

BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEBEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Nummer 3

München, März 1965

20. Jahrgang

Bayern grüßt die Ärzte der EWG

Namens der Bayerischen Staatsregierung begrüße ich alle Ärzte, die zur Tagung des Ständigen Ausschusses der Ärzte der EWG nach München gekommen sind. Als der für das Gesundheitswesen zuständige bayerische Minister und auch als Vorsitzender des Gesundheitsausschusses des Bundesrates verfolge ich alle Beratungen der Ärzte, die den Staat und auch die Behörden der EWG bei der Durchführung der ihnen obliegenden Aufgaben unterstützen, mit großem Interesse.

Die Arbeit Ihres Ständigen Ausschusses leistet auf dem Gebiete des Gesundheitswesens einen großen Beitrag in der Entwicklung zu einem geeinten Europa. Ich wünsche Ihren Beratungen einen guten Erfolg.

La Bavière salue les médecins de la C.E.E.

J'ai l'honneur de saluer au nom du Gouvernement Bavarois tous les médecins venus à Munich pour la session du Comité Permanent des Médecins de la C.E.E. tant que ministre bavarois responsable des questions de santé et, en tant que président de la commission de santé au Conseil fédéral, je m'intéresse à toute délibération des médecins qui contribue à l'accomplissement des devoirs de l'état et des instances de la C.E.E.

Le travail de votre Comité Permanent représente, dans le domaine sanitaire, une aide considérable au développement d'une Europe unie. Je vous souhaite beaucoup de succès dans vos délibérations.

La Baviera porge il suo saluto ai medici della C.E.E.

A nome dello Stato di Baviera, porgo il benvenuto a tutti i medici giunti a Monaco in occasione del Congresso del Comitato Permanente dei Medici della C.E.E. Come Ministro preposto alla Sanità per la Baviera, e come Presidente della Commissione di Sanità del Consiglio Federale, seguo con grande interesse tutte quelle riunioni dei medici, atte a collaborare con lo Stato e con le autorità della C.E.E. per la realizzazione delle loro mansioni.

Il compito del Vostro Comitato Permanente apporta un grande contributo all'evoluzione dell'unità europea nel campo sanitario; Vi auguro perciò un buon esito della riunione.

Beieren begroet de artsen in de E.E.G.

Namens de Beierse Staatsregering begroet ik alle artsen, die voor de vergadering der Permanente Vertegenwoordiging der Artsen in de E.E.G. naar München zijn gekomen. Als Beiers Minister, die voor het gezondheidswezen verantwoordelijk is en ook als Voorzitter van de Gezondheidscommissie van de Bundesrat, volg ik alle besprekingen der artsen, die de staat en ook de officiele instanties bij de vervulling van hun taken ondersteunen, met veel interesse.

Het werk van Uw Permanente Vertegenwoordiging levert op het gebied van het gezondheidswezen een belangrijke bijdrage tot de ontwikkeling van het verenigd Europa. Ik wens Uw besprekingen veel succes toe.

Dipl.-Ing. H. Junker
Bayerischer Staatsminister des Innern
Ministre bavarois de l'Intérieur
Ministro degli Interni per la Baviera



München grüßt den Ständigen Arzteausschuß der EWG

Als Oberbürgermeister der bayerischen Landeshauptstadt begrüße ich die Ärzte, die zur Tagung des Ständigen Ausschusses der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft nach München gekommen sind. Möge der Geist unserer Stadt, in dem sich Neues im Schutze des Bestehenden entfalten kann, zum Erfolg Ihrer Beratungen beitragen.

Darüber hinaus wünsche ich Ihnen einen angenehmen Aufenthalt und hoffe, daß Ihnen Ihre Arbeit noch genügend Zeit läßt, etwas vom Leben und der Kultur unserer Münchener Stadt kennenzulernen.

Munich salue le Comité Permanent des Médecins de la C.E.E.

En tant que premier bourgmestre de la capitale bavaroise, je donne le bonjour aux médecins venus à Munich pour la session du Comité Permanent des Médecins de la C.E.E. Puisse l'esprit de notre ville, dans lequel se déploie si bien du nouveau sous la protection de ce qui existe déjà, apporter du succès à vos délibérations.

De plus, je vous souhaite un séjour agréable et j'espère que votre travail vous laisse assez de temps pour faire connaissance un peu avec la vie et la civilisation de notre ville munichoise.

La città di Monaco porge il suo saluto al Comitato Permanente dei Medici della C.E.E.

Come Primo Sindaco della capitale del Land della Baviera, porgo il mio saluto alla Camera dei Medici, giunta a Monaco per il Congresso del Comitato Permanente della Comunità Economica Europea. Voglia lo spirito della nostra città, nel cui spirito può nascere qualcosa di nuovo sotto la protezione di ciò che già esiste, contribuire al buon esito delle Vostre riunioni.

Vi auguro inoltre un piacevole soggiorno e spero che le Vostre occupazioni Vi permettano di poter conoscere una parte della vita e della cultura della nostra città di Monaco.

München begroet de Permanente Vertegenwoordiging der Artsen der E.E.G.

Als Oberbürgermeister van de Beierse Staatshoofstad begroet ik de Artsen, die voor de vergadering der Permanente Vertegenwoordiging der E.E.G. naar München is gekomen. Moge de geest van onze stad, waar het nieuwe zich in de beschutting van het bestande kan ontplooiën, tot het succes Uwer besprekingen bijdragen.

Daarenboven wens ik U een aangenaam verblijf en hoop dat Uw werk U nog voldoende tijd zal laten, om iets van het leven en de cultuur van onze Münchense stad te leren kennen.

J. Vogel

Dr. J. Vogel
Oberbürgermeister
Premier Bourgmestre
Primo Sindaco

Grußwort an den Ständigen Ausschuß der Ärzte in der EWG

Die Bayerische Landesärztekammer heißt alle Kollegen, die zur ersten in Deutschland stattfindenden Tagung des Ständigen Ausschusses der Ärzte der EWG nach München gekommen sind, sehr herzlich willkommen. Unser Gruß gilt den Vertretern der ärztlichen Organisationen aus Belgien, Frankreich, Italien, Luxemburg, den Niederlanden und Deutschland sowie den offiziellen Beobachtern aus Dänemark, Großbritannien, Österreich, Schweden und der Schweiz und den Vertretern des Weltärztebundes.

Den Beratungen, die der Harmonisierung des ärztlichen Berufs im Europa von morgen dienen, wünschen wir einen erfolgreichen Verlauf.

Die Bayerische Landesärztekammer begrüßt ebenfalls sehr herzlich den Vorstand der Bundesärztekammer, der anlässlich dieser Tagung zu einer Sitzung nach München gekommen ist.

Salut au Comité Permanent des Médecins de la C.E.E.

L'Ordre médical bavarois (Bayerische Landesärztekammer) souhaite la bienvenue à tous les collègues venus à Munich pour la session du Comité Permanent des Médecins de la C.E.E. qui se tient pour la première fois en Allemagne. Nos salutations s'adressent aux représentants des organisations médicales de la Belgique, de la France, de l'Italie, du Luxembourg, des Pays Bas et de l'Allemagne, ainsi qu'aux observateurs officiels du Danemark, de la Grande-Bretagne, de l'Autriche, de la Suède et de la Suisse et aux représentants de l'Association Mondiale des Médecins.

Nous souhaitons que les délibérations relatives à l'harmonisation de la profession dans l'Europe de demain soient couronnées de succès.

L'Ordre médical bavarois souhaite la bienvenue également aux membres du conseil de direction de l'Ordre médical fédéral (Bundesärztekammer) qui, à l'occasion de cette session, se sont rendus à Munich pour une séance.

Saluto di benvenuto al Comitato Permanente dei Medici della C.E.E.

La Camera Regionale dei Medici della Baviera porge il suo cordiale benvenuto a tutti i colleghi giunti a Monaco per prender parte al Congresso del Comitato Permanente dei Medici della C.E.E., che verrà tenuto per la prima volta in Germania. Il nostro saluto è rivolto ai rappresentanti delle organizzazioni mediche del Belgio, Francia, Italia, Lussemburgo, Paesi Bassi e Germania, agli osservatori ufficiali della Danimarca, Gran Bretagna, Austria, Svezia e Svizzera ed ai rappresentanti dell'Organizzazione Mondiale dei Medici.

Auguriamo un fruttuoso svolgimento delle discussioni riguardanti il coordinamento della professione medica nell'Europa di domani.

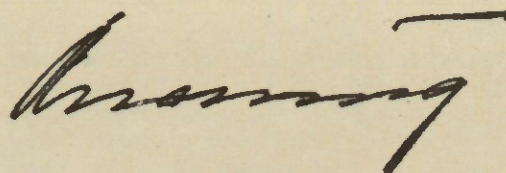
La Camera Regionale dei Medici della Baviera porge pure il suo cordiale benvenuto alla Presidenza della Camera Federale dei Medici, giunta a Monaco in occasione di questo congresso.

Welkomstwoord tot de Permanente Vertegenwoordiging der Artsen in de E.E.G.

De Bayerische Landesärztekammer (Beierse regionale artsenorganisatie) heet alle collegae, die voor deze eerste, in Duitsland plaats vindende vergadering der Permanente Vertegenwoordiging der Artsen in de E.E.G. naar Duitsland gekomen zijn, zèer hartelijk welkom. Onze begroeting richt zich tot de vertegenwoordigers der artsensorganisaties uit België, Frankrijk, Italie, Luxemburg, Nederland en Duitsland, evenals tot de officiele waarnemers uit Denemarken, Engeland, Oostenrijk, Zweden en Zwitserland en tot de vertegenwoordigers der World Medical Association.

Wij wensen de beraadslagingen, die de harmonisering van het artseneroep in het Europa van morgen dienen, een succesvol verloop.

De Bayerische Landesärztekammer (Beierse regionale artsenorganisatie) begroet ook het Bestuur der Bundesärztekammer (lands-artsenorganisatie) zèer hartelijk, dat naar aanleiding van deze vergadering voor een zitting naar München is gekomen.



Dr. H. Sewering

Präsident der Bayerischen Landesärztekammer

Président de l'Ordre médical bavarois

Presidente della Camera Regionale dei Medici della Baviera

Aus dem Institut für Jugendforschung und Unterrichtspsychologie der Pädagogischen Hochschule (Sektion II) der Universität München (Vorstand: Professor Dr. H.-R. Lückert)

Psychologische Faktoren der Leistung am Arbeitsplatz*)

Von Heinz-Rolf Lückert

Mein Referat ist in drei Abschnitte gegliedert. Zuerst spreche ich über die Aspekte der Arbeitswissenschaft. Hier will ich zeigen, daß seit Beginn der zwanziger Jahre die Psychologie als Partnerin der Physiologie auf dem Gebiete der Leistungsforschung auftritt. Im zweiten Abschnitt werde ich am Modell der Leistungsfaktoren die komplexe Struktur und Dynamik des Leistungsgeschehens verdeutlichen. Im dritten Abschnitt werde ich als Extrakt von Experimenten in der industriellen Fertigung einige Erfahrungen und Erkenntnisse herausstellen und damit die Bedeutung des psychologischen, speziell sozialpsychologischen Faktors demonstrieren.

I. Die Aspekte der Arbeitswissenschaft

Seit der Jahrhundertwende beschäftigt sich die Wissenschaft mit zunehmender Intensität mit der industriellen Arbeit und Arbeitswelt. Im Gesamt der medizinischen Wissenschaften hat sich die Physiologie bevorzugt für die Erforschung der Arbeitsbedingungen eingesetzt: der äußeren Arbeitsbedingungen (der bioklimatischen Auswirkungen, der Temperatur, Luftfeuchtigkeit, Beleuchtung des Arbeitsraumes, des Lärms, des Staubes usw.), der direkten Arbeitsbedingungen (der Arbeitsbeanspruchung, der Arbeitsdauer, der Pausengestaltung, des Arbeitstempos, der Zweckmäßigkeit der Arbeitsbewegungen usw.) und der konstitutionellen Arbeitsbedingungen (der Leistungskapazität der Muskulatur, des Kreislaufs, der ökonomischen Einstellung des vegetativen Systems, der Funktionsfähigkeit der Sinnesorgane — alles im Zusammenhang mit der tages- und jahreszeitlichen Periodik des Leistungsangebots und dem lebenszeitlichen Gestaltwandel der Leistungsfähigkeit).

Um die zwanziger Jahre tritt eine andere Wissenschaft auf den Plan: die Psychologie bzw. Psychotechnik. Sie sah ihre Aufgabe in der Erforschung des einzelnen Menschen, seiner Fähigkeiten und Begabungen. Es ging der Psychotechnik vor allem um zwei Fragen: um die Anpassung des Menschen an die verschiedenen Formen der Arbeit und um die Anpassung der Arbeit, der Arbeitsgeräte, des Arbeitsplatzes an den Menschen. In vielen Einzeluntersuchungen wurden Teilbedingungen und Teiltätigkeiten erforscht. Erst später kam man auch zu Fragen, die die Gesamtpersönlichkeit, ihre Lage, ihre Wünsche und Erwartungen, ihre Einstellung zum Beruf, zur Arbeit und zum Betrieb in die Forschung mit einbezogen.

Mit Beginn der vierziger Jahre tritt — vor allem in den USA — ein neuer Aspekt in den Vordergrund der betrieblichen Forschung; ein neuer Wissenschaftszweig der Psychologie kommt zum Zuge: die Sozialpsychologie. Es wurde erkannt, daß Arbeit, Leistung und Produktivität in hohem Grade von den Kräften des sozia-

len Feldes abhängen: von den mitmenschlichen Beziehungen, von den formellen und besonders informellen Gruppenbildungen, von dem Leistungsstandard der Gesellschaft.

II. Das Modell der Leistungsfaktoren

Leistung ist im weitesten Sinne keine rein psychologische Kategorie. Auch Maschinen vollziehen Leistungen.

Das Wesen aller Leistungen — maschineller, wirtschaftlicher, tierischer, menschlicher — ist Wertschaffung durch Energieaufwand. Sowohl die erzeugten Werte als auch die aufgewandten Energiemengen sind meßbar und vergleichbar. Eine solche meßbare Leistung bezeichnen wir als objektive Leistung. Um menschliche Leistung zu kennzeichnen, brauchen wir noch einen anderen Leistungsbegriff: die personale Leistung¹⁾. Sie ist zu definieren als: Werteschaffung durch Willenshandlung unter Aufwand personaler Kraft. Die personale Leistung setzt also erstens eine Willenshandlung voraus. Die Maschine „handelt“ überhaupt nicht; sie funktioniert. Zweitens gehört zur personalen Leistung ein Kraftaufwand. Die gleiche objektive Leistung wird bei einzelnen Individuen unter verschieden großem Kraftaufwand erreicht. Nach LIPMANN ist der zentrale Faktor jeder personalen Leistung die „Selbstbeanspruchung“²⁾.

Voraussetzung dafür, daß ein Mensch auf einem Wertgebiet etwas „leistet“, ist zunächst, daß er die Rüstungsdispositionen³⁾, die Leistungsfähigkeiten besitzt, die zur Durchführung der Aufgabe gehören. Es sind, sofern es sich um geistige Dispositionen handelt, die Begabungen: Allgemeinbegabungen wie Intelligenz und Gedächtnis, Spezialbegabungen oder Talente, die auf begrenzte Wertbereiche bezogen sind. Hinzu kommen die körperlichen oder psychophysisch-neutralen Rüstungsdispositionen: Gesundheit, Körperstärke, Geschicklichkeit. Die Umsetzung dieser Leistungsfähigkeiten in tatsächliche Leistungen geht nicht von selbst vor sich. Hier greift die Selbstbeanspruchung als Realisierungsfaktor ein. Von ihr hängt es ab, was mit jenem latenten Schatz an Gaben und Fertigkeiten gemacht wird. Entschluß und Tat, Willensruck und vor allem Konzentration der Kraft auf das gesetzte Ziel sind Ergebnisse dieser Selbstbeanspruchung.

Die Disponiertheit zur Selbstbeanspruchung ist ebenso wie die Leistungsfähigkeit individuell sehr verschieden. Lipmann bezeichnet diese Disposition als Leistungsbereitschaft. Die Individuen können bei gleicher Begabung auf einem Gebiet eine sehr verschiedene Leistungsbereitschaft haben. Ein Manko an Begabung kann durch stärkere Selbstbeanspruchung gelegentlich mehr als ausgeglichen werden.

Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft eines Menschen sind niemals im Zeitlauf konstant. Leben und Leistung unterstehen einer gewissen Periodik.

*) 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.

Diese reicht von der Kleinst-Periodik (Rhythmik) des Herzschlags, der Atmung, der Schrittrhythmik und den rhythmischen Aufmerksamkeitsschwankungen über die bekannte Tageswelle zu den Perioden höherer Ordnung, den Monatsschwankungen, Jahreswellen bis zur großen dynamischen Kurve, dem Lebenslauf. Am umfassendsten ist die Tagesverlaufskurve des Leistungsangebots erforscht worden. Ich brauche hier nicht näher darauf einzugehen, da dieser Sachverhalt bekannt ist. Wir erinnern uns: „Das Leistungsangebot steigt in den Morgenstunden an, es erreicht gegen 11 Uhr ein erstes Maximum und fällt bis 14 Uhr etwas unter den Wert von morgens 11 Uhr ab; ein zweiter Anstieg führt zu einem Maximum um etwa 18 Uhr, dem ein langsames, von Mitternacht schnelles Absinken auf den Tiefstwert um 3 Uhr nachts folgt, worauf dann der Anstieg zum Morgenausgangswert einsetzt.“⁴⁾

In der Praxis tritt die tageszeitlich bedingte Schwankung des Leistungsangebots oft nicht so deutlich hervor, weil die Leistung sich normalerweise nicht an der Leistungsgrenze bewegt und weil die Leistung von einer Reihe besonderer Faktoren abhängig ist.

Die Leistung ist abhängig von arbeitsorganisatorischen Faktoren (wie Art der Arbeit, Arbeitsdauer, Arbeitstempo, Arbeitspausen usw.). Sie ist weiter abhängig von persönlichen Faktoren (wie z. B. der Leistungskonstitution — Leistungskondition — den Leistungsantrieben oder dem Leistungsethos⁵⁾ — Leistungsinteresse — Leistungswillen). Die Leistung ist letztlich abhängig von sozialpsychischen Faktoren (den Beziehungen zwischen Vorgesetzten und Nachgeordneten, zwischen Kollegen, den informellen Gruppenbildungen usw.).

Wie gleichsam von unten auf das Gesamt der Leistungsfaktoren der ökologisch-biologische Lebens- und Leistungsrythmus einwirkt, so von oben der gesell-

schaftlich-politische Lebens- und Leistungsstandard. Nicht zu vergessen ist, daß auf das Ganze (gleichsam von rückwärts her) die in der Kindheit erworbenen und befestigten Lebens- und Leistungsgewohnheiten in das Kräftefeld der Leistungsfaktoren eingehen. Für die Leistung ist letztlich noch das aktuelle Leistungsziel (objektiv die Leistungsforderung, subjektiv das Anspruchsniveau) für die Dynamik der Leistung von Bedeutung.

Ohne auf die spezifizierenden Bedingungen wie Konstitution, Geschlecht, Alter, Arbeitsart und die von der Physiologie erbrachten exakten Forschungsergebnisse einzugehen, wollen wir in dem folgenden Schema die grundlegenden Beziehungen aufzeigen (siehe Abbildung linke Spalte unten).

Die Leistungsbereitschaft enthält zwei Aspekte, den der Haltung und den der Motivation. Motivation ist aktivierte Leistungsbereitschaft. In ihr sind die relativ konstanten Beweggründe des Leistungseinsatzes zusammengefaßt.

In Industrieerhebungen taucht oft die Frage auf, ob der arbeitende Mensch mit seiner Arbeit zufrieden ist. Manchmal ist diese Frage in ihren Antworten noch skaliert: sehr zufr., recht zufr., zufr., wenig zufr., gar nicht zufr. Die Frage ist so zu allgemein gestellt. Aber die Zufriedenheit ist für den Arbeitseinsatz von größter Bedeutung. Man sollte bei den Erhebungen stets noch differenziertere Fragen stellen, denn man kann zufrieden und unzufrieden sein über

- die Art der Tätigkeit
- die Umgebungseinflüsse
- das Lohnsystem, die Höhe der Bezahlung
- die Arbeitsorganisation
- die Vorgesetzten und Kollegen
- die Aufstiegsmöglichkeiten usw.

Oft ist es so, daß einem bestimmten positiven oder negativen Moment ein Strahlwert zukommt, es also die Gesamteinstellung beeinflusst. Ich werde auf diese Tatsache im dritten Abschnitt noch einmal hinweisen.

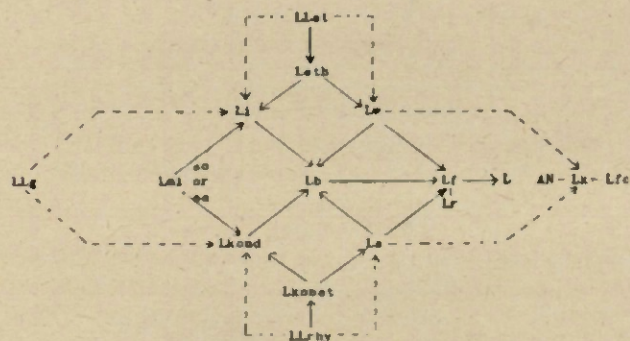
Diese Gesamteinstellung im Hinblick auf die Arbeitszufriedenheit ist für die Leistung von genereller Bedeutung. Nach dem Ergebnis vieler Untersuchungen ist die Arbeitszufriedenheit im allgemeinen in den ersten Monaten und im 2./3. Jahr höher als im 4./5. Jahr. Sie steigt wieder nach 5/6 Jahren Betriebszugehörigkeit, was auf die positive Wirkung der Gewöhnung zurückzuführen ist.

III. Erfahrungen und Erkenntnisse

Die Experimente bestätigen die Bedeutung sozialpsychischer Faktoren für Leistung und Produktivität. Die Erfahrungen und Erkenntnisse lassen sich in sieben Thesen zusammenfassen:

1. These: Die spontane Gruppenbildung erhöht die Produktivität. In der selbstgewählten Gruppe sind im allgemeinen die sozialen Beziehungen enger und die Spannungen wesentlich geringer als in einer von außen bestimmten Gruppe.

2. These: Der Mensch fürchtet die Abhängigkeit von Gleichgestellten viel weniger als die von Vorgesetzten. In der Gruppe Gleichgestellter fühlt er sich sicher und sozial geborgen.



Modell der Leistungsfaktoren

- LLst = Lebens- und Leistungsstandard der Gesellschaft
- Leth = Leistungsethos des einzelnen bzw. der Arbeitsgruppe
- Ll, Lw = Leistungsinteresse, Leistungswille
- LLg = Lebens- und Leistungsgewohnheiten (früh erworbene)
- Lml = Leistungsmilieu, sa = sachlich, so = sozial, or = organisatorisch
- Lb, Lf, Lr = Leistungsbereitschaft, Leistungsfähigkeit, Leistungsreserve
- AN, Lz, Lfo = Anspruchsniveau, Leistungsziel, Leistungsforderung
- Lkond, La = Leistungskondition, Leistungsantrieb
- Lkonst = Leistungskonstitution
- LLrhy = Lebens- und Leistungsrythmus

3. These: Der Mensch fürchtet die Isolierung von einem Vorgesetzten nicht sehr. Die größere Selbständigkeit gegenüber dem Vorgesetzten steigert die Leistungsbereitschaft. Aus 2. und 3. folgt, daß die Betriebsführung zwischen Vorgesetzten und Nachgeordneten keine besonders enge Gemeinschaft anstreben sollte, weil die herbeigeführte Abhängigkeit belastend wirken würde.

Der Sozialwissenschaftler KELLNER⁶⁾ weist auf Freiherrn von STUMM-HALBERG hin, der vor der Jahrhundertwende in seinen Industriebetrieben im Saargebiet, in Lothringen und Luxemburg umfassende Wohlfahrtseinrichtungen schuf und aus väterlicher Fürsorge für seine Arbeiter sich allzusehr auch um ihre privaten Belange kümmerte. Um ihnen jedes Unglück zu ersparen, schrieb er ihnen sogar vor, wen sie zu heiraten hatten. Obwohl er objektiv mit seinen Maßnahmen viel Gutes bewirkte, machte ihn diese enge Bindung zum bestgehaßten Arbeitgeber seiner Zeit.

4. These: Jede Gruppe macht solche Menschen zu Wortführern, die ihnen die Erfüllung versagter Bedürfnisse zu garantieren scheinen. Wo das Bedürfnis nach Initiative am wenigsten gesättigt ist, kommen Querulanten, wo das Bedürfnis nach Sicherheit am wenigsten gesättigt ist, kommen Pedanten zum Zuge. Für die Betriebsanalyse ergibt sich ein wichtiger diagnostischer Hinweis: die Wortführer sind die Indikatoren der jeweils dominierenden Bedürfnisstruktur.

5. These: Die Fragmentierung der Arbeit ist ein medizinisch-psychologisches Problem. Es ist eine allgemein bekannte und anerkannte Beobachtung, daß die Arbeitszufriedenheit mit der Komplexität der verrichteten Tätigkeit steigt, und zwar nicht nur in der Industrie, sondern auch in den Büros. Die hochfragmentierte Serienarbeit, wobei also nur eine Tätigkeit, oft nur ein Handgriff ausgeführt wird, ist ohne Zweifel ermüdender als eine komplexere Tätigkeit. Außerdem ist die Anfälligkeit für Arbeitsstörungen bei dieser Arbeit eindeutig größer als bei anderen, d. h. komplexeren oder noch besser ganzheitlichen Arbeiten.

Nach neueren englischen Untersuchungen gibt es eine Größe der produktiv-minimalen Arbeitseinheit (unit of work). Wird diese unterschritten, d. h. zertrümmert, so beginnt der spezialisierte und fragmentierte Arbeitsprozeß schädlich, unproduktiv und unrentabel zu werden. Wir sollten — und dies geschieht zur Zeit in den USA — in verschiedenen Großbetrieben (Fabriken und Büros) die Arbeitsprozesse in dieser Richtung neu überprüfen.

Wir sprechen immer von Vollbeschäftigung und denken dabei nur an die quantitative Erfassung von Arbeitskräften. Wir sollten aber auch danach fragen, ob der einzelne an seinem spezialisierten Arbeitsplatz wirklich vollbeschäftigt ist. Es werden zur Zeit in den USA große Anstrengungen in dieser Richtung gemacht. Eine ganze Bewegung ist in Gang gekommen, das sog. job-enlargement, die Versuche einer Ausweitung des Arbeitsplatzes. Man praktiziert die Mehrfach-Ausbildung. Wir sprechen in der spezialisierten Arbeit von Mehrfach-Angelernten, ein Problem, dem man noch viel mehr Aufmerksamkeit zuwenden sollte.

6. These: Die Einstellung zum Beruf und zur speziellen Arbeit spielt für die Leistungsbereitschaft und Arbeitszufriedenheit eine große Rolle. Die Feststellung der objektiv gegebenen Verhältnisse ist wegen der

komplizierten Strukturen erschwert. Die Schwierigkeit der Situation läßt sich in fünf Gesetzen formulieren.

1. Das Gesetz der multiplen Determination

Die Arbeitszufriedenheit und damit weitgehend die Gesundheit des Arbeitnehmers hängen von einer großen Zahl von Faktoren ab. Von den Faktoren, die das Arbeitsverhalten und die Arbeitsmoral beeinflussen, seien nur folgende angeführt: gute Arbeitsbedingungen, gute Bezahlung, gute Vorgesetzte, günstiger Arbeitsort, günstige Arbeitszeit, günstige Urlaubsregelung, Aufstiegsmöglichkeit, ausreichende Sicherheit, gute Arbeitskameradschaft. Die Reihenfolge der Bewertung ist individuell verschieden.

2. Das Gesetz der kumulierenden Wirkung

Neben den angeführten betriebsbedingten Faktoren sind nach JECH⁷⁾ noch persönliche Faktoren (wie somatischer und psychischer Zustand) und außerbetriebliche Faktoren (wie die Wohn- und Lebensverhältnisse, die Beziehungen zur Familie, zur Umwelt, wie auch die politischen Verhältnisse) wirksam. Diese Faktoren kommen zugleich als „Quellen der schädigenden Noxen“ vor. JECH weist darauf hin, daß recht oft nicht die großen Schläge störend und zerstörend auf die psychische Gesundheit wirken, sondern die kleinen, sog. „sublimalen Insulte“. Die kleinen, kaum spürbaren Beeinträchtigungen und Schädigungen haben gerade infolge der Wiederholten, teilweise permanenten Dauer, kumulierende Wirkung.

3. Gesetz der Motivverschiebung

Ist der Arbeiter aus irgendeinem Grund mit seiner Situation und Arbeit unzufrieden, so greift er das Motiv heraus, mit dem er seine Unzufriedenheit auf einfachste Weise ausdrücken kann.

Dieses herbeizitierte Nebenmotiv wird bewußtseinsdominant und verdeckt dann das zentrale Ausgangsmotiv. In unserer gegenwärtigen Konsum- und Wohlstandsgesellschaft erfahren alle Motive, die mit dem sozialen Status im Zusammenhang stehen, eine besondere Akzentuierung.

4. Gesetz der Spannungsirradiation

Eng mit der Motivverschiebung verwandt ist eine andere Erscheinung. Der arbeitende Mensch wird in seinem Befinden keineswegs nur von den Gegebenheiten des Arbeitsfeldes bestimmt, sondern auch von denen anderer Lebensbereiche. Hinzuweisen ist hier vor allem auf die familiäre, gesellschaftliche und politische Situation. Die Erfüllung bzw. Beeinträchtigung von dort her wirkt sich recht häufig auf das Befinden in der Berufssphäre aus.

5. Gesetz der Gewohnheitsaufwertung (Normation des Faktischen)

Der Mensch ist in vieler Hinsicht ein Gewohnheitswesen. Alles Gewohnte wird mit der positiven Vertrautheitsqualität belegt und dies oft nicht deshalb, weil das Gewohnte das Bewährte ist, sondern allein dadurch, daß wir uns aus einer gewissen Trägheit heraus in gewohnter Umgebung und Zeitordnung sicherer und wohler fühlen. Wir sträuben uns oft gegen wirkliche Verbesserungen allein aus dem Grunde, weil wir gewisse Umstellungen vornehmen müßten. Im Katalog des Mißvergnügens finden wir immer wieder, daß der arbeitende Mensch eine besonders starke Aversion gegen überraschende Veränderungen am Arbeitsplatz hat.

Wir sollten Änderungen vorbereiten und wenn möglich die Mitarbeiter vor der Einführung für die Änderung gewinnen. Wir sollten wissen, daß jede Änderung nicht nur eine technische, sondern auch eine sozialpsychische Angelegenheit ist.

7. These: Die psychologischen Untersuchungen führen oft zu anderen Ergebnissen als die physiologischen Untersuchungen. Im Sinne einer produktiven Theorie und Praxis ist eine intensive Zusammenarbeit zwischen Medizinern und Psychologen im Felde der Arbeitswissenschaft erforderlich.

Psychogenie

- I. Unzufriedenheit, Aufgabe des gesteckten Lebenszieles
- II. Gefügigkeitshaltung (masochistische Arbeitshaltung)
- III. gestaute Aggression gegen Vorgesetzte (Unzulänglichkeitsgefühl und Ehrgeiz)
- IV. Tendenz zur Selbstüberforderung. Hintergrund: Angstbereitschaft

Symptomatologie

- Konzentrationsstörungen
Vagotone Regulation
- unbewußte Abwehrreaktionen gegen Umweltdruck, vorwiegend sympathikotone Regulation in Ruhe
- Bluthochdruck
Kopfschmerzen
Schlaflosigkeit
- stärkere vegetative Spannungen, Hyperthyreose

Ermüdungsform

- depressive Ermüdung (paradoxe Ermüdung)
- retentive Ermüdung
- hypertone Ermüdung (gespannte Abgeschlagenheit)
- dysregulative Ermüdung

Es gibt also — und darüber sollte der Arbeitsmediziner informiert sein — nicht nur eine Ermüdung durch direkte Arbeitsbeanspruchung (statische Belastung, eintönige Arbeit, ungünstige Arbeitsbedingungen usw.) und außerbetriebliche Einflüsse physischer Art (Mangel an Schlaf, unzureichende Ernährung, gesundheitliche Störungen, klimatische Einflüsse usw.), sondern auch durch psychische Belastungen und Fehlhaltungen (Mangel an Interesse, Ärger, Niedergeschlagenheit, Sorge, unproduktive Erlebnisverarbeitungen und Lebenstechniken). Ich habe die hier angedeuteten „Psychismen“ in meiner „Konfliktpsychologie“ ausführlich beschrieben⁹⁾.

