie keine gleichartigen Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften erhalten, Blindenhilfe; sie beträgt für Blinde, die das sechste, aber noch nicht das achtzehnte Lebensjahr vollendet haben, monatlich 100 DM, für Blinde über achtzehn Jahre monatlich 200 DM. Das gilt jedoch nicht für Blinde, welche die erforderliche, durch die Blindheit bedingte Pflege in Anstalten oder Heimen in vollem Umfange erhalten. Zivilblinde, die das achtzehnte Lebensjahr vollendet und

leichter verdaut mit

Eupeptum

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

IFAH GMBH HAMBURG



ihren dauernden Wohnsitz in Bayern haben, erhalten ein Pflegegeld von 200 DM monatlich nach dem Gesetz über die Gewährung von Pflegegeld an Zivilblinde i. d. F. vom 22. 5. 1958 (Bayer. Gesetz- und Verordnungsblatt — GVBl. — S. 74), geändert durch Art. 31 des Gesetzes zur Ausführung des Bundessozialhilfegesetzes (AGBSHG) vom 26. 10. 1962 (GVBl. S. 272).

III. Was soll der Behinderte tun, um Hilfe zu erhalten?

1. Entscheidend ist, daß die Behinderung **frühzeitig** erkannt wird; wer sich alsbald ärztlich behandeln läßt, kann meist Dauerschäden verhüten. Der **Arzt** berät den Behinderten und, wenn dieser geschäftsunfähig oder in der Geschäftsfähigkeit beschränkt ist, den Personensorgeberechtigten über Notwendigkeit oder Möglichkeit der Behandlung und unterrichtet sie durch Aushändigung dieses Merkblattes über die gesetzlichen Hilfemöglichkeiten. Lehnt der Personensorgeberechtigte eines geschäftsunfähigen oder in der Geschäftsfähigkeit beschränkten Behinderten die notwendige Behandlung ab oder vernachlässigt er die Behandlung, hat der Arzt auch ohne dessen Einverständnis das Recht, das Gesundheitsamt zu benachrichtigen.

2. **Hebammen und andere Medizinalpersonen, Lehrer, Sozialarbeiter (Wohlfahrtspfleger), Kindergärtnerinnen und HortnerInnen**, die bei der Ausübung ihres Berufes eine Behinderung oder eine drohende Behinderung bei einem Geschäftsunfähigen oder in der Geschäftsfähigkeit Beschränkten wahrnehmen, haben den Personensorgeberechtigten anzuhalten, den Behinderten oder von Behinderung Bedrohten einem Arzt vorzustellen. Lehnt der Personensorgeberechtigte das ab, so haben die genannten Personen das Gesundheitsamt zu benachrichtigen.

3. Auch die **Gesundheitsämter** beraten körperlich Behinderte oder von einer Behinderung Bedrohte. Sie führen hierfür die erforderlichen Sprechtage durch. Über Ort und Zeit der Sprechtage geben auch die Sozialhilfeträger (Bezirke, kreisfreie Gemeinden und Landkreise) oder die kreisangehörigen Gemeinden Auskunft. Die Gesundheitsämter benachrichtigen den Träger der Sozialhilfe oder die Träger anderer Sozialleistungen zur Einleitung der erforderlichen Maßnahmen und leiten unaufschiebbare ambulante oder stationäre ärztliche Maßnahmen im Zusammenwirken mit den zuständigen Stellen ein.

4. Den **Gesamtplan** zur Durchführung der einzelnen Maßnahmen stellt der Träger der Sozialhilfe auf. Es ist daher zweckmäßig, wenn sich der körperlich Behinderte zunächst an den Sozialhilfeträger (Bezirk, kreisfreie Gemeinde oder Landkreis) wendet.

IV. Wer trägt die Kosten?

Das Bundessozialhilfegesetz hat die Kostenfrage **großzügig** geregelt. Ob die Kosten ganz oder teilweise vom Sozialhilfeträger übernommen werden können, richtet sich danach, ob die Aufbringung der Mittel aus dem Einkommen und Vermögen zuzumuten ist und ob die Hilfe nicht von anderen, besonders von Angehörigen oder von Trägern anderer Sozialleistungen gewährt wird.

Der Sozialhilfeträger kann aber die Kosten grundsätzlich nur dann übernehmen, wenn er den Hilfemaßnahmen (Abschnitt II des Merkblattes) vorher **ausdrücklich** zugestimmt hat. Über Einzelheiten der Kostenübernahme geben die Träger der Sozialhilfe (Bezirke, kreisfreie Gemeinden und Landkreise) Auskunft.

Die Kosten für die genannten an Behinderte gewährten Hilfen sind in der Regel **nicht** zu ersetzen.

GESETZES- UND RECHTSFRAGEN

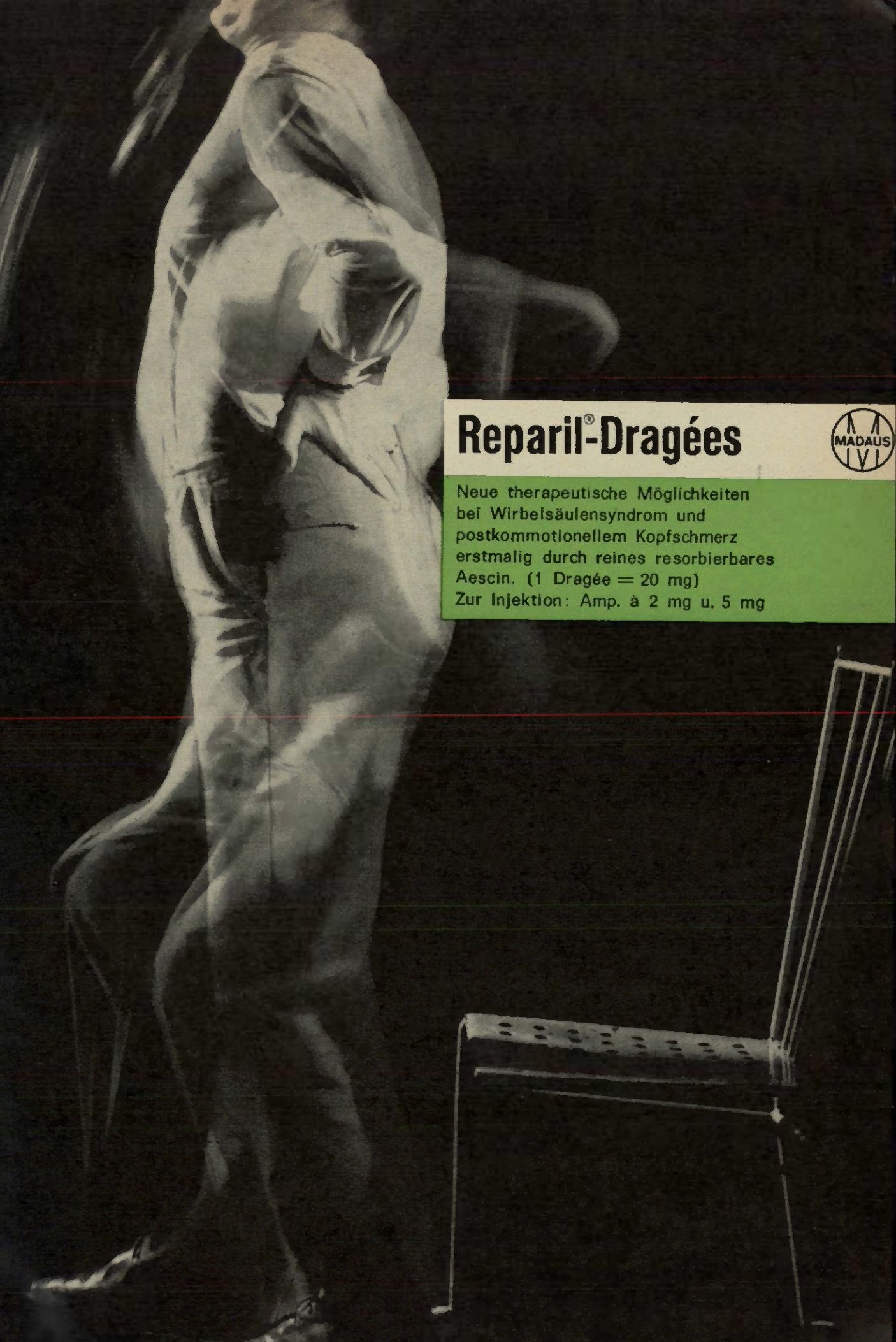
Der Kraftfahrer rettet einen anderen Verkehrsteilnehmer: Er ist nicht verpflichtet, dabei sein Leben ernstlich zu gefährden

(C.) Häufig kommt es vor, daß ein Kraftfahrer in einer plötzlichen Gefahrenlage es auf sich nimmt, seinen Wagen oder gar sich persönlich an seiner Gesundheit zu schädigen, um einen anderen Verkehrsteilnehmer davor zu bewahren, durch das Kraftfahrzeug geschädigt zu werden. Es fragt sich, ob der Kraftfahrer in derartigen Fällen vom Geschädigten einen angemessenen Ersatz verlangen kann.