Abgesehen von der bedrohlichen Zunahme industrieller Gifte sind die Probleme der modernen Arbeitswelt heute betont psychologischer, speziell sozialpsychologischer Natur. Nach dem Prinzip der Somatisierung können sich psychische Belastungen und Fehlorientierungen somatisch entäußern. Die Psychologie hat solche psychosomatischen Zusammenhänge und Noxen nicht

Ich möchte diese These abschließend an einem Beispiel der Ermüdungsforschung demonstrieren, ohne auf die vielfältigen und umfassenden Untersuchungen, sowohl von physiologischer als auch psychologischer Seite, einzugehen. Bei Erhebungen von Patienten in der psychotherapeutischen Praxis — Patienten mit massiven Ermüdungssymptomen — haben sich einige auffällige signifikante Beziehungen von Psychogenie, Symptomatologie und Ermüdungsform aufzeigen lassen. Wir unterscheiden mit KILIAN (München) vier psychogenetische Grundformen der Ermüdung:

nur bei der Klärung des Eignungs- und Ermüdungsproblems aufgewiesen, sondern auch bei der Erforschung einer Reihe anderer Phänomene (Arbeitsunfall, Lärm, Arbeitszeitregelung und darüber hinaus bei einer Anzahl weiterer Probleme der Arbeitsorganisation).

Literaturhinweise

- ¹⁾ Stern, W.: Allgemeine Psychologie auf personalistischer Grundlage. Den Haag 1950 (2. A.), S. 640.
- ²⁾ Lipmann, O.: Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft. Leipzig 1932.
- ³⁾ Stern, W.: a. a. O., S. 113.
- ⁴⁾ Rüssei, A.: Arbeitspsychologie. Bern, Stuttgart 1961, S. 28.
- ⁵⁾ Mierke, K.: Wille und Leistung. Göttingen 1955, S. 21.
- ⁶⁾ Kellner, W.: Ztbl. f. Arbeitswiss. 1954.
- ⁷⁾ Jech, R. K.: Die psychische Hygiene der Arbeit. In: Brezina, E. u. Stransky, E.: Hrsg., Psychische Hygiene. Wien, Bonn 1955, S. 230.
- ⁸⁾ Lückert, H.-R.: Konfliktpsychologie. Einführung und Grundlegung. München, Basel 1965 (4./5. A.).



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

Hilfe für sprachbehinderte Kinder

Errichtung eines Sprachheilhelmes zur stationären Behandlung dringend erforderlich

In einer gemeinsamen Pressekonferenz der Bayerischen Landes Zahnärztekammer und der Bayerischen Landesärztekammer am 28. Januar 1965, an der auch zahlreiche Vertreter der Behörden und der karitativen Verbände teilnahmen, erläuterten die Herren Kollegen Dres, Derichsweiler, Singer und Löbell die Probleme der Sprachbehandlung bei Kindern mit Spaltmißbildung des Gesichts. Sie wiesen dabei eindringlich auf die Notwendigkeit hin, in Bayern endlich ein Sprachheilheim zur stationären Behandlung dieser Patienten zu schaffen. Wir bringen nachstehend Auszüge aus den Vorträgen der drei Kollegen, die sich seit langem mit diesen Fragen beschäftigen.

Die Behandlung sprachgestörter Kinder

Von H. Derichsweiler

Einigen der hier anwesenden Vertreter des Staates, der Regierung und der großen Wohlfahrtsverbände brauche ich mich nicht eigens vorzustellen. Sie werden mich kennen aus der Zeit nach dem Kriege, als ich als Referent der Bayerischen Landes Zahnärztekammer in deren Auftrage den Schulzahnpflege-Untersuchungen wieder zu ihrer staatlichen Verankerung verholfen habe. Nach einer zunächst ehrenamtlichen Tätigkeit der bayerischen Zahnärzte hat der bayerische Staat diese Aufgabe als seine echte Aufgabe anerkannt und durch Landtagsbeschluß sanktioniert.

Heute wende ich mich mit einem anderen, aber nicht minder dringlichen Problem an die Öffentlichkeit: Es handelt sich um die sprachliche Rehabilitation der Kinder mit Hasenscharte und Wolfsrachen.

1. Definition: Eine Lippenspalte wird im Volksmund eine Hasenscharte, eine Gaumenspalte ein Wolfsrachen genannt. Beide Mißbildungen kommen isoliert oder auch kombiniert vor. In den meisten Fällen haben wir es mit der Kombinationsform zu tun. Die isolierten Lippenspalten und die Lippen-Gaumen-Spalten finden sich mehr bei Buben, die isolierten Gaumenspalten mehr bei Mädchen ein.

Während die isolierte Lippenspalte eine rein intrauterine Entwicklungsstörung darstellt, ist die isolierte Gaumenspalte eine echte Hemmungsmißbildung.

Bei ihrer Entstehung spielt sowohl der erbliche Faktor eine wesentliche Rolle wie auch exogene Momente während der Schwangerschaft, wie z. B. Röteln, Diabetes und ähnliche Krankheiten der Mutter.

2. Verbreitung: Ganz exakte Angaben über die Häufigkeit dieser Mißbildungen liegen aus Dänemark vor. FOGH-ANDERSON hat ein exaktes statistisches Material vom Jahre 1933 bis 1964. Während im Jahre 1933 auf 1000 Geburten 1 Spalte entfiel, waren es im Jahre 1964 auf 1000 Geburten 1,8, oder mit anderen Worten: Auf etwa 500 Geburten entfällt heute ein Kind mit Spaltenbildung, 1933 auf 1000 eine Spalte.

Die Zunahme der Häufigkeit dieser Mißbildung vom Jahre 1933 bis 1964 ist außerordentlich hoch und sollte uns allen zu denken geben. Auf eine medizinische Erklärung dieser wichtigen Tatsache will ich hier bewußt verzichten.

Für unsere Verhältnisse in Bayern würde diese Statistik bedeuten: Pro Jahr haben wir in Bayern etwa 180 000 bis 200 000 Geburten. Demnach würden in Bayern pro Jahr etwa 250 Kinder mit Spaltbildungen des Gesichtes geboren werden. Da nun nicht alle diese Kinder Sprachstörungen haben, können wir nach vorsichtigen und zurückhaltenden Schätzungen mit einem jährlichen Anfall von etwa 200 behandlungsbedürftigen Kindern rechnen. Diese Zahl aber ist nach zurückhaltenden Schätzungen sicherlich als nicht zu hoch bemessen.

3. Behandlung: Die Behandlung dieser Kinder beginnt etwa $\frac{1}{4}$ Jahr nach der Geburt mit der Einleitung von chirurgischen oder kieferorthopädischen Maßnahmen, die den Verschuß der Spaltbildung zum Ziele haben. Sie kann nur in einem gut zusammenarbeitenden Team erfolgen, da umfangreiche Kenntnis und Erfahrung hierzu erforderlich sind. Ein solches Team besteht aus Fachkräften, zu denen der Chirurg, der Kieferorthopäde, der Sprachtherapeut, der Pädiater, der HNO-Arzt, der Psychologe usw. gehören. Das Münchener Team unter der Leitung von Professor OBERNIEDERMAYER an der chirurgischen Abteilung der Universitäts-Kinderklinik dürfte eines der ältesten auf der ganzen Welt sein.

Grundsätzlich sei mir als Initiator dieser Pressekonferenz folgende Ausführung gestattet: Während die chirurgische und kieferorthopädische Wiederherstellung dieser Menschen in den Hauptproblemen als gelöst angesehen werden kann, ist die sprachliche Rehabilitation noch sehr im argen. Notwendige Sprachkurse zur Erlernung einer normalen Sprache können ambulant oder stationär durchgeführt werden. In München besteht eine Stimm- und Sprachabteilung an der HNO-Universitätsklinik. Dieser ambulanten Behandlung aber stehen große Schwierigkeiten entgegen: Einmal ist der Anfahrtsweg zu groß. Wenn die Kinder nach mehrstündigem Reiseweg in München ankommen, dann sind sie für eine Sprachbehandlung nicht mehr aufnahmefähig. Der weite Anfahrtsweg verbietet auch eine notwendige zwei- bis dreimalige Behandlung pro Woche. Zum anderen kommen die finanziellen Belastungen hinzu, die mit diesen Bahnfahrten verbunden sind, da außer den Transportkosten der Kinder auch die der Begleitpersonen erforderlich sind. Welche Eltern haben in der heutigen Zeit auch die Möglichkeit, mehrmals in der Woche mit dem Kind auf lange Jahre hinaus zu einem Arzt zu gehen?

Herr Dr. LOEBELL als Mitglied unseres Teams und als Leiter der Sprachabteilung sowohl wie als vertretender Landesarzt wird in seinem Referat noch auf Einzelheiten zu sprechen kommen.

4. Rehabilitation: Während also diese Kinder bei ihrer Wiederherstellung vom chirurgischen und kieferorthopädischen Standpunkt heute im großen und ganzen befriedigend behandelt werden können, mangelt es auf dem Gebiet der Sprachtherapie. Die bei uns bisher durchgeführte ambulante Behandlung kann nicht die gewünschten Erfolge verbuchen. Wenn wir diese Menschen wieder voll in den Arbeitsprozeß einschalten wollen, wenn ihnen, ihren geistigen und körperlichen Fähigkeiten entsprechend, alle Berufe offenstehen sollen, dann benötigen wir ein Sprachheilheim, das diese Kinder stationär aufnimmt und behandelt.

Die Sprachmängel der betroffenen Menschen könnte man am besten durch die folgenden Kennzeichen definieren: 1. Pathologische Nasalität, 2. mangelnde Artikulation, 3. mangelnde Verständlichkeit.

Da, wie ich vorher gesagt habe, diese Kinder, abgesehen von der Spaltbildung, im übrigen geistig und körperlich absolut normal entwickelt sind, eignen sie sich für die Ausübung aller Berufe. Ihre unverständliche Sprache aber hindert sie, einen großen Teil dieser Berufe einzig und allein ihrer Sprache wegen auszuüben. Alle Berufe, die irgendeinen Parteiverkehr haben, sind für sie unmöglich. Das aber bedeutet ein schweres Handikap für alle diese Menschen. Bedenken Sie auch die schwere psychische Belastung der Kinder und der Eltern, die relative Roheit der Kinder untereinander z. B. in der Schule, die Tränen der Mütter und Väter, denen ein mit Spaltbildung behaftetes Kind geboren wurde.

Diese Probleme bewegen nicht nur uns hier in Bayern, sondern es sind Probleme der ganzen Welt. Sie werden im allgemeinen durch die Errichtung von Sprachheilheimen gelöst. Das Vorbild eines solchen Heimes bietet Thallwitz, das von Professor ROSENTHAL gegründet wurde. Es steht in der Ostzone. Aber auch bei uns im Westen gibt es solche Heime, so z. B. in Oberkassel, zugehörig zur Westdeutschen Kieferklinik, in Osnabrück, Berlin usw. Vorbildlich sind die Heime in Amerika, die ich dort studieren konnte. Dort werden nicht nur die betroffenen Kinder, sondern auch die Mütter stationär aufgenommen. Sie nehmen an den Sprachstunden teil, damit sie die Methoden lernen und zu Hause fortsetzen können.

5. Erfolgsaussichten: Die sprachlichen Rehabilitationsaussichten sind außerordentlich groß. Nach Ansicht der Sprachtherapeuten kann man mit 80 bis 85% Heilung rechnen. Wenn man bedenkt, daß bei Querschnittsgelähmten, Multipler Sklerose oder Thalidomidkindern nur mit 10% echter Rehabilitation gerechnet werden kann, während die staatliche und medizinische Hilfe dieser bedauernswerten Menschen hauptsächlich in der Pfl egetätigkeit beruht, haben wir es bei unseren sprachgestörten Kindern mit einer echten Heilungschance von 85% zu tun.

Wenn ich in diesem Zusammenhang auch andere behandlungsbedürftige Krankheitsgruppen, wie z. B. die Querschnittsgelähmten oder Thalidomidkinder, heran-

ziehe, so möchte ich damit betonen, welch hohes Verantwortungsgefühl die zuständigen Staatsstellen und die großen Wohlfahrtsverbände durch die Bereitstellung von Millionen von DM tatsächlich und tatkräftig bewiesen haben. Ich bin mir auch darüber klar, daß die Anforderungen an die zuständigen Stellen ein Ausmaß erreicht haben, das außerordentlich hoch ist. Auf der anderen Seite handelt es sich bei unseren Kindern mit Spaltbildungen um Menschen, die einmal als Individuen zu einem außerordentlich hohen Prozentsatz, 80—85%, in vollem Maße wiederhergestellt werden können, die somit eine wertvolle Bereicherung der tatsächlich vorhandenen eigenen Arbeitskraftreserven darstellen, die aber auch andererseits durch diese präventiven Maßnahmen eine erhebliche Entlastung der Sozialausgaben des Staates und der Sozialverbände darstellen. Die Gegenüberstellung der Wiederherstellungs- bzw. Heilungsquote von 10% zu 85% bei Spaltpatienten läßt die Dringlichkeit, die echte karitative Aufgabe und die nutzbringende Investition sowohl für den betroffenen Menschen wie auch für den Staat recht deutlich in Erscheinung treten.

5. Gesetzliche Grundlagen: Die gesetzlichen Grundlagen für die Errichtung eines Sprachheilheimes beruhen im Bundessozialhilfegesetz, § 39. Es muß aber klar herausgestellt werden, daß der Staat demnach die gesetzliche Verpflichtung zur Hilfeleistung in den gegebenen Möglichkeiten hat. Der Vorrang käme hier zunächst den großen Wohlfahrtsverbänden zu, deren Vertreter heute eingeladen wurden. Hierbei sind meines Erachtens zwei Gesichtspunkte zu beachten:

1. Mit der Errichtung eines solchen Sprachheilheimes können wir sehr viele Menschen den ihren geistigen und körperlichen Fähigkeiten entsprechenden Berufen zuführen.

2. In finanzieller Hinsicht bedeutet die Errichtung eines Sprachheilheimes für den Staat und die großen Wohlfahrtsverbände eine sehr spürbare finanzielle Entlastung.

Als federführendes Mitglied unseres Münchener Teams zur vollen Wiederherstellung der Kinder mit Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten bitte ich Sie, meine Herren, unserem Team, das die volle Unterstützung der Bayerischen Landeszahnärztekammer und der Bayerischen Landesärztekammer in dieser Angelegenheit gefunden hat, in der Errichtung eines Sprachheilheimes organisatorisch wie auch finanziell die volle Unterstützung zu geben. Ich möchte bei dieser Gelegenheit nicht versäumen, der Bayerischen Landeszahnärztekammer mit ihrem Präsidenten, Herrn Dr. ROSCHMANN, sowie der Bayerischen Landesärztekammer mit ihrem Präsidenten, Herrn Dr. SEWERING, für ihre tatkräftige Unterstützung bei der Einberufung dieser Pressekonferenz zu danken. Gleichfalls bedanken möchte ich mich bei den Herren Vertretern des Staates, der Regierung, der großen Wohlfahrtsverbände sowie bei den Herren Journalisten für ihr Erscheinen. Möge die heutige Zusammenkunft uns der Verwirklichung unserer Ziele einen wesentlichen Schritt näherbringen.

Anschrift des Verfassers: Dr. Dr. H. Derichsweiler, 8 München 15, Sonnenstraße 27.

Zur Einrichtung eines Sprachheilheimes

Von H. Singer

Noch vor 20—30 Jahren lag die Behandlung der Spaltmißbildungen des Gesichtes überwiegend in den Händen des Chirurgen und war damit auf den operativen Verschluß der Spalten beschränkt. Die bemerkenswerten Fortschritte in der Chirurgie des Kindesalters haben mit der Verbesserung der operativen Technik, der Narkose-Verfahren und der unerläßlichen Nachbehandlung ein wesentlich größeres Maß an Sicherheit während und nach der Operation und auch bessere kosmetische Ergebnisse des Mittelgesichtes gebracht. Damit waren nun die Voraussetzungen für eine Weiterentwicklung gegeben, indem die Wiederherstellung auch der Funktion immer weiter in den Mittelpunkt trat. In dem Bestreben, Atmung, Kaufunktion und Sprache zu verbessern, schlossen sich nun Chirurgen, Kieferorthopäden, Sprachtherapeuten und außerdem Kinderärzte, Hals-Nasen-Ohrenärzte und Psychotherapeuten zu Arbeitsgemeinschaften zusammen. In München hat sich auf der Grundlage einer nunmehr über 25jährigen Zusammenarbeit der chirurgischen Abteilung der Universitäts-Kinderklinik mit Herrn Dr. DERICHSWEILER eine derartige Arbeitsgemeinschaft entwickelt.

Zum Verständnis der augenblicklichen Situation muß klargestellt werden, was unter den derzeitigen Bedingungen zu erreichen ist, wo selbst den gemeinsamen Bemühungen eine Grenze gesetzt ist und welche Erwartung man an die Entwicklung eines Heimes knüpfen kann. Man darf behaupten, daß die Probleme der Harscharte und des Wolfsrachsens, soweit es die operative Chirurgie und die Kieferorthopädie betrifft, im Prinzip zumindest für einen großen Teil der Fälle als nahezu gelöst angesehen werden können. Man kann eine Lippenspalte mit kosmetisch durchaus befriedigendem Ergebnis operieren, man kann eine Gaumenspalte schließen, Form und Durchgängigkeit der Nase verbessern und auch die nach einem Eingriff häufig noch mangelhaften muskulären Verhältnisse des weichen Gaumens und des Pharynx korrigieren.

Die bei vielen Spaltpatienten ausgesprochen schlechte Sprache können wir aber nur ungenügend beeinflussen.

Wir vermögen mit chirurgischen und kieferorthopädischen Maßnahmen zwar günstige Voraussetzungen für eine normale, d. h. eine unauffällige Sprache zu schaffen, die derzeitigen Bedingungen erlauben es uns jedoch nicht, diese Möglichkeit auszunutzen. Nur eine entsprechende Heimbehandlung mit geeigneten Fachkräften vermag diese Lücke zu schließen. Unabhängig von der sozialen und wirtschaftlichen Stellung der Eltern und vom häuslichen Milieu, könnten wir allen betroffenen Kindern gleichermaßen die bestmögliche Versorgung zukommen lassen. Außerdem erwarten wir, daß uns in Zusammenarbeit mit den praktizierenden Ärzten und den Behörden in noch größerem Maße Gelegenheit gegeben sein wird, alle Patienten mit Spaltmißbildungen noch besser und vor allem konsequenter zu versorgen und die jeweils erforderlichen Maßnahmen auch zeitgerecht anwenden zu können. Das Heim soll eine Stätte praktischer Arbeit und nicht theoretischer Wissenschaft sein. Es soll uns helfen, die Sprachstörungen zu beseitigen, und diese sind auch für den Chirurgen das Problem Nr. 1. Denn das beste Operationsergebnis befriedigt nicht, wenn nicht auch die Sprache einwandfrei geworden ist. Die schweren Rückwirkungen auf die Entwicklung der Persönlichkeit sollten keinesfalls unterschätzt werden.

Bisher ist die Sprache vernachlässigt worden, und nur die Kosmetik des Mittelgesichtes stand im Vordergrund. Wir sehen aber heute in der Sprache den wesentlichen Teil der Kosmetik.

Um eine individuelle und konzentrierte Behandlung durchführen zu können, benötigen wir nach sorgfältiger Schätzung und unter Berücksichtigung der Erfahrungen bereits bestehender ähnlicher Einrichtungen ein Heim mit ca. 60 Betten. 40 Betten würden regelmäßig zur Behandlung von Patienten mit spaltbedingten Sprachstörungen benötigt werden, und die übrigen 20 Betten würden für Kinder mit Sprachdefekten anderer Ursache verwendet werden können.

Die Möglichkeiten der plastischen Chirurgie sind im Hinblick auf die Sprache begrenzt. Die Mitarbeit von Vertretern anderer Fachdisziplinen, vornehmlich der Kieferorthopäden und der Sprachtherapeuten, hat uns

Bitte abtrennen und einsenden an: Bayerische Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstraße 85

Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer

Bestellschein

Hiermit bestelle ich den Band 2 der Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer: Vorträge der 14. Wissenschaftlichen Ärztetagung in Nürnberg „Neue Gesichtspunkte zum Altern und Aiter — Therapie der nichtrenalen und renalen Hypertonie — Therapie der akuten Vergiftungen“ zum Preis von 6 DM (incl. Versandkosten).

Datum:

Unterschrift

Stempel

wesentlich weiter gebracht. Unser Ziel ist ein Mensch, der mit einem normalen, wohlgestalteten Gesicht und einer unauffälligen, wohlklingenden und artikulierten Sprache genauso wie seine Mitmenschen Lebens- und Schaffensfreude erwarten kann. Wir sind überzeugt, daß dieses Ziel nur durch eine systematische Behandlung in einem Sprachheilheim erreicht werden kann.

Anschrift des Verfassers: Dr. H. Singer, 8 München 15, Lindwurmstraße 4.

Zur stationären Behandlung sprachgestörter Kinder

Von E. Loebell

Vor langer Zeit schon haben die Stimm- und Sprachärzte die sprachliche Nachbehandlung der operierten Gaumenspaltpatienten gefordert. Ein gutes Operationsergebnis sichert nur die Voraussetzung zur Beseitigung des häßlichen offenen Näsels. Die nachfolgende Sprachbehandlung dient der Herstellung und Ertüchtigung der Funktion. Darüber hinaus ist zu berücksichtigen, daß die Spaltträger eine primäre Sprechschwäche und eine verzögerte Sprachentwicklung aufweisen. Oft ist nach vorausgegangenen Otitiden das Gehör eingeschränkt.

Optimale Behandlungsmöglichkeiten finden bisher nur die Kinder, die mehrmals wöchentlich logopädisch betreut werden können und deren Mütter mit ihnen täglich üben. Die meisten Kinder jedoch wohnen auf dem Lande und sind gegenüber den Stadtkindern benachteiligt. Nach langen Anfahrten sind sie oft zur Behandlung nicht mehr aufnahmebereit oder es fehlt die häusliche Übungsüberwachung. Diesen Kindern soll im Sprachkurheim in sechs- bis achtwöchigen Kursen geholfen werden.

Das geplante Heim soll den Vorschulkindern ermöglichen, mit möglichst normalem Sprachbefund in die Volksschule eingeschult zu werden oder den Anschluß an die Sprachheilschule zu erreichen. Zur Zeit müssen auch die schulpflichtigen Kinder berücksichtigt werden, die keine Sprachheilschule besuchen oder auf anderen Wegen gefördert werden können.

Neben der großen Gruppe der Spaltpatienten sind es noch die Seelentauben und Hörstummten, die durch stationäre Behandlung die Schulreife erreichen und

darüber hinaus weiterführende Bildungswege nutzen können. Die Förderungswürdigkeit aller Genannten hat der Gesetzgeber schon im Körperbehindertengesetz anerkannt und in das Bundessozialhilfegesetz als Rechtsanspruch übernommen.

Seelentaubheit oder akustische Unerweckbarkeit bei normalem peripherem Gehör verhindert die Sprachentwicklung ebenso wie die motorische Hörstummheit als Ausdruck einer zentralen motorischen Koordinationsschwäche trotz oft überdurchschnittlicher Intelligenz. Nach einer Verfügung des bayerischen Kultusministeriums und unzweckmäßig werden die Betroffenen mit 6 Jahren ohne Sprache in Gehörlosenschulen untergebracht, sind dort natürlich „Musterschüler“ mit gegenüber den Gehörlosen auffallend guter Sprache — und erlernen einen handwerklichen Beruf, obwohl sie „potentielle Bundeskanzler“ sind. Sie teilen das Schicksal von Spaltträgern mit schlechter Sprache in Hilfsschulen.

Nach der Diagnosestellung, spätestens im vierten Lebensjahr sollten diese Kinder dem Sprachkurheim überwiesen und durch gezielte Behandlung ihre Sprachanbahnung sichergestellt werden. Die jahrelange stationäre Betreuung ermöglicht ihnen dann die Einschulung in die Sprachheilschule mit normalem Volksschulpensum. Nach Überwindung des Dysgrammatismus (falsche Satzbildung) erreichen sie den Übergang in Normalschulen. Diese Erfolge sind bisher nur nach intensiver klinischer Behandlung und unter unverhältnismäßig großem Kostenaufwand ermöglicht worden.

Für die Dauer der stationären Behandlung ist keine schulische Betreuung vorgesehen, da es sich meist um noch nicht schulpflichtige Kinder handelt. Bei älteren Kindern, die schon zur Schule gehen, ist der Aufenthalt auf 6 bis 8 Wochen begrenzt. Soweit als möglich werden bei letzteren Fällen die Schulferien ausgenutzt.

Das geplante Sprachkurheim soll mittels stationärer logopädischer Behandlung den operativen Erfolg auch sprachlich sicherstellen. Darüber hinaus soll eine Lücke geschlossen werden, die bisher zwischen der ärztlichen Behandlung, den pädagogischen Förderungsmaßnahmen und den Möglichkeiten zur vollen Eingliederung in das normale Leben klafft.

Anschrift des Verfassers: Dr. E. Loebell, 8 München 15, Pettenkoferstraße 8a.

Azupanthenol®

Tiefgreifende Heilwirkung durch **Azulen + Pantothensäure**
Gastritis, Sub- u. Hyperacidität, Ulcus ventriculi et duodeni
 Als Liquidum und zur Rollkur seit Jahren bewährt
 Adenylchemie 7016 Gerlingen bei Stuttgart

20 ccm 50 ccm
 20 Tabletten 50 Tabletten

Neu!
Tabletten

Ein Sportarzt über die Olympiade 1964

Ist Sport Segen oder Dämon, Gift oder Medizin?

Von A. Rottler

Der Astrologe, Arzt und Prophet Nostradamus, der in Avignon Medizin studiert, der in Aix und Lyon als gefeierter Pestarzt seine Belohnung unter die Witwen und Waisen verteilt hat, schrieb unter vielem, was der Nachwelt erhalten und von Empfänglichen bewundert worden ist und wird, „über die Erhaltung der Schönheit des Körpers“ und „Singulieres recettes pour entretenir la santé du corps“, das ist die Gesunderhaltung des Körpers.

Er ist damit — zur Zeit Dürers, Luthers — unser Vorgänger in der Denkwegweise der Präventivmedizin, die einen breiten Raum der sportmedizinischen Absichten darstellt.

Wir Sportärzte aus Leidenschaft wollen nichts anderes wie alle Ärzte: Helfen, bevor etwas passiert, Vorbeugen, Vorsorge treffen, Gefahren aufweisen und Schäden verhindern. Wir kennen seit langem den Heilschlaf, das Heilfasten, und müssen neuerdings das Heil-Bewegen dazulernen, weil die große Masse es verlernt hat.

Stopp dem unrationellen Verschleiß! — Laufen ist das beste Schlankheitsmittel! — Generaldirektor, fahren Sie Rad, um dem Herzinfarkt vorzubeugen! — Jung und elastisch durch regelmäßige Gymnastik! — Wir müssen in unserem Leben einiges ändern! — sind so einige Slogans. Wir essen zu viel, bewegen uns nicht und verdauen schlecht. Alles Sätze, die jeder kennt, und trotzdem: Nur ein paar Prozent unseres Volkes treiben Leibesübungen. Jeder sollte einmal am Tag, möglichst durch eigene Muskelarbeit, richtig schwitzen. Manche tun's nur beim Essen. Auch die Sauna ist nur ein Ersatz dafür. Die amerikanische Versicherungsmedizin weiß, daß 1 cm Zuwachs an Bauchumfang ein verlorenes Lebensjahr bedeutet.

Der Japaner ist im Durchschnitt viel schlanker als wir (Deutsche, vielleicht Europäer); ich halte ihn für gesünder, für ursprünglicher, natürlicher und naturverbundener. Womit hängt es wohl zusammen, daß ich fast keinen weißhaarigen Japaner gesehen habe? Alle schwarz bis ins hohe Alter. Nur zwei brünette Japanerinnen stellte ich fest, natürlich außer den kosmetisch Erhellten.

Im Verein wußten sie es, meinen Freunden war es bekannt, und im Wartezimmer hatte es sich bei den Patienten herumgesprochen, daß ich zur Olympiade gehe. Alle schüttelten mir beide Hände, klopfen mir auf die Schulter. Augenzwinkernd, mehr oder weniger deutlich, raunten sie mir zu: Viel Vergnügen! Oder: Mach's gut! Oder: Tokio soll eine tolle Stadt sein!

Als ich zurückkam, fragten sie mich wieder: „Haben Sie sich keine Geisha mitgebracht?“ Und ob ich habe! Drei habe ich mir mitgenommen, für immer habe ich sie vor Augen.

Da ist zuerst Sachiko, die Vize-Schönheitskönigin von Tokio, die auf dem Steh-Empfang der Stadt sozusagen meine Tlschdame war und mit der ich mich so reizend

unterhalten habe, nachdem ich ihr gesagt hatte, daß sie viel schönere Zähne als Miß Tokio Nr. 1 hätte. Sie wich nicht mehr von meiner Seite, und ich hielt den bösen Augen der hohen Sportwürdenträger und der Prominenz aller Schattierungen, und auch der Athleten, tapfer stand, wie ein Samurai. Ihr Vater, ein hoher Honoriger, war auch darunter. Ich habe immer noch ihre Telefonnummer, und sie wartet immer noch auf den Anruf; der Abend aber war so schön, daß ich ihn als Abschluß haben wollte.

Und dann ist da das „Wiesenkind“, so heißt ihr Name übersetzt. Sie war Dolmetsch und Reisebegleiterin der 30 Sportärzte Westdeutschlands. Sie führte aber auch eine ostzonale Touristengruppe. Sie war ein Naturkind, frisch, flink, katzenhaft, mit blitzenden Augen und voller sprühender Laune; mit Heuduft im Haar oder mit Regenwasser, je nachdem. Mit allen hatte sie ein Rendezvous vereinbart, gekommen ist sie — meines Wissens — zu keinem. An einem der letzten Tage brachte sie ihren Freund als Ersatz und Ablöse mit. Alle waren wir eifersüchtig auf ihn.

Ja, und zuletzt Mishina: Sie schreibt mir heute: „Ist Nürnberg schönes Stadt? Ich möchte mehr sehen von der Welt und ich bin sehr interessiert an Ihrem Land, besonders an Eurer Literatur. Ich nehme an, Goethe ist sehr groß. Ich bevorzugte an der Universität englische Texte, aber jetzt bin ich hingerissen von deutscher und französischer Literatur. Ich gebe Unterricht an der Tokyo Metropolitan Minato Technical Hochschule. Ich bin die einzige weibliche Lehrkraft. Kommen Sie wieder nach Japan! Ich will Ihnen Nara, Kyoto, Yonago zeigen, wo ich geboren bin.“ Dieses Wesen, höchstens eineinhalb Meter groß, in der Uniform der Helferinnen am Hauptportal des Olympischen Dorfes, das nichts von den Spielen sah, weil sie gleichzeitig Hilfsdienst und Lehramt versah, hielt ich für 18 Jahre. Sie wollte mir einmal etwas ganz Wesentliches in der Stadt zeigen; der Treffpunkt mißlang. Jedoch Tage später — niemand wußte, wie sie es erfahren hatte —, als man mich zur Abreise in einen bereitgestellten Omnibus pressen wollte, stand sie da; lächelnd, vergnügt oder elegisch, wer kennt das? Hatte ein Lackschälchen als Abschiedsgeschenk für mich, winkte und verneigte sich. Ich konnte ihr gerade noch meine Olympianadel als Tausch anstecken. Dann verschwanden wir füreinander.

Nachdem ich mit den letzten Ärztefachblättern und den teilweise geradezu künstlerisch hochstehenden Magazinen der guten chemisch-medizinisch-pharmazeutischen Werke die ersten Stunden des Flugs zugebracht hatte, holte ich mir die von Friedrich Rückert so wunderbar übersetzten fernöstlichen Gedichte und das Büchlein von Manfred Hausmann „Liebe, Tod und Vollmondnächte“ heraus. Sie sind so zart, diese Mijikauta, diese Kurzgedichte, wie die japanische, empfindsame Seele. Auf dem Nebensitz war ein Hüne, ein Recke von einem Mannsbild; er schaute mir immer

über den Rand in die Seiten, bis ich ihm dieses mir wertige Heftchen zu lesen gab. Als er sich so sehr darüber freute, habe ich es ihm geschenkt, weil ich im Innern so erstaunt war, einen Protzen der Muskeln, dem unsere geistige Führungsschicht auch heute noch den Geist oder gar die Seele abspricht, getroffen zu haben, der so weich und empfindsam ist. Der Mann heißt Leber, startete im Kanu, hatte das Pech, halb genesen an den Endlauf zu gehen und auf den letzten 30 Metern völlig zusammenzubrechen. Gesund hätte er mit seinem Partner Siegerchancen gehabt. Sein Beruf: Pfarrerstift. Ich habe lange Betrachtungen bei mir angestellt — olympischer Auserwählter, Kreuzesritter und japanische Lyrik!!

Wer hätte es dem großen Volk dieser körperlich kleinen Menschen zugetraut, die übernommene Aufgabe im Westen erstandener, ersonnener, herausgebildeter, immer monströser gestalteter Spiele Herr zu werden und in derartig glanzvollem Stil zu meistern!

Indem wir aber das ausrichtende Volk loben und bewundern, geben wir der Entwicklung des Sports eine Ohrfeige. Denn wo gäbe es das Paradoxon deutlicher als hier, daß unsere lebenswürdigste Nebenbeschäftigung einen Apparat, ein Heer, Massenzahlen, Gigantenziffern aufbieten müßte, um sich vorzustellen.

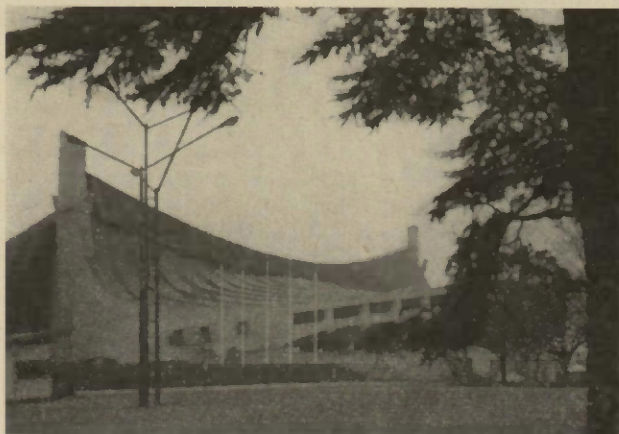
Dort, wo man von Perfektion, Perfektionismus, Funktionalisieren, Mechanisierung, Großartigkeit der Veranstaltung spricht, kann man nicht gleichzeitig an etwas Gediegenes, Gesundes, der Seele, dem Willen und dem Körper des Menschen Dienendes denken.

Will jemand bestreiten, daß dem Spitzensport, dem Leistungssport, dem Rekordwesen heute eine hohe Bedeutung beigemessen wird!

Prestige, Wirtschaftsfaktor, Massenpsychose.

Großaufgabe für die Medizin! Aber das ist sozusagen die Spitze, die sich auf der weiten Schicht des Breitensportes hochzuchtet, jenes Zweiges, der uns beschäftigt. Wer kennt nicht die Grundweisheiten: Leben ist Bewegung. „Laßt dicke Männer um mich sein, die nachts gut schlafen“, weil denen der Drang, das Explosive, das Ehrstüchtige fehlt, weil die Satten, Faulen, Bequemen keine Konkurrenz darstellen.

Jeder Olympiade parallel findet ein Welt-Sportärztekongreß statt. Der Austausch der Erfahrungen ist für die Medizin gleich wichtig wie die Nutzenanwendung für die Wettkämpfer.



Schwimmstadion in Tokio



Buddha mit Geldsack vor Bank in Tokios Hauptstraße

Eine kleine heitere, für den Vortragenden heikle Episode passierte Prof. Heiß, unserem ersten Nachkriegspräsidenten. Er mußte englisch referieren; dazu brauchte er ein Manuskript und tat sich trotzdem noch hart, denn es hatten ihm Ungeschickte die Diapositive durcheinandergebracht. Er schwitzte fürchterlich, als er immer wieder rief: „The next bild.“

Um es vorweg zu sagen: die Asiaten haben uns wenig Neues mitgeben können, dazu sind wir Deutschen fast die führenden Sportmediziner, neben den Russen. Seltsam und paradox klingt es, wenn man erfährt, die Amerikaner betrieben beinahe keine eigene Sportärzteswissenschaft. Dafür haben sie auch die meisten Medallien; aber der Trugschluß liegt darin: wir müssen auf einer bislang schmalen Basis eine dünne Spitze hochziehen, während die United States und Rußland beispielsweise mit Leichtigkeit eine große Höhe erreichen können. Man muß daher fordern, daß die Breitenarbeit, das Ausdehnen der Zahl aller Sporttreibenden bei uns gewaltig gefördert wird, dem guten Zweck der Leibesübungen des Durchschnitts entsprechend. Diese weltgreifende körperliche Betätigung zur Ertüchtigung, zur Gesundung des Volkes bedeutet das innerlichste Anliegen jedes sportärztlichen Bestrebens.

Im abendlichen Gespräch im mondbeschiedenen Garten, neben dem Becken mit hunderterlei Arten von Goldfischen, klang es in der Runde der Sportärzte auf: Warum zieht uns das Spiel so an, besonders das Spiel mit dem runden Ball? Und wir erwogen den instinktiven Drang zur Bewegung, der alles im Kosmos im Gang hält, den Sternlauf, den Herzschlag, die Atome. Vielleicht ist es der Aggressionstrieb, die Selbstbehauptung, der ehrgeizige Wille, es anderen zuvorzutun? Womöglich ist es aber auch der nie zugegebene Gedanke, der Ball wäre die Erdkugel, und die Beherrschung desselben mache uns zu Mitspielern, zumindest zu Nachahmern, ohne es zu wissen, der absoluten Ordnung.

Es gibt Dinge, sagte der japanische Student gebrochen deutsch und englisch und in seiner Muttersprache, der eben noch so lustig auf seinem Shamisen, dem Saiteninstrument, gespielt hatte, zur Unterhaltung

der anderen Hälfte unserer Gesellschaft, „es gibt Dinge, an denen man nichts ändern kann. Shigataganei. Gegenüber der Natur bin ich ein Nichts, aber im Spiel bin ich ein Halbgott.“

Als der Regensburger Huber durch günstige Auslosung und das nötige Glück des Erfolgreichen den vorletzten Kampf überstanden hatte und ins Finale einzog, sagte man ihm eine fürchterliche Niederlage gegen den Amerikaner voraus. Die Unker hatten nur insofern recht, als er wirklich das Gold nicht erreichte, sondern nur das Silber. Niemand hatte damit gerechnet, am allerwenigsten hat man seine blendende Vorstellung und Einstellung erwartet.

Bei ihm erhebt sich wahrhaftig die Frage: Wie wird man Medaillengewinner, wie wird man Olympionike überhaupt? Er war nämlich Ringer und hatte es satt, gegen den unschlagbaren Pfälzer Dietrich zu unterliegen, sozusagen als Trainingspartner. Er wechselte, wurde Boxer und zweitbesten der Welt.

Wir haben die kleine Equipe der Kanuten weit draußen am Sagami-See, dieser Idylle eines großen Kratersees, fast ohne Villen, besucht, zehn Tage vor den Kämpfen und am regenschweren Tag der Endkämpfe; von sieben Starts vier Medaillen! Zwei goldene, eine silberne, eine bronzene. Nur die Russen übertrafen diese Leistung, aber ihre Offiziellen waren überaus aufgeregt und schwirrten dauernd an die Pressestände.

Was waren das aber auch für natürliche Burschen und Mädchen! Nichts von Einbildung, Überheblichkeit, keine Nervosität wie bei hochgezüchteten, überfeinerten Rennern.

Die Goldmädchen Zimmermann und Esser: welche ursprüngliche, ruhige Kraft von ihnen ausging, eingepflegt von ihren Betreuern und Trainern. Eine Harmonie. Darauf gedeihen und beruhen Erfolge.

„A so, deits“, sagte der würdige Japaner an meiner Linken bei den pompösesten Eröffnungsfeierlichkeiten aller Olympiaden, und ich glaubte, er wolle mit mir ein Gespräch auf deutsch anfangen; allein, er hatte nur seinem Nebenmann die in kirschfarbenem Kleid (eine Verbeugung von uns gegen die ausrichtende Nation) einmarschierenden deutschen Amazonen zeigen wollen. Dieser unserem „Ach so“ gleichklingende Ausruf heißt A so deska, soviel wie „So also ist das“ hat mich immer wieder vergnügt gemacht, so oft ich ihn hörte.

Nach Beendigung der opening ceremony bückte sich mein Nachbar und sammelte Papierfetzen, Programme und Zigarettensummeln um seinen Platz herum und steckte sie in die Rocktasche. Er war nicht der einzige, der so verfuhr. Als ich es bemerkte, war wieder eins der japanischen Rätsel gelöst: das der einmaligen Sauberkeit. Eine ganze Aktion habe ich in dieser Richtung beobachtet, eine planmäßige Ausgabe kleiner Blechhüllen für Zigarettensummeln im großen Stil.

Wer glaubt, nach den Kämpfen wäre es ruhiger, gelassener geworden im Olympischen Dorf, täuscht sich sehr. Man könnte meinen, es wäre noch lebhafter, noch hektischer, noch febriler. Die nahe Abreise und die jetzt geöffnete Einfriedung, die fehlenden Souvenirs hatten alles aufgescheucht. Ein ameisenhaftes Durcheinander in den „Dorfstraßen“, in den Häusern, im Speisesaal. Dort wurden Hayes und die anderen

schwarzen Perlen, die bildschönen Athletenfiguren dunkler Hautfarbe, von den weißbefrackten Dienern umringt, und mit Tusche mußten sie auf Teller ihre Namen signieren.

Bei Hayes, dem Schnellsten, denke ich daran, wie sein Stil des Laufens manchen so mißfallen hat, daß einer die Redewendung gebraucht hat: „In Deutschland hätte den jeder Trainer gleich nach Hause geschickt.“ Aber die Amis wissen um die Urkraft jener, die sie zwar zum Kriegführen und Medaillengewinnen einsetzen, sonst aber nicht anerkennen. In der Parklandschaft Hakone, dem schönen Naturreservat, dem Exil der Zehnkämpfer, habe ich Holdorf kennengelernt beim vorolympischen Training, bei der Vorbereitung zum Kampf, als sie mit den Köchen stritten um ein doppeltes Steak. Aber auch nach der Schlacht begeisterte er mich in einer fast gefährlicheren Umgebung, nämlich in der Schluß-Pressekonferenz als Vertreter der Aktiven. Wie er da mit Worten herumgesprungen, mit stechendem Florett und mit gezielten Schwingern gekämpft hat, wird ihm dauernd meine Achtung einbringen; da ritt er Attacken, nahm manch gefährliche Hürde, und seine Schüsse saßen im Schwarzen.

Der „König der Athleten“ wird jeder Zehnkämpfer getauft, und er ist es; auch gegenüber anderen Sparten, ob Schwimmen, Rudern, ob Ski oder Boxen.

Die Vielzahl der Übungen erheischt und erzeugt die ideale Durchbildung des Gesamtorganismus, aller Muskeln, des Kreislaufs, aber auch des Inneren, die Bereitschaft, die totale Fitneß des Menschen.

Kann sich jemand vorstellen wenn er nicht im Stadion war — auch jene, die am Bildschirm alles genauer gesehen haben als wir —, wie die Spannung war, was für eine Hochstimmung, welches Fieber über den Hunderttausend lag bei der vorletzten Disziplin im Zehnkampf, im Stabhochsprung. Ich habe Handballspiele gesehen, bedeutende, entscheidende, wichtige, die in der vorletzten Minute unentschieden standen, und alle Zuschauer hatten feuchte Hände, rote Ohren und heisere Häuse. So stand die Partie, als Holdorf zum dritten Versuch bei Viermeterzwanzig ansetzte. Zweimal hatte er gerissen. Viermeterzehn war seine gültige Marke; er hatte früher schon viel Höheres geschafft. Der dritte Sprung! Alles mucksmäuschenstill. Wir außerhalb hofften, bangten, wünschten, drückten die Daumen. Nur ein Mann war jetzt im Riesenoval: Holdorf. Konzentration — Anlauf — Sprung — Hochhanteln, Latte — bleibt liegen! 4,20!! Nachher schaffte er 4,30. Siebzig Punkte mehr als bei 4,10. Diese siebzig Punkte waren Olympiasieg, waren Gold, waren Erfüllung der Entsaugungen. Mit diesem hohen Satz gelang ihm die Führung bei neun Wettbewerben.

Noch aber war lange nicht alles gelaufen. Wirklich gelaufen, denn nun folgten die mörderischen 10 000 Meter. Jetzt aus dem ausgelaugten Körper das alles herausholen, was an letzter Kraft, an militärisch eiserner Reserve noch drin steckte. Lauf gegen die Uhr, Rennen um Zeit, Schritt für Schritt um Punkte. Der Gegner, der ihn noch übertreffen konnte, war besser hierin. Was machte es aus! Nur nicht abfallen, nur nicht aufhören!
(Fortsetzung folgt)

Anschr. d. Verf.: Dr. Alfred Rottler, 85 Nürnberg, Äußere Bayreuther Straße 72.

Schach
in Ihrer Hand



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

HEPEROS



-Institut GmbH München-Lohhof

AUS DEM STANDESLEBEN

Ärzteversorgung unter Beschuß!

Wer zu den regelmäßigen Lesern unseres „Bayerischen Ärzteblattes“ gehört, wird wissen, daß über unsere Versorgungsanstalt, die Bayerische Ärzteversorgung, laufend berichtet wird. Wenn das auch in anderen Blättern geschieht, so wäre dies an und für sich nur zu begrüßen, denn unsere Kollegen sollen Bescheid wissen; sie sollen vergleichen können, und sie sollen vor allem auch wissen, wie sie sich bei ihren Beitragszahlungen einrichten müssen, um später eine ausreichende Rente zu erhalten.

In der letzten Zeit sind allerdings Veröffentlichungen erschienen, die erhebliche Beunruhigung bei den Kollegen auslösten und deshalb eine Klarstellung erfordern. Überschriften wie „Ärzteversorgung mit Juliusturm“ oder „Bayerische Ärzteversorgung hinkt gewaltig nach“, müssen ja zwangsläufig Sorgen erwecken wie die, das Geld sei schlecht angelegt, und die spätere Rente könne kaum mehr die primitivsten Aufwendungen decken.

Wie sieht es in Wirklichkeit aus?

Die Bayerische Ärzteversorgung arbeitet nach dem sog. offenen Deckungsplanverfahren. Dieses Verfahren gewährleistet, daß eine Versorgungseinrichtung bei gleichbleibender Beitragslast (in unserem Falle 7% des reinen Jahresberufseinkommens) stets in der Lage ist, Renten zu bezahlen, wie sie der jeweilige Beitragszahler zum Zeitpunkt der Einzahlung erwarten darf. Es wird also vermieden, daß die Rentenleistungen der Gegenwart durch höhere Beiträge in der Zukunft abgedeckt werden müssen, die nächste Generation also die Zeche für ihre Vorgänger bezahlt. Vor jeder Rentenerhöhung muß also geprüft werden, ob sie nach menschlichem Ermessen auf die Dauer durchgehalten werden kann. Wird sie beschlossen, so wirkt sie sich automatisch auch auf die bereits laufenden Renten aus. Die beitragszahlenden Mitglieder ermöglichen also, daß der Empfänger einer Rente mehr bekommt, als seinen eigenen Einzahlungen und den Bedingungen zur Zeit seiner Beitragszahlung entspräche. Um die Leistungen für die Zukunft zu sichern, muß ein Kapital angesammelt werden, welches durch seinen Zinsertrag dazu beiträgt, die späteren Lasten zu tragen. Dieses Kapital ist in den letzten Jahren erheblich angewachsen und gab so zu einer leider weitgehend sachunkundigen, von den Millionen geblendeten Kritik Anlaß.

Wenn man kurz überschlägt, so stellt man fest, daß die Rücklage pro Mitglied der Ärzteversorgung derzeit

20 000—25 000 DM beträgt. Angesichts der Tatsache, daß die Rente an Mitglieder durchschnittlich 9 Jahre, an Witwen zwischen 25 und 30 Jahren zu zahlen ist, ein sicher nicht überzogener Betrag. Das schnelle Anwachsen in den letzten Jahren erklärt sich durch die erheblich gestiegene Mitgliederzahl (1954: 13 398, 1957: 17 538, 1964: 19 626) und die laufend höher gewordenen Einzahlungen des einzelnen Mitglieds. Von diesen neuen Mitgliedern der letzten 9—10 Jahre bezieht aber noch kaum einer eine Rente, so daß der Bestand an Rentenempfängern im wesentlichen noch dem früheren, viel geringeren Mitgliederbestand entspricht. Aber all die neuen Mitglieder mit ihren hohen Einzahlungen und ihre Frauen werden eines Tages Empfänger entsprechend hoher Renten, und das Geld muß für sie bereitliegen. Hier eine der ernst zu nehmenden Sorgen: „Die Geldentwertung wird bewirken, daß meine zukünftige Rente nur noch einen Bruchteil der Kaufkraft hat.“ Aus dieser Sorge entspringt die Forderung nach der „Dynamisierung“ der Rente, also ihrer Anpassung an die Kaufkraft. Es ist hier nicht der Platz, das Problem der Dynamisierung breit zu erörtern. Klar sein muß uns aber, daß die Methoden der Rentenversicherung auf eine nicht-staatliche Versorgungseinrichtung niemals übertragen werden können. Uns fehlt der „zahlende Dritte“, welcher das Defizit übernimmt. Alles, was wir tun, muß — ich sagte es schon — aus eigener Kraft getan werden. Und trotzdem leisten wir bis heute und in weite Zukunft mehr als die Rentenversicherung! Wenn in einem Artikel behauptet wird, die Renten der Angestelltenversicherung seien von 1957 bis heute um 56,9% gestiegen, die der Ärzteversorgung gleichgeblieben, ist das im Ansatz und im Vergleich falsch. Ich kann auf Einzelheiten verzichten und auf den nachstehend abgedruckten Artikel von Dr. BRAUN verweisen.

Alle Beiträge — soweit sie den Jahresmindestbeitrag von 320 DM übersteigen — steigern die jährliche Rente um 20 Prozent dieser Beiträge, ohne Rücksicht auf das Alter des Zahlenden. Bei der Angestelltenversicherung dagegen beträgt das Ruhegeld nur 10,71 Prozent der Beiträge. Bei der sogenannten Höherversicherung in der Angestelltenversicherung (§ 38) beträgt der Steigerungsbetrag bei Einzahlung bis zum 30. Lebensjahr 20 Prozent und fällt bis zu zehn Prozent bei Einzahlung ab dem 56. Lebensjahr. Hier wird unseren Mitgliedern ein einmaliges Benefiz geboten! Es besteht also für uns weder heute, noch in der überschaubaren Zukunft ein Grund, uns nach der Sozialversicherung zu sehnen.

Physiologischer Blutdruckheber
● mit Langzeiteffekt

erhöht die Aktivität, beseitigt Müdigkeit, Konzentrationsschwäche,
fördert die Coronardurchblutung

RR-plus

30 und 60 Dragées

ADENYL-CHEMIE 7016 Gerlingen
bei Stuttgart

Das Problem der Dynamisierung belastet uns demnach noch nicht. Das kann uns natürlich nicht beruhigen. Der Verlust an Kaufkraft einer heute einbezahlten Mark in der Zukunft bleibt unser Problem. Also müssen wir uns auch klarwerden, wie es weitergehen soll.

Bis jetzt war die Anhebung des Zuschlags der uns am geeignetsten erschienenen Weg. Ob er fortgesetzt werden kann oder die Richtung geändert werden muß, ist derzeit Gegenstand eingehender Überlegungen. Eine wesentliche Rolle spielt dabei die Frage des Zinsertrages. Der Zinsfuß, welcher versicherungsmathematischen Berechnungen zu Grunde gelegt werden darf, wird von der staatlichen Aufsichtsbehörde für uns wie für alle Versicherungen festgelegt. Er ist niedriger als der tatsächlich erzielte Zins. Der Mehrertrag wird als „Überzins“ bezeichnet und fließt in das Vermögen, also die Kapitalrücklage der Anstalt. Wenn wir in den letzten 10 Jahren den Zuschlag von 14,3 auf 20% anheben konnten, so war das auch ein Erfolg dieser Vermögenszunahme infolge des sog. Überzinses. Es wäre also ein dauerlicher Irrtum, wenn ein Kollege glauben würde, dieser Überzins ginge den Mitgliedern verloren. Im Gegenteil! Er wird die weitere Quelle sein, aus der wir Leistungsverbesserungen speisen können.

Wie soll es weitergehen?

Nachdem die Versicherungsaufsicht uns in den letzten Jahren die Zustimmung zu einer weiteren Anhebung des Steigerungssatzes auf 21 oder 22% versagte, hat der Landesausschuß beschlossen, die Anstalt durch einen anerkannten, völlig unabhängigen Mathematiker begutachten zu lassen. Wir wollen von ihm wissen, ob das System, nach welchem wir arbeiten, geändert werden sollte; vor allem aber interessiert uns, welche Leistungsverbesserungen möglich sind und auf welchem Wege wir sie erreichen können. Das Gutachten wird uns im Laufe des Sommers vorliegen. Erst dann sind wir in der Lage, weitere Beschlüsse zu fassen.

In der Zwischenzeit wurden Satzungsänderungen beschlossen, welche unsere späteren Beschlüsse zum Leistungsplan der Anstalt vorbereiten. An diesem selbst etwas zu ändern, bevor uns das Gutachten vorliegt, wäre widersinnig, unlogisch und nicht zu vertreten. Das ist auch der Grund, warum die ärztlichen Mitglieder des Landesausschusses den Antrag der Zahnärzte auf Überzinsausschüttung im Jahre 1965 abgelehnt ha-

ben, ganz abgesehen davon, daß dem Antrag schon nach der Satzung nicht zugestimmt werden konnte. Die ärztlichen Mitglieder des Landesausschusses haben vor der Sitzung eingehend beraten, bevor sie die Ablehnung beschlossen. Sie waren nicht bereit, an einem Beschluß mitzuwirken, der dem Versuch gleichkäme, etwas bei Nacht und Nebel durch die Hintertüre ins Haus zu schmuggeln, was bei Tageslicht durch die Vordertüre nicht eingelassen würde. Ein Landesausschuß hat nicht nur das Vertrauen der Kollegen zu rechtfertigen; er muß auch sein Ansehen und seine Glaubwürdigkeit gegenüber dem Staat erhalten, weil er sonst Gefahr läuft, auch bei anderen Gelegenheiten entsprechend eingeschätzt zu werden. Wir wissen, daß die Zahnärzte seit Ablehnung ihres Antrages (vielleicht auch schon etwas länger) mit dem Gedanken liebäugeln, sich selbständig zu machen. Wir würden das sehr bedauern. Aus grundsätzlichen Erwägungen und auch deshalb, weil in den zurückliegenden Jahren die Zusammenarbeit fruchtbar und vertrauensvoll war. Im übrigen sei aber die Feststellung erlaubt, daß wir Ärzte mit Sicherheit nicht die Leidtragenden dieser Trennung wären und die Vermutung angeschlossen, daß die Versicherungsaufsicht einer zahnärztlichen Versorgungsanstalt mit ihren schwerwiegenden ungünstigen Risiken, die wir heute mittragen, wohl kaum andere Grundsätze zubilligen würde als heute der gemeinsamen Ärzteversorgung.

Es gäbe noch einiges, worauf man eingehen könnte; so die Behauptung, die konstruktiven Vorschläge wären seit Jahren fast ausschließlich von Zahnärzten gemacht worden. Darüber geben die Protokolle Auskunft. Oder die Zeilen eines anderen Artikels: „Es wird Zeit, daß sich alle Kollegen intensiv mit diesem Thema... befassen.“ Der Schreiber hätte es tun sollen, bevor er zur Feder griff.

Für unsere Kollegen sei abschließend noch einmal betont und versichert: Den seit Jahren in der Bayerischen Ärzteversorgung tätigen Kollegen war es stets Anliegen und Verpflichtung, unsere Anstalt mit aller Kraft zu fördern und die besten Leistungen, welche jeweils möglich waren, herauszubolen. Das wird auch die Leitlinie der weiteren Arbeit sein. Diese Arbeit muß aber stets im Bewußtsein der hohen Verantwortung geschehen, welche wir gleichermaßen gegenüber den Kollegen von heute und von morgen tragen.

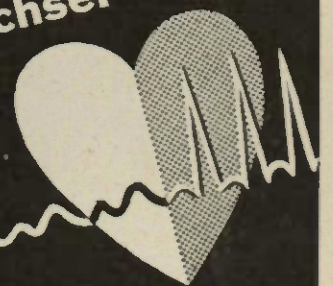
Dr. Sewering

Adenylocrat®
Adenylsäuren-Organextrakt - *Crataegus*

20 ccm 50 ccm

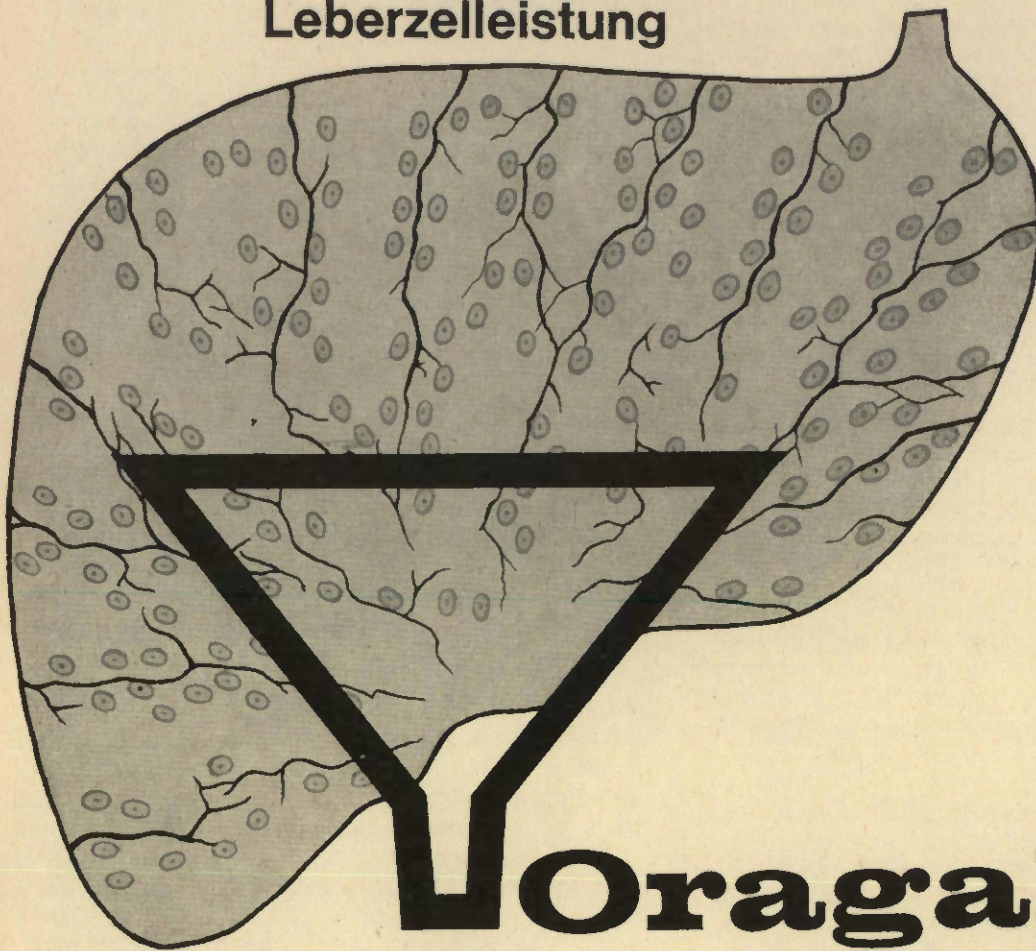
O₂-Donator für das Myocard
reguliert Myocardstoffwechsel
Coronardurchblutung

ADENYL-CHEMIE
7016 Gerlingen bei Stuttgart



Oragallin®

aktiviert
die
Leberzelleistung



NEU

Oragallin®

macht verdauungssicher



Oragallin S®

mit spasmolytischem Effekt

Indikationen

Cholecystitis, Cholangitis
Cholecystopathie
Cholangiopathie
Postcholecystektomie-Syndrom
Gastrointestinale Beschwerden
Roemheld-Syndrom
Meteorismus

Oragallin® Drageés

3-Chlor-pyridazin-6-mercaptoessigsäure-
diäthylamid · Pankreatin · Cellulase

Oragallin S® Drageés

3-Chlor-pyridazin-6-mercaptoessigsäure-
diäthylamid · I-Scopolamin-N-methylbromid



BYK-GULDEN-LOMBERG · GMBH · KONSTANZ

Ärzteversorgung: Vergleichen? – Aber dann richtig!

Der Verfasser dieses Beitrags beobachtet als „unversorgter Anwalt“ seit Jahren neiderfüllt die Entwicklung der Bayerischen Ärzteversorgung, die für ihn, schon nach ihrem gegenwärtigen Leistungsplan, die musterhafte Form eines Versorgungswerkes freier Berufe ist. Unverständlich ist ihm deshalb die Kritik, die derzeit an der Ärzteversorgung geübt wird. Die Argumente und Vergleiche der Kritiker zeugen nicht immer von dem Bemühen um Sachlichkeit und lassen gelegentlich den Eindruck entstehen, daß es an der Kenntnis einfachster sozialpolitischer Gegebenheiten mangelt. Die Faszination, die von der „Dynamik“ der gesetzlichen Rentenversicherungen ausgeht, trübt offenbar den Blick dafür, daß diese Dynamik künftig mit Beiträgen in einer Höhe von vermutlich 25% der Lohnsumme der Versicherten erkaufte werden muß. Verantwortungsvolle Politiker und Sachverständige machen sich jedenfalls seit Vorliegen der ersten „versicherungstechnischen Bilanzen“ der gesetzlichen Rentenversicherung sorgenvolle Gedanken über die künftige Entwicklung: „Beseitigung der Dynamik“, „Verzögerung der Anpassung“, „Beitragserrhöhung“ (bei gleichbleibenden Leistungen!), „Erhöhung der Bundeszuschüsse“ (auf bis zu 30 Milliarden jährlich!), „Rentensenkung“, das sind die Überlegungen, die man anstellt, um dem drohenden Dilemma zu entgehen. Von der Ärzteversorgung wollen ihre Kritiker, daß sie sich in solche Schwierigkeiten begibt.

Im „Münchner Ärzte-Blatt“ vom Februar 1965 kann man über die „nachhinkende“ Bayerische Ärzteversorgung lesen. Die schiefen Vergleiche, die man dort findet, bedürfen der Korrektur.

1. Man liest: „Mit dem 7. Rentenanpassungsgesetz haben sich die Renten seit 1957, dem Jahr des Inkrafttretens der Neuregelungsgesetze, mit welchen die Rentenanpassung eingeführt wurde, um insgesamt 56,9% erhöht. Wer also beispielsweise am 1. Januar 1957 1000.— DM Rente bekommen hätte, bekommt zum 1. Januar 1965 1569.— DM.“

Der Verfasser des Beitrags im „Münchner Ärzte-Blatt“ hat offenbar etwas schiefe Vorstellungen von den Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherungen.

Für einen Versicherten mit 50 Versicherungsjahren betrug die denkbare Höchstrente aus der ARV oder AnV am 1. Januar 1957 562,50 DM. Für den gleichen Versicherten beträgt nun diese Rente 825.— DM, das sind nicht 56,9%, sondern 46,66% mehr.

Eine beachtliche Steigerung ohne Zweifel, aber nicht die behaupteten 56,9%. Entscheidender ist wohl, daß ein Akademiker, selbst wenn man ihm im größten Umfang sogenannte Ersatz- und Ausfallzeiten zubilligt, nicht einmal diese Höchstrente erreichen konnte, weil er eben keine 50 Versicherungsjahre schafft.