Der Bundesgerichtshof hat einem Kraftfahrer, der sich selbst zur Rettung eines Verkehrsteilnehmers Schaden zugefügt hatte, einen Anspruch auf Entschädigung aus dem Gesichtspunkt der Geschäftsführung ohne Auftrag (nach §§ 677 ff. BGB) zugesprochen. Bisher hatte der Bundesfinanzhof die Ansicht vertreten, ein Ersatzanspruch sei nur gegeben, wenn der Ersatz fordernde Kraftfahrer den Nachweis erbringen konnte, daß der Schadensfall für ihn ein „unabwendbares Ereignis“ war. Bei Bemessung der Entschädigung ist jedoch die von einem Kraftfahrzeug ausgehende Gefahr zu berücksichtigen. Aus den Entscheidungsgründen sind folgende Ausführungen von Bedeutung:

Der Kraftfahrer hat durch das Herumreißen seines Wagens verhindert, daß der Radfahrer überfahren wurde. Er hat damit eine Angelegenheit besorgt, die im Interesse des Radfahrers lag. Das erfüllt den Begriff der Geschäftsbesorgung, denn dieser Begriff ist im weiten Sinne zu verstehen und umfaßt auch Handlungen tatsächlicher Art. Es ist allgemein anerkannt, daß Hilfeleistungen im Falle einer Gefahr für das Leben oder die Gesundheit eines anderen hierher gehören. Der Kraftfahrer hat durch sein Handeln auch Belange des Beklagten wahrgenommen, indem er ihn davor bewahrte, verletzt oder gar getötet zu werden.

Das kann nicht mit der Erwägung angezweifelt werden, daß eine solche Selbstaufopferung dem eigenen Rechtskreis des Kraftfahrers zuzurechnen sei, weil dieser nach § 1 Straßenverkehrsordnung (StVO) die Pflicht habe, seinerseits alles zu tun, um einen Unfall zu vermeiden. Der Kraftfahrer ist nicht verpflichtet, sein Leben ernstlich zu gefährden, um von einem anderen Verkehrspartner eine Gefahr abzuwenden. Auch die Straßenverkehrsordnung sinnt ihm nicht an, daß er einen anderen schont und sich opfert, wenn er trotz Anwendung der äußersten Sorgfalt in die Lage gerät, entweder sich in Lebensgefahr zu begeben oder den anderen zu überfahren.



Reparil®-Dragées



Neue therapeutische Möglichkeiten
bei Wirbelsäulensyndrom und
postkommotionellem Kopfschmerz
erstmalig durch reines resorbierbares
Aescin. (1 Dragée = 20 mg)
Zur Injektion: Amp. à 2 mg u. 5 mg

Falls der Kraftfahrer sich darauf beschränkt hätte, zu bremsen und auf der Straße auszuweichen, so hätte er schon damit seine Pflichten aus § 1 StVO erfüllt. Er könnte nicht zur Verantwortung gezogen werden, wenn der Beklagte dabei angefahren worden wäre. Daß der Kraftfahrer mehr getan und nicht nur sich, sondern auch die anderen Insassen des Wagens in Gefahr gebracht hat, ist daher nicht als die Erfüllung einer Rechtspflicht, sondern als ein Akt der Menschenhilfe anzusehen, auf den die Bestimmungen der Geschäftsführung ohne Auftrag ihrem Zweck nach anzuwenden sind (Aktenzeichen: VI ZR 217/61).

Krankheiten müssen bei Arbeitsvertragsabschluß offenbart werden

(F.) Fest steht, daß eine Arbeitnehmerin, die bei Anstellung danach gefragt wird, ob sie schwanger sei, hierauf dem Arbeitgeber wahrheitsgemäß antworten muß. Eine Schwangerschaft muß also nur offenbart werden, wenn danach gefragt wird.

Nunmehr hatte das Bundesarbeitsgericht die noch nicht entschiedene Frage zu entscheiden, ob dies auch für Krankheiten gilt. Das Bundesarbeitsgericht kommt dabei zum gleichen Ergebnis wie im Falle der Schwangerschaft: Wird ein Arbeitnehmer bei Vertragsschluß gefragt, ob er krank sei, so muß er vorliegende Krankheiten genau angeben, andernfalls kann der Arbeitsvertrag wegen arglistiger Täuschung angefochten werden und der über Krankheiten täuschende Arbeitnehmer hat darüber hinaus dem Arbeitgeber Schadensersatz zu leisten.

Der Arbeitgeber muß, so führt das Bundesarbeitsgericht aus, bei Einstellung disponieren können und hat daher ein Recht darauf, zu erfahren, ob die angebotene Arbeit auch fristgerecht angetreten und später fortgeführt werden kann.

Selbst wenn der Bewerber im Zeitpunkt des Abschlusses des Arbeitsvertrages krank ist, aber damit rechnet, daß er im Zeitpunkt, zu dem er die Arbeit anzutreten hat, wieder gesund wird, und deshalb von der Krankheit nichts erwähnt, so darf er dies dem Arbeitgeber gegenüber nicht verschweigen. Kann er später die Arbeit nicht wie vorgesehen antreten, so ist er schadensersatzpflichtig. (Urteil des Bundesarbeitsgerichts vom 27. 2. 1964, Az. 1 AZR 251/63).

Polizeivernehmung noch Verkehrsübertretung

(C.) Von Verkehrsübertretungen, die nicht an Ort und Stelle angehalten, sondern von der Polizei erst lange nach der Tat vernommen worden sind, wird heute vielfach die Ansicht vertreten, daß ihr Anspruch auf rechtliches Gehör (Artikel 103 Abs. 1 Grundgesetz) verletzt ist, weil der Beschuldigte sich dann an die Einzelheiten nicht mehr erinnern kann. So hatte in einem vom Oberlandesgericht Celle mit Urteil vom 11. 10. 1962 — 1 Ss 350/62) entschiedenen Falle zwischen der Tat und der Ladung zur polizeilichen Vernehmung ein Zeitraum von 29 Tagen gelegen. Trotzdem hat das Gericht eine Verletzung des rechtlichen Gehörs verneint und dazu u. a. ausgeführt:

Ein allgemein gültiger zeitlicher Maßstab dafür, wann während polizeilicher Ermittlungen Gehör als nicht rechtzeitig gewährt angesehen werden könnte, läßt sich nicht finden. Allenfalls ließe sich erwägen, bestimmte, mindestens nach Art und Schwere der Vorwürfe ver-

schiedene Zeitgrenzen festzusetzen, bis zu denen ein Beschuldigter gehört sein muß, widrigenfalls Fehlen rechtlichen Gehörs anzunehmen wäre.

Aber abgesehen davon, daß dies doch nur Sache des Gesetzgebers sein könnte, würde die Zeitgrenze auch bei bloßen Verkehrsübertretungen, die einen Unfall nicht zur Folge gehabt haben, sicherlich nicht unter einem Monat liegen können. Denn bei der Festsetzung einer Zeitgrenze müßte natürlich mit bedacht werden, daß sich bei Ermittlungen aus den vielfältigsten Gründen Verzögerungen ergeben können, Verzögerungen, die sich selbst durch eine starke — und doch wohl nicht gerade wünschenswerte — Vergrößerung des Polizeiapparates nicht immer vermeiden ließen. Im übrigen hat der Gesetzgeber für Übertretungen ja schon insofern eine gewisse Zeitgrenze festgesetzt, als er deren Verfolgung grundsätzlich in drei Monaten verjähren läßt.

Flucht und Verkehrsunfall — Rückkehrpflicht on den Unfallort

(C.) Nach § 142 Strafgesetzbuch (StGB) wird mit Gefängnis bis zu zwei Jahren oder mit Haft und Geldstrafe oder mit einer dieser Strafen bestraft, wer sich nach einem Verkehrsunfall der Feststellung seiner Person, seines Fahrzeugs oder der Art seiner Beteiligung an dem Unfall vorsätzlich durch die Flucht entzieht, obwohl nach den Umständen in Frage kommt, daß sein Verhalten zur Verursachung des Unfalls beigetragen hat.