2. Weiter im Zitatenschatz: „Für den Arzt, der am 1. Januar 1957 1000.— DM erhalten hätte (Anm.: aus der Bayerischen Ärzteversorgung), hat sich zum 1. Januar 1965 nichts geändert.“ Das ist einfach falsch!

Wir wollen das ungünstigste Beispiel wählen und unterstellen, daß unser Arzt seit dem 1. Januar 1924 Mitglied der Ärzteversorgung war, 33 Jahre ordnungsgemäß seine Beiträge bezahlt und seine Berufstätigkeit am 31. 12. 1956 eingestellt hat.

Sein Ruhegeld hätte sich bis heute von **DM 1000.— auf DM 1100.—**, also um 10% erhöht.

Wäre unser „Beispiel“ schon vor dem 1. 3. 1955 im Ruhestand gewesen, so hätte sich sein Ruhegeld seither immerhin um 22,5% erhöht.

Es ist jedenfalls nicht korrekt, wenn bei solchen Vergleichen von den Kritikern verschwiegen wird, daß die Bayerische Ärzteversorgung ihren Leistungsplan eben schon lange vor den gesetzlichen Rentenversicherungen laufend verbessert hat!

Das Bild rundet sich weiter zugunsten des Versorgungswerkes der bayerischen Ärzteschaft, wenn man sich vor Augen hält, daß die

Höchstrente für einen Versicherten der gesetzlichen Rentenversicherung mit 33 Versicherungsjahren am 1. 1. 1957 DM 450.— betragen hat und zum 1. 1. 1965 auf DM 600.— angestiegen ist. (Steigerung = 33 1/3%.)

3. Geht man mit den Kritikern davon aus, daß der Kaufkraftschwund unserer Währung 2,5% pro anno beträgt, so kommt man für die Zeitspanne vom 1. 1. 1955 bis 31. 12. 1964 auf eine Minderung von 25%. Die Steigerung des Ruhegeldes der Ärzteversorgung gleicht diesen Verlust praktisch aus.

4. Nicht nur die Dynamik der gesetzlichen Rentenversicherung weiß man ins Feld zu führen, auch auf die „Pensionsanstalten der Beamten“ wird verwiesen. Der Begriff der „Pensionsanstalt“ ist dem Verfasser fremd. Vermutlich denkt unser Kritiker an die „Versorgungsverbände“, die, gegen entsprechende Beitragsleistung, die Aufwendungen z. B. der Gemeinden und Gemeindeverbände für Pensionsleistungen decken. Die Beiträge der Dienstherrn zu diesen Versorgungsverbänden liegen durchweg zwischen 30 und 35% der Bruttobezüge der Beamten. Eine Vergleichsrechnung ist nicht ohne Reiz: Man hat davon auszugehen, daß die „Vollpension“ von 75% der letzten Dienstbezüge mit einer „ruhegehaltsfähigen Dienstzeit“ von 40 Jahren erreicht wird. Nimmt man für diese 40 Jahre einen durchschnittlichen Bruttobezug des Beamten von monatlich **DM 1800.—** an, so betragen die Beiträge für die Pensionsrückerstellung (30%) **DM 540.—** monatlich, in 40 Jahren also **DM 259 200.—**. Das ergäbe bei der Ärzteversorgung ein Ruhegeld von **DM 4240.—** monatlich. Selbst wenn man die ruhegehaltsfähigen Bruttobezüge mit **DM 3000.—** monatlich annähme, betrüge die Pension des Beamten nur **DM 2250.—**!

5. Eine begrüßenswerte Anteilnahme bringen die Kritiker der Ärzteversorgung den jüngeren angestellten Mitgliedern der Anstalt entgegen, die sich zugunsten der Ärzteversorgung von der Angestelltenversicherungspflicht haben befreien lassen und denen das Verdienst zukommt, so die Leistungsfähigkeit der Anstalt entscheidend positiv beeinflusst zu haben.

Durch unsachliche Veröffentlichungen wird man allerdings die bejahende Einstellung der jüngeren Ärzteschaft zu ihrer Standesversorgungseinrichtung gefährden. Vor allem, wenn der junge Arzt befürchten muß, daß er mit seinen Beiträgen versicherungsmathematisch nicht zu rechtfertigende Leistungen an ältere Mitglieder der Anstalt finanzieren muß!

Ein Vergleich der beiden Systeme bereitet angesichts der — noch bestehenden — Dynamik der gesetzlichen

Rentenversicherung gewisse Schwierigkeiten. Er soll trotzdem versucht werden:

Wir wollen davon ausgehen, daß in der Angestelltenversicherung die Höchstrente bei **50 Versicherungsjahren** für Neurentner seit dem 1. 1. 1965 DM 900.— monatlich beträgt, daß der Versicherte aber — günstigste Annahme — nur für 40 Jahre tatsächlich Beiträge zu entrichten hat, weil ihm 10 Jahre an Ersatz- und Ausfallzeiten geschenkt werden. Voraussetzung für den Höchstrentenanspruch ist die Leistung von Beiträgen in der höchsten Beitragsklasse, das sind derzeit DM 168.— monatlich oder **DM 2016.—** jährlich. Für 40 Versicherungsjahre beträgt der Beitragsaufwand demnach **DM 80640.—**.

Werden gleiche Beiträge an die Bayerische Ärzteversorgung geleistet, so beläuft sich — bei gleichbleibendem Leistungsplan — der Ruhegeldanspruch nach 40 Jahren auf **DM 1230.60**, also immerhin **DM 330.—** monatlich mehr.

Nun werden die Kritiker nach der „Dynamik“ fragen. Dynamische Renten bedingen auch dynamische Beiträge! Nimmt man an, daß die jährliche Rentensteigerung in den nächsten 40 Jahren im Schnitt 6 Prozent beträgt, so führt die Dynamisierung zu einem Rentenanspruch von **DM 2100.—** monatlich. In gleicher Weise würde allerdings der Beitragsaufwand von gegenwärtig DM 2016.— auf DM 4838.— jährlich steigen. Geht man von einem Beitragsmittel von DM 3427.— jährlich aus, so beträgt die Summe der Beiträge in 40 Jahren **DM 137 080.—**.

Hieraus errechnet sich — wiederum ohne Änderung des Leistungsplans — ein Ruhegeldanspruch bei der Ärzteversorgung von **DM 2171.33** monatlich.

Trotz höchst zweifelhafter Dynamik hätte die Rente aus der Angestelltenversicherung das Ruhegeld der Ärzteversorgung noch nicht ganz eingeholt! Dabei sind sich die „Gelehrten“, selbst soweit sie glühende Anhänger des gegenwärtigen Systems der gesetzlichen Rentenversicherung sind, darin einig, daß für Neurentner die Höchstrenten nicht erreichbar sind!

Wenn man schon vergleicht, sollte man das mit richtigen Werten tun!

RA Dr. Braun

Die Vertreterversammlung der KVB dankte Dr. Sewering

Die Vertreterversammlung der KVB dankte anlässlich einer Sitzung am 6. 3. 1965 Herrn Präsidenten Dr. SEWERING für seine aufopfernde Arbeit bei der Korrektur der Paragraphen 2 und 3 der Übergangsgebührenordnung und bestätigte ihm, daß er sich damit den Dank der deutschen und insbesondere der bayerischen Ärzteschaft erworben hat.

Der Prazeß gegen Dr. Josef Issels*)

Auf unser Angebot an die Verteidigung von Herrn Dr. ISSELS, auch die von ihr veranlaßten Gutachten im „Bayerischen Ärzteblatt“ abzdrukken, haben wir keine Antwort erhalten. Wir können daher diese Gutachten leider nicht abdrucken. Wir wiederholen unser Angebot hiermit noch einmal.

Die schriftliche Urteilsbegründung, die wir ebenfalls veröffentlichen werden, lag bei unserem Redaktionsschluß noch nicht vor.

*) Siehe auch „Bayer. Ärzteblatt“ 1/65, S. 8 ff. und 2/65, S. 98 ff.

Ein Festabend Prof. Leibbrands

Anläßlich der formalen Emeritierung lud der Direktor des Münchner Universitäts-Instituts für Geschichte der Medizin, Univ.-Prof. Dr. Werner Leibbrand, zu einem Klavierabend („Les Adieux“) in den Saal der Städtischen Galerie des Lenbachhauses in München.

Die Räume füllte eine illustre Gesellschaft, an ihrer Spitze der Rektor der Münchner Universität, Univ.-Prof. Dr. med. Gerhard Weber, der Dekan der Medizinischen Fakultät, Univ.-Prof. Dr. Otto Hug, der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Medizin, Naturwissenschaft und Technik, Prof. Dr. rer. nat. Friedrich Klemm, Direktor der Bibliothek des Deutschen Museums, und zahlreiche Professoren der Münchner Hochschulen. Von Medizinhistorikern hatten sich u. a. die Ordinarien für Medizingeschichte Dr. Dr. Walter Artelt (Frankfurt/Main), Dr. Dr. Heischkel-Artelt (Mainz) und Dr. Dr. Johannes Steudel (Bonn) eingefunden.

Prof. Dr. Leibbrand zeigte — obwohl im 70. Lebensjahr stehend — mit staunenswerter Geläufigkeit und großer Einfühlung sein vielseitiges Können als Klaviervirtuose, dies noch dadurch besonders unter Beweis stellend, daß er alle Werke aus dem Gedächtnis spielte. Das reiche Programm umfaßte Werke von J. S. Bach, J. Ph. Rameau, F. Mendelssohn-Bartholdy, Agathe Bakker-Gröndahl, F. Chopin und R. Schumann. Immer wieder dankte reicher Beifall.

Anschließend überbrachte Univ.-Prof. Dr. Hug als Dekan die Wünsche der Münchner Medizinischen Fakultät. Univ.-Prof. Dr. Dr. Steudel (Bonn) und Univ.-Prof. Dr. Dr. Artelt (Frankfurt/Main) würdigten eingehend die Verdienste Prof. Leibbrands um die Medizingeschichte. Zwei ehemalige Schüler, Dr. Droemann und Dr. Waldmann, beide zur Zeit in der Schweiz, sprachen zum Beginn und zum Abschluß. Prof. Dr. Leibbrand dankte in herzlichen Worten.

Ein zwangloses Beisammensein vereinte die Teilnehmer an diesem sinnigen Abend, der Prof. Leibbrand auch auf musikischem Gebiete als ernsten Könnern zeigte.

K-g.

I. Internationales Seminar für Sportmedizin

In der Zeit vom 15. bis 27. März findet in München und Garmisch das I. Internationale Seminar für Sportmedizin statt. Der Sinn des Seminars ist, das Gespräch zwischen den bestehenden nationalen sportärztlichen Nationen zu beginnen, das Forschung, Lehre und Praxis fördern soll. Die Themen befassen sich mit Wert, Gefahren und Grenzen des Leistungs- und Gesundheitssportes aus ärztlicher Sicht, der Erhaltung der Gesundheit sowie Vorbeugung und Wiederherstellung charakteristischer interner, chirurgischer und nervaler Schäden unserer Zeit. Außerdem wird die Standardisierung von Untersuchungsmethoden und medizinischer Funktionsteste behandelt, sowie die Notwendigkeit und Möglichkeit ärztlicher Mitwirkung in Sportvereinen. Ebenso werden Fragen der internationalen Dokumentation und die Auswertung deren Ergebnisse besprochen.

Das genaue Programm haben wir in Heft 12/1964 veröffentlicht.

Documenta psychopathologica

In den letzten Januartagen hatten die Münchner Kollegen eine ganz besondere Gelegenheit, sich mit der Vorstellungswelt der Geisteskranken zu beschäftigen. Ein Film „Illusionen — Visionen — Halluzinationen“ von OMR Dr. H. LIESER sowie eine Ausstellung „Documenta psychopathologica“ von der wissenschaftlichen Abteilung der Firma Bayer zeigten das male- rische Schaffen Geisteskranker. Auf einem festlichen Empfang anlässlich der Münchner Uraufführung des Films sowie der Eröffnung der Ausstellung deutete Herr Dr. G. MEYER-UHL von der Firma Bayer in seinen Begrüßungsworten den Sinn des Films und der Ausstellung, indem er die Malerei, das bildnerische Schaffen als Ausdrucksmöglichkeit Gesunder, viel mehr aber noch Kranker hervorhob, besonders derjenigen Kranken, denen es durch Sinnverwirrung an Worten fehlt. Von Winston CHURCHILL, der die Malerei eine getreulich begleitende Freundin nennt, spannte er den Bogen der Betrachtungen über V. GOGH, dem Malerei eine verzehrende Geliebte war, bis zu dem Dramatiker Paul ERNST, der Vitalität, Gesundheit und zuverlässige Festigkeit für künstlerische Leistungen voraussetzt. Die letzte dieser Forderungen ist der spezielle Angelpunkt, der den hier gezeigten Schöpfungen fehlt.

Dr. G. GRÜN WALDT, der aus einer Auswahl von über 5000 Bildern aus Nervenkrankenhäusern ganz Europas die Auswahl der hier gezeigten 180 Bilder traf, führte die Besucher in einem einleitenden Vortrag mit Dias einzelner Bilder der Ausstellung an die Probleme und wesentliche Dinge heran. So, wohl vorbereitet, war es bei einem späteren Rundgang möglich, die Fülle der Eindrücke zu erfassen, ohne sich von ihnen überwältigen zu lassen.

Von den vielen Bildern, die täglich in Nervenkrankenhäusern entstehen, wurden nur solche ausgewählt, die psychotische Züge aufwiesen und ein gewisses formales inhaltliches Niveau hatten. Rein ästhetisch ansprechende Bilder ohne psychotische Deutbarkeit sowie Bilder ohne Inhalt oder Deutungsmöglichkeit wurden nicht erwählt. Beim Studium dieser Bilder betritt der Betrachter einen der wenigen schmalen Pfade, die in die Gedanken- und Erlebniswelt der

Kranken führen. Es gibt kaum andere Möglichkeiten, die Schrecknisse, Erregungen und anderen Emotionen so plastisch nachzuempfinden. Das ist das Hauptanliegen der Ausstellung. Das Malen, das bei psychotisch Kranken einen großen Anteil der Beschäftigungstherapie einnimmt, dient der Möglichkeit, sich auszudrücken, sich zu entladen, Erlebtes zu verarbeiten. Die Vorstellungswelt des Kranken, die für ihn reale Wirklichkeit ist, wird teilweise so bewältigt. Außerdem dient die Malerei der Milieuthherapie. Einzelne Beispiele zeigen immer wieder, welche Atmosphäre der Kranke braucht und wonach er sich sehnt. Außerdem, so führte Dr. Grünwaldt aus, dient die Malerei von Fall zu Fall als diagnostisches Hilfsmittel. Auch die Bedeutung



Diese Halluzinose eines Alkoholikers zeigt die typisch formenreiche Phantasie dieser Erkrankung

von Bildern für Psychoanalyse und Psychotherapie konnte in einer kleinen Serie von Bildern, die alle aus der gleichen Hand einer Schizophrenen stammten, gezeigt werden, die mit Psychopharmaca und psychotherapeutisch behandelt worden war.

In einer Gegenüberstellung mit der modernen Kunst, der man gern schizophrene Züge nachweisen will, stellte Dr. Grünwaldt heraus, daß psychisch Kranke nicht bewußt, zumindest aber nicht gewollt darstellen. Die Motive zwingen sich ihnen auf. Die Maler entledigen sich beim Malen teilweise ihrer Vorstellungen bzw. verarbeiten sie. Der Künstler hat eine Konzeption von dem, was er darstellen oder ausdrücken will. Er kann den Intellekt nicht oder nur teilweise ausschalten. Wohl gibt es in der modernen Malerei Werke, die kaum zu deuten sind, sogar schizophrene Züge aufweisen, was keineswegs besagt, daß der Künstler schizophren sei. Andererseits ist die Psychose keineswegs ein Impuls, der echte Kunstwerke entstehen läßt. Nur bei vorangegangener Ausbildung, Naturtalent oder bis dahin verborgenen Talenten kommt es zu künstlerischer Ausdrucksfähigkeit in Bildern, die durch Zeit und Muße gefördert werden.

Ein Gang durch die Ausstellung zeigte, daß gewisse Psychosen die Phantasie und Produktivität zu Beginn der Erkrankung steigern. In späteren Stadien aber kommt es besonders bei der Schizophrenie zu inhaltlosen Malereien ohne Komposition, ohne Aufbau, bis



In dem Bild eines Schizophrenen zeigt sich die verödete Seelenwelt, in die akustische Halluzination in Form eines Geheimsenders eingebaut ist

Gemüt und Malerei schließlich in inhaltloser Öde versanden. Die von Dr. Grünwaldt geschickt ausgewählten Bilder zeigten in weitem Rundblick Typisches wie Extremes, führten die Besonderheiten jeder Psychose vor Augen, so die vorwiegend optischen Halluzinationen des Alkoholikers, die vorwiegend akustischen des Schizophrenen, der sie teilweise wiederum optisch darzustellen vermag. Das Gespaltensein und Auslaufen der Seele zeigte sich in randvollen Malereien bis Kritzeleien sowie in Bildern, die mehrere Dinge zugleich beinhalten, sie neben und übereinander darstellten.

In seinem Film „Illusionen — Visionen — Halluzinationen“ führte OMR Dr. H. Lieser die Besucher temperamentvoll durch die Erlebniswelt der Geisteskranken. Er zeigte, was der Kranke als Wirklichkeit sieht. Durch treffende musikalische Untermalung, sparsamen Begleittext und wechselndes Tempo der Bildfolge gelang es Dr. Lieser, den Bildern den tatsächlichen Eindruck der Bewegung, z. B. eines wirklich verfolgenden Dämons zu geben. Das tiefe Verständnis für die Leidenden, dem eine wahrhafte Liebe zum Patienten zugrunde liegen muß, paarte sich hier mit hohem technischem Können zu einer Vervollkommnung, die die Disharmonie in der Seele des Kranken rückhaltlos bloßlegte. Die technische Leistung allein ohne echtes Gefühl für den Kranken hätte hier gar nichts auszudrücken vermocht. Insofern kann man es als Glück bezeichnen, daß Dr. Lieser diesen Film erst als fünften seiner Reihe plante, und auf die Erfahrungen der vorangegangenen zurückgreifen konnte.

Rückblickend verstehen wir die Bilder der Ausstellung und des Films und können sie deuten. Das geistige Erleben des Kranken ist ein anderes als das des Gesunden und deshalb schwer nachzuempfinden.

Dr. Thea Müller-Kamerhuis

Freie Berufe fordern erneut Freistellung von der Umsatzsteuer

Der Bundesverband der freien Berufe hat anlässlich der 2. und 3. Lesung der 16. Umsatzsteuernovelle im Bundestag erneut an seine jahrelang vorgetragene Forderung erinnert, die sinnwidrige Umsatzbesteuerung der freiberuflichen Honorare zu beseitigen. Der Präsident des Bundesverbandes der freien Berufe, Dr. med. dent. Karl WINTER, richtete an die Fraktionen des Bundestages das folgende Telegramm:

„Der Bundesverband der freien Berufe erwartet nach wie vor die Freistellung der Honorare der freien Berufe von der Umsatzsteuer als ein Entgelt für ihre Berufsausübung, die keine Dienstleistung im üblichen Sinne ist, und erinnert an den Gang der bisherigen Behandlung dieser Frage (stufenweise Freistellung) sowie an die Zusagen der Fraktionen auf dem Berliner Kongreß der freien Berufe im Jahre 1959.“

Erste Sitzung des Ständigen Ausschusses der Ärzte in der EWG in Deutschland

Am 19./20. März tritt der Ständige Ausschuss der Ärzte in der EWG zu seiner ersten Sitzung in Deutschland zusammen. Seit Beginn dieses Jahres ist der Vorsitz in diesem Gremium auf Herrn Kollegen Dr. FROMM, den Präsidenten der Bundesärztekammer, übergegangen. Generalsekretär ist Herr Kollege Dr. SEWERING.

In der Sitzung, die unter der Leitung von Dr. Fromm steht, werden Berichte der Arbeitsgruppe „Ärztliche Ausbildung“ und der Arbeitsgruppe „Arbeitsmedizin“ beraten werden. Berichterstatte zu diesen Fragen sind die holländischen Kollegen Dr. VAN NIEUWENHUIZEN und Dr. VAN EEK. Der belgische Kollege Dr. KETELBANT wird von der Arbeit in der EWG, der Schweizer Kollege Dr. MAYSTRE wird von der Arbeit der Weltgesundheitsorganisation berichten. Nach einem Referat von Dr. REICHSTEIN über die Auswirkungen der EURATOM-Grundnormen auf die ärztliche Ausbildung und die ärztliche Berufsausübung werden diese Fragen beraten werden.

Der Generalsekretär Dr. Sewering wird den Mitgliedern des Ständigen Ausschusses Vorschläge für die weitere Arbeit im Hinblick auf die bei der EWG anstehenden Fragen unterbreiten.

Am Freitag, den 19. 3., gibt die Bayerische Staatsregierung den Mitgliedern des Ständigen Ausschusses einen Empfang.

Österreichisches Ehrenzeichen für Dr. Sewering

In Anerkennung seiner Verdienste um die Zusammenarbeit mit den österreichischen Ärzten wurde Herrn Dr. SEWERING das Goldene Ehrenzeichen der österreichischen Ärzteschaft verliehen. Diese ehrenvolle Auszeichnung wurde ihm bei der feierlichen Eröffnung des X. Internationalen Fortbildungskongresses der Bundesärztekammer in Bad Gastein überreicht.

Franz-Redeker-Preis 1964

Das Preisrichterkollegium hat die nachstehenden Arbeiten mit dem Franz-Redeker-Preis 1964 ausgezeichnet:

„Berufliche Tätigkeit nach Lungenresektionen wegen Tuberkulose“

von Herrn Leit. Medizinaldirektor Dr. med. Dr. rer. nat. C. D. BLOEDNER, 8621 Schwabthal, und

„Analyse der Heilstättenkuren bei ansteckender Lungentuberkulose und unterschiedlichem Entlassungsmodus“

von Herrn Obermedizinalrat Dr. Robert ARNHOLDT, 87 Würzburg, Lindleinstraße 43.

OXYMORS
KEINE SCHÄDIGUNG DER DARMSFLORA UND DER NIEREN

Vermifuge Wirkung!

SEIT 40 JAHREN IN DER PRAXIS ERPROBT UND BEWÄHRT

bei Oxyuriasis

KEIN FALL SCHÄDLICHER NACHWIRKUNG!

6-Tagesp. Nr. 201, Kinderp. Nr. 202, 3-Tagesp. Nr. 203, Tabl. m. Zäpf. Nr. 204, Tabl. P. Nr. 206, Analsalbe Nr. 207, Analsalbe »farte«

Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung

33. Fortbildungskurs – Leitung: Professor Dr. D. Jahn

1. Hauptthema: „Angiopathien“

„Biochemische Grundlagen der Pathogenese arterieller Verschlusskrankheiten“

Aus dem Vortrag von Prof. Dr. E. BUDDECKE,
Tübingen

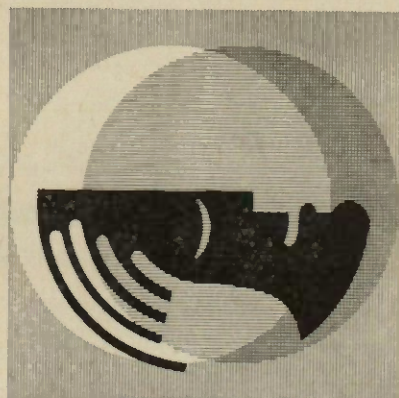
Die Biochemie ist heute in der Lage, zu den seit langem bekannten morphologischen Erkenntnissen von Gefäßwandveränderungen einen eigenen Beitrag zu leisten, welcher Aufschlüsse über die Entstehung der Arteriosklerose zu geben vermag. Lange Zeit glaubte man, die Gefäßwand zu den sog. bradytrophen Geweben rechnen zu können. Ein Vergleich der Fermentaktivitäten mit anderen Organen, wie beispielsweise der Niere, schien diese Auffassung zunächst auch noch zu unterstützen. Wenn man sich aber darüber klar wird, daß die zellulären Elemente der Gefäßwand quantitativ gegenüber der extrazellulären Grundsubstanz weit in den Hintergrund treten, die Relation der Fermentaktivitäten aber nur auf die zellulären Bestandteile reduziert, so ergibt sich für die Gefäßwandzelle eine Stoffwechselaktivität, die sich mit der der Herzmuskel- oder auch der Leberzelle vergleichen läßt. Das Verständnis der Gefäßwanddegeneration scheint nur über die Beachtung dieses grundlegenden Stoffwechselzentrums möglich. Die subendotheliale, extrazelluläre Grundsubstanz ist ein Produkt der Gefäßwandzellen, so daß die Erhaltung geordneter Strukturen in diesem Bereich, wie beispielsweise der Mucopolysaccharide, welche eine Halbwertszeit von 8 bis 14 Tagen haben, direkt an die Funktion der Gefäßwandzelle gebunden bleibt. Eine zweite entscheidende biochemische Erkenntnis ist die strukturabhängige „Funktion der extrazellulären Grundsubstanz“ im Sinne einer Permeabilitätsregelung als kolloidales Filter für die vom Gefäßvolumen her diffundierenden Stoffe, je nach deren Molekulargröße. Ein solches Molekularsieb hat wohl die Aufgabe, aus der Vielzahl der im Blut strömenden Stoffe nur diejenigen Substrate durch die Gefäßwand hindurch zur Gefäßzelle hin diffundieren zu

lassen, welche dem dortigen Stoffwechselbedarf dienen können. Jede Depolymerisation der Mukopolysaccharidschicht — experimentell vor allem untersucht an den Chondroitinsulfatproteinen — verschlechtert in der Tat diese Siebfunktion. Morphologisch hat dies jene beetartigen, subendothelialen Aufquellungen zur Folge, welche bislang als das erste Zeichen einer arteriosklerotischen Gefäßwanddegeneration aufgefaßt wurden. Die Untersuchung der Enzymverteilungsmuster in solchen Arterienabschnitten zeigt uns aber bereits eine erhebliche Herabsetzung der sog. Hauptkettenenzyme, wie sie dem normalen Zellstoffwechsel zugehören, und deckt damit eine schwere Schädigung der Arterienwandzelle auf. In einem Zusammenbruch dieses Stoffwechselzentrums scheint die primäre Laesion der Arteriosklerose zu liegen. Sekundär kommt es dann zur Lipidakkumulation, den Atheromen, welche natürlich zum größten Teil dem strömenden Blut entstammen, was aber keineswegs beweist, daß der Blutspiegel der entscheidende Faktor der Ablagerungen sei.

Für den endgültigen Verschleiß des Gefäßes ist schließlich das Gerinnungssystem des Blutes von größter Bedeutung. Das Gleichgewicht von gerinnungshemmenden und -fördernden Aktivitäten scheint im Alter labiler zu sein, ohne daß ein ausgesprochenes Überwiegen gerinnungsfördernder Mechanismen gefunden werden könnte.

Sicher ist die Arteriosklerose nicht auf einen isolierten Stoffwechseldefekt zurückzuführen. Sie scheint sich abzuleiten von einer Stoffwechselinsuffizienz der Arterienwandzelle, welche eine gewisse Zeit lang durch optimales Substratangebot, Wirkstoffe, wie beispielsweise anabole Hormone, und vielleicht andere Faktoren kompensiert, andererseits aber durch geringe Noxen, wie zum Beispiel Toxine, Entzündungen und Hormonverluste, zur endgültigen Entgleisung gebracht werden kann. Diesem Zellschicksal sollte eine zusätzliche Aufmerksamkeit der Prophylaxe gewidmet werden, nicht erst der atheromatösen Einlagerung.

tempidorm®



Ein
Stufenschlafmittel,
das Ihr Vertrauen
verdient

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



costopalm 7067 Plüderhausen bei Stuttgart



Prof. Dr. E. Buddecke,
Tübingen



Dr. F. Schlüter,
Frankfurt



Dozent Dr. P. Mattis,
Tübingen



Prof. Dr. H. Heß,
München



Prof. Dr. G. Heberer,
Köln

„Die Differentialdiagnose und Bewertung von Verschlusskrankheiten mit besonderer Berücksichtigung der Angiographie“

Aus dem Vortrag von Dr. H. M. HASSE,
Darmstadt-Eberstadt

Das Vorliegen einer fortgeschrittenen Gefäßerkrankung bzw. eines Verschlusses desselben kündigt sich in vielfältigen subjektiven Beschwerden — wie intermittierendes Hinken, Kältegefühl, Schmerz usw. — an und die klinischen Merkmale — wie Funktionsminderung, Temperaturdifferenz, Ausfälle im Oszillogramm und schließlich Gewebsuntergang — lenken das Augenmerk auf einen gewissen Gefäßbezirk. Eine exakte Differentialdiagnose bezüglich Ätiologie, Lokalisation, isolierter oder generalisierter Angiopathie und letztlich der therapeutischen Möglichkeiten ist nur einer gründlichen klinischen Untersuchungsmethodik, allen voran der Angiopathie, zugänglich.

Am Beispiel des Morbus Raynaud kann gezeigt werden, daß sich funktionelle Durchblutungsstörungen in einem peripheren Verdämmern der Kontrastdarstellung kundgeben, daß gleichzeitig aber durch Gabe eines Gefäßdilators dieser angiographische Effekt reversibel ist bzw. sein muß. Bei längerem Fortbestehen dieser Krankheit können natürlich organische Veränderungen folgen, insbesondere in der Peripherie. Die eigentlichen organischen Gefäßverschlüsse sind zunächst in lokalisierte und generalisierte Angiopathien zu unterteilen. In der ersten Gruppe wären die Erfrierungen zu nennen, welche angiographisch die größeren Gefäßbezirke unversehrt läßt und, wie an Kontrollangiographien nach abgeheilten Gewebsschädigungen zu zeigen ist, niemals einen generalisierten Gefäßschaden hinterläßt, was gutachterlich sehr bedeutsam sein kann. Andere lokale Schädigungen sind natürlich schwere mechanische Traumen. Aber auch chronische, fast unbemerkte Traumen können bei bestimmter Disposition zu einer peripher gelegenen, lokalisierten Durchblutungsstörung Anlaß geben. Drastische, irreparable Gefäßverschlüsse ziehen fehlerhafte arterielle

Injektionen nach sich, da es zu einer akuten toxischen Intimaschädigung mit sekundärer Thrombosierung des gesamten Gefäßbezirkes kommt. Ein großer Teil der lokalisierten Gefäßverschlüsse wird durch Embolien bedingt. Sie haben ihre Ursache oft in einer Herz-erkrankung, Herzfehlern oder auch in einem durchgemachten Infarkt, wobei es zur embolischen Verschleppung dort gebildeter Thromben kommt, deren Symptomatik natürlich höchst wechselhaft je nach dem betroffenen Gefäßbezirk ist. Angiographisch zeigt sich ein abrupter, scharf begrenzter Gefäßverschluß, dessen rasche Lokalisation für das dringend notwendige operative Vorgehen sehr bedeutsam ist. Mitunter zeigt sich angiographisch eine spindelförmige Einengung des Gefäßbezirkes, was dann auch nach extravasalen Ursachen suchen lassen muß. Im Bereich der oberen Extremitäten ist an die Halsrippe und an das sog. Scalenusyndrom zu denken.

Häufig beginnen auch lokalisierte Gefäßerkrankungen mit lokalisierter Symptomatik, weshalb die auskultatorische und palpatorische Überprüfung des gesamten zugänglichen Gefäßbezirkes stets wichtig ist. Stenosegeräusche an anderen Stellen, Blutdruckdifferenzen zwischen rechts und links oder gar ein fehlender Puls weisen auf ein generalisiertes Leiden hin. Die Abgrenzung zwischen arteriosklerotischer Obliteration und Endangitis obliterans ist in der endgültigen Beweismittelführung schwierig, wengleich viele Hinweismarkmale zu finden sind, wie Alter, Blutdruck, zugleich bestehender Diabetes, Cholesterinspiegel und mitunter Lokalisation der Stenosen. Klinisch bedeutsam ist zunächst nur der Verschluß und die frühzeitige Erkennung desselben, um operative Möglichkeiten nicht zu verpassen. Bei vorübergehenden Schwindelerscheinungen, Sehstörungen, dem heute so häufig diagnostizierten Cervikal- und Schulterarmsyndrom sollte wenigstens bei Therapieresistenz auch an eine Angiopathie gedacht werden. Die Suche nach Stenosen im Bereich der Arteria renalis bei unklaren Formen der Hypertonie ist vielfach lohnend wegen der dann zugänglichen kausalen Therapie. Zu beachten sind ge-

Cefossin > CEFAK <®
TROPF./AMP.

Degenerative Erkrankungen der Wirbelsäule
(Bandscheibenschäden)

CEFAK-KEMPTEN



CEFAK-KEMPTEN

sondert gelagerte Fälle mit anderweitigen schweren Durchblutungsstörungen, wo Gefäßbezirke nach Senkung der Hypertonie endgültig durchblutungsinsuffizient werden können. Die angiographische Darstellung der Kollateralen und der Verschlusslokalisation bei Durchblutungsstörungen der unteren Extremitäten ist heute für das chirurgische Vorgehen unbedingte Voraussetzung. Die Verwechslung einer arteriellen und venösen Durchblutungsstörung ist auf Grund der differentiellen Kriterien kaum möglich, es sei denn, es handelt sich um eine Phlegmosia cerulia dolens, einer ausgedehnten venösen Verschlusskrankung, welche den Unterschenkelbezirk blaß, kalt und gefäßkollapziert erscheinen lassen kann, ähnlich wie bei der arteriellen Ischämie. Für die Differentialdiagnostik der venösen Durchblutungsstörungen gilt sinngemäß für das Phlebogramm dasselbe, wie das bei den arteriellen Angiopathien Gesagte. Die Angiographie hat nicht nur eine Lokalisationsmöglichkeit, sondern häufig auch Hinweise auf die bestmögliche Therapie zu geben.

„Hämodynamische Faktoren als Grundlage von Angiopathien“

Aus dem Vortrag von Dr. F. SCHLÜTER, Frankfurt/M.

Aus den pathophysiologischen Vorgängen am Kreislauf bezüglich der Entstehung von Gefäßkrankungen soll ein hämodynamischer Faktor, nämlich die Gefäßelastizität besonders hervorgehoben und untersucht werden. Zunächst ist der Kreislauf nur durch die Möglichkeit der Elastizität der Gefäßwand, wie sie vor allem durch die Einfühlung von Muskulatur verändert werden kann, befähigt, den jeweiligen Erfordernissen gerecht zu werden. Es bleibt eine Frage, wie weit sich Elastizität und Gefäßkrankung gegenseitig direkt oder mit Rückwirkungen über den Kreislauf zu beeinflussen vermögen.

Die häufigsten und schwersten Angiopathien werden an den Beinen angetroffen. Bei einem großen Teil dieser Fälle sind die ursächlichen Noxen generalisierter Art, mit denen das gesamte Gefäßsystem in Berührung kommt. Es scheint also die Diskussion berechtigt, ob eine höhere Beanspruchung der Gefäße in den Beinen durch zusätzliche hydrostatische Druckbelastung bedeutsam ist. Dehnungsversuche an isolierten Arterien und Venen vom Pferd demonstrieren, daß Gefäße aus hydrostatisch belasteten Bezirken eine deutliche Einengung des elastischen Spielraums aufweisen. Dies ist eine Folge der relativ dicken Gefäßwand mit einer in Arterien und Venen stark ausgebildeten Muskelschicht. Dies wiederum scheint erforderlich wegen der zusätzlichen hydrostatischen Druckbelastung, also ein gewisses physiologisches Erfordernis. Die Ernährung der Gefäßwand ist auf Grund der bekannten Tatsachen

einer teilweisen Versorgung über Vasa-vasorum und einer diffundierenden Ernährung durch die Intima durchaus auch eine Funktion des Dehnungszustandes der Gefäßwand. Pathogenetisch ist die starke Kontraktion oder gar der Spasmus wichtiger als die völlige Erschlaffung als anderes Extrem. Wenn bei der Dilatation die Wandelemente mehr oder weniger gestreckt erscheinen, der Ernährungsstrom vom Lumen her also nicht wesentlich behindert ist, so ist bei der Kontraktion die Innenwand gestaucht, die Wandelemente sind stark gewellt. Die Fältelung der Intima verkleinert die Diffusionsfläche für den Ernährungsstrom vom Lumen her. Eine andere Möglichkeit der Einengung des elastischen Spielraumes besteht an Gefäßabgängen und starken Krümmungen, z. B. in Gelenken, an Teilungsstellen, in Bezirken also, die klinisch als Prädilektionsstellen bekannt sind. Der Innenbogen solcher Krümmungen weist eine mehr oder weniger deutliche Stauung der Wandelemente auf und pathologisch-anatomisch finden sich fibröse Intimapolster gerade an diesen Stellen, was wiederum auf eine Ernährungsinsuffizienz infolge Diffusionsstörung hinweist. Es ist auch nicht überraschend, wenn die Arteria femoralis gerade im Adduktorenkanal zu Obliterationen neigt, in einem Bezirk, wo der Elastizitätsgrad des Gefäßes eingeengt sein dürfte. Als dritte Möglichkeit einer physiologischen Einengung des elastischen Spielraumes kommt eine altersmäßige hinzu, von der praktisch das gesamte arterielle Gefäßsystem betroffen wird. Die Alterung des Gefäßes geht mit einer Volumenzunahme der Gefäßwand einher, was ernährungsphysiologisch für die Gefäßwand einen Circulus vitiosus einleitet.

„Beurteilung und Behandlung der peripheren venösen Durchblutungsstörungen“

Aus dem Vortrag von Dozent Dr. P. MATIS, Tübingen

Die Pathogenese der venösen Durchblutungsstörungen, also der Thrombosierungen und der davon ausgehenden Embolien, ist nach den heutigen Kenntnissen nur in einer Zusammenschau vielfältiger, ursächlicher Faktoren verständlich. Der Gefäßinhalt, die Gefäßwand und in einer übergeordneten Rolle das gesamte vegetativ-humorale System des Organismus wirken normalerweise zur Gewährleistung eines biologischen Optimismus der Blutstörung in den einzelnen Gefäßbezirken zusammen. Gerinnungsfördernde und -hemmende Faktoren im Zusammenspiel mit fibrinolysefördernden und -hemmenden Einflüssen sind für die Erhaltung eines Gleichgewichtes verantwortlich, welches einerseits die Eupermeabilität der Gefäße gewährleistet, in besonderen Fällen die Blutstillung zu bewirken hat. Die Wechselbeziehung zwischen Gefäßinhalt und Gefäßwand kommt einerseits in den Auswirkungen einer guten oder schlechten Blutzirkulation zur

Salistoperm

Das percutane Heilanaestheticum

Inasthmon

Das percutane Expectorans

Geltung, andererseits wissen wir, daß Rauigkeiten der Gefäßwand oder auch Turbulenzerscheinungen in bestimmten Bezirken einer Hyperkoagulopathie Vorschub leisten. Für die Gerinnelbildung erwies sich als sinnvoll, sog. unmotiviert — also ohne lokale Gefäßwandaesion —, meist in den tiefen Venenbezirken als Ausdruck einer allgemeinen Thromboseerkrankung auftretende Blutgerinnsel von sog. motivierten — also beispielsweise in oberflächlichen Venenbezirken traumatisch oder entzündlich bedingten — Thrombosierungen zu unterscheiden, schon deswegen, weil letztere nicht zum Wachstum und zur Verschleppung neigen.

Das pathogenetische Schema weist zugleich auf die therapeutischen Angriffsmöglichkeiten. Vor allen modernen Mitteln sind die kreislauffördernden Maßnahmen nicht zu vergessen. Atemübungen, Hochlagerungen der Extremitäten, Frühaufstehen, evtl. Kompressionsverbände verbunden mit aktiver Bewegung und medikamentöse Venentonisierung und Kreislaufförderung bieten manche Möglichkeiten hierzu. Die Indikation zu Antikoagulantien ist sinngemäß vor allem bei den unmotivierten Gerinnelbildungen gegeben, vor allem um die Entstehung weiterer Thromben und deren Wachstum zu vermeiden. Der Einsatz dieser Medikamente macht Gerinnungskontrollen zur Pflicht. Diejenigen Faktoren, welche die Thrombosebereitschaft herabsetzen, sind häufig schwerer zu beeinflussen, als jene, welche die Blutungsbereitschaft begünstigen, was auf die Gefahren hinweist. Natürlich ist auf die bis jetzt bekannten Störfaktoren der Therapie, insbesondere auf eine genaue Durchsicht der gleichzeitig angewandten Medikamente, zu achten. Die Heparine bzw. Heparinoide haben den Vorteil einer rascher eintretenden Wirkung und bei entsprechend hoher Dosierung eines fibrinolytischen Nebeneffektes. Als Initialdosis empfiehlt sich 50 000 — 60 000 E. i. v. und bei längerer Behandlung, die evtl. über Wochen notwendig sein kann, sind Kontrollen wünschenswert, immer jedoch bei der Kombination mit Dicumarolen, welche man in überschneidender Weise zur Ablösung der Heparine gibt. — Die Fibrinolytica sind in der Praxis meistens Streptokinasepräparate, also Aktivatoren der Plasminogen-Plasminreaktion, welche günstigerweise nicht nur den Plasminspiegel im Serum erhöht, sondern nach Eindringen in den Thrombus von innen her eine Thrombolyse bewirkt. Natürlich sind der Therapie Grenzen von seiten des Alters des Thrombus gesetzt, wie auch

klinisch beispielsweise im Bereich des Cerebrums nur nach relativ kurzem Zeitintervall eine Therapie sinnvoll erscheint. Vor Beginn der Behandlung wird in einem in vitro Resistenztest die Initialdosis bestimmt, meist 200 000—300 000 E., die man langsam i. v. gibt, 1 Stunde später die halbe Initialdosis und alle 2 weiteren Stunden jeweils die halbe Initialdosis bis zur Erreichung einer gewünschten Lysis. Immer ist der Übergang auf eine Antikoagulantientherapie erforderlich, da die Embolie Gefäßwandaesionen verursacht, die Ausgangspunkt neuerlicher Störungen sein können.

„Klinik und konservative Therapie peripherer arterieller Durchblutungsstörungen“

Aus dem Vortrag von Prof. Dr. H. HESS, München

Das akute Ischämiesyndrom ist eindrucksvoll und mit den Mitteln des Praktischen Arztes zu verifizieren. Auch die Beschwerden des chronisch progredienten, segmentalen Arterienverschlusses der Extremitäten sind charakteristisch: Belastungsschmerz im Sinne des intermittierenden Hinkens, Verschlechterung der Pulsqualitäten und Stenosegeräusche. Nur eine insuffiziente Untersuchung birgt die Gefahr einer Fehldiagnose, wie remittierender Ischiasschmerz, und läßt mitunter erst Ulcerationen und gangränöse Veränderungen als Spätsymptomatik entdecken. Differentialdiagnostisch schwierig ist die Deutung des isolierten Verschlusses der Arteria iliaca interna, weil das Oszillogramm seitengleich unauffällig ist, die Pulse beldseltens gut zu tasten sind und trotzdem über ein intermittierendes Hinken geklagt wird. Die Fehldeutung eines LWS-Syndroms läßt sich nur durch ein Aortogramm vermeiden.

Die spontanen Kompensationsmöglichkeiten des Organismus bei Gefäßverschlüssen sind Kollateralkreislaufbildung, Reduzierung funktioneller Widerstände peripher des Verschlusses und Erhöhung der arteriovenösen Sauerstoffausschöpfung. Der Strömungswiderstand im Ersatzkreislauf ist stets größer als im ursprünglichen Gefäß, weshalb vom Organismus versucht wird, die peripheren Widerstände zu reduzieren. Zuletzt tritt die chemische Kompensationsmöglichkeit der Steigerung der lokalen Sauerstoffausschöpfung in Tätigkeit. All diese Mechanismen erfordern Zeit und können deshalb nur bei langsam eintretendem Verschuß zur Ausbildung gelangen.

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



Einen konservativen Weg, die chronisch arteriellen Verschlüsse zu beseitigen, gibt es derzeit nicht. Alle Maßnahmen, die eine Besserung erzielen, wirken über eine Entwicklung des Kollateralkreislaufes, wobei die einfachste, billigste und vielleicht auch wirksamste Methode das einfache Gehen bis zur Erreichung der Schmerzgrenze ist. Die Anwendung intravenös, intramuskulär oder peroral applizierter Vasodilatoren führt nur zu einer unbedeutenden, kurzdauernden Steigerung des Blutstroms. Dagegen kann die arterielle Injektion oder besser Infusion geeigneter Substanzen, z. B. Adenosin, Triphosphorsäure, ATP, eine maximale Blutstromsteigerung für die ganze Dauer der Infusion herbeiführen. Bei Nekrosen bewährt sich zusätzlich ein Antibiotikum, ebenfalls intraarteriell wegen der erhöhten Konzentration.

Die Streptokinasetherapie hat für die akuten arteriellen Verschlüsse neue Wege eröffnet. In der Literatur sind bei arteriellen Thrombosen in 40% und bei arteriellen Embolien in 80% der Fälle gesicherte Lysen erzielt worden. Der Streptokinaseresistenztest bestimmt die sog. „Anflutdosis“ (zwischen 25 000 und 250 000 E.), an welche sich zunächst etwa stündlich $\frac{1}{3}$ der Initialdosis in einer Dauertropfinfusion anschließen. Die Therapie scheint optimal, wenn die Thrombinzeit das 2- bis 4fache des Ausgangswertes beträgt. Gleichzeitig wird bereits eine Marcumartherapie eingeleitet, da ihr Effekt erst nach 48 Stunden zu erwarten ist. Zwischenfälle sind stets möglich, ein besonderer Hinweis kasuistischer Art bezieht sich auf eine vorausgegangene Irgapyrinmedikation, welcher eine tödliche Verblutung folgte. Die Streptasetherapie ist nur in den ersten fünf Tagen nach dem akuten Verschlusseignis erfolgversprechend. Die Fibrinolyse selbst kann im Bedarfsfall kontinuierlich bis auf 5 Tage ausgedehnt werden. Doch immer hat die chirurgische Indikation zur Embolektomie den Vorrang bei entsprechender Möglichkeit. Nach den bisherigen Erfahrungen ist die Prognose der chronischen Verschlusskrankheiten durch eine Marcumar-Langzeittherapie zu verbessern, jedoch auch mit vielfältigen Risiken erkaufte. Besser wäre freilich eine rechtzeitige Prophylaxe bezüglich einer vernünftigen Lebensweise, weil Überernährung, Rauchen und unzureichende körperliche Betätigung allen Verschlussleiden sicher Vorschub leistet.

„Der heutige Stand der Wiederherstellungschirurgie bei Verschlusskrankheiten“

Aus dem Vortrag von Prof. Dr. G. HEBERER und Dr. G. RAU, Köln-Lindenthal

Die Erfahrungen der Wiederherstellungschirurgie bei Verschlusskrankheiten und insbesondere die langfristige postoperative Beobachtung gestatten heute eine gewisse Standardisierung der Operationsindikation, der Wahl des Operationsverfahrens und der Operationstechnik. Bei den Durchblutungsstörungen der unteren Extremitäten sollte man sich über folgende Kriterien informieren:

1. die klinisch-angiologische Operationsindikation,
2. die allgemeine Operabilität und
3. die angiographische Operationsindikation.

Für Punkt 1 ist einerseits der Schweregrad des Krankheitsbildes maßgebend — z. B., ob die Ausübung des Berufes bedroht ist —, andererseits die Verschlusslokalisation, da Stenosen im Bereich der distalen Ar-

teria poplitea und an den Unterschenkelarterien keinem rekonstruktiven Eingriff zugänglich sind. Die Frage der Operabilität ist natürlich hinsichtlich der Größe des Eingriffes — z. B. Eröffnung der Bauchhöhle bei Beckenarterienverschluss — zu erörtern. Vorausgegangene Herzmuskelfarkte und cerebrale Insulte, insbesondere wenn sie erst kurz zurückliegen, sind eine Kontraindikation. Jenseits des 70. Lebensjahres wird die Indikation grundsätzlich problematisch. Nach Klärung der besprochenen ersten zwei Fragen ergibt sich die Notwendigkeit einer Aorto- oder Arteriographie. Sie muß den Verschluss lokalisieren, Ausdehnung und Zustand der zu- und ableitenden Strombahn klären. Als Verfahren stehen heute die Desobliteration in Form der Endarteriektomie, die plastische Erweiterung der Arterie ohne Entfernung der stenosierenden Wandveränderung, die Desobliteration in Kombination mit einer plastischen Erweiterung und schließlich das Umleitungsverfahren (Bypass) zur Verfügung. Die Thrombendarteriektomie eignet sich vor allem für umschriebene, auch beiderseitige Stenosen oder Obliterationen am Aorta-iliaca-Abschnitt und bei kurzer Verschlussstrecke der Femoralarterien. Ausgedehnte Verschlüsse in den erwähnten Bereichen werden mit Hilfe einer Dacronprothese umgangen im Sinne eines Bypass. Bestehen kombinierte, ausgedehnte Verschlüsse, muß auf eine Wiederherstellungsoperation verzichtet werden, evtl. ist eine Rekonstruktion der Beckenstrombahn mit einer ein- oder beidseitigen lumbalen Sympathektomie kombiniert zu empfehlen. Die Wirkung der Sympathektomie ist im Einzelfall kaum vorauszusagen. Manchmal ist durch eine temporäre Sympathikusblockade eine Testung möglich, insbesondere bei Gangränpatienten.

Im Bereich der oberen Extremitäten ist vor allem nach dem sog. Costoclavicularsyndrom, dem Hyperabduktionssyndrom und dem Scalenussyndrom zu suchen, um geeignete, evtl. extravasale Eingriffe vornehmen zu können, wie z. B. Resektion einer Halsrippe. Ein recht charakteristisches Beschwerdebild entsteht beim sog. Anzapfsyndrom der Arteria vertebralis, da bei Armarbeit eine cerebrale Symptomatik mit Kopfschmerz und Schwindelanfällen ausgelöst wird, welche auf einer Anzapfung der Arteria basilaris beruht, da eine Anastomose über diesem Gefäßbezirk einen Verschluss oder eine Stenose der Arteria subclavia vor dem Abgang der Arteria vertebralis kompensieren muß. Meist ist therapeutisch noch eine Desobliteration des betroffenen Gefäßes möglich. Besonderer Erwähnung bedarf auch das Aortenbogensyndrom, das komplizierte Verhältnisse zur Rekonstruktion darstellt. Isolierte Stenosen der extrakraniellen Hirnarterien (Carotis und Vertebralis) sind häufig einer plastischen Erweiterung oder einer Kombination mit Thrombendarteriektomie zugänglich.

Während Stenosen der Arteria mesenterica superior häufig symptomlos bleiben, sind die Folgen einer Strombahnverengung der Nierenarterien im Sinne eines „Goldblatthochdrucks“ allgemein bekannt. Eine konsequente Suche läßt in 5 bis 10% aller Hypertonien eine solche Veränderung auffinden, was prognostisch natürlich von großer Bedeutung ist. Wichtig ist die frühzeitige Suche, um möglichst vor dem 50. Lebensjahr und vor Komplikationen an anderen Gefäßbezirken die Rekonstruktionsoperation durchführen zu können.

(Fortsetzung folgt)

Scharfe Verurteilung eines UMEL-Pamphlets

Erklärung des Vorstandes und der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns hat sich auf seiner Sitzung vom 5. 3. 1965 eingehend mit einem Pamphlet befaßt, das in einer französischen Zeitschrift veröffentlicht worden ist und einen ganz üblen Versuch zu politischem Rufmord darstellt. Der Vorstand hat der Vertreterversammlung eine Erklärung dazu vorgelegt, die folgenden Wortlaut hat:

Schon zweimal mußte sich die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns mit dem Verhalten des Herrn Dr. HARLESS, ihres Mitglieds und gleichzeitig Vorsitzenden der UMEL in Deutschland, befassen. In beiden Fällen hat der Genannte das Ansehen der Kassenärztlichen Vereinigung und der in ihr tätigen Kollegen in der Öffentlichkeit in verletzender Form herabgesetzt. Der Vorstand der KVB sieht sich heute wieder genötigt, die Vertreterversammlung mit der UMEL Deutschland und deren Sprechern, Dr. Harless und Dr. SACK, zu befassen.

Im Dezember 1964 erschien in dem von der französischen UMEL beherrschten Mitteilungsblatt „Medicine et Liberté“ ein Artikel unter der Überschrift „Erwachen unserer Kollegen jenseits des Rheins“. Der Artikel läßt eindeutig die Urhebererschaft der UMEL Deutschland erkennen.

Es erscheint nicht notwendig, den Artikel als Ganzes wiederzugeben. Er befaßt sich mit dem Hartmannbund, der Kassenärztlichen Vereinigung, aber auch mit einzelnen Kollegen, die seit Jahren an verantwortlicher Stelle für die Ärzteschaft tätig sind. Er enthält eine Mischung von Herabsetzungen, Verdächtigungen und Verleumdungen der Organisationen und der Kollegen. Es sind dies die Kollegen v. GUGEL, JUNGMANN, MEIDER, REESE und SEWERING.

Soweit es sich um den Hartmannbund und seine Repräsentanten handelt, wird jener selbst in der geeigneten Weise antworten.

Die Herren v. Gugel, Meider und Sewering sind aber im Zusammenhang mit kassenärztlichen Fragen angegriffen worden, und dazu nimmt der Vorstand der KVB Stellung.

Die einschlägigen Passagen des Artikels werden nachstehend zitiert:

„Ein Beispiel: Das Versagen des Hartmannbundes im Jahre 1961 hat als einen der wesentlichen Gründe die Tatsache, daß Herr Dr. von Gugel, der gern Senator von Bayern werden wollte, sich den Direktiven des Bundesvorstands des Hartmannbundes widersetzte, um diese Ambition nicht in Gefahr zu bringen und an einer anderen Aktion teilnahm, die unser Pauschal- und Sachleistungssystem retten sollte, welches der Regierung besser gefiel. (Wir können Ihnen Beweise vorlegen, die diese Behauptung bestätigen!) Das sind die von den Funktionären der Kassenärztlichen Vereinigung organisierten Aktionen, die ihren mächtigen Ein-

fluß und ihre durch dieses System garantierten Vorteile bewahren wollen gegen eine beachtliche Befreiung von unserem System. Sie möchten nicht Gefahr laufen, alle diese zu verlieren.

Die treibende Kraft dieser Aktion ‚Kampfgemeinschaft‘ war Dr. Sewering, Präsident der Ärztekammer Bayern, Präsident der Kassenärztlichen Vereinigung Oberbayern, Vizepräsident der Bundesärztekammer, gegenwärtig Generalsekretär im Ständigen Ausschuss der Ärzte im gemeinsamen Markt und früher, nach einer Erklärung des ehemaligen SA-Standartenführers Dr. Wallnöfer, SS-Sturmführer der Reiter-SS, der seinen Wohnsitz nach wie vor in Dachau, Oberanger 14, hat.

Unser Kampf hat sich gegen die Versicherungsträger konzentriert, die eine ernsthafte und gute Medizin verhindern und gegen die Kassenärztliche Vereinigung, die wir als die gefährlichste (Organisation) betrachten, weil sie praktisch vor allem die Interessen der Ärzte ‚mit zahlenmäßiger Leistung‘ verteidigt und viel weniger diejenigen, die ernsthaft arbeiten. Es ist jedoch wahr, daß wir bei unseren Angriffen die gefährlichsten Funktionäre dieser Vereinigung, die gleichzeitig Funktionäre des Hartmannbundes sind, nicht ausgeschlossen haben.

Ein Beispiel: Der Präsident der Kontrollkommission der Kassenärztlichen Vereinigung, Herr Dr. Meider aus München, ist gleichzeitig Vizepräsident des Hartmannbundes in München. Dieser ‚Arzt‘ hatte in einem Bescheid der Honorarkürzung an einen Kollegen festgestellt, er arbeite in seiner Praxis ‚nach den Regeln einer wissenschaftlichen Medizin‘, und er fügte hinzu, daß diese Arbeitsweise mit der ‚Kassenmedizin‘ unvereinbar sei, wo es sich insbesondere darum handele, Einsparungen usw. zu machen. Der gleiche Funktionär ließ einen anderen Kollegen etwa 10 000 belgische Franken zahlen, weil er nach seiner Meinung zu viel Medikamente verschrieben hatte. Er hatte nicht eine einzige Verordnung untersucht, sondern lediglich festgestellt, daß dieser Kollege eine gewisse, ihm genehmigte Durchschnittssumme überschritten habe.“

Aber auch noch eine weitere Stelle muß wiedergegeben werden:

„In dem Bericht von Herrn Carels heißt es, daß die deutsche Sektion der UMEL gegenwärtig weniger als 100 Mitglieder habe. In Wirklichkeit ist diese Zahl viel größer. Aber wir verneinen keineswegs, daß wir noch eine Minderheit geblieben sind. Es ist wahr, daß wir nicht versuchen, uns mit all denen zu verständigen, die unseren Stand verraten haben und die Verräter bleiben

Serafol

seit über
50 Jahren

BEI MAGEN-, DARM-, LEBER-, GALENLEIDEN u STOFFWECHSELSTÖRUNGEN

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

wollen. Der „schlechte Ruf, den die UMEL Deutschland in den Reihen der Verräter hat, ist also sehr gut verständlich.“

Vom Geschäftsführenden Vorstand des Hartmannbundes darauf angesprochen, leugneten die Herren Harless und Sack die Urheberschaft des Artikels. Sie haben aber zugleich einen Brief an die französische Zeitschrift gerichtet und darin u. a. folgendes ausgeführt:

„Wir sehen es als sehr nützlich an, wenn Sie die wichtigsten Dinge unseres Berufslebens in Deutschland veröffentlichen, um den französischen Kollegen die großen Gefahren unseres Systems mit allen Nachteilen vor Augen zu führen. Ihre Anerkennung für unsere Arbeit, d. h. für die Arbeit der UMEL Deutschland, hat alle freien Ärzte unseres Landes gefreut, die entschlossen sind, sich für eine freie und menschliche Medizin einzusetzen.“

„Aber, um auf den neuen Generalsekretär des Ständigen Ausschusses, Herrn Dr. Sewering, zurückzukommen, so handelt es sich um einen ehemaligen SS-Sturmführer der Reiter-SS. Und dabei geht es nicht um eine interne Angelegenheit der deutschen Ärzte. Das ist etwas, was die französischen Ärzte, wie auch alle anderen Ärzte Europas angeht.“

Dazu erklärt der Vorstand der KVB:

Herr Kollege v. Gugel hat 1961 den Kampf gegen die seinerzeitigen Pläne zur Änderung des Kassenarztrechtes unterstützt, weil er mit uns erkannt hatte, daß Verschlechterungen und Einschränkungen unserer ärztlichen Freiheit drohten, die abgewehrt werden mußten. Ihm dabei „Ambitionen“ zu unterstellen auf ein Amt, das er im übrigen schon innehatte, spricht für sich selbst. Auch die Behauptung, die „Funktionäre“ der KV hätten die Aktionen durchgeführt, weil sie „ihren mächtigen Einfluß und ihre durch dieses System garantierten Vorteile bewahren wollen“, richtet sich selbst.

Niedriger gehängt werden müssen aber die Infamen Verleumdungen gegen die Kollegen Sewering und Meider.

Sewering, der sich 1947 in Dachau niederließ und dort seinen Wohnsitz nahm, war — was er zu keiner Zeit verschwiegen hat — als junger Student Mitglied der Reiter-SS ohne jeden Dienstgrad. Daraus eine politische Belastung konstruieren zu wollen, dürfte wohl für ernst zu nehmende Kollegen außerhalb des Zumutbaren liegen. Ihn — in einer französischen Zeitschrift! — als SS-Sturmführer zu deklarieren und durch die Formulierung „der seinen Wohnsitz nach wie vor in

Dachau hat“, für jeden — insbesondere ausländischen — Leser sofort die Gedankenverbindung mit dem KZ Dachau herzustellen, ist eine Niedertracht, die nur dem Zwecke dienen sollte, einen Kollegen mundtot zu machen, der seit weit mehr als einem Jahrzehnt verantwortlich für die bayerische und deutsche Ärzteschaft arbeitet und auch im Ausland hohes Ansehen genießt. Mit Befriedigung hat der Vorstand erfahren, daß die Repräsentanten der französischen und der holländischen Ärzteschaft inzwischen Herrn Kollegen Sewering ihr volles Vertrauen ausgesprochen haben. Der schändliche Versuch, ihn auszuschalten, ist also mißlungen. Die Herren der UMEL hatten, wie von so vielem anderen, auch hier falsche Vorstellungen über das Anstands- und Sauberkeitsgefühl unserer ausländischen Kollegen.

Die Vorwürfe gegen Herrn Kollegen Meider, der seit Jahren in der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Bezirksstelle München, mitarbeitet und das Amt des Vorsitzenden des Prüfungsausschusses bekleidet, sind eine beleidigende Entstellung der Tatsachen. Damit soll das Ansehen eines Kollegen herabgesetzt werden, der sich stets ehrlich bemüht hat, die der ärztlichen Selbstverwaltung gesetzlich gebotenen Möglichkeiten in fortschrittlicher Weise für die Kassenärzte und ihre Patienten auszuschöpfen. Herrn Kollegen Meider als „Arzt“ (mit Anführungszeichen!) zu bezeichnen, um ihn auf diese Weise in den Augen der französischen Ärzte verächtlich zu machen, kennzeichnet die charakterliche Struktur der Schreiber dieses Pamphlets.

Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns beneidet den Hartmannbund um die ihm gebotene Möglichkeit, sich von „freiheitsliebenden Ärzten“ im Sinne der UMEL zu trennen, indem er die Mitgliedschaft im Hartmannbund mit der in der UMEL für nicht vereinbar erklärt. Uns bleibt nur die Möglichkeit der klaren Distanzierung von Ärzten, welche in solcher Weise die Verdächtigung, Beleidigung und Verleumdung zum Instrument ihres Handelns gemacht haben.

Den Kollegen Meider und Sewering, welche derzeit Ämter in der KVB innehaben, spricht der Vorstand sein volles Vertrauen aus und versichert sie seiner uneingeschränkten Solidarität.

Die Vertreterversammlung der KVB billigte am 6. 3. 1965 vollinhaltlich die Entschließung des Vorstandes der KVB vom 5. 3. 1965 und sprach den angegriffenen Kollegen ihr volles Vertrauen aus.

neu



palmalgin®

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

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



Costopalm Arzneimittel-fabrik GmbH 7067 Plüderhausen bei Stuttgart

costopalm

PERSONALIA

Ehrung für Professor Blumberger

Die Italienische Gesellschaft für Herzforschung hat Herrn Professor Dr. Karl Josef BLUMBERGER, Aschaffenburg, zum korrespondierenden Mitglied ernannt.

Professor Elze 80 Jahre

Professor Dr. C. ELZE, München, em. ordentlicher Professor für Anatomie, vollendete am 16. Februar 1965 sein 80. Lebensjahr.

Professor Hohmann 85 Jahre

Prof. Dr. med. Dr. h. c. G. HOHMANN, em. Direktor der Orthopädischen Klinik und Orthopäd. Univ.-Poliklinik München, feierte seinen 85. Geburtstag am 28. Februar 1965 in Bergen/Obb.

Dr. Jäger erhielt Bundesverdienstkreuz

Herrn Kollegen Dr. Fritz JÄGER, Roth bei Nürnberg, wurde das Bundesverdienstkreuz 1. Klasse verliehen.

Ehrung für Professor Kielleuthner

Professor Dr. Ludwig KIELLEUTHNER, München, wurde als erster und einziger deutscher Arzt am 29. 1. 1965 zum Ehrenmitglied der Internationalen Gesellschaft für Urologie ernannt.

Bundesverdienstkreuz für Dr. Lutterloh

Herr Kollege Medizinalrat a. D. Dr. Bernhard LUTTERLOH, Gerolzhofen in Unterfranken, ist für seine Mitarbeit bei der ärztlichen Volksbelehrung und für seine Tätigkeit im Volksbildungswesen mit dem Bundesverdienstkreuz Erster Klasse ausgezeichnet worden.

70. Geburtstag von Professor Matthaei

Professor Dr. R. MATTHAEI, Erlangen, em. ordentlicher Professor für Physiologie, wurde am 22. Februar 70 Jahre.