Strafgrund der Vorschrift ist die Erschwerung der Sachaufklärung von Verkehrsunfällen durch die Flucht. Jeder von einem Unfall Betroffene oder an einem Unfall Beteiligte unterliegt einer sog. passiven Feststellungspflicht, die dahin geht, die Aufklärung aller für etwaige Schadensersatzansprüche der Unfallbeteiligten bedeutsamen Umstände durch zeitweiliges Verbleiben am Ort des Geschehnisses zu ermöglichen. Das Gesetz will der den Beteiligten drohenden Gefahr eines Beweisverlustes entgegenwirken und verpflichtet sie, die Feststellung ihres (äußeren) Beitrags zum Unfallhergang zu dulden und dadurch zur Verwirklichung der den Beteiligten etwa erwachsenden Rechtsansprüche beizutragen.

Hiervon ausgehend, ist es herrschende Rechtsansicht, daß das Gesetz zwar keine tätige Mitwirkung des Unfallbeteiligten an der Aufklärung des Unfalls gebietet und auch nicht verlangt, daß er sich als solcher bei der Polizei meldet oder selbst anzeigt, daß es für ihn jedoch eine Wartepflicht begründet, verbunden mit der weiteren Pflicht, die zur Aufklärung seiner Beteiligung notwendigen Feststellungen zu dulden. Die durch § 142 StGB begründete Warte- und Duldungspflicht soll im öffentlichen Interesse die zur Klärung bürgerlich-rechtlicher Ansprüche der Unfallbeteiligten erforderlichen Feststellungen im unmittelbaren Anschluß an den Unfall ermöglichen.

Dieser Zweck der Vorschrift gebietet es auch, eine Rückkehrpflicht des Unfallbeteiligten anzunehmen, der erst auf der Weiterfahrt vom Unfallort von seiner Unfallbeteiligung Kenntnis erlangt. Allerdings ist eine strafbare Flucht nur so lange möglich, als noch ein räumlicher und zeitlicher Zusammenhang zum Unfallgeschehen besteht. Diese Grenze muß auch für die Rückkehrpflicht gelten (Urteil des Bundesgerichtshofs vom 26. 9. 1962 — 4 StR 196/62).

28



Etalontin Parke Davis

zur oralen Konzeptionskontrolle
20 Tabletten in der Zykluspackung
60 Tabletten in 3 Zykluspackungen



STEUERFRAGEN

Die Vermögensabgabe kann immer noch abgelöst werden

(F.) Die Vermögensabgabe kann jederzeit abgelöst werden, solange es überhaupt eine Vermögensabgabe gibt. Und diese wird es leider noch lange geben, laut Gesetz bis 31. März 1979.

Unter Ablösung versteht man bekanntlich die vorzeitige Tilgung der Abgabeschuld durch Entrichtung eines einmaligen Betrags. Die entscheidende Frage dabei ist, was gespart wird, d. h. wie groß der Schuld nachlaß im Falle der Ablösung ist. Wie steht es nun heute damit?

An Stelle des Nennbetrags der künftigen Raten ist ein Barwert zu entrichten, der auf der Grundlage von 6,5% Zins und Zinseszins ermittelt wird. Dieser Barwert beträgt heute etwa 65% der Summe aller noch ausstehenden Vierteljahrsraten. Der Ablösungsbetrag ergibt sich ganz einfach durch Multiplikation des abzulösenden Vierteljahrsbetrags mit einem bestimmten Vervielfältiger, der von der Anzahl der abzulösenden Raten abhängig ist und aus einer Tabelle abgelesen werden kann.

Wenn alle noch ausstehenden Raten abgelöst werden, so handelt es sich um eine Vollablösung. Daneben gibt es noch eine Teilablösung, bei der ein beliebiger Teilbetrag aller noch ausstehender Raten abgelöst wird. Jeder Abgabepflichtige hat die Wahl zwischen diesen zwei Ablösungsarten. Wer die Mittel für eine Vollablösung nicht aufbringt, kann also auch eine Teilablösung vornehmen. Eine Teilablösung wird vor allem auch in Frage kommen, wenn Familienermäßigung gewährt wird. Die Familienermäßigung würde nämlich bei der Vollablösung verlorengehen. Bei der Teilablösung kann man sich diese erhalten, indem man nur den nach Abzug der Familienermäßigung verbleibenden Vierteljahrsbetrag ablöst. Für beide Arten von Ablösung ist zu beachten, daß rückständige Raten nicht mehr abgelöst werden können.

Beispiel für eine Vollablösung

Vierteljahrsbetrag 50 DM, keine Familienermäßigung. Auf 10. August 1964 wurden alle noch ausstehenden 59 Raten abgelöst. Ablösungsbetrag 50 DM mal 38,3775 = 1918,87 DM. Ohne Ablösung wären im Verlauf von 14 $\frac{3}{4}$ Jahren 50 DM mal 59 = 2950 DM zu zahlen.

Beispiel für eine Teilablösung

Vierteljahrsbetrag 50 DM. Nach Abzug von 15 DM Familienermäßigung für Ehefrau und zwei Kinder verbleiben 35 DM. Dieser Betrag wurde auf 10. August 1964 abgelöst. Ablösungsbetrag 35 DM mal 38,3775 = 1343,21 DM. Wenn dann später die Voraussetzungen für die Familienermäßigung wegfallen, so sind von da ab entsprechende Vierteljahrsbeträge zu zahlen. Diese Beträge können dann seinerzeit auch wieder abgelöst werden.

Durch die Ablösung kann also ein erheblicher Teil der Vermögensabgabe eingespart werden. Diesem Vorteil steht aber auch ein Nachteil gegenüber. Man darf nicht vergessen, daß durch die Ablösung eine Schuld getilgt wird, die an sich erst im Laufe von über 14 Jahren, also innerhalb eines sehr langen Zeitraums zu tilgen wäre. Die Frage, ob der Vorteil oder der Nach-

teil überwiegt, muß jeder Abgabepflichtige selbst entscheiden.

Der durch die Ablösung entstehende Gewinn, d. h. der Unterschied zwischen Nennbetrag und Ablösungsbetrag, ist einkommensteuerfrei. Andererseits kann der Ablösungsbetrag bei der Einkommensteuer weder ganz noch teilweise abgesetzt werden. Es ist also nicht so wie bei der regulären Zahlung, wo ein Viertel oder ein Drittel der gezahlten Beträge als Sonderausgaben von den steuerpflichtigen Einkünften abgezogen werden kann.

Bei Ablösung von Kleinbeträgen, das sind Vierteljahrsbeträge bis zu 20 DM, wird ein weiterer Nachlaß von 20% des Ablösungsbetrags gewährt. Die Ablösung solcher Kleinbeträge kann vom Finanzamt angeordnet werden.

Sparen und Anlegen

Stockdividende und „Schütt aus — hol zurück“

Die Aufsätze dieser Artikelreihe haben schon gelegentlich darauf aufmerksam gemacht, daß die Verwaltungen der Aktiengesellschaften in einem gewissen Zwiespalt sind: Einerseits erkennen sie die Notwendigkeit der Dividendenverteilung an die Aktionäre, wenn mit dem Geld der Aktionäre entsprechend verdient worden ist. Andererseits sehen sie die Mittel, die als Dividende ausgezahlt werden, nur ungern das Unternehmen verlassen. Man würde auch die Dividende eigentlich lieber für Investitionen verwenden, und außerdem bringt ihre Auszahlung immer eine ziemliche Anspannung der Liquidität mit sich.

Die Größenordnungen sind oft ganz beträchtlich. Siemens zum Beispiel zahlte seinen Aktionären für das Geschäftsjahr 1962/63 über 100 Millionen DM Dividende, beim Volkswagenwerk waren es für 1963 knapp 100 Millionen, und das Rheinisch-Westfälische Elektrizitätswerk AG (RWE) liegt mit seiner Dividendenzahlung in absoluten Beträgen sogar noch höher.