Bundesverdienstkreuz für Dr. Schäffer

Das Bundesverdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland verlieh der Bundespräsident Herrn Kollegen Dr. Karl SCHÄFFER, Landarzt in Burgau.

FAKULTÄT

Würzburg:

Zum Privatdozent wurde ernannt: Wiss. Ass. Dr. med. Rudolf JUCHEMS für „Innere Medizin“.

Der apl. Professor Dr. Wolfgang LEYDHECKER, Oberarzt an der Universität Bonn, wurde zum ordentlichen Professor der Augenheilkunde in der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg ernannt.

Der o. Professor Dr. med. Ernst WOLLHEIM, Direktor der Medizinischen Klinik der Universität Würzburg, wurde von der Internationalen Gesellschaft für Innere Medizin zum Ehrenmitglied gewählt.

IN MEMORIAM

Prof. Dr. Heinrich Martius †

Mit dem Tode von Prof. Dr. H. Martius, international anerkannt und berühmt, hat die Ärzteschaft einen großen Verlust erlitten. Wenige Wochen nach seinem 80. Geburtstag endete dieses Leben. Der Sohn des bekannten Rostocker Internisten, Friedrich Martius, kam nach dem Studium an zahlreichen deutschen Universitäten als Oberarzt zu Prof. v. Franqué, wo er sich 1919 habilitierte. 1922 ao. Professor geworden, folgte er 1926 einer Berufung als Ordinarius nach Göttingen. Hier wirkte er bis zu seiner Emeritierung im Jahre 1954 als Direktor der Univ.-Frauenklinik, doch war er auch weiterhin als angesehener Operateur und Strahlentherapeut und gesuchter Konsiliarius tätig. Fast unübersehbar sind die wertvollen Arbeiten, die ihm zu danken sind. Seine Lehrbücher der Geburtshilfe bzw. Gynäkologie, die in kurzer Zeit in immer neuen Auflagen erscheinen konnten, zeigen die große Begabung, sein profundes Wissen in didaktisch wertvoller Form weitergeben zu können. Daß sie in englischer, italienischer, spanischer, holländischer, jugoslawischer und polnischer Sprache erscheinen konnten, beweist ihre auch außerhalb Deutschlands anerkannte große Bedeutung. Werke über die geburtshilflichen Operationen, über die gynäkologische Strahlentherapie u. a. brachten bleibende Werte. Der Krebsforschung und -bekämpfung galten seine Bestrebungen. Martius war Herausgeber oder Mitarbeiter einer großen Reihe medizinischer Archive und Zeitschriften. Die „Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie“ ehrte seine Tätigkeit durch die Verleihung der Ehrenmitgliedschaft.

W. Koerting

Dr. Carl Schuster †

Am 5. Januar 1965 verschied Herr Dr. Carl SCHUSTER, Bamberg, kurz vor Vollendung seines 81. Lebensjahres. Über vierzig Jahre lang war er sehr aktiv für die ärztlichen Standesorganisationen tätig, u. a. als Kreisverbandsvorsitzender, Delegierter zur Landesärztekammer und KV-Vertrauensmann. Seine Kollegen würdigten seinen aufopferungsvollen Einsatz durch die Ernennung zum Ehrenvorsitzenden und Ehrenmitglied des Ärztlichen Kreisverbandes Bamberg und zum Ehrenvorsitzenden des Ärztlichen Bezirksverbandes Oberfranken. Die oberfränkischen Ärzte werden ihn als vorbildlichen Arzt, Kollegen und Standesvertreter im Gedächtnis behalten.

Jacosulfon ist die heilende Hand des Arztes

AUS DER GESCHICHTE DER MEDIZIN

Die Wiedererrichtung der Salzburger Universität

Von Dr. Walther Koerting

Am 14. November 1964 wurde durch die Wiedererrichtung der Salzburger Universität ein für das kulturelle Leben Österreichs bedeutsamer Akt vollzogen, dem gerade in der Bundesrepublik als Nachbarstaat wegen der hier vielfach geplanten Neuerrichtung von Universitäten Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte. Das kleine Österreich mit seinen 7 Millionen Einwohnern hat seinen bisherigen drei Universitäten eine vierte hinzugefügt. Bayern mit fast 10 Millionen Bewohnern hat bisher nur drei Universitäten, und der Weg zur Schaffung einer vierten Universität — in Regensburg — scheint, trotz aller formalen Beschlüsse, noch weit und hindernisreich zu sein.

Erzbischof Markus Sittikus schuf 1617 die Grundlage für die Universität. Gründer wurde aber Erzbischof Paris Graf von Lodron. (Nach ihm wurde die 1964 wiedergegründete Universität Paris-Lodron-Universität benannt.) Kaiser Ferdinand II. erteilte am 9. März 1620 die Bestätigung des Gymnasiums und die Erhebung zu einer „Universitas studii generalis“ wie in Paris, Prag, Wien usw. Die Reihe der grundlegenden Privilegien (auf Einzelheiten sei hier nicht weiter eingegangen) beschließt die Bestätigung der Universität bzw. die Erhebung des Kollegiums zu einer solchen die an den *Offizial von Chiemsee* gerichtete Bulle „In supereminentia“ Papst Urbans VIII. vom 17. Dezember 1625. Patron der Universität war der hl. Karl Borromäus, Patrone der einzelnen Fakultäten die Heiligen Thomas von Aquin (Theologie), Ivo (Jus), Lukas (Medizin) und Katharina (Philosophie).

Die Rektoren der Universität waren u. a. — auch hier die engen Beziehungen zu Bayern aufzeigend —: 1622 bis 1626 P. Albert Keuslin von Ottobeuren, 1626 bis 1633 P. Matthäus Weiss von Andechs, 1633 bis 1652 P. Roman Müller von Seon. Von 1723 bis 1728 war es P. Franciscus Schmier von Ottobeuren, 1729 bis 1732 P. Cölestin Mayr von St. Ulrich in Augsburg, 1759 bis 1768 P. Gregor Zallwein von Wessobrunn, 1768 bis 1792 P. Johann Damaszen v. Kleinmayern von Wessobrunn, 1792 bis 1802 P. August Schelle von Tegernsee, 1805 bis 1806 P. Ägidius Jais von Benediktbeuern.

Das Wappen der Universität bestand aus dem Wappen des Stifters, Erzbischof Paris Graf Lodron (Hochstifts- und Familienwappen), hinten das Legatenkreuz, jedoch ohne Pastorale, vom Hute mit Fiochi bekrönt, darüber ein offenes Buch, in dem „Humilitas“ (angeb-

lich Devise des heiligen Karl) zu lesen ist. Darüber Krone und Taube des Heiligen Geistes. Seitlich Buchstaben P.A.S.F. (Paris archiepiscopus Salisburgensis Fundator). Hinter dem Wappen ist beiderseits je eine Palme durchgesteckt. Neben dem Wappen stehen als Schildhalter die Heiligen Rupert und Benedikt, beide in der dem Wappen zugekehrten Hand das Pastorale haltend.

Die Wappen der Fakultäten wichen nur in einer Kleinigkeit davon ab, indem im Buche statt „Humilitas“ das entsprechende Wort „Theologia“, „Utrumque Jus“ oder „Philosophia“ zu lesen war, und die Taube durch das Auge Gottes in Strahlen bzw. die Waage oder die Erdkugel ersetzt war. Eine medizinische Fakultät bestand nicht. Die Wappen der Universität und der Fakultäten sowie die Patrone sind auch beim Schmuck der akademischen Szepter verwendet.

Die Szepter der Universität

Ob die Universität Salzburg schon seit ihrer Gründung Szepter hatte, ist unbekannt, da sie in den Urkunden und Statuten nirgends genannt werden. Es ist wohl anzunehmen. 1656 schaffte sie sich gegen Hingabe des alten neue an: Die „Collegi und academischen Raitung“ enthält folgenden Posten (Einnahmen): *So ist der kleine alte academische Szepter an den neuen zu machen gegeben und derentwegen eingenommen worden vermög Goldschmidliste 64 Fl. 47 kr. Dann unter den Ausgaben:*

Wegen des academischen Szepters ist ausgegeben worden bey dem Goldschmid in allem costt 366 Fl. 38 kr., item seinen Goldschmidgedsöllen von zween Sceptern Drinkgeld 6 Fl. mer dem Geroldt wegen des Modells zu schneiden 8 Fl., mer dem Maller für die Patrone mit Farben auszuzeichnen 24 kr. in allem vermög 3 Auszügl 381 Fl. 2 kr. (F. Martin).

Verfertigt wurden sie jedoch nicht in Salzburg, sondern, wie die Beschauzeichen — die Zirkelnuß von Augsburg an der Krone und an der unteren Standplatte — ergeben, in Augsburg, und zwar laut der Meistermarke A. H. in breitovalem Schld von dem Goldschmied Andreas Hamberger.

Die Salzburger Universität hatte zwei Szepter, das kaiserliche und das päpstliche (siehe die Abbildungen).

Nuclinal

mit großem Indikationsbereich

Vitamin-Heilcreme

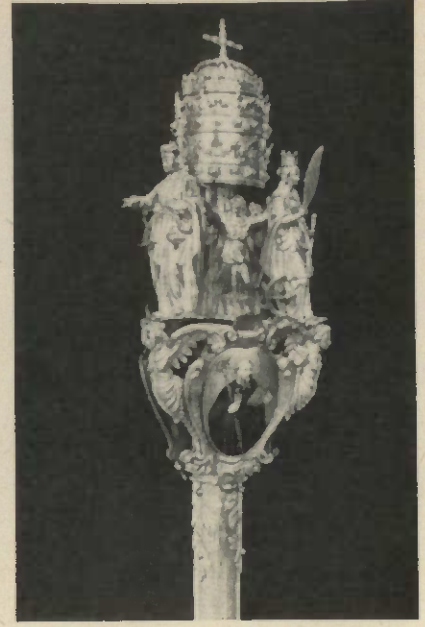
LYSSIA-WERKE · WIESBADEN



Das kaiserliche Szepter mit Krone und Zeichen des Landesfürsten



Das Sigillum an der Rektorskette**)



Das päpstliche Szepter mit Tiara und St. Benedikt

Der Kunsthistoriker Prof. Dr. Walter Paatz schreibt, daß das Salzburger Szepterpaar unter den barocken Exemplaren sicher das reichste und wohl auch das schönste ist. Der Goldschmied Andreas Hamberger*) hat hier dem Szeptermotiv mit den Ausdrucksmitteln des Augsburger Frühbarocks prachtvolle Wirkungen abgewonnen. Der Griff ist ein Zylinder aus dunklem Werkstoff (edlem Holz?), unten und oben abgeschlossen von einem größeren und einem kleineren Silberknauf mit Eierstabornament. Der Schaft gleicht einem überschlanken kannelierten Säulchen, unten und oben mit Akanthuslaub belegt.

Ob beide Szepter gleichzeitig gebraucht wurden oder „je nach Art der Festlichkeit“ abgewechselt wurde, ist unbekannt.

Jedes Szepter ist 111 cm lang. Der Hauptteil besteht aus einem glatten, nur oben mit applizierten vergoldeten Blättern verzierten silbernen Stabe, ähnlich wie der Stock eines Bischofsstabes. Aber während dieser eine Schnecke (Curva) trägt, finden wir bei den Universitätszeptern eigenartige Gruppen, die den durchlaufenden Stoff verkleiden. Sie bestehen aus drei Teilen: 1. eine dreiseitige, nach oben sich verbreiternde Basis, 2. die darauf ruhenden Figuren und 3. die Krone als Abschluß. Im einzelnen aber ist die Ausführung der beiden Stäbe verschieden.

Das päpstliche Szepter: Der Mittelteil jeder der drei Seiten der Basis wird von einem herzförmigen Schilde in einer Kartusche gebildet, während an den Ecken freigearbeitete, getriebene, geflügelte Engelshermen die Figurenkonsolen bilden. In den Schilden sind Bilder in Silberemal. 1893 wurden sie Infolge schadhafte Zustandes, da das Email größtenteils abgesprungen war und die Bilder nicht mehr kenntlich waren, durch den Würzburger Kunstmaler Hans Sperlich nach

*) gest. 1657.

***) Mit den Stifterfiguren der Erzdiözese und des Ordens: St. Rupert und St. Benedikt. An der Basis das Wappen des Landesherrn Paris Lodron.

Die 3 Bilder sind Verkleinerungen nach den Originalen von Carl Pospesch (Salzburg).

Angaben des bekannten Theologen, Professor Hermann Schell (1850 bis 1906) neu gemalt: hl. Benedikt, hl. Karl Borromäus, Doppelfigur hl. Cosmas und Damian. Es sollen die Patrone der Salzburger Universität Benedikt (Orden der Lehrer), Karl (Schutzheiliger der Universität) und Cosmas und Damian (Patrone der Ärzte und der medizinischen Fakultät) zum Ausdruck gebracht werden (auf die eingangs angeführten gegensätzlichen Angaben sei hingewiesen). Auf dieser Basis stehen sechs silberne Figuren: drei kleinere vergoldete Engel mit zum Gebet erhobenen Armen verkleiden den durchbrochenen Stock, während an den Ecken die größeren Figuren des hl. Thomas v. Aquin (Dominikaner mit Buch, theologische Fakultät), hl. Ivo (Rechtsgelehrter mit Baret auf dem Haupte und eine Waage in der Hand, juristische Fakultät) und hl. Katharina (gekrönte Jungfrau mit Palme und Rad, philosophische Fakultät) den Eindruck bestimmen. Den Abschluß bildet die auf dem Stock aufsitzende päpstliche Tiara. Die Bilder in den Schilden wurden 1893 nach Gemälden (Benedikt und Karl), teils nach freier Erfindung (Cosmas und Damian) ergänzt.

Das kaiserliche Szepter: Die Basis ist gleichfalls dreiseitig, nur sind an den Ecken keine Engel, sondern nach innen gerollte, mit Perlen besetzte Voluten. In den ovalen Schilden mit Rollwerkkartuschen ist jedesmal das Wappen der Fakultäten (theol., jurid. und phil). Im Mittelteil ist der Stock durch drei Wappenschilder verdeckt: 1. Salzburg, 2. Lodron, 3. Wappen der Universität (s. o.). An den Ecken ist je ein aufrechtstehender, vorspringender Löwe, der eine silbernen mit einem Schwanz, der sich ober der Wurzel spaltet, der zweite ebenfalls silbernen mit Bretzelschweif (Lodron), der dritte schwarz, ehemals emailliert, jetzt lackiert, rotbewehrt (Erzstift Salzburg). Was der dritte Löwe besagen soll, ist unbekannt. Den Abschluß des Szepters bildet oben die Kaiserkrone, die sich jedoch nicht streng an deren heraldische Form hält, wobei die gotische Form der österreichischen Krone in ein barockes Rund geändert ist.

Die kulturelle Bedeutung Salzburg

Die neue Universität in Salzburg hat bereits zwei Fakultäten, eine katholisch-theologische und ein philosophische, denen eine juristische und medizinische in absehbarer Zeit angefügt werden sollen.

Salzburg hatte seit eh und je eine besondere kulturelle Stellung nicht nur im österreichischen Raum. Es sei nur an die Geschichte von Salzburg erinnert, die auch mit Bayern mehrfach verknüpft war, gehörte es doch einst zum Herzogtum Bayern. Aus den beiderseitigen wechselvollen Schicksalen sei hervorgehoben, daß Ferdinand III. von Toscana, Kurfürst von Salzburg, Berchtesgaden, Passau und Eichstädt (1803 bis 1805 bzw. 1806) war. Als Salzburg nach Österreich abgegeben wurde, wurde er durch das säkularisierte Bistum Würzburg entschädigt. Er nahm den Titel eines Großherzogs von Würzburg an und wurde Kurfürst von Würzburg. Nach dem Sturz Napoleons I. erhielt er Toscana zurück, und Würzburg fiel wieder an Bayern.

Das Schicksal der Universitätszepter

Die vorstehende Episode wurde deshalb erwähnt, weil Walter Paatz („Sceptrum Universitatis“, 1953, S. 133) behauptet: „Von Salzburg nach Würzburg mitgebracht wurde es (Anm.: das Kaiserliche Szepter) sicherlich von Erzherzog Ferdinand von Toscana; dieser hatte 1803 bis 1807 das Erzbistum Salzburg inne und wurde dann 1805 Großherzog von Toscana.“ (Anm.: Weder stimmt die Jahreszahl 1807, noch auch, daß Ferdinand III. von Toscana erst 1805 Großherzog von Toscana wurde. Dies wurde er bereits 1790.)

Nach den gründlichen, von Dr. Franz Martin zum 300jährigen Jubiläum der Salzburger Universität verfaßten Untersuchungen über „Die Salzburger Universitätszepter“ („Mittellungen der Gesellschaft für Salzburger Landeskunde“, 1923) verhält es sich damit anders. Nach der am 24. Dezember 1810 erfolgten Aufhebung der Universität blieben die Szepter noch einige Zeit in Salzburg.

Am 24. Mal 1812 erging aber vom „kgl. bayr. Generalkommissariat des Salzachkreises als Kreisadministration der Stiftungen“ an die „Administrationen der Stiftungen des Unterrichtes in Salzburg“ der Auftrag: „die zwey akademischen Stäbe der aufgelösten Universität dahier sind an das kgl. Reichsarchiv zur Auf-

bewahrung einzusenden. Die Administration hat das geeignete zu verfügen.“

Am 1. Juli bestätigt der kgl. Reichsarchivar und Kanzleidirektor Samrt den Empfang der in einem Verschluss übersandten Stäbe. Das Gewicht betrug laut Waagzettel 30 Pfund, als Wert waren 528 Gulden angegeben.

Nachdem 1816 Salzburg wieder von Bayern abgetrennt worden war, versuchte man, die Szepter zurückzufordern. Wie aber dem Erlasse der Landesregierung an das Kreisamt vom 18. Jänner 1820 zu entnehmen ist, blieb die Reklamation ohne Erfolg. Salzburgischerseits berief man sich darauf, daß auch das Kirchensilber von Berchtesgaden an Bayern zurückerstattet worden sei, während Bayern dagegen einwandte, daß die Übergabe beider Territorien eine verschiedene gewesen sei, indem Berchtesgaden durch den Wiener Frieden an Frankreich und den Rheinischen Bund abgetreten worden sei, Salzburg aber durch den Staatsvertrag vom 14. April 1816 und die ihm vorhergegangenen Stipulationen an das Kaiserhaus Österreich zurückgegeben wurde.

Mehr als drei Jahrzehnte lang blieben die Szepter in München. Durch kgl. Entschließung vom 20. Februar 1846 wurden „die von der ehemaligen Universität Salzburg herrührenden zwei silbernen Stäbe oder akademischen Szepter vorbehaltlich des Staatseigentums und auf solange Allerhöchst dieselben nicht anders verfügen“, der Universität in Würzburg zum Gebrauch überlassen.

Nach rund 130 Jahren kamen die beiden Szepter durch die Intervention des derzeitigen Leiters des Salzburger Landesarchivs, Hofrat Dr. Herbert Klein, im Oktober 1944 aus Würzburg nach Salzburg zurück, wo sie bei den Festlichkeiten zur Wiedergründung der „Universitas salisburgensis alma mater Paridiana“ wieder Verwendung fanden.

Anlässlich der Wiederbelebung der Salzburger Universität erschien ein Werk „Die Salzburger Universität 1622 bis 1964“ von Max Kaindl-Hönig und Karl Heinz Ritschel, auf das noch zurückzukommen sein wird.

Literatur: Franz Martin: „Die Salzburger Universitätszepter“, 1923, a.a.O. — Walter Paatz: „Sceptrum Universitatis“ 1953.

Ansch. d. Verf.: 8 München 27, Pienzenauerstraße 1a.

KREWEL-WERKE · Eitorf b. Köln





Aspecton®

Kontakt-Expectorans

Hustentropfen

mit reizkupierender Schleimhaut-Tiefenwirkung und

Sofort-Hustenstilleffekt

AUS DER BUNDESPOLITIK

Die Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenzen in der Sozialversicherung

Von Dr. Ludwig Franz, MdB

Es gilt in der internationalen sozialpolitischen Diskussion als gesichertes Erkenntnis, daß der Kampf gegen den totalen Versorgungsstaat an einigen wenigen, aber entscheidenden Punkten mit größter Entschlossenheit geführt werden muß. Hierbei stehen Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenzen in den verschiedenen Zweigen der institutionalisierten sozialen Sicherheit im Brennpunkt der Auseinandersetzung. In der Bundesrepublik Deutschland gilt das gegenwärtig sowohl für die Krankenversicherung wie für die Rentenversicherung.

Es ist wohl keine allzu starke Übertreibung, wenn man argwöhnt, daß gegenwärtig auch bei uns der Versorgungsstaat wieder umgeht. Zum Teil mag dabei die große Wahientscheidung des Jahres 1965 eine Rolle spielen, die diesmal weit stärker innen- und sozialpolitisch bestimmt sein dürfte als je zuvor bei einer Bundestagswahl. Andererseits aber erweist es sich immer mehr, daß die Einrichtungen der sozialen Sicherheit einen stetig steigenden Geldbedarf haben, der in Umständen begründet ist, auf die sie keinen oder höchstens einen sehr geringen Einfluß haben.

Die Versicherungspflichtgrenze bestimmt den Personenkreis, der durch gesetzlichen Zwang zur Teilnahme an solidarisch bestimmten sozialen Sicherungseinrichtungen herangezogen wird. Leider sieht es so aus, als ob der Gesetzgeber kein besonders geschärftes Gewissen mehr hätte für eine bare Selbstverständlichkeit. Nämlich dafür, daß er Versicherungspflicht nur dort setzen darf, wo er berechtigte Zweifel begen muß an dem Willen und der Fähigkeit der Staatsbürger, selbstverantwortlich für sich selber und die Familie zu sorgen. Wo solche Zweifel nach überwiegend wirtschaftlichen Maßstäben nicht mehr am Platze sind, bestehen schwerwiegende moralische und verfassungsrechtliche Bedenken gegen Aufrechterhaltung oder gar weiteren Ausbau der Versicherungspflicht.

Wir wollen nicht annehmen, es könnte unter den politisch Verantwortlichen Leute geben, die in einer möglichst umfangreichen Versicherungspflicht eine Art Rückversicherung erblicken gegen die im sozialen Bereich besonders katastrophalen Folgen einer undisziplinierten Währungspolitik. Es gibt nämlich kein einziges wirklich stichhaltiges Argument für die Behauptung, die Sozialversicherung sei absolut währungsbestandig. Daß in der Bundesrepublik die Leistungen 1948 eins zu eins umgestellt wurden, selbstverständlich auf dem relativ niedrigen Niveau unserer damaligen bescheidenen Wirtschaftskraft, war eine reine Zweckmäßigkeitsentscheidung, der keinerlei normative Wirkung zukommt.

Solche Argumente aber hört man nur am Rande, und selbst ihre Anhänger scheuen sich, sie unverhohlen auszusprechen. Heute steht vielmehr die Überlegung im Vordergrund, durch Ausweitung der Versicherungspflichtgrenzen ein optimales Verhältnis zwischen Beitragszahlern und Leistungsempfängern herzustellen. Es bleibt hierbei bewußt und gewollt völlig außer Betracht, daß die mit steigender wirtschaftlicher Produktivität stetig wachsende Bewegungsfreiheit eigentlich zu kraftvoller Erweiterung des Bereiches persönlicher Freiheit und Verantwortung genützt werden müßte.

Jenseits dieser mehr sozialetisch orientierten Erörterung aber erhebt sich die Frage, ob die Versichertengemeinschaft wirklich in allen Fällen Nutzen daraus zieht, wenn immer neue Risiken einbezogen werden. In der Krankenversicherung steht es beispielsweise fest, daß durch eine Heraufsetzung der Versicherungspflichtgrenze von heute 660 auf 850 DM eine Reihe von Angestellten versicherungspflichtig werden würden, die im Schnitt weit mehr leistungsberechtigte Familienangehörige mitbringen als der Kreis derer, die heute pflichtversichert sind.

Was den Bereich der Rentenversicherung anbeht, so ist wohl die Feststellung am Platze, daß es sich bei den Empfängern höherer Einkommen als 1250 DM monatlich kaum um Menschen handeln dürfte, die nicht willens oder in der Lage wären, sich an Hand der geltenden Gesetze ein entsprechendes Äquivalent für die geleisteten Beiträge zu sichern. Weder ist ihre Lebenserwartung geringer, noch ihr auf die Möglichkeiten von Heilkuren bezogener Gesundheitszustand besser, als daß man unbedenklich das Wort von den „besseren Risiken“, die mit zur Finanzierung herangezogen werden sollen, unter die Leute bringen dürfte.

Ganz anders steht es um die Beitragsbemessungsgrenze, die bestimmt, bis zu welchem Ausmaß das Einkommen des einzelnen zur solidarischen Beitragsleistung herangezogen werden kann, wenn er sich dafür entscheiden hat, Mitglied der Versichertengemeinschaft zu bleiben. Heute noch fallen Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenze in der Sozialversicherung zusammen, aber es steht nirgendwo geschrieben, daß das immer so sein und bleiben müsse.

Wenn man davon ausgeht, daß das Recht auf freiwillige Weiterversicherung ein wichtiger und ausbauwürdiger Bestandteil unseres Sozialrechts ist, dann muß aber Sorge dafür getragen werden, daß niemand in die Lage versetzt wird, sich zu günstigeren Bedingungen einen Versicherungsschutz zu verschaffen wie ein anderer, der der Versicherungspflicht unterliegt, oder in extremen Fällen sogar auf dessen Kosten. Der Gesetz-

INSPIROL = Schutz + Wohlbefinden

Gurgelmittel/Munddesinfiziens - bewährt · wirksam · wohltuend

Zerebrale und koronare *M*angeldurchblutung

Schwerere Formen, so der frische apoplektische Insult, verlaufen günstiger, wenn sogleich und intensiv mit APOPLECTAL behandelt wird – *per injectionem*, versteht sich:

APOPLECTAL-Ampullen

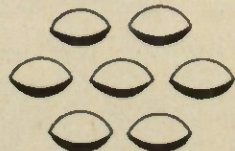
Zur Nachbehandlung aber, und um Rezidiven vorzubeugen, dient APOPLECTAL in seiner *oralen* Darreichungsform; ebenso bei präapoplektischen und zerebralsklerotischen Zuständen wie auch bei stenokardischen Beschwerden:

APOPLECTAL-Kapseln

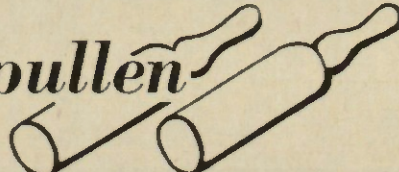
Das Altersherz machen APOPLECTAL-Kapseln leistungsfähiger; sie entlasten das insuffiziente Herz durch Förderung der Diurese und unterstützen die Wirkung der Digitalisglykoside.

APOPLECTAL®

Zusammensetzung: Oxyäthyltheophyllin 55 mg, Roskastanien-Extrakt 15 mg (Trockensubstanz), Herzmuskelextrakt eingestellt auf 1,5 mg Adenosin je Kapsel.

Kapseln 

Zusammensetzung: Oxyäthyltheophyllin 220 mg, Roskastanien-Extrakt 230 mg (Trockensubstanz), je 5 ml.

Ampullen 



München 23

geber sollte sich hier gehalten fühlen, die von ihm gesetzten Normen von Zeit zu Zeit nach der Richtung zu überprüfen, ob sie angesichts der Dynamik wirtschaftlicher und soziologischer Entwicklungen noch vor der Wirklichkeit und der überzeitlichen Idee der Gerechtigkeit bestehen können.

Dem Problem einer sachgerechten Beitragsbemessungsgrenze muß solange die differenzierteste Aufmerksamkeit geschenkt werden, als es beispielsweise nicht möglich ist, in der sozialen Krankenversicherung für die Bereiche der Pflichtversicherten und der freiwillig Weiterversicherten eine getrennte Kalkulation durchzuführen. Es ist immer mißlich, wenn der Gesetzgeber durch Lücken, die er offengelassen hat, Menschen in Versuchung führt. Er kann aber auch Versicherungsträger und ihre Selbstverwaltungen in Versuchung führen, wenn er die Möglichkeit eröffnet, im freiheitlichen Bereich der freiwilligen Weiterversicherung Konkurrenztarife festzulegen, deren Risiko in letzter Konsequenz von den Pflichtversicherten getragen werden muß, denen man ausdrücklich die Chance versagt hat, sich selber zu entscheiden und gebotene Vorteile wahrzunehmen.

Neufestsetzung oder gar völliger Wegfall der Beitragsbemessungsgrenze würden aber auch das Konkurrenzverhältnis zwischen Sozialversicherung und Privatversicherung entzerren. Der Wettbewerb dieser beiden Einrichtungen ist ein wesentlicher Bestandteil der sozialpolitischen Ausprägung der Sozialen Marktwirtschaft, und er funktioniert am besten, wenn die Leistungen ihren volkswirtschaftlich „richtigen“ Preis haben.

Die Anhebung der ärztlichen Gebührensätze an die seit der letzten Gebührenerhöhung im Jahre 1957 erfolgten allgemeinen Teuerung wird zweifellos nach ihrem Wirksamwerden der sozialen Krankenversicherung finanzielle Mehrbelastungen bringen. Dies braucht aber nicht — wie von gewissen Kreisen behauptet wird — zu einer Anhebung der Krankenkassenbeiträge zu führen, sondern soll und kann ohne weiteres durch die von mir vorgeschlagene und von einer Anzahl meiner Fraktionskollegen ebenfalls als notwendig angesehene Heraufsetzung oder sogar Streichung der Beitragsbemessungsgrenze aufgefangen werden.

Auf dem Deutschen Krankenkassentag in Berlin klangen Töne an, als wollte man versuchen, der Kostensteigerung durch Maßnahmen im Organisationsbereich entgegenzuwirken. Aber auch eine Einheitsversicherung könnte nicht nach dem neuerdings so populären Prinzip „something for nothing“ arbeiten. Helfen kann nur die illusionslose Durchsetzung der Idee von Kostenklarheit und Wahrheit. Hierbei aber sind richtig festgesetzte Versicherungspflicht- und Beitragsbemessungsgrenzen von allergrößter Bedeutung.

AUS DER LANDESPOLITIK

Gesetz über das öffentliche Versicherungswesen

Der Bayerische Landtag hat über den Antrag der Abgeordneten Dr. DEHLER, Dr. BRENTANO-HOMMEYER und Fraktion (FDP) betreffend Drittes Gesetz zur Änderung des Gesetzes über das öffentliche Versicherungswesen beschlossen:

Drittes Gesetz

zur Änderung des Gesetzes über das öffentliche Versicherungswesen

§ 1

Die Artikel 47 und 50 des Gesetzes über das öffentliche Versicherungswesen vom 7. Dezember 1933 (BayBS I S. 242) in der Fassung des Änderungsgesetzes vom 29. Mai 1957 (GVBl. S. 105) erhalten folgenden Wortlaut:

Art. 47

I. Mitglieder der Bayerischen Ärzteversorgung sind alle bestellten, nicht dauernd berufsunfähigen Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte sowie Medizinalassistenten und Veterinärpraktikanten, die Deutsche im Sinne des Artikels 116 des Grundgesetzes und im Freistaat Bayern beruflich tätig sind.

II. Ausnahmen bestimmt die Satzung.

Dieses Gesetz tritt am 1. Januar 1965 in Kraft.

Gesundheitspolitische Maßnahmen 1965

Der Bayerische Landesgesundheitsrat, dessen Vorsitz Herr Kollege Dr. SOENNING, MdL, innehat, beriet in seiner 48. und 49. Vollversammlung über gesundheitspolitische Maßnahmen im Jahre 1965.

Auf Grund der vorliegenden Haushaltsentwürfe der Bayerischen Staatsregierung und der Aussagen der anwesenden Regierungsvertreter sollte festgestellt werden, welche Maßnahmen 1965 auf dem Gebiet des Gesundheitswesens vorgesehen sind und ob die Vorschläge des Landesgesundheitsrates bei der Aufstellung der Haushalte Berücksichtigung fanden. Nach Ansicht des Landesgesundheitsrates ist die Fortführung aller von der Staatsregierung eingeleiteten wichtigen gesundheitspolitischen Maßnahmen durch die vorgeschlagenen Haushaltsansätze gesichert.

Besondere gesundheitspolitische Schwerpunkte oder neue Maßnahmen sind aber nicht vorgesehen oder geplant.

Mit Bedauern nahm der Landesgesundheitsrat zur Kenntnis, daß die Zuschüsse für die Krankenpflegeschulen und für die Grundausbildungslehrgänge für sozialpflegerische Berufe ungenügend oder gar nicht er-

RECORSAN

® - LIQUID.

Crataegustherapie des Altersherzens

30 ml DM 2,25o. U.

- Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg

höht wurden. Auch die Förderungsmittel für den Krankenhausbau und für die Krankenhauspersonalbauten werden nicht wie vorgeschlagen im Etat des Innenministeriums gesondert ausgewiesen.

Die Verwirklichung eines bayerischen Gesamtkrankenhausplanes und die großen Investitionen und Betriebszuschüsse aller Krankenhausträger erfordern, daß in Zukunft die staatlichen Förderungsmittel erhöht und nur nach den Bedürfnissen der stationären Krankenhausversorgung gegeben werden. Die finanziellen Zuwendungen der Gemeinden von 1957 bis 1962 für Bau und Einrichtung von Krankenhäusern ohne Schwesternbauten betragen 490,612 Mill. DM und für andere Krankenzwecke (ungedeckter Betriebsaufwand) 513,038 Mill. DM, also zusammen über 1 Milliarde. In derselben Zeit gab der Staat verlorene Staatszuschüsse in Höhe von 22,98 Mill. und Darlehen in Höhe von 74,35 Mill. DM, zusammen 97 Mill. DM.

Im Jahre 1963 und 1964 stellte der bayerische Staat ca. 28,2 Mill. DM Zuschüsse und ca. 36 Mill. DM Darlehen zur Verfügung, insgesamt ca. 64 Mill. DM.

Diese Zahlen beweisen, daß die Krankenhausträger in den letzten Jahren für die stationäre Versorgung der Bevölkerung große finanzielle Opfer auf sich nehmen mußten, obwohl der Staat seine Förderungsmittel laufend erhöhte.

In Würdigung obiger Tatbestände faßte der Landesgesundheitsrat folgenden Beschluß als Empfehlung an Parlament und Staatsregierung:

„Der Landesgesundheitsrat weist im Zusammenhang mit den staatlichen Beihilfen zur Behebung der Krankenhausbettennot erneut darauf hin, daß die Finanzierung über den Finanzausgleich eine gesamt-bayerische Krankenhausplanung ernstlich gefährdet. Wegen der meist überörtlichen Bedeutung neu zu erstellender oder zu erweiternder Krankenanstalten dürfen für die staatlichen Beihilfen nicht die Bemessungsgrundlagen nach dem FAG maßgebend sein.

Vor allem dem Mangel an Krankbetten in den sogenannten Ballungszentren kann auf die bisher geübte Weise nicht wirksam begegnet werden.

Es erscheint angezeigt, die Staatsbeihilfen in einem besonders einzuführenden Titel des Innenetats auszu-

weisen und zu erhöhen. Damit wäre eine objektgebundene staatliche Hilfe gewährleistet.

Weiterhin weist der Landesgesundheitsrat auf seine Vorstellungen über die staatliche Finanzhilfe für Krankenpflegeschulen, Grundausbildungslehrgänge für sozialpflegerische Berufe und den Bau von Schwesternwohnheimen erneut hin.“

Senator v. Gugel zur Medizinischen Akademie München

Nachdem sich Herr Kollege Senator Dr. Dr. v. GUGEL bereits im Kulturpolitischen Ausschuß des Bayerischen Senats dafür eingesetzt hatte zu überlegen, ob es nicht möglich sei, die Medizinische Fakultät München durch Einbeziehung der Münchener Städtischen Krankenanstalten in den Lehrbetrieb zu entlasten, ist er nunmehr auch im Plenum für die Errichtung einer Medizinischen Akademie in München eingetreten. Dabei erklärte er ausdrücklich, daß sein Vorschlag in keiner Beziehung zu der Errichtung anderer Lehrstätten stehe. Es sei jedoch notwendig zu wissen, daß z. B. die Medizinische Akademie in Augsburg wahrscheinlich zwischen 500 bis 600 Millionen DM allein für Bauvorhaben koste und mindestens 8 bis 10 Jahre brauche, ehe sie den Lehrbetrieb werde aufnehmen könne. Demgegenüber stünden in München Anstalten zur Verfügung, die bereits jetzt alle für den Unterricht notwendigen Einrichtungen besitzen. Die benötigten Kursäle seien mit einem Kostenaufwand von höchstens 3 Millionen DM zu berechnen.

Darüber hinaus sei zu bedenken, daß an den Münchener Städtischen Krankenanstalten bereits 26 habilitierte Ärzte tätig sind, die nach der letzten Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichtshofs das Recht haben, testatfähige Vorlesungen zu halten. Es sei auch zu überlegen, ob es nicht möglich ist, die Münchener Anstalten der dortigen Technischen Hochschule als Medizinische Fakultät anzugliedern, wie dies zur Zeit für Aachen geplant ist.

Der Senat beschloß auf Anregung des Finanz- und Haushaltsausschusses, der Staatsregierung zu empfehlen, zu prüfen, „ob und in welcher Form die Münchener Städtischen Krankenanstalten in den medizinischen Lehrbetrieb einbezogen werden können“.



KREWEL-WERKE
Eitorf b. Köln

EUSEDON

Neurosedativum

Blutdruck senken



Herzkraft heben



Raucolyt®

ist eine Kombination der blutdrucksenkenden Rauwolfia-Alkaloide mit den herz- und diuresewirksamen Convallaria-Glykosiden zur Dauerbehandlung der Hypertonie. Keine Gefahr der Kaliumverarmung. Keine Ermüdungserscheinungen. Zusätzliche Glykosidgaben (Convacard, Convalyt) ohne weiteres möglich.

40 Dragées DM 3,30 o. U. lt. A. T.
100 Dragées DM 6,80 o. U. lt. A. T.

Dr. Madaus & Co., Köln am Rhein

AMTLICHES**Bestellungsangelegenheiten von Ärzten**

Bei folgenden Ärzten wurde von der zuständigen Behörde das Ruhen der Bestallung rechtskräftig angeordnet:

Dr. med. Martin Barre, geb. 20. 5. 1912, wohnhaft Westendorf, Landkreis Melle, lt. Anordnung des Regierungspräsidenten in Osnabrück vom 14. 9. 1964.

Dr. med. Erich Bechmann, geb. 14. 1. 1910, wohnhaft Berlin 65, Müllerstr. 126a-b, bei Heitzmann, lt. Anordnung des Berliner Senators für Gesundheitswesen vom 14. 12. 1964.

Arzt Kunibert Beutner, geb. 22. 2. 1921, wohnhaft Berlin 41, Schloßstr. 119, lt. Anordnung des Senators für Gesundheitswesen Berlin vom 1. 7. 1964.

Dr. Irma Klein, geb. 17. 2. 1919, wohnhaft Berlin 30, Courbierstr. 12, lt. Anordnung des Senators für Gesundheitswesen Berlin vom 20. 8. 1963.

Ärztin Ursula Krisch, geb. 3. 5. 1922, wohnhaft Berlin 37, Machnower Str. 81, lt. Anordnung des Senators für Gesundheitswesen Berlin vom 20. 8. 1963.

Dr. Hermann Kuhring, geb. 27. 4. 1915, wohnhaft Berlin 28, Rosenplüterweg 19, lt. Anordnung des Senators für Gesundheitswesen Berlin vom 25. 4. 1963.

Arzt Ernst Kundmüller, geb. 28. 9. 1898, wohnhaft Berlin 36, Oranienstr. 6, lt. Anordnung des Senators für Gesundheitswesen Berlin vom 2. 10. 1964.

Dr. med. Hans-Arnold Schmidt, geb. 25. 5. 1904, wohnhaft Hamburg-Altona, Humperdinckweg 12/III, lt. Anordnung der Gesundheitsbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg vom 14. 9. 1964.

Dr. med. Günter Scroko, geb. 20. 1. 1920, wohnhaft Berlin 41, Baumeisterstr. 4, lt. Anordnung des Senators für Gesundheitswesen Berlin vom 4. 9. 1964.

Dr. med. Walter Olschewsky, geb. 7. 10. 1895, wohnhaft Ginsheim/Kr. Groß-Gerau, Goethestr. 11, lt. Anordnung des Regierungspräsidenten in Darmstadt vom 10. 3. 1964.

Dr. med. Heinrich Termeer, wohnhaft Coesfeld, Kappenbergstr. 12, lt. Anordnung des Regierungspräsidenten in Münster vom 20. 10. 1964.

Dr. med. Else Voß, geb. 13. 11. 1914, wohnhaft zuletzt Hamburg-Wandsbek, Schloßstr. 2-6, lt. Anordnung der Gesundheitsbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg vom 25. 3. 1964.

Die Verfügung des Ruhens der Bestallung wurde aufgehoben bei:

Prakt. Arzt Peter Genrich, geb. 2. 1. 1925, wohnhaft Düsseldorf, Sybelstr. 42, lt. Anordnung des Regierungspräsidenten von Nordrhein vom 4. 9. 1964 (mit bestimmten Auflagen, die der Arzt bei der Ausübung seines Berufs zu beachten hat).

Dr. med. Friedrich Illgen, geb. 1. 7. 1890, wohnhaft Berlin, Waldürner Weg 18, lt. Anordnung des Senators für Gesundheitswesen Berlin vom 19. 10. 1964.

Dr. med. Paul Neuhof, geb. 1. 2. 1919, wohnhaft 3001 Krähenwinkel/Hann., Gehägeweg 13, lt. Anordnung des Regierungspräsidenten Hannover vom 20. 8. 1964.

Dr. med. Hans Joachim Heitmann, geb. 11. 9. 1926, wohnhaft Essen, Hautklinik, Städt. Krankenanstalten,

lt. Anordnung der Gesundheitsbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg ab sofort (lt. Mitteilung des Bayer. Staatsministeriums des Inneren vom 4. 12. 1964).

Die Bestallung wurde zurückgenommen bei:

Dr. med. Heinrich Clement, geb. 4. 1. 1915, wohnhaft Berlin 21, Turmstr. 14, lt. Anordnung des Senators für Gesundheitswesen Berlin vom 10. 10. 1964.

Die Bestallung wurde wieder erteilt an:

Dr. med. Günter Clauser, geb. 4. 1. 1923, wohnhaft bei Freiburg, lt. Anordnung des Innenministeriums Baden-Württemberg vom 1. 2. 1965.

Die Bestallung wurde für ungültig erklärt bei:

Dr. Erwin Friesenecker, geb. 15. 7. 1924, wohnhaft Bodenheim, Rathausstraße 3, lt. Anordnung des Innenministeriums von Rheinland-Pfalz vom 30. 11. 1964 auf Grund seines rechtswirksamen Verzichtes auf die Bestallung als Arzt.

Änderung des Honorarverteilungsmaßstabs der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns hat am 6. 3. 1965 in Abänderung ihres Beschlusses vom 11. 7./14. 11. 1964 („Bayerisches Ärzteblatt“ 1965/75) folgende Fassung des

§ 2 Gruppe 6 Abs. 1 Satz 1 HVM

beschlossen:

„Für jeden Besuch innerhalb der politischen Gemeinde, in der der Kassenarzt niedergelassen ist, wird als Abgeltung für Unkosten und Zeitversäumnis ein Betrag von mindestens 1 DM, bei Nacht von 2 DM bezahlt, sofern eine Wegegebühr nach diesem HVM nicht vorgesehen ist. Am Sonntag und im Sonntagsdienst wird ein Betrag von 2 DM bezahlt, sofern es mit der einzelnen Kasse vereinbart ist.“

Der bisherige Satz 2 wird Satz 3.

München, den 8. 3. 1965

Dr. Völlinger, Vorstandsvorsitzender

Anwendung der Honorarverteilungsmaßstäbe der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns ab 1. April 1965

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns hat am 6. 3. 1965 folgenden Beschluß zur Anwendung der Honorarverteilungsmaßstäbe der KVB ab 1. 4. 1965 gefaßt:

„An die Stelle der Amtlichen Gebührenordnung (Preugo) und der ‚Analogen Bewertungen‘ treten für die Vergütung der kassenärztlichen Tätigkeit nach Einzelleistungen ab 1. April 1965 grundsätzlich die einfachen Sätze der am 1. 4. 1965 in Kraft tretenden ‚Gebührenordnung für Ärzte‘ (Übergangsgebührenordnung).

Die Beschlußfassung über neue Honorarverteilungsmaßstäbe bleibt einer späteren Vertreterversammlung vorbehalten.“

München, den 8. 3. 1965

Dr. Völlinger, Vorstandsvorsitzender

Liquirit[®]
MAGENTABLETTEN

zur saueren Therapie bei **Ulcus ventriculi und duodeni, akuter und chronischer Gastritis, Hyperacidität und nervösen Magenbeschwerden**

K. P. mit 30 Tabl. DM 2,85 o. U.

O. P. mit 60 Tabl. DM 4,80 o. U. / Klinikpackung

Dr. Graf & Comp. Nachf. Homburg-Bohrenfeld. Seit 1889

GESETZES- UND RECHTSFRAGEN

Zum Begriff der Konsiliartätigkeit

Von Walther Weißauer

Die Anstellungsverträge leitender Ärzte bestimmen häufig im Rahmen der Nebentätigkeitsregelung, daß (gelegentliche) „konsiliarische Tätigkeit“ gestattet ist. Diese Formulierung hat in der Praxis zu Meinungsverschiedenheiten geführt. Der Arzt wird aus den Erfordernissen und Erfahrungen seines Berufs mehr zu einer extensiven, der Krankenhausträger im Interesse einer Einengung der Nebentätigkeit eher zu einer restriktiven Auslegung des Begriffes neigen.

Der allgemeine Sprachgebrauch versteht in enger Anlehnung an den ursprünglichen Wortsinn unter dem Konsilium eine Beratung zwischen Ärzten und unter einem Konsiliarius einen zur Beratung des behandelnden Arztes zugezogenen Arzt (vgl. etwa die Worterklärungen im Großen Brockhaus, im Konversationslexikon von Herder, im Fremdwörterbuch von Duden und im Fremdwörterlexikon von Keyser). Der medizinische Sprachgebrauch scheint damit übereinzustimmen (vgl. etwa Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 123—153. Auflage und Medizinisches Taschenwörterbuch, Verlag Urban-Schwarzenberg, 10. Auflage).

Eine allgemeinverbindliche, für das gesamte Arztrecht geltende Definition des Begriffes der Konsiliartätigkeit gibt es nicht. Es liegt aber nahe, die für partielle Bereiche geltenden Definitionen auf ihre Übereinstimmung mit dem allgemeinen Sprachgebrauch und ihre Verwendbarkeit für die hier in Frage stehende Nebentätigkeitsregelung zu überprüfen. Eine Definition des Konsiliums, von der im folgenden ausgegangen werden soll, findet sich in Leitziffer 111 des Ersatzkassenvertrags mit folgendem Wortlaut:

„Unter einem Konsilium ist zu verstehen die gleichzeitige Beratung zweier oder mehrerer Ärzte am Krankenbett zwecks Klärung der Diagnose und Aufstellung des Behandlungsplanes in besonders gelagerten schweren Krankheitsfällen.“

In § 15 der Ersatzkassen-Adgo findet sich im wesentlichen die gleiche Begriffsbestimmung des Konsiliums als „Mündliche Beratung zweier Ärzte gemeinsam am Bett des Kranken“. Auch die Privat-Adgo definiert in B 11 die mündliche Beratung zweier oder mehrerer Ärzte als Konsilium. Ähnlich kennt die Preugo in II A 6 eine Gebühr „für die mündliche Beratung zweier oder mehrerer Ärzte“. Wenn sie auch den Begriff des Konsiliums nicht ausdrücklich verwendet, so ist doch dem Inhalt der Bestimmung nach kein Zweifel, daß es sich hier um eine Konsiliargebühr handelt (vgl. Brück, Kommentar zur Preugo, Anm. 1 zu Ziffer II A 6).

Gegen eine Heranziehung dieser Definitionen für die Lösung unseres Problems läßt sich einwenden, daß es sich um relative Begriffsbestimmungen handelt, nämlich um Definitionen für die spezifischen Zwecke des Ersatzkassenvertrags und für die Berechnung der ärztlichen Gebühren. Dies ist evident, soweit Leitziffer 111 der Ersatzkassen-Adgo das Konsilium auf die Beratung „in besonders gelagerten schweren Krankheitsfällen“ beschränkt; denn es handelt sich dabei leicht erkenn-

bar um eine Beschränkung ausschließlich unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit. Diese Beschränkung ist bei der Erarbeitung einer allgemeingültigen Definition zu eliminieren. Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß die Beratung zwischen zwei Ärzten am Krankenbett eines Privatpatienten auch dann als Konsilium zu gelten hat, wenn es sich um einen leichteren Fall handelt.

Weiter ist zu beachten, daß nach § 15 S. 2 der Ersatzkassen-Adgo neben der Gebühr für das Konsilium u. a. Leistungen nach den Abschnitten C—G angesetzt werden können, d. h. Gebühren für allgemeine und spezielle Sonderleistungen, für physikalisch medizinische Leistungen, für Laboruntersuchungen und für Röntgenleistungen. Dieser ausdrückliche Vorbehalt einer Verrechnung der über die konsiliarische Beratung hinausgehenden Leistungen macht deutlich, daß die Ersatzkassen-Adgo als gebührentechnische Regelung bei der Begriffsbestimmung des Konsiliums notwendig restriktiv verfahren muß, wenn sie nicht zum Nachteil der Konsiliari die Honorierung der über die kollegiale Beratung hinausgehenden Leistungen abschneiden will.

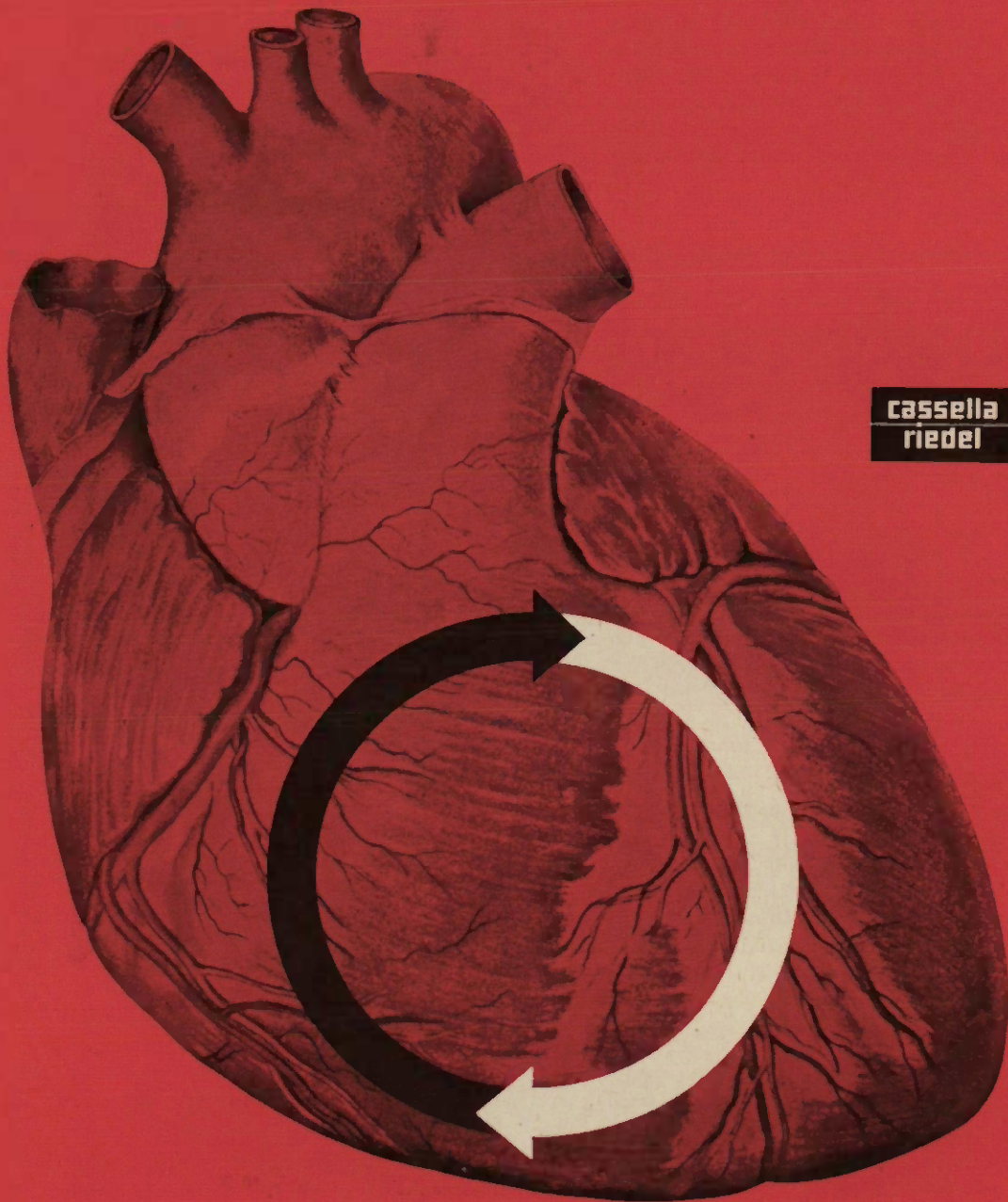
Dazu folgende Überlegung: Eine Beratung „zwecks Klärung der Diagnose und Aufstellung des Behandlungsplans“ setzt eine Untersuchung des Patienten voraus. Es ist zwar vorstellbar, daß der als Konsiliarius zugezogene Arzt sich bei der Beratung ausschließlich auf die von dem behandelnden Arzt bereits erhobenen Befunde stützt. In aller Regel wird der Konsiliarius aber gerade deshalb zugezogen, weil seine speziellen Untersuchungsmethoden eine sicherere Ausgangsbasis für die Diagnose und Therapie geben sollen. Brück vertritt in seinem Kommentar zu Preugo (3. Auflage, Anm. zu Ziffer II A 6) sogar die Auffassung, die Verrechnung der Gebühr für das Konsilium setze stets eine gemeinsame Untersuchung der Ärzte voraus; eine zeitlich oder örtlich getrennte Untersuchung genüge nicht. Die gewöhnliche Untersuchung darf nach der Preugo neben der Konsiliargebühr nicht verrechnet werden, wohl aber die eingehende, das gewöhnliche Maß übersteigende Untersuchung.

Außer Zweifel steht danach, daß die Untersuchung des Patienten als Teil des Konsiliums zu gelten hat, auch soweit sie gebührentechnisch gesondert verrechnet werden kann. Die Definition der Ziffer 111 Ersatzkassen-Adgo, die ebenso wie Ziffer II A 6 der Preugo die Untersuchung nicht erwähnt, ist deshalb für ihre Anwendung außerhalb des Gebührenwesens zu ergänzen durch den Satz: „einschließlich der erforderlichen Untersuchungen“.

Aber auch bei dieser (erweiterten) Formel wird es bei Berücksichtigung der praktischen Erfordernisse für die allgemeine Begriffsbestimmung schwerlich bewenden können. Mit theoretisch-abstrakten Therapievor schlägen wäre weder dem Patienten noch dem behandelnden Arzt immer ausreichend gedient. Die konsiliarische Beratung wird sich von vorneherein darauf

Intensain[®]

intensiviert die Myokarddurchblutung



cassella
riedel

Intensain

O. P. 30 und 75 Kapseln
O. P. 3 Ampullen

Intensain S

O. P. 30 und 75 Kapseln
mit 15 mg Phenyläthylbarbitursäure

erstrecken müssen, wie eine vorgeschlagene Therapie am zweckmäßigsten praktisch durchzuführen ist. Die Definition der Ersatzkassen-Adgo spricht deshalb zutreffend nicht von „Therapievorschlägen“, sondern von der Aufstellung des (sehr viel konkreteren) „Behandlungsplans“. Es sind sehr wohl Fälle denkbar, in denen der Konsiliarius dem behandelnden Arzt darüber hinaus auch seine technische und manuelle Hilfe geben muß, um ihm die Durchführung der vorgeschlagenen Therapie zu ermöglichen. Soweit es sich dabei lediglich um die Einleitung und Exemplifizierung der vorgeschlagenen Therapie zur Unterstützung des behandelnden Arztes als Annex der kollegialen Beratung handelt, können keine Bedenken bestehen, den Begriff des Konsiliums auch auf diese Leistungen zu erstrecken. Die Grenzen zur Hilfeleistung (Beistand bei der Operation) und zur Mitbehandlung mögen dabei im Einzelfall fließend sein. Entscheidend ist aber wohl, welche Tätigkeit (Beratung oder Hilfeleistung bzw. Mitbehandlung) im Vordergrund steht. Stellt man auf dieses Kriterium ab, so kann die obige Formel erweitert werden durch den Zusatz: „und der unmittelbar mit der Beratung in Zusammenhang stehenden Leistungen zur Durchführung der vorgeschlagenen Therapie“.

Die vorzuschlagende Formel würde danach lauten:

„Unter einem Konsilium ist zu verstehen die gleichzeitige Beratung zweier oder mehrerer Ärzte am Krankenbett zwecks Klärung der Diagnose und Aufstellung des Behandlungsplans einschließlich der erforderlichen Untersuchungen und der unmittelbar mit der Beratung im Zusammenhang stehenden Verrichtungen zur Durchführung der vorgeschlagenen Therapie.“

Nicht mehr als Konsilium im Sinne des allgemeinen Sprachgebrauchs und des wesentlichen Gehalts der zum Vergleich herangezogenen Definitionen kann die Tätigkeit des Arztes bezeichnet werden, der von vorneherein zur Hilfeleistung oder zur Mitbehandlung zugezogen wird. Für die Hilfeleistung, die ihrer Natur nach eine Beratung des behandelnden Arztes nicht zum Gegenstand hat und gebührenrechtlich mit selbständigen Ansätzen honoriert wird, gibt es im medizinischen Sprachgebrauch den Begriff der Assistenz, der diesen Tätigkeitsbereich deutlich von der Aufgabe des Konsiliarius abgrenzt.

Die Mitbehandlung wird zwar eine gemeinsame Beratung zwischen dem erstbehandelnden und dem zugezogenen Arzt häufig mitumfassen. Ziel der Mitbehandlung ist aber nicht die Beratung über die Diagnose und den Behandlungsplan, sondern die Arbeitsteilung zwischen dem erstbehandelnden und dem zugezogenen Arzt bei der Einleitung und Durchführung der Behandlung. Typisch ist für die Mitbehandlung, daß der zugezogene Arzt selbständig und eigenverantwortlich mit den Mitteln der medizinischen Technik bei der Therapie mitwirkt. Behandeln Fachärzte verschiedener Fachrichtungen den Patienten gemeinsam, so nimmt dabei jeder unter voller ärztlicher Verantwortung die Aufgaben seines Fachgebietes wahr, selbst wenn ein Behandlungsvertrag nur zwischen dem Patienten und dem erstbehandelnden Arzt zustande gekommen ist und zivilrechtlich der zugezogene Arzt als Erfüllungsgehilfe des erstbehandelnden Arztes anzusehen ist. Zieht der praktische Arzt einen Facharzt oder der erstbehandelnde Facharzt einen Arzt seines

eigenen Fachgebietes zu, weil dieser für die in Frage stehende Behandlung einen besonderen Ruf genießt (etwa einen Chirurgen, der sich auf Eingriffe an einem Organ besonders spezialisiert hat), so wird sich der erstbehandelnde Arzt für diesen Eingriff auf die Mitwirkung in der Form der Assistenz beschränken. Der zugezogene Arzt ist, soweit er den Eingriff ausführt, nicht Konsiliarius, sondern behandelnder Arzt (er bedarf also für den Eingriff der Einwilligung des Patienten, selbst wenn dieser in die Ausführung der Operation durch den erstbehandelnden Arzt schon eingewilligt hatte); er erhält die Gebühren für die Verrichtung und nicht die Konsiliargebühr, während dem erstbehandelnden Arzt insoweit die Gebühr für die Assistenz zusteht.

Übernimmt der zunächst als Konsiliarius zugezogene Arzt anschließend an das Konsilium die Assistenz oder die Mitbehandlung, so kann im wesentlichen nichts anderes gelten. Die beiden Tätigkeitsbereiche sind nicht nur zivilrechtlich und gebührenrechtlich, sondern auch begrifflich zu trennen, wenn freilich in der Praxis — wie erwähnt — die Übergänge fließend sein werden.

Im Gegensatz zu der hier vertretenen Auffassung versteht Schmelcher (bei Kuhns, Das gesamte Recht der Heilberufe I/487) im Rahmen der Erörterungen über die Vertragsbeziehungen zwischen Arzt und Patient unter einem Konsiliarius offenbar sowohl den zur Beratung als auch den zur (Mit)Behandlung zugezogenen weiteren Arzt. Er begründet seine vom ursprünglichen Wortsinn und dem allgemeinen Sprachgebrauch abweichende extensive Begriffsauslegung aber nicht näher. Sie steht zudem mit den Ausführungen von Grosse zur allgemeinen Begriffsbestimmung — ebenfalls bei Kuhns I/177 — im Widerspruch. Grosse definiert wesentlich restriktiver und in Übereinstimmung mit der hier vertretenen Auffassung: „Von einem ärztlichen Konsilium spricht man dann, wenn in einem Krankheitsfall zwei oder mehrere Ärzte zugezogen werden, die über die zu stellende Diagnose und die zur Behandlung des Kranken einzuschlagenden Wege gemeinsam beraten.“ Und zu der hier unmittelbar interessierenden Frage, nämlich zur Nebentätigkeitsregelung für Chefärzte, bemerkt Reinhard (ebenfalls bei Kuhns, I/359): „Die Konsiliartätigkeit, d. h. die Beratung anderer Ärzte in ihrer Praxis oder in der Wohnung der Patienten, ist durchweg gestattet.“

Für die Auslegung eines Anstellungsvertrages, in dem der Begriff der Konsiliartätigkeit verwendet wird, ist der hier dargestellte Sprachgebrauch aber nicht etwa schlechterdings verbindlich. Es hat vielmehr darauf anzukommen, wie dieser Begriff in den Kreisen der Beteiligten am Ort des Vertragsabschlusses zu diesem Zeitpunkt verstanden wurde. Es ist danach durchaus möglich, daß der Begriff der Konsiliartätigkeit in zwei Verträgen mit identischem Wortlaut verschieden auszuulegen ist, weil sich etwa im Sprachgebrauch zwischen Ärzten und Krankenhäusern regionale Verschiedenheiten herausgebildet haben.

Der Arzt, der sich auf einen vom allgemeinen abweichenden lokalen oder regionalen Sprachgebrauch berufen will, wird diesen Sprachgebrauch jedoch beweisen müssen. Als Indiz für einen abweichenden Sprachgebrauch oder auch für eine stillschweigende Änderung des Vertrages mag es ihm dabei zugute kom-

sanatison salben

Dr. Sasse

Antibakterielle Kortikoid-Salben

Mit der zuverlässigen entzündungswidrigen und antiallergischen Wirkung und der hervorragend verträglichen, mit essentiellen Fettsäuren und den Vitaminen A und E angereicherten Salbengrundlage

$\frac{1}{3}\%$

Tube mit 20 g · 50 g · 100 g
Hydrokortison 0,33 %
Cetylpyridiniumchlorid 0,1%

1%

Tube mit 10 g · 50 g
Hydrokortison 1 %
Cetylpyridiniumchlorid 0,1%

comp

Tube mit 5 g · 20 g · 50 g
Prednisolon 0,33 %
Neomycin-Sulfat 0,5 %
Cetylpyridiniumchlorid 0,1 %
Acid. salicylicum 0,5 %



DR. FRIEDRICH SASSE · 1 BERLIN 10 · POSTFACH 640

Man müßte viel aktiver sein!



Dieser Seufzer kommt bestimmt.
Bei dem einen täglich,
beim anderen
nur monatlich einmal.
Wir alle möchten
Immer mehr wissen,
immer mehr unternehmen,
immer Neues sehen,
und manches Alte
wieder anfangen.
Der MÜNCHNER MERKUR
hilft dabei.
Er macht aktiver.