Kein Wunder also, daß man sich bei den Aktiengesellschaften schon seit langem den Kopf zerbricht, wie man sowohl den Anspruch des Aktionärs auf Dividende als auch den Wunsch des Unternehmens nach Liquidität und möglichst viel Eigenkapital befriedigen könne. Selbstverständlich spielt bei solchen Überlegungen der Steuerfiskus eine Hauptrolle. Steuerrechtliche Fragen, deren nähere Erörterung hier zu weit führen würde, sind geradezu ausschlaggebend in der Frage, wie der Aktionär zu behandeln sei. Nur eines Umstandes wollen wir uns entsinnen: Seit einer Reihe von Jahren braucht der Teil des Gewinns, der als Dividende an die Aktionäre verteilt wird, um ein Mehrfaches niedriger versteuert zu werden als der Teil, der im Unternehmen verbleibt. Damit wollte der Gesetzgeber die Dividendenfreudigkeit der Aktiengesellschaften anregen und so das Interesse am Aktienbesitz in der Bevölkerung fördern. Es ist kaum nötig zu sagen, daß dieses Gesetz bei den Unternehmensverwaltungen geteilte Aufnahme gefunden hat. Man würde einen einheitlichen mittleren Steuersatz, der das Einbehalten von Gewinnen also verbilligte, oft lieber sehen.

Der Aktionär dagegen hat, auch dies sei nicht vergessen, Interesse an einer Gewinnausschüttung nicht nur, weil er das Geld zu seiner privaten Lebensführung gut brauchen kann, ja oft geradezu mit diesem Gelde rechnen muß, sondern auch aus einem anderen, prinzi-

piellen Grund: Er will eine leichte Möglichkeit, den Ertrag seines Kapitals an anderer Stelle in der Wirtschaft — beispielsweise durch den Kauf von Aktien anderer Unternehmungen — zu investieren, und sei dies nur im Interesse einer möglichst breiten Mischung seiner Kapitalanlagen. Einbehaltene Gewinne „gehören“ ihm als einem Mitigentümer des thesaurierenden Unternehmens zwar auch, sie bevormunden den Aktionär aber in seinen Anlagewünschen. Es bleibt ihm nur die Möglichkeit, Dispositionsfreiheit durch Verkäufe aus dem fraglichen Besitz zu erlangen, was, schon wegen der Spesen, nicht jedermanns Sache ist.

Es gibt also eine ganze Reihe guter Gründe dafür, daß es bei einer jedenfalls teilweisen Gewinnausschüttung an den Aktionär bleibt. Aber daneben hat man eine Theorie und Praxis des „Schütt aus — hol zurück“ entwickelt. In einfachen Worten bedeutet dies nichts anderes, als daß die Dividende, die nun möglichst den gesamten Gewinn zu erfassen hätte, durch ein Kapitalerhöhungsangebot an die Aktionäre sofort wieder in das Unternehmen hineingeholt wird. Komplizierte diesbezügliche Berechnungen sind beispielsweise angestellt worden, nachdem dieser Weg in der Hauptversammlung des Volkswagenwerks 1963 vorgeschlagen worden war. Grundsätzlich ist es immer eine Frage, ob das „hol zurück“ dann ebenso leicht ist wie das vorausgegangene „schütt aus“, denn an Kapitalerhöhungen muß man bekanntlich nicht teilnehmen, sondern man kann es nur, und wenn viele Aktionäre es nicht tun, dann gibt es einen Kursdruck, der dem Renommé des Unternehmens schadet.

Wirtschaftlich gesehen freilich wird eine Art „Schütt aus — hol zurück“-Politik gerade von expansiven Unternehmungen, wie den drei großen Chemie-Aktiengesellschaften Farben Bayer, Hoechst Farben und Badische Anilin, betrieben. Solche Gesellschaften sind wegen ihres hohen Kapitalbedarfs darauf angewiesen, durch Kapitalerhöhungen in gewissen Abständen auch das Geld wieder hereinzuholen, das sie — nicht zuletzt auch im Interesse ihres internationalen Ansehens — alljährlich als Dividende verteilen. Es geht als bei diesen Überlegungen — wieder einmal — hauptsächlich um die Frage, wie und ob man eine solche Politik „institutionalisieren“ kann.

Eine solche Institution gibt es nun, jedenfalls prinzipiell, in dem, was die Fachleute „Stockdividende“ nennen. Das Wort ist dem Angelsächsischen entlehnt und bedeutet Dividende in Form von Aktien (stocks). In den Hauptversammlungen sowohl der Deutschen Bank als auch der Dresdener Bank beispielsweise haben in diesem Frühjahr Aktionäre die Verteilung solcher Stockdividenden (zusätzlich zur Bardividende) verlangt. Die Vereinsbank in Hamburg und die Didierwerke AG, Wiesbaden, um zwei andere angesehene Unternehmungen zu nennen, haben nach dem Kriege Stockdividenden gewährt. Der niederländische Philips-Konzern, dessen Aktien auch an deutschen Börsen notiert werden, verteilt seit 1959 alljährlich neben einer Bardividende auch eine Stockdividende, und der größte Investmentfonds in Europa, Robeco in Holland, praktiziert die Dinge — zum Nutzen auch seiner zahlreichen deutschen Aktionäre — ebenfalls seit Jahren in dieser Weise. In den USA und in Frankreich ist die Stockdividende gleichfalls allgemein in Übung — kurzum, wir haben es mit einer durchaus internationalen Er-

scheinung zu tun, die unser Interesse schon deshalb verdient, weil das Angebot guter ausländischer Aktien in Deutschland laufend zunimmt. Schon jetzt werden an der Frankfurter Börse 25 Auslandsaktien amtlich notiert, in Düsseldorf, München, Hamburg und Berlin nimmt die Zahl der amtlichen Notizen von Auslandsaktien gleichfalls zu, und jede Bank ist jederzeit in der Lage, deutschen Interessenten jedes erstklassige ausländische Papier auch dann zu verschaffen, wenn es in der Bundesrepublik und Berlin keine amtliche Notiz hat.

Die Stockdividende ist nichts anderes als eine Kapitalerhöhung aus dem Unternehmensgewinn eines Jahres, wobei die jungen Aktien den Altaktionären im Verhältnis ihres Besitzes am gesamten bisherigen Aktienkapital zugeteilt werden. Nun muß eine Aktie bei uns einen Mindestnennwert von 100 DM haben. Eine solche Gewinnverteilung aber führt notwendigerweise zu „krummen“ Beträgen, und außerdem muß ein Aktionär einen recht hohen Mindestbesitz an Altaktien haben, damit er als Stockdividende eine Aktie über 100 DM Nominale zugeteilt bekommen kann. Verteilt eine AG zum Beispiel eine Stockdividende von 4%, so muß der Aktionär, der daraus eine Aktie beziehen möchte, einen Altbesitz von nom. 2500 DM Aktien haben.

Mit anderen Worten: Wer — im Fall des genannten Beispiels — weniger als 2500 DM Altbesitz hat, muß Bezugsrechte auf Stockdividende dazukaufen, wer mehr als 2500 DM Altbesitz hat, kann Bezugsrechte verkaufen, wenn jeweils Interesse am Besitz einer aus der Stockdividende entstehenden jungen 100-DM-Aktie besteht. Man kann selbstverständlich auch sämtliche Bezugsrechte verkaufen (und damit auf die Teilnahme an der so gearteten Kapitalerhöhung verzichten), bzw. Aktionär erst dadurch werden, daß man Bezugsrechte auf die Stockdividende erwirbt. Es handelt sich bei der Sache technisch um genau das, was in den vorausgegangenen Beträgen über Kapitalerhöhung und Bezugsrecht gesagt worden ist. Der Markt, die Börse, steht zur Verfügung, um jedermann ein individuelles Verhalten zu ermöglichen.

Wenn sich die Stockdividende in Deutschland noch keiner allzu großen Beliebtheit erfreut, so, weil die mit ihr verbundenen steuerlichen Fragen recht kompliziert sind; im Schnitt wird der Großaktionär steuerlich etwas begünstigt. Außerdem scheint eine Rolle zu spielen, daß man das Publikum eben nur schrittweise an neue Möglichkeiten im Bereich der Kapitalanlage gewöhnen kann und soll, und schließlich mögen die Verwaltungen der Aktiengesellschaften den Gedanken daran scheuen, daß die Aktionäre doch nur den Wunsch haben könnten, die Stockdividende zu Bargeld zu machen. Damit aber ließe sich dann der erwünschte finanzielle Effekt beim Unternehmen nur durch einen gehörigen Druck auf den Aktienkurs erkaufen.

Indes, nicht nur „das Publikum“, auch die Unternehmensverwaltungen sind oft ganz einfach kopscheu dem Neuen gegenüber. Es kommt dann nur darauf an, über die Hürde zu springen — wie es in puncto Wandelanleihe mit dem „Siemens-Tip“ soeben schließlich auch gelungen ist.

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

MITTEILUNGEN

Dr. Dehler Landesvorsitzender der FDP

Wie wir nach Redaktionsschluß erfahren, ist Herr Kollege Dr. Klaus DEHLER, MdL, zum Vorsitzenden der Freien Demokratischen Partei Bayerns gewählt worden.

Waffenscheine für Ärzte

Einer Anregung des Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer folgend, hat der Bayerische Staatsminister des Innern die Landratsämter und kreisfreien Städte angewiesen, Anträge von Ärzten auf Erteilung eines Waffenscheines wohlwollend zu behandeln und vor der Ablehnung solcher Anträge der Regierung zu berichten.

Franz-Redeker-Preis

Das Präsidium des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose hat auch für das Jahr 1965 den Franz-Redeker-Preis in Höhe von 4000 DM für eine bisher noch nicht veröffentlichte wissenschaftliche Arbeit auf dem Gebiet der Tuberkulosebekämpfung in sozialhygienischer Hinsicht gestiftet (unter Ausschluß der medikamentösen oder operativen Therapie). Dieser Preis kommt für eine oder mehrere, höchstens jedoch für 3 Arbeiten zur Verteilung.

Der Einsendeschluß für die Arbeiten zum Franz-Redeker-Preis 1965 ist der 31. Juli 1965.

Bewerbungsberechtigt sind alle Personen, die sich beruflich mit der Tuberkulosebekämpfung in Deutschland beschäftigen.

Die Manuskripte sind an das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose, Augsburg, Schießgrabenstraße 24, einzureichen.

Johann-Nepomuk-Nußbaum-Preis

Die Bayerische Chirurgen-Vereinigung vergibt im Jahre 1965 den Johann-Nepomuk-Nußbaum-Preis in Höhe von 2000 DM für die beste Arbeit aus dem Bereich der Chirurgie und ihrer Grenzgebiete. Jedes Mitglied der Bayerischen Chirurgen-Vereinigung in Assistentenstellung oder Assistenten von Mitgliedern können sich mit einer wissenschaftlichen Arbeit um den Preis bewerben. Sie muß in einer anerkannten Fachzeitschrift erschienen und darf nicht schon von anderer Seite prämiert worden sein. Eine noch nicht veröffent-

lichte Arbeit kann im Manuskript eingesandt werden. Schlußtermin für die Einsendung ist der 31. 5. 1965. Die Arbeit ist dem Federführer des Preisrichterkollegiums, z. Z. Prof. Dr. R. ZENKER, Chirurgische Universitätsklinik, 8 München 15, Nußbaumstraße 20, einzusenden.

Adalbert-Czerny-Preis

Die Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde wird auch im Jahre 1965 den Adalbert-Czerny-Preis, der aus der Adalbert-Czerny-Medaille und einem Geldpreis von DM 1000,— besteht, verleihen. Damit sollen besondere wissenschaftliche Leistungen auf dem Gebiet der Kinderheilkunde mit Einschluß ihrer Grenzgebiete ausgezeichnet werden. Die Arbeiten brauchen noch nicht veröffentlicht zu sein, doch soll ihre Veröffentlichung möglichst noch im Bewerbungsjahr erfolgen.

Um den Preis können sich Kinderärzte aus dem deutschen Sprachraum bewerben. Der Preis soll bevorzugt an den wissenschaftlichen Nachwuchs oder an Kinderärzte in freier Praxis vergeben werden. Die Bewerber müssen 5 Exemplare ihrer Arbeit bis zum 15. 6. 1965 einreichen an den Schriftführer der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde, Prof. Dr. Joachim WOLFF, 41 Duisburg, Lotharstraße 63, Städt. Kinderklinik.

Bestellschein

— bitte ausschneiden und einsenden an: Verlag Bayer, Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstr. 85 —

Hiermit bestelle ich aus der Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer

- Band 2: Vorträge der 14. Wissenschaftlichen Ärztagung Nürnberg „Altern — Hypertonie — Vergiftungen“
- Band 3: Vorträge der 15. Wissenschaftlichen Ärztagung Nürnberg „Diabetes — Asthma — Verkehrsmedizin“

Selbstkostenpreis pro Band: DM 6.—

Bitte gewünschten Band ankreuzen.

Datum:

Stempel:

Unterschrift:

Für
Ihre
Magen-
Patienten

ULCOLIND®

unterbricht 3-fach den circulus vitiosus
um ZNS Magen und Leber

1/2 Packung 30 Tabletten

1/1 Packung 60 Tabletten

Lindopharm KG Hilden Rhld



Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat Oktober 1964*

(Zusammengestellt auf Grund der Wochenmeldungen)

Die Erkrankungshäufigkeit an Scharlach stieg im Oktober merklich an, im September entfielen auf 100 000 der Bevölkerung (auf ein Jahr umgerechnet) 64 Fälle, im Oktober bereits 125 Fälle. Dieser Anstieg zu Beginn der kühleren Jahreszeit war jedoch auch in früheren Jahren zu beobachten. Die Erkrankungsziffer an Diphtherie nahm von drei auf fünf Fälle je 100 000 der Bevölkerung zu. An übertragbarer Kinderlähmung in der paralytischen Form erkrankten im

Oktober zwei Personen. Fälle von bakterieller Ruhr wurden im Berichtsmonat seltener, solche von Salmonellose (übertragbare Dünndarmentzündung) etwas häufiger als im Vormonat gemeldet. Die etwas niedrigere Zahl von Erkrankungen an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) im Oktober im Vergleich zum September geht nur auf die unterschiedliche Länge beider Berichtszeiträume zurück.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 4. bis 31. Oktober 1964 (Vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11			
	Diphtherie		Scharlach		Übertragbare																			
					Kinderlähmung				Hirnhautentzündung				Typhus abdominalis				Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)				Enteritis infectiosa	
					dar. paral. Fälle		Meningokokken-Meningitis		Übrige Formen		Gehirnentzündung						Salmonellose		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	1	—	374	—	—	—	—	—	5	—	8	—	2	1	6	—	—	—	5	—	44	—	2	—
Niederbayern	16	—	43	—	1	1	—	—	3	—	2	—	—	—	—	—	—	—	3	—	5	—	—	—
Oberpfalz	17	1	50	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	2	—	1	—	6	—	—	—
Oberfranken	3	—	122	—	1	1	1	—	3	1	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—	3	—	3	—
Mittelfranken	—	—	162	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	10	—	3	—	—	—
Unterfranken	—	—	65	—	—	—	—	—	1	—	6	—	—	—	3	—	—	—	1	—	18	—	1	—
Schwaben	—	—	139	—	—	—	—	—	2	—	2	—	—	—	3	—	2	—	17	—	12	—	—	—
Bayern	37	1	955	—	2	2	1	—	16	1	20	—	2	1	15	—	4	—	37	—	91	—	6	—
München	1	—	177	—	—	—	—	—	1	—	4	—	—	—	3	—	—	—	3	—	22	—	2	—
Nürnberg	—	—	43	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	10	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2	—	—	—
Regensburg	3	—	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—

Gebiet	12		13		14		15		16		17		18		19		20	
	Botulismus		Hepatitis infectiosa		Ornithose (übrige Formen)		Verdachtsfälle von Tollwut 2)		Bangs'sche Krankheit		Leptospirose (übrige Formen)		Malaria-Rückfall		Toxoplasmose		Wundstarrkrampf	
	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	—	—	78	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	3	—	1	1
Niederbayern	—	—	32	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	5	—	1	1
Oberpfalz	—	—	24	—	—	—	12	—	—	—	—	—	—	—	2	—	1	1
Oberfranken	—	—	33	—	1	—	13	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—
Mittelfranken	—	—	36	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Unterfranken	—	—	70	—	—	—	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Schwaben	—	—	36	—	1	—	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—
Bayern	—	—	309	—	2	—	48	—	2	—	1	—	1	—	10	—	8	3
München	—	—	39	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Nürnberg	—	—	26	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	7	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

* Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes

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

2) ST = Sterbefälle. 3) Verletzungen durch ein tollwutkrankes oder tollwutverdächtiges Tier sowie Berührungen eines solchen Tieres od. Tierkörpers.

BUCHBESPRECHUNGEN

THEOPOLD: Schiller (Schiller, sein Leben und die Medizin im 18. Jahrhundert); Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, 1964, 261 S., DM 21.50.

Schiller? Wie kommt ein Arzt dazu, über Schiller zu schreiben? Ist dieser Dichter nicht im Bewußtsein namentlich unserer „Gebildeten“ passé? Und unsere Jugend? Und doch erleben wir es an uns selbst wie in der Beobachtung junger und alter Menschen: Ein Don Carlos, ein Wallenstein — und wir werden hineingezwungen in das Reich geistiger Mächte — staunend, erschüttert empfinden wir neue Kräfte uns zufließen, welche die enge Verpuppung in unsere Individualität sprengen und uns etwas ahnen lassen von der Größe, welche einem Menschen zu erreichen und zu erleiden gegeben ist.

Daß Schiller unser Kollege war, wenn auch nur kurze und wenig glückliche Jahre, daß er es auch die weitere Lebenszeit in reichlich schmerzhafter Weise — als Kranker — mit der Medizin zu tun hatte, mag die äußere Veranlassung gewesen sein, daß unser Kollege Dr. THEOPOLD sich neben seiner großen beruflichen und standespolitischen Arbeit (als Chef einer Kinderklinik und jetzt als Präsident der Hessischen Landesärztekammer) seit Jahren immer wieder mit diesem Dichter befaßte; zuletzt hat den Autor doch wohl dieser große Mensch in seinem Schaffen und Leiden immer wieder in den Bann seines ärztlichen und menschlichen Denkens gezogen. Und so ist aus solchen Studien dieses schöne Buch entstanden, gerade rechtzeitig vor Weihnachten, daß es die Arztfrauen ihren Männern auf den Weihnachtstisch legen können.

Ja, es ist wirklich ein Geschenk, das uns Theopold hier gemacht hat; man liest es mit Spannung, Erschütterung — auch mit Schmunzeln — und man stellt es bereichert in seinen Bücherschrank als eines der Bücher, die aufzuheben sich lohnt.

Theopold holt den Dichter von jenem Piedestal herab, auf dem er einsam über unserem Alltag thront; er erfüllt das Leben dieses Menschen und das Leben seiner Zeit mit großer Farbigkeit durch die Anschaulichkeit und Klarheit der Sprache, die uns mit einer Fülle des Details das Leben und Treiben dieser Menschen vertraut macht. Es heißt schon etwas, eine Zeit, die in unserem sog. Bildungsbesitz als ein festes Schema figuriert, wieder so lebendig zu machen, daß diese Schemen Blut bekommen und in der Größe und Beschränkung ihrer Zeit zu agieren beginnen.

So erhalten wir eine kleine Kulturgeschichte dieser für unser ganzes Geistesleben so bedeutsamen Epoche, deren Gestalten sich um das Gestirn dieses Buches bewegen — das Gestirn, den Menschen Schiller, für den das Wort Hugo v. Hoffmannsthal besonders geschrieben scheint, daß niemand von der Welt erfahre, als was in ihm selbst sei — aber er braucht die Welt, um dies zu erfahren und dazu ist notwendig: Tätigkeit und Leid.

Dr. Gustav S o n d e r m a n n, Emskirchen.

*) Eine medizinhistorische Besprechung folgt.

KONGRESSE UND FORTBILDUNG

I. International College of Sportmedicine Fédération internationale de Médecine sportive (F.I.M.S.)

15. bis 27. März 1965 München—Garmisch

1. Seminar zur Erlangung der internationalen Sportarztanerkennung (Fellow of F.I.M.S.)

Veranstaltet im Auftrag der F.I.M.S. vom Bayerischen Sportärztebund e. V., München, Geschäftsstelle:

8 München 2, Haus des Sports, Briener Straße 50, Telefon 52 15 55, unter der Schirmherrschaft des Bayerischen Staatsministers des Innern, Herrn Dipl.-Ing. Heinrich J u n k e r.

Sinn und Thematik des Kollegs

Ein Forschung, Lehre und Praxis förderndes Gespräch zwischen den bestehenden nationalen sportärztlichen Nationen unter Leitung der F.I.M.S. zu beginnen und zu führen. Folgende Probleme werden diskutiert:

1. Wert, Gefahren und Grenzen des Leistungs-Gesundheitssportes aus ärztlicher Sicht.
2. Erhaltung der Gesundheit sowie Vorbeugung und Wiederherstellung typischer interner, chirurgischer und nervaler Schäden unserer Zeit.
3. Standardisierung von Untersuchungsmethoden und medizinische Funktionsteste.
4. Notwendigkeit und Möglichkeit ärztlicher Mitwirkung bei Aufstellung sporttechnischer Vorschriften in den internationalen Sportverbänden und bei Veranstaltungen (Olympiade, Weltmeisterschaften).
5. Fragen der internationalen Dokumentation und Auswertung der Ergebnisse.

Durch das Kolleg sollen Ärzte gewonnen und benannt werden, die

1. für die F.I.M.S. auf internationalen Veranstaltungen (Weltmeisterschaften, Olympiade usw.) tätig sind,
2. in Forschung, Lehre und Praxis im Sinne und für die F.I.M.S. arbeiten.

Das Kolleg soll ein weltweites, vierzehn Tage umfassendes ausgiebiges Gespräch zum Wohle aller Sportler und Sportlerinnen sein.



KREWEL-WERKE
Eitorf b. Köln

HYPERÄMOL

Regulierbares Total-Hyperämikum

Tagungsprogramm vom 15. bis 27. März 1965**Tagungsorte:**

15.—20. März in München, Sportschule Grünwald
 20.—27. März in Garmisch-Partenkirchen, Kurhaus,
 Zugspitzplatt.

Montag, den 15. März 1965

9.15 Uhr:

Eröffnung des Kollegs durch den Präsidenten der
 F.I.M.S.

11.00 Uhr:

Aus der Geschichte der Sportmedizin
 Professor Dr. Claus

11.30 Uhr:

Organisation und Aufgaben der F.I.M.S.
 Professor Dr. Koch

Dienstag, den 16. März 1965**Leitthema:**

**DIE UNTERSUCHUNGSMETHODEN UND IHR
 AUSSAGEWERT**

Referate:

9.00 Uhr:

„Methoden am Sportplatz und in der Praxis“
 Dr. Prokop

9.30 Uhr:

„Kreislauf- und Lungenfunktionsprüfung des Hoch-
 leistungssportes“
 Sportmedizinisches Institut, Dr. Reindl

10.00 Uhr:

„Gasanalyse“
 Dr. Rossiere

11.00 Uhr:

Praktische Sportausübung
 geleitet von Sportlehrer Urbach

13.00 Uhr:

Mittagessen

14.30—15.30 Uhr:

Diskussion über obige Themen
 Diskussionsleiter: Dr. Prokop

Mittwoch, den 17. März 1965**Leitthema:**

STOFFWECHSEL - ERNÄHRUNG - GENUSSMITTEL

9.00 Uhr:

„Nebenniere und Mineralhaushalt“
 Dr. Schönholzer

9.30 Uhr:

„Allgemeine Ernährungsfragen“
 Dr. Glatzei

10.00 Uhr:

„Genußmittel“ — Nikotin — Alkohol — Doping
 Dr. Schiemmer
 Korreferat: Dr. Prokop

11.00 Uhr:

Demonstrationen der Wasserwacht Bayern
 Leitung: Dr. Kochner

13.00 Uhr:

Mittagessen

14.30—16.30 Uhr:

Diskussion über obige Themen
 Diskussionsleiter: Dr. Schönholzer

16.30 Uhr:

Film: Wasserrettungsdienst

Donnerstag, den 18. März 1965**Leitthema:**

TRAININGSMETHODEN ÄRZTLICH GESEHEN

9.00 Uhr:

Intervalltraining
 Dr. Holimann

9.30 Uhr:

Circuit und Dauertraining
 Dr. Nöcker

10.00 Uhr:

Methodik vom Sportlehrer her gesehen
 Toni Nett

Korreferat: Gerschler

11.00—12.00 Uhr:

Filme über Trainingsmethoden

12.00 Uhr:

Mittagessen

14.30—18.00 Uhr:

Diskussion zum Thema des Vormittags
 Diskussionsleiter: Dr. Nöcker, Dr. Reindell

Freitag, den 19. März 1965**Leitthema:**

JUGEND-, ALTERS-, FRAUENSPOURT

9.00 Uhr:

Jugendsport
 Prof. Dr. Helibrügge

9.30 Uhr:

Alterssport
 Dr. Kral

10.00 Uhr:

Frauensport
 Frau Dr. Bausenwein

11.00 Uhr:

Demonstration einer Gruppe von Versehrten Sportlern
 mit Erläuterungen
 Leitung: Dr. König

13.00 Uhr:

Mittagessen

14.30—16.30 Uhr:

Diskussion zu obigem Thema
 Diskussionsleiter: Dr. Kral

16.30—17.30 Uhr:

Filme über den Versehrten Sport

Samstag, den 20. März 1965

9.00—11.00 Uhr:

Omnibusfahrt
 a) durch Münchener Kliniken
 b) zu Münchener Sportstätten

12.00 Uhr:

Mittagessen

13.00 Uhr:

Fahrt nach Garmisch über Ohlstadt
 (Rehabilitationszentrum, Filmvorführung) und
 Unfallkrankenhaus Murnau oder Bad Tölz

19.00 Uhr:

Ankunft in Garmisch

Sonntag, den 21. März 1965

Vormittag zur freien Verfügung

Nachmittag, 13.00 Uhr, Fahrt nach Innsbruck zu den
 Olympischen Stätten

Montag, den 22. März 1965**Leitthema:**

**SPORTVERLETZUNGEN
 AM BEWEGUNGSAPPARAT**

9.00 Uhr:

Skelett und Gelenke
 Dr. Galli

9.30 Uhr:

Muskulatur
 Dr. Heiß

11.00 Uhr:

Wirbelsäule

Dr. Groh

11.30—16.00 Uhr:

Praktische Sportausübung

16.30—17.30 Uhr:

Diskussion zu obigen Themen —

Frage von Standarduntersuchungen

Diskussionsleiter: Dr. Heiß

18.00 Uhr:

Film über Sportverletzungen

Dienstag, den 23. März 1965

Leitthema:

**SPORTSCHÄDEN — ÄRZTLICHE EINFLUSSNAHME
AUF BESTIMMUNGEN DER INTERNATIONALEN
VERBÄNDE**

8.30 Uhr:

**Folgen von Verletzungen und der Dauerbeanspruchung
am Bewegungsapparat**

Referent: Dr. Junge

9.00 Uhr:

Spezielle Röntgenuntersuchungen

Referent: Dr. Pöschl

9.30 Uhr:

Sportschäden vom internistischen Standpunkt

Referent: Dr. Roskamp

10.00 Uhr:

**Der Versehrtensport: Aufgaben, Personenkreis, Orga-
nisation, Forschungsrichtung**

Referent: Dr. König

10.30—16.00 Uhr:

Praktische Sportausübung unter Leitung von Sport-
lehrern des Olympia-Komitees Garmisch in Gruppen.
Vergl. Theorie und Praxis

16.30 Uhr:

**Sportliche Vorschriften in internationalen Verbänden
und der Arzt**

16.30 Uhr:

Basketball

Referent: Dr. Samek

17.00 Uhr:

Rasenspiele

Referenten: Dr. Galli, Dr. Rottler

17.30 Uhr:

Boxen

Referent: Dr. Funke

18.00—19.00 Uhr:

Diskussion über obige Themen

Diskussionsleiter: Dr. Samek

Mittwoch, den 24. März 1965

Referate und Übungen auf dem Zugspitzplatt

8.00 Uhr:

Auffahrt zur Zugspitze

9.00 Uhr:

Sport in großen HöhenReferent: Prof. Dr. v. Braunbehrens
(Dr. Reichel)

9.30 Uhr:

Ärztliche Fragen bei der Bergrettung

Referent: Dr. Neureuther

10.00 Uhr:

**Wintersportgeräte, Sicherheitsvorschriften und der
Arzt (Sicherheitsbindung, Schuhe, Bekleidung usw.)**

11.00—16.30 Uhr:

Demonstrationen der Bergwacht

16.30—17.30 Uhr:

Diskussion zu obigen Themen

Diskussionsleiter: Dr. Neureuther

17.30 Uhr:

Abfahrt nach Garmisch

Donnerstag, den 25. März 1965

8.30 Uhr:

**Sportärztliche Betrachtung zu den Winterspielen in
Innsbruck**

9.00 Uhr:

Ärztliche Betrachtung zu den Sommerspielen in Tokio

9.30—11.30 Uhr:

**Diskussion über ärztliche Standardteste, Dokumentation
und Auswertung bei Weltmeisterschaften und olympi-
schen Spielen**

Diskussionsleiter: Dr. La Cava

11.30—16.00 Uhr:

**Praktische Sportausübung mit theoretischen Erläute-
rungen**

16.30—18.30 Uhr:

Fortsetzung der Diskussion vom Vormittag

Freitag, den 26. März 1965

Leitthema:

**BEWEGUNGSTHERAPIE, MASSAGE, PHYSIKA-
LISCHE MASSNAHMEN**

8.30 Uhr:

Bewegungstherapie vom internistischen Standpunkt
Prof. Dr. Reindell

9.00 Uhr:

**Bewegungstherapie vom chirurgisch-orthopädischen
Standpunkt**

Dr. Witt

9.30 Uhr:

Massage

Dr. Prokop

10.00 Uhr:

Physikalische Maßnahmen

Dr. Papst

14.30—16.00 Uhr:

**Überreichung des internationalen Sportarztdiploms
(Fellow of F.I.M.S.)**

16.30 Uhr:

Schlußansprachen

Es sprechen:

1. Generalsekretär der F.I.M.S.

Dr. La Cava

2. Der deutsche Vertreter der F.I.M.S.

Dr. Koch

3. Der Präsident des Deutschen Sportärztebundes

Prof. Dr. Reindell

17.30 Uhr:

Schlußansprache des Präsidenten der F.I.M.S. und Be-
endigung des Kollegs.**Organisatorische Hinweise**

1. Teilnahmeberechtigt sind alle Ärzte und Ärztinnen sowie Studenten der klinischen Semester, die Mitglieder eines nationalen Verbandes sind; Gäste nach Antrag an die F.I.M.S. über den Leiter des Kollegs.

RECORSAN[®]**RECORSAN-LIQUID**. c. Rutin
zur Crotaegus - Kombinationstherapie des Altersherzens

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

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

2. Die endgültige Meldung muß umgehend abgegeben werden, da ein entsprechender Lehrgang noch nicht stattfand und daher die Teilnehmerzahl aus organisatorischen Gründen frühzeitig bekannt sein muß. Höchstzahl 200 Teilnehmer (nach Eingang der Meldung geordnet).
 3. Quartierscheine usw. gehen den Teilnehmern bis 1. Februar 1965 zu.
 4. Teilnahmegebühren und Einzahlungen des Arrangements müssen umgehend vorgenommen sein. Die Teilnehmergebühren betragen DM 400.—.
Konto: Bayer. Staatsbank, 8 München 23, Leopoldstraße 74, Nr. 682 570 Bayer. Sportärztebund.
Nach Eingang der Überweisung erfolgt die Übersendung der Teilnehmerkarte und anderer Drucksachen.
 5. Die Teilnehmerkarte ist übertragbar.
 6. Rückerstattungen können nur bis 1. März 1965 erfolgen.
 7. Eine gedruckte Teilnehmerliste wird jedem Kursteilnehmer am Anfang überreicht.
 3. Das endgültige Programm wird abgedruckt im „The Journal of Sportmedicine and physical fitness“.
 9. Alle Anfragen jeder Art sind zu richten an:
Bayerischer Sportärztebund e. V., Haus des Sports, 8 München 2, Brienner Straße 50.
 10. Das Kongreßbüro während der 1. Woche (ab Sonntag, den 8. 3. 1965) ist in der Sportschule München-Grünwald, Telefon 47 66 26.
In Garmisch: Fremdenverkehrsverband.
Dort sind die Teilnehmer während des Lehrganges zu erreichen.
 11. Für An- und Abreise sowie für spezielle Quartierfragen ist das Amtliche Bayerische Reisebüro München, Hauptbahnhof, Telefon 55 84 01 zuständig, ebenso für Zollfragen.
 12. Gerichtsstand ist München.
 13. Beteiligung an Operationen (Herz — Lunge — Allgemeine Chirurgie — Orthopädie — an klinischen Visiten, Besuch besonderer Institute sowie balneologischer Institute, Institut für Prophylaxe von Herz- und Kreislaufkrankungen) usw. ist möglich. Wünsche müssen auf dem Anmeldeformular verzeichnet sein.
- Referentenliste**
- Kral, Prof. Dr. med., Direktor des sportmedizinischen Institutes der Universität Prag, Prag.
- Bausenweln, Dr. med., Olympiaärztin, Vorsitzende des Frauenausschusses des deutschen Sportärzteverbandes, Nürnberg.
- König, Dr. med., Landesversehrten-Sportarzt, München.
- Galli, Dr. med., Wissenschaftlicher Mitarbeiter der orthopädischen Univ.-Klinik München, München.
- Heiß, Prof. Dr. med., Olympiaarzt, Facharzt für Chirurgie, Stuttgart.
- Groh, Prof. Dr. med., Direktor der orthopädischen Universitätsklinik des Saarlandes, Saarbrücken.
- Junge, Prof. Dr. med., Chefarzt der chirurgischen Klinik, Sanderbusch.
- Pöschl, Prof. Dr. med., Direktor der Röntgenabteilung der chirurgischen Univ.-Klinik München, München.
- Samek, Dr. med., Sportarzt des Basketballverbandes der Tschechoslowakischen Republik, Prag.
- Reindl, Dr. med., Olympiaarzt, Facharzt für Orthopädie, Garmisch.
- von Braunbehrens, Prof. Dr. med., Vorstand der medizinischen und klimatologischen Abteilung am balneologischen Institut der Universität München, München.
- Papst, Dr. med., Institut für physikalische Therapie und Röntgenologie der Universität München.
- Schimert, Prof. Dr. med., Direktor des Institutes für die Prophylaxe der Kreislaufkrankheiten, München.
- Reichel, Prof. Dr. med., Direktor des physiologischen Institutes der Universität, Kiel.
- Glatzel, Prof. Dr. med., Max-Planck-Institut für Ernährungsphysiologie, Dortmund.
- Claus, Prof. Dr. med., Direktor des sportmedizinischen Institutes, Münster.
- Koch, Prof. Dr. med., Chefarzt des Clemenshospitals, Münster, Münster.
- La Cava, Prof. Dr. med., Generalsekretär der F.I.M.S., Rom.
- Hollmann, Dozent Dr. med., Leiter des Institutes für Kreislaufphysiologie und Sportmedizin der Universität Köln, Köln.
- Rossiere, Prof. Dr. med., Universität Zürich, Zürich.
- Prokop, Prof. Dr. med., Präsident der österreichischen Sportärzte, Institutsleiter, Wien.
- Urbach, Sportlehrer der Sportschule München-Grünwald, Deutscher Meister im Kugelstoßen, München.
- Schönholzer, Prof. Dr. med., Präsident der Schweizer Sportärzte, Muri/Bern.
- Kochner, Dr. med., Leitender Arzt der Wasserwacht, Dozent an der Bayer. Sportakademie, München.
- Hellbrügge, Prof. Dr. med., Universitätskinderpoliklinik München, München.
- Reindell, Prof. Dr. med., Präsident des deutschen Sportärztebundes, Freiburg/Br.
- Schlemmer, Prof. Dr. med., Geschäftsführer der Bayer. Landesapothekerkammer, München.
- Nett, Sportlehrer, Trainer des Leichtathletikverbandes, Stuttgart.
- Gerschler, Sportlehrer, Trainer des Leichtathletikverbandes, Freiburg/Br.
- Nöcker, Prof. Dr. med., Chefarzt des städt. Krankenhauses, Leverkusen.

49. Versammlung der Südwestdeutschen Hals-Nasen-Ohrenärzte

Die 49. Versammlung der Südwestdeutschen Hals-Nasen-Ohrenärzte findet am 24. und 25. September 1965 unter dem Vorsitz von Professor Dr. H. G. Boenninghaus in Karlsruhe statt, Verhandlungsthema: „Verletzungen des Ohres“. Anmeldung freier Vorträge bis zum 1. August 1965 an den Schriftführer erbeten. Auskünfte ebenfalls bei dem Schriftführer: Prof. Dr. J. Matzker, 65 Mainz/Rhein, Langenbeckstraße 1, Universitäts-HNO-Klinik.

Auch bei

Mykosen = Jacosulfon

ungt.
pulv.

im Wechsel
auftragen

Kurs zur Weiterbildung auf dem Gebiet der Arbeitsmedizin

Weiterbildung zum Werksarzt

Im Rahmen der in Bildung begriffenen Akademie für Arbeitsmedizin in München führt das Bayer. Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge gemeinsam mit der Bayer. Landesärztekammer vom 1. 2. 1965 bis zum 26. 2. 1965 einen Kurs zur Weiterbildung zum Werksarzt auf dem Gebiet der Arbeitsmedizin durch.

Tagungsort: München, Haus des Arbeitsschutzes, Pfarrstraße 3.

Vorläufiges Programm:

Geschichte der Arbeitsmedizin
Arbeitsphysiologie des Erwachsenen
Arbeitsphysiologie des Jugendlichen
Arbeitsphysiologie der Frau
Arbeitspsychologie
Arbeitspsychologie des Jugendlichen
Arbeitsschutz als Aufgabe des Staates
Unfall- und Berufskrankheitenverhütung als Aufgabe der Berufsgenossenschaft
Gesetzliche Grundlagen der Berufskrankheitenverordnung
Arbeitsmedizinische Probleme bei der Anwendung ionisierender Strahlen
Die Anwendung ionisierender Strahlen in der Industrie, gesetzliche Grundlagen und technische Probleme
Die Beziehung des öffentlichen Gesundheitsdienstes zur Arbeitsmedizin
Gewerblich bedingte Lungenkrankheiten
Gewerblich bedingte Hautkrankheiten
Gewerbliche Vergiftungen
Berufsbedingte Schäden des Verdauungstraktes und Erkrankungsfragen im Betrieb
Erkrankung durch Lösemittel
Gewerblich bedingte Augenschäden
Chirurgische Berufskrankheiten
Chirurgische Abnutzungsschäden
Haltungsschäden im Beruf
Tropenkrankheiten als Berufskrankheit
Gewerblich bedingte Infektionskrankheiten
Gewerblich bedingte Zahnschäden
Medizinische Grundlagen des Strahlenschutzes
Gewerblich bedingte Lärmschäden
Grundbegriffe der Begutachtung in der Sozialversicherung
Vertragliche Grundlagen der werksärztlichen Tätigkeit
Aus der werksärztlichen Praxis
Klinik der Berufskrankheiten
Arbeitsmedizinische Untersuchungsmethoden (Demonstrationen)

Die Vorträge werden durch zahlreiche Betriebsbesichtigungen ergänzt.

Genaueres Programm unter Angabe der Dozenten ergeht noch zeitgerecht. Eine Kursgebühr wird nicht erhoben. Anfragen und Anmeldungen nimmt das Bayer. Landesinstitut für Arbeitsmedizin, 8 München 22, Pfarrstraße 3, Telefon 2 18 41, entgegen.

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.

Dezember 1964:

- 4.—6. 12. in Nürnberg: 15. Wissenschaftliche Arztetagung Nürnberg. Themen: Asthma, Diabetes, Verkehrsmedizin. Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstraße 85, Telefon 38 11 21.
5. 12. in Bad Driburg: Wochenendkurs in autogenem Training und Hypnose. Auskunft: Dr. H. Binder, Bad Driburg, Von-Vincke-Straße 10.
- 11.—15. 12. in Davos: 5. Fortbildungskurs der Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen (für deutschsprechende Chirurgen und deren Stellvertreter). Auskunft: Prof. Dr. Müller, Kantonsspital St. Gallen/Schweiz.
- 14.—18. 12. in Neuberberg bei München: Einführungskurs in den Strahlenschutz für Röntgenassistentinnen und med.-techn. Assistentinnen. Auskunft: Dr. med. R. Wittenzellner, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.

Januar 1965:

- 9.—23. 1. in Madonna di Campiglio (Brenta Dolomiten): XXVII. Fortbildungslehrgang des Deutschen Sportärztebundes zur Erlangung des Sportärztediploms. Auskunft: Dr. Fr. Friedrich, 8 München 23, Wilhelmstraße 18.
- 11.—22. 1. in Neuberberg bei München: Strahlenschutzkurs für Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Auskunft: Dr. R. Wittenzellner, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.
- 20.—23. 1. in Gießen: IV. Fortbildungskurs für Fachärzte der Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Auskunft: Sekretariat der ärztlichen Fortbildungskurse, 63 Gießen, Klinikstraße 32g.
- 22.—23. 1. in Stuttgart: Tagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin. Auskunft: Dr. Fuchs, 8 München-Allach, Krauss-Maffel-Straße 2.
- 25.—27. 1. in Neuherberg bei München: Strahlenschutzkurs — Ergänzungskurs für Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Auskunft: Dr. R. Wittenzellner, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.
- 28.—30. 1. in Hamburg: 64. Tagung der Nordwestdeutschen Gesellschaft für Innere Medizin. Auskunft: Professor Dr. Dr. R. Janzen, Neurologische Universitätsklinik, Hamburg-Eppendorf.

Februar 1965:

- 1.—12. 2. in Isny/Allgäu: Einführungslehrgang in die Manualtherapie. I. Kurs von vier Kursen der ärztlichen Lehr- und Forschungsstätte für manuelle Therapie.

INSPIROL

freie
Atemwege