Münchener Merkur

Die
Zeitung
für Sie

men, wenn etwa der Krankenhausträger jahrelang eine über die konsiliarische Beratung hinausgehende Nebentätigkeit ohne Beanstandung hingenommen hat.

Ist der Krankenhausträger von vornherein zu einer extensiven Auslegung des Begriffs der Konsiliartätigkeit bereit, so sollte der Arzt, um späteren Meinungsverschiedenheiten und allen Beweisschwierigkeiten vorzubeugen, auf eine entsprechende Interpretation des Begriffes im Vertrag selbst hinwirken. Vor allem dort, wo es wenig Sinn hat, dem leitenden Arzt lediglich die Befugnis zu einer konsiliarischen Tätigkeit einzuräumen, weil sich ihm dabei nach der Natur des Fachgebietes kaum ein nennenswerter Tätigkeitsbereich eröffnet, erscheint eine extensivere Interpretation schon im Vertragstext angezeigt. Eine Beeinträchtigung seiner Interessen braucht der Krankenhausträger jedenfalls dort nicht zu besorgen, wo dem leitenden Arzt ohnehin nur die gelegentliche konsiliarische Tätigkeit gestattet ist.

Anschrift des Verfassers: Ministerialrat Walther Weißauer, 805 Freising, Königsfeldstraße 18.

Verkauf gebrauchter Wagen – Handelsüblicher Verkehrswert

(C.) Bedenklich ist es, für gebrauchte Sachen einen allgemeingültigen Wertmaßstab festzulegen. Dies trifft insbesondere für Kraftfahrzeuge zu, deren Wert weitgehend nicht nur nach ihrem Typ, ihrem Alter und der bisher zurückgelegten Kilometerzahl zu beurteilen ist, sondern ebenso sehr nach dem Pflegezustand des einzelnen Wagens und der Marktlage, insbesondere der Nachfrage. Ein durchschnittlicher Taxwert an Hand der verschiedenen Preisspiegel kann daher nicht zugrunde gelegt werden. Es bedarf jeweils einer Abschätzung im Einzelfall.

Wenn der Händler auch im allgemeinen bestrebt ist, um den neuen Wagen zu verkaufen, dem Käufer ein günstiges Angebot für seinen alten Wagen zu machen, so will er diesen andererseits auch nicht mit Verlust verkaufen. Er wird daher bei der Schätzung des Gebrauchtwagens stets im Auge behalten, zu welchem Preis er ihn wieder verkaufen kann. Der erzielte Wiederverkaufspreis stellt daher im allgemeinen, sofern es sich nicht seitens des Käufers um einen Gefälligkeitskauf handelt, den handelsüblichen Verkehrswert des Gebrauchtwagens dar (Urteil des Oberlandesgerichts Hamburg vom 18. 10. 1962 — 3 U 82/62).

STEUERFRAGEN

Was bringt das Steueränderungsgesetz 1964 Neues?

(F.) Das Steueränderungsgesetz 1964 trägt seinen Namen eigentlich zu Unrecht, denn es trat erst mit Wirkung vom 1. Januar 1965 in Kraft, ändert also die Steuern — insbesondere die Einkommensteuer — erst ab 1965. Die wichtigsten Änderungen seien nachstehend verzeichnet:

Die Änderung im Einkommensteuertarif bringt eine Senkung des linearen Steuersatzes von 20% auf 19%. Für zu versteuernde Einkommensbeträge bis zu 8000 DM jährlich, bei Ehegatten bis zu 16 000 DM (Splitting), ergibt dies eine Minderung der Einkommensteuer um 5%. In den daran anschließenden Einkommensgruppen (bis zu etwa 78 000 DM bzw. 156 000 DM) sind die tariflichen Entlastungen höher, weil hier die Progression gemildert worden ist. Für noch höhere Einkommen ist der Tarif wie bisher belassen worden.

Der Sonderausgabenpauschbetrag für Arbeitnehmer wurde von 636 DM auf 936 DM erhöht. Der allgemeine Pauschbetrag von 200 DM und der Pauschbetrag für Rentner von 636 DM bleiben unverändert.

Für Arbeitnehmer wurde ein zusätzlicher Freibetrag von jährlich 240 DM eingeführt, der in die Lohnsteuer tabellen 1965 eingearbeitet ist.

Die Beträge im Rahmen der begrenzt abzugsfähigen Sonderausgaben für vorweg abzuziehende Versicherungsbeiträge wurden verdoppelt und betragen nunmehr 1000 DM bzw. 2000 DM für Verheiratete.

Die Zusammenveranlagung mit Kindern unter achtzehn Jahren ist aufgehoben. Die Kinderfreibeträge und die erhöhten Sonderausgaben können aber weiterhin in Anspruch genommen werden. Für Kinder über 18 Jahre, die sich in Berufsausbildung befinden oder Wehrdienst leisten, ist die Altersgrenze für den Kinderfreibetrag von 25 auf 27 Jahre heraufgesetzt worden. Für Kinder über 18 Jahre mit eigenen Einkünften oder Bezügen von mehr als 7200 DM wird kein Kinderfreibetrag gewährt.

Von den nach der VOL ermittelten Gewinnen aus Land- und Forstwirtschaft bleiben 1000 DM steuerfrei, wenn dieser Gewinn 6000 DM nicht übersteigt. Bisher wurde er voll versteuert, wenn das Einkommen mehr als 6000 DM betrug.

BIRYFERM®

das Ulcusheilmittel
mit dem Epithelschutz



Schmerzlinderung!
Heilung! Prophylaxe!
Durch Epithelschutzstoffe
Verhütung von Ulcusrecidiven und
Recidiv - Gastritiden

FERMENT CHEMIE GMBH · 4950 MINDEN

Die Vergünstigung des nicht entnommenen Gewinns nach § 10 a und der Bewertungsfreiheit nach § 7 e des Einkommensteuergesetzes (EStG) für Vertriebene, Flüchtlinge und Verfolgte ist bis einschließlich 1966 verlängert worden.

Die buchmäßigen Gewinne aus der Veräußerung bestimmter Anlagegüter brauchen nicht mehr im Zeitpunkt der Veräußerung versteuert werden, sie können vielmehr auf bestimmte Ersatzwirtschaftsgüter übertragen werden, ggf. ist auch die Bildung einer steuerfreien Rücklage möglich (§ 6 b EStG).

Die Veräußerung folgender Anlagegüter ist begünstigt: Grund und Boden; Aufwuchs auf oder Anlagen im Grund und Boden mit dem dazugehörigen Grund und Boden, wenn der Aufwuchs oder die Anlagen zu einem land- und forstwirtschaftlichen Betriebsvermögen gehören; Gebäude; abnutzbare bewegliche Wirtschaftsgüter mit einer betriebsgewöhnlichen Nutzungsdauer von mindestens 25 Jahren; Schiffe; Anteile an Kapitalgesellschaften; im Zusammenhang mit einer Betriebsumstellung lebendes Inventar land- und forstwirtschaftlicher Betriebe.

Die Veräußerungsgewinne (das sind die sogenannten stillen Reserven) können übertragen werden auf

1. abnutzbare bewegliche Wirtschaftsgüter allgemein;
2. Grund und Boden, soweit der Gewinn bei der Veräußerung von Grund und Boden entstanden ist;
3. Aufwuchs auf oder Anlagen im Grund und Boden mit dem dazugehörigen Grund und Boden, wenn der Aufwuchs oder die Anlagen zu einem land- und forstwirtschaftlichen Betriebsvermögen gehören, soweit der Gewinn bei der Veräußerung von Aufwuchs auf oder Anlagen im Grund und Boden mit dem dazugehörigen Grund und Boden entstanden ist;
4. Gebäude, soweit der Gewinn bei der Veräußerung von Grund und Boden, von Aufwuchs auf oder Anlagen im Grund und Boden mit dem dazugehörigen Grund und Boden, von Gebäuden oder von Anteilen an Kapitalgesellschaften entstanden ist;
5. Anteile an Kapitalgesellschaften, soweit der Gewinn bei der Veräußerung von Anteilen an Kapitalgesellschaften entstanden ist und der Bundesminister für Wirtschaft im Benehmen mit dem Bundesminister der Finanzen und der von der Landesregierung be-

stimmten Stelle bescheinigt hat, daß der Erwerb der Anteile unter Berücksichtigung der Veräußerung der Anteile volkswirtschaftlich besonders förderungswürdig und geeignet ist, die Unternehmensstruktur eines Wirtschaftszweigs zu verbessern oder einer breiten Eigentumsstreuung zu dienen.

Die stillen Reserven können auch im Rahmen der obigen Aufzählung auf aktivierungspflichtige Aufwendungen für die Erweiterung, den Ausbau oder Umbau von Gebäuden und Schiffen übertragen werden.

Anstelle der direkten Übertragung der stillen Reserven auf neu angeschaffte oder hergestellte Wirtschaftsgüter kann eine steuerfreie Rücklage gebildet werden, die in den folgenden zwei Wirtschaftsjahren (bei Gebäuden und Schiffen in den folgenden vier Wirtschaftsjahren, wenn mit ihrer Herstellung vor dem Schluß des folgenden Wirtschaftsjahres begonnen worden ist) auf neu angeschaffte oder hergestellte Wirtschaftsgüter übertragen werden kann. Wird sie nicht übertragen, muß sie spätestens am Schluß des zweiten bzw. vierten auf ihre Bildung folgenden Wirtschaftsjahres gewinnerhöhend aufgelöst werden. Die Bildung einer Rücklage in der Steuerbilanz ist jedoch nur zulässig, wenn auch in der Handelsbilanz eine entsprechende Rücklage gebildet worden ist.

Die Anwendung des § 6 b EStG setzt noch voraus, daß

1. der Gewinn auf Grund ordnungsmäßiger Buchführung nach § 4 Abs. 1 oder § 5 ermittelt wird,
2. die veräußerten Wirtschaftsgüter im Zeitpunkt der Veräußerung mindestens sechs Jahre ununterbrochen zum Anlagevermögen einer inländischen Betriebsstätte gehört haben; die Frist von sechs Jahren entfällt für lebendes Inventar land- und forstwirtschaftlicher Betriebe,
3. die angeschafften oder hergestellten Wirtschaftsgüter zum Anlagevermögen einer inländischen Betriebsstätte gehören und
4. der bei der Veräußerung entstandene Gewinn bei der Ermittlung des im Inland steuerpflichtigen Gewinns nicht außer Ansatz bleibt.

§ 6 b EStG ist erstmals auf Veräußerungen anzuwenden, die nach dem 31. 12. 1964 vorgenommen werden.

Hilfe für Herz und Kreislauf

Herzgesamtextrakt
mit Oxypropyltheophyllin und Niacindäthylamid

Das Herz wird gestärkt und gleichzeitig geschont

Tonocor

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



IFAH GMBH · HAMBURG 22

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat Januar 1965*

(Zusammengestellt auf Grund der Wochenmeldungen)

Die Zahl der gemeldeten Diphtherie- und Scharlach-erkrankungen ging im Januar erheblich zurück. Im Dezember 1964 trafen noch 9 Diphtherie- und 157 Scharlachfälle auf 100 000 der Bevölkerung (auf ein Jahr umgerechnet), im Januar 1965 waren es nur mehr 2 bzw. 92 Fälle. Bei Scharlach war ein ähnlicher Abfall zu Jahresbeginn schon in früheren Jahren zu beobachten.

Ziemlich unverändert selten erkrankten im Januar Personen an übertragbaren Krankheiten der Verdauungsorgane. Fälle von Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) wurden jedoch häufiger als im Vormonat gemeldet; die Erkrankungsziffer stieg von 44 auf 64 Fälle je 100 000 der Bevölkerung.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 3. bis 30. Januar 1965 (Vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9					
	Diphtherie		Scharlach		Übertragbare												Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)	
					Kinderlähmung		Hirnhautentzündung				Gehirnentzündung											
	E ¹⁾	ST ²⁾	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST			E	ST	E	ST	E	ST	E	ST		
Oberbayern	2	—	294	—	—	—	—	8	—	4	1	—	—	1	—	1	—	—	—			
Niederbayern	2	—	39	—	—	—	—	2	—	4	—	—	—	—	—	—	—	11	—			
Oberpfalz	10	—	52	—	—	—	—	3	—	2	—	—	—	—	—	2	—	4	—			
Oberfranken	3	—	93	—	—	—	—	3	1	4	—	1	1	1	—	1	—	—	—			
Mittelfranken	2	—	110	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—			
Unterfranken	—	—	31	—	—	—	—	2	—	6	—	—	—	—	—	—	—	1	—			
Schwaben	—	—	86	—	—	—	—	3	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—			
Bayern	19	—	705	—	—	—	—	27	2	20	1	1	1	2	—	6	—	17	—			
München	—	—	133	—	—	—	—	5	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
Nürnberg	—	—	46	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
Augsburg	—	—	2	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			
Regensburg	—	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—			
Würzburg	—	—	3	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—			

Gebiet	10		11		12		13		14		15		16		17		18		19		20	
	Enteritis infectiosa				Bakteriellus		Hepatitis infectiosa		Milzbrand		Ornithose		Verdachtsfälle von Tollwut ³⁾		Bang'sche Krankheit		Q-Fieber		Toxoplasmose		Wundstarrkrampf	
	Salmonellose		übrige Formen																			
	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	8	—	—	—	—	—	80	—	—	—	2	—	2	—	—	—	1	—	1	—	—	—
Niederbayern	—	—	—	—	—	—	37	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	2
Oberpfalz	3	—	—	—	—	—	49	—	—	—	—	—	38	—	—	—	—	—	5	—	—	—
Oberfranken	13	—	14	1	—	—	53	—	—	—	1	—	39	—	1	—	—	—	2	—	—	—
Mittelfranken	—	—	1	—	—	—	66	—	—	—	—	—	4	—	—	—	2	—	1	—	1	—
Unterfranken	2	—	—	—	1	—	171	—	—	—	—	—	17	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Schwaben	4	—	—	—	—	—	34	—	1	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bayern	30	—	15	1	1	—	490	—	1	—	3	—	105	—	1	—	3	—	11	—	3	2
München	1	—	—	—	—	—	45	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Nürnberg	—	—	—	—	—	—	18	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	1	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	—	—	—	—	14	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—

* Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes

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

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

MITTEILUNGEN

Zusammenschluß der Medizinjournalisten

Führende deutsche Medizin-Publizisten riefen am 6. Februar 1965 in Wiesbaden das „Kollegium der Medizinjournalisten“ ins Leben. Als Sekretäre fungieren Dr. med. Friedrich DEICH, Alfred PÜLLMANN und Dr. med. Georg SCHREIBER (geschäftsführend). Das Kollegium will sich vor allem für die qualifizierte Berichterstattung und Information der Öffentlichkeit über medizinische Fragen in der Tagespresse, im Rundfunk und im Fernsehen einsetzen.

Anschrift: Dr. Georg Schreiber, 8032 Gräfelfing bei München, Maria-Eich-Straße 63.

Zuwendungen an den Bayerischen Landes-Sportverband

Das Bayerische Staatsministerium für Unterricht und Kultus hat als erste Rate für 1965 dem Bayerischen Landes-Sportverband einen Betrag in Höhe von DM 1 690 000.— als Zuschuß zur Förderung des Turn- und Sportwesens zur Verfügung gestellt. In diesem Zuschuß ist ein Betrag von 1 Million DM als Beihilfen für den Turn- und Sportstättenbau und die Beschaffung von Großgeräten für Turnen und Sport enthalten. Eine weitere Rate von 1 Million DM für den letztgenannten Zweck wird noch im Februar zugewiesen werden.

Rate Liste 1965

Die Rote Liste 1965 ist erschienen. Mit dem automatischen Versand an alle niedergelassenen, angestellten und beamteten Ärzte ist begonnen. Aus diesem Grunde ist es nicht angebracht, den Verlag oder den Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie um die Zusendung der Roten Liste zu bitten, da es unmöglich ist, einzelne Interessenten außer der Reihe zu versorgen. Es wird damit gerechnet, daß der Versand an die Ärzteschaft bis Ende März 1965 abgeschlossen ist. Nach diesem Termin allerdings dürfte es zweckmäßig sein, sich direkt an den Editio Cantor-Verlag KG in Aulendorf/Württ. zu wenden, damit anhand der Versandkarte nachgeprüft werden kann, aus welchem Grund der Versand des Freixemplars bisher unterblieben ist.

Förderung des Versehrtenportes

Der Bayerische Staatsminister des Innern, Dipl.-Ing. Heinrich JUNKER, stellte dem Bayerischen Versehrten-Sportverband e. V. ein zinsloses Darlehen in Höhe von 300 000 DM, einen Zuschuß von 100 000 DM für den Bau und von 30 000 DM für die Einrichtung eines Sportheimes in Aussicht. Der Verband besitzt bereits geeignetes Gelände in Unterjoch im Allgäu. In dem Versehrtensportheim sollen Übungsleiter und Sportärzte für ihre Aufgaben geschult werden.

„Europa medica“

Ist das Forum für den Austausch von Erkenntnissen und Erfahrungen zwischen den Ärzten Europas. Die Beiträge kommen aus acht Ländern und erscheinen in fünf Sprachen. Die deutsche Ausgabe wird von 1965 ab im Rahmen der „Münchener Medizinischen Wochenschrift“ veröffentlicht. Viermal im Jahr wird eine Ausgabe „Europa medica“ mit einem abgeschlossenen Thema erscheinen.

Die Themen des Jahres 1965 werden lauten: Angstzustände — Der Kopfschmerz — Erkrankungen der oberen Atmungswege — Praktische Urologie.

110 Jahre „Münchener Medizinische Wochenschrift“

Über das, was sich in der Zeitspanne von 1854 bis 1964 auf dem Gebiete der Medizin ereignet hat, gibt ein Sonderheft der „Münchener Medizinischen Wochenschrift“, der ältesten ärztlichen Wochenschrift Deutschlands, Aufschluß.

Im Faksimiledruck tauchen Arbeiten großer Ärzte auf, die in den vergangenen Jahrzehnten Namen und Rang besaßen und Unvergängliches zur Entwicklung der Medizin beitrugen: Der Münchener Internist Johann Nepomuk VON NUSSBAUM; Rudolf VIRCHOW; der Hygieniker Max VON GRUBER; der Psychiater Emil KRAEPELIN; Paul EHRLICH, der Entdecker des Salvarsans; Emil VON BEHRING, der große Forscher und Gründer der Behring-Werke; die Chirurgen SAUERBRUCH, BIER und LIEK; die großen Internisten Friedrich VON MÜLLER und Ludolf VON KREHL und viele andere, deren Namen für immer in den Annalen der Medizin verzeichnet sein werden.



KREWEL-WERKE
Eitorf b. Köln

M

allebrin®

Gurgeln, Spülungen, Wundbehandlung

R-Mallebrinetten®

Adstringo-antiseptische Rachentabletten

Sonder-Flugreise zum Besuch des 68. Deutschen Ärztetages in Berlin

Programm:

Samstag, 22. Mai 1965

9.00 Uhr: Abflug mit einem planmäßigen Caravelle-Sonderflugzeug der AIR FRANCE von München

10.30 Uhr: Landung auf dem Flughafen Berlin-Tegel, Abholung und Autofahrt zum Hotel „Rheinischer Hof“ (am Kurfürstendamm)

12.00 Uhr: Gemeinsames Mittagessen im Hotel-Restaurant

14.00 Uhr: Abfahrt vom Hotel zu einer 2 1/2stündigen Autobus-Rundfahrt durch West-Berlin

16.30 Uhr: Rückkehr zum Hotel.

Für den Abend können den Teilnehmern für verschiedene Theater- oder Kabarett-Aufführungen Karten besorgt werden.

Sonntag, 23. Mai 1965

Frühstück im Hotel

Gelegenheit zur Teilnahme an den Veranstaltungen des Deutschen Ärztetages

Für mitreisende Damen ist am Nachmittag die Möglichkeit geboten, an einer Motorbootfahrt auf dem Wannensee und auf der Havel oder einer Busrundfahrt durch Ost-Berlin teilzunehmen.

Montag, 24. Mai 1965

Frühstück im Hotel

6.15 Uhr: Abfahrt mit Autobus zum Flughafen Berlin-Tegel

7.00 Uhr: Abflug mit Caravelle-Sonderflugzeug der AIR FRANCE nach München

8.30 Uhr: Rückkehr nach München.

Bei einer Beteiligung von 85 Personen ist der Gesamtpreis für diese Reise pro Person 190 DM.

Dabei sind folgende Leistungen eingeschlossen:

Flug München—Berlin—München mit Caravelle-Düsenflugzeug

2 Übernachtungen im Hotel „Rheinischer Hof“ inkl. Frühstück und Service (Doppelzimmer)

Einbettzimmer beschränkt verfügbar; Zuschlag DM 8.—

Mittagessen am Ankunftsstag

Fahrten mit Autobus vom Flughafen Tegel zum Hotel und zurück sowie Stadtrundfahrt durch West-Berlin.

Für den Fall, daß nicht die erforderliche Teilnehmerzahl von 85 Personen erreicht wird, erhöht sich der Preis pro Person um DM 25.—

Näheres bei der Bayerischen Landesärztekammer — Pressestelle —, 8 München 23, Königinstraße 85, Telefon 36 11 21.

BUCHBESPRECHUNGEN

„Krankheit als psychisches Phänomen“, herausgegeben vom Institut für Psychotherapie und Tiefenpsychologie e. V., Stuttgart, Verlag Ernst Klett, Stuttgart, 1964, 184 Seiten, Preis DM 9.50.

Dieses handliche Büchlein versucht in acht Einzelarbeiten die Krankheit als psychisches Phänomen dem suchenden Arzt näherzubringen und faßt die jetzt in der Literatur und in Vorträgen umherschwirrenden psychotherapeutischen Begriffe in anschaulicher Weise zusammen, so daß es für den Anfänger eine gute Einführung, für den schon Erfahreneren eine wertvolle Wiederholung darstellt.

Im Blick auf den Herzinfarkt (Walter F. Seemann) stellt es die Frage „Charakter und Krankheitsanfälligkeit“ heraus und betont die Wichtigkeit der seelischen Führung gerade dieser Kranken, zeigt in einer weiteren Arbeit (Herm. Scheffen), wie gehemmte Emotionen sich in organischen Störungen eine „Organ-sprache“ schaffen, die aber nur der dieses Tatbestandes kundige Arzt zu verstehen vermag. Das Asthma (Urs. Andreas) wird dann dem Leser als ein solches Phänomen in psychagogischer Behandlung dargestellt.

Eine fernere Arbeit (Walter Gollner) befaßt sich an Hand konkreter Fälle mit der Rolle des Willens bei der Entstehung psychosomatischer Störungen, eine andere (Vera Scheffen) wieder stellt — ebenfalls sehr konkret — die Rolle der „Kränkung des gesamten Menschen in seinem Innerweltsein“ dar. Mit dem Hin und Her zwischen kindlichen Ängsten und Störungen der Darmfunktion wird weiter (Rolf Fetscher) herausgearbeitet, daß nicht jede körperliche Störung des Kindes körperlich begründet sein mag.

Hatten alle diese Arbeiten ihren Rückhalt an bestimmten Einzelfällen, so steigt der vorletzte Beitrag (Wolfg. Wesiack) in gedankliche Bereiche und sucht nach der Ortsbestimmung der Psychotherapie und Psychosomatik in der Medizin. Er stellt die gegensätzlichen Positionen zwischen der rein naturwissenschaftlichen und der psychosomatischen Medizin dar, vermeidet jede dogmatische Verhärtung, zeigt aber sehr klar, wie wertvoll die Erweiterung und Vertiefung des Krankheitsbegriffes durch die neue medizinische Richtung ist.

Die letzte Arbeit (Peter Kutter) befaßt sich mit der so oft diskutierten Frage nach der Häufigkeit von seelisch bedingten Erkrankungen und beantwortet sie auf Grund eines größeren statistischen Überblicks.

Man wird es nicht bereuen, dieses kleine handliche Buch (in die Tasche zu stecken und in ruhiger Minute aufzuschlagen!) zu lesen und sich belehren zu lassen auf eine schlichte und unaufdringliche Weise — aber im Hinblick auf die realen Verhältnisse im „ärztlichen Betrieb“ entläßt es einen mit melancholischen Fragen nach dem Standort und den Arbeitsmöglichkeiten des heutigen Arztes.

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

Lyo balsam


ohne Menthol

®

Percutanes
Expectorans
und Inhalat

★

dirigiert das Herz . . .



Rhythmochin[®]

Extrasystolische Herzrhythmusstörungen
Paroxysmale Tachycardie

drohender Infarkt
Infarktnachbehandlung

Peroral
zuverlässig
wirksam

Rhythmochin I Dragées
(Chinidin, Procainamid, Crataegus)
Rhythmochin II Dragées (cum sedativo)
(+ 0,0015 g Phenyläethylbarbitursäure)

Nur für Notfälle: Rhythmochin pro Injektione

O. P. zu 20 und 50 Dragées

Ampullen zu 5 x 10 ccm



CHEMISCHE FABRIK HELFENBERG AG WEVELINGHOVEN/RHEINLAND

KONGRESSE UND FORTBILDUNG

14. Fortbildungskurs für LaboratoriumsassistentInnen

Am 20. März 1965 findet in Augsburg in Zusammenarbeit mit der Firma C. F. Boehringer & Söhne, Mannheim, der 14. Fortbildungskurs für LaboratoriumsassistentInnen statt:

1. „Enzyme und Enzymtests“
2. „Enzymaktivitäts-Bestimmung in der Klinik“
3. „Die Technik der Ausführung von Enzymtests“.

Anmeldungen und Anfragen an Frau Edda Neubner, 8 München 8, Lisztstraße 20.

XVI. Ärztlicher Fortbildungskurs in Bad Kissingen am 3. und 4. April 1965

Wissenschaftliche Leitung: Professor Dr. Schettler, Heidelberg

Veranstalter: Ärztlicher Kreisverband Bad Kissingen und Badeärztliche Vereinigung Bad Kissingen

I. „DER OPERIERTE MAGEN“

Professor Dr. med. H. Kalk, Kassel:
Einführungsvortrag

Professor Dr. med. G. Hegemann, Erlangen:

„Der operierte Magen in chirurgischer Sicht“

Priv.-Dozent Dr. med. G. Berg, Erlangen:

„Diagnose und Therapie der Störungen nach Magenresektion“

Dr. med. H. Brügel, Bad Kissingen:

„Klinische Erfahrungen bei der Behandlung untergewichtiger Magenresezierter“

II. MODERNE THERAPIE DER LEBERERKRANKUNGEN

Professor Dr. med. Knick, Mainz:

„Klinik und Behandlung der Fettleber“

Professor Dr. med. H. Gros, Saarbrücken:

„Behandlung der chronischen Hepatitis“

Priv.-Doz. Dr. med. B. Kommerell, Heidelberg:

„Die Behandlung der dekompensierten Lebereirrhosen“

III. ERKRANKUNGEN DER STEINFREIEN GALLENWEGE

Dr. med. E. Hafter, Zürich:

„Die Klinik der Gallenwegserkrankungen ohne Steine“

Dr. med. W. A. Müller, Stuttgart:

„Allgemeine Pharmakotherapie bei Erkrankungen der Gallenwege“

Priv.-Doz. Dr. med. W. Hess, Zürich:

„Das Postcholecystektomiesyndrom“

Priv.-Doz. Dr. med. W. Dölle, Marburg:

„Zusammenhänge zwischen Erkrankungen des Magens und des Dünndarmes und Gallenwegserkrankungen“

Professor Dr. med. W. Heupke, Bad Homburg v. d. H.:

„Nötiges und Unnötiges bei der Diätbehandlung der Gallenwegserkrankungen“

IV. FREIE VORTRÄGE

Professor Dr. med. E. Buchborn, München:

„Indikation und Durchführung der Therapie mit Saluretika“

Priv.-Doz. Dr. med. H. Nieth, Tübingen:

„Hochdruck bei einseitigen Nierenerkrankungen und seine Behandlung“

Priv.-Doz. Dr. R. Berchtold, Solothurn:

„Chirurgische Komplikationen beim Diabetes mellitus“

Professor Dr. med. H. Grunze, Berlin:

„Cytologische Therapie maligner Tumoren“

Priv.-Doz. Dr. med. Löhr, Tübingen:

„Genetische Enzymdefekte als Ursache hämatologischer Erkrankungen“

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

„Die Bedeutung allergischer Vorgänge in der Gastroenterologie“

Anmeldung und Anfragen an Dr. H. Brügel, Chefarzt des Saale-Sanatoriums — Kurklinik für innere Krankheiten, 873 Bad Kissingen, Kurhausstraße 20.

82. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

vom 21. bis 24. April 1965 in München

Im Kongreßsaal des Deutschen Museums, München

Hauptthemen:

1. Thrombose und Embolie
2. Die Bluttransfusion in der Chirurgie
3. Peritonitis
4. Indikation zur Splenektomie
5. Chirurgie der duodenopankreatischen Region
6. Operationstaktik der Gallenwegsrevision
7. Oesophagus-Carcinom
8. Mamma-Carcinom
9. Der Leistenbruch des Säuglings
10. Der eingeklemmte Harnleiterstein
11. Gelenkfrakturen
12. Rückenmarksverletzungen

Parallelsitzungen:

1. Chirurgie des Herzens
2. Experimentelle Chirurgie:
Wundheilung, Transplantation, Verbrennungen
Abdomen
Knochen, Niere, Thorax
3. Plastische und Wiederherstellungschirurgie:
Plastische und Wiederherstellungschirurgie der Blutgefäße
Auskunft: Professor Dr. H. Krauß, Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik, 78 Freiburg i. Br., Hugstetter Straße 55.

30. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie

vom 6. bis 9. April 1965 in München

Hauptthemen:

- Entwicklung der Hygiene seit Max von Pettenkofer
Mikrobiologie
Lufthygiene und Silikose
Auskunft: Professor Dr. Dr. H. Eyer, Max-von-Pettenkofer-Institut für Hygiene und med. Mikrobiologie, 8 München 15, Pettenkoferstraße 9a.

14. Deutscher Kongreß für ärztliche Fortbildung Berlin 1965

vom 21. bis 26. Mai 1965

Hauptthemen:

- Aktuelle therapeutische Fragen
Tuberkulose
Lymphadenopathien
Klinische Immunologie und Allergie
Vitamine in Therapie und Ernährung
Probleme der Schutzimpfungen
Aktuelle Fragen der Arzneimitteltherapie in der Praxis
Auskunft: Kongreßgesellschaft für ärztliche Fortbildung e. V., 1 Berlin 41 (Steglitz), Klingsorstraße 21

46. Tagung der Deutschen Röntgengesellschaft

vom 29. April bis 2. Mai 1965 in Nürnberg

Hauptthemen:

- Schädelunfalldiagnostik
Pädiatrische Röntgendiagnostik
Strahlenbedingte Alterung
Röntgendiagnostik der Tumoren des weiblichen Beckens
Neue Gesichtspunkte und Untersuchungsmethoden in der Röntgendiagnostik und Nuklearmedizin
Strahlenbehandlung der Geschwülste im Gesicht-, Schädel- und Halsbereich
Halsmarksschädigungen durch ionisierende Strahlung
Auskunft: Medizinaldirektor Dr. A. Jakob, 85 Nürnberg, Städtische Krankenanstalten, Flurstr. 17.

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 Anknüpfstelle in Verbindung zu setzen.

März 1965:

- 15.—19. 3. in Neuherberg bei München: Strahlenschutzkurs; 1. Fortbildungskurs. Auskunft: Dr. R. Wittenzellner, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.
- 15.—27. 3. in München und Garmisch-Partenkirchen: I. Internationales Seminar für Sport-Medizin. Auskunft: Bayerischer Sportärztebund e.V., 8 München 2, Briener Straße 50.
15. 3.—2. 4. in Berlin: Strahlenschutzkurs der Akademie für Arbeitsmedizin. Auskunft: Dr. Stollenz, 1 Berlin 19, Soorstraße 83.
20. 3. in Augsburg: 14. Fortbildungskurs für Laboratoriums-assistentinnen. Auskunft: Frau Edda Neubner, 8 München 8, Lisztstraße 20.
- 20.—27. 3. in Bad Hofgastein: Fortbildungskurs für Geriatrie. Auskunft: Prim. Doz. Dr. W. Doberauer, Wien XIV, Hütteldorfer Straße 188.
- 22.—26. 3. in Neuherberg bei München: Strahlenschutzkurs; 2. Fortbildungskurs. Auskunft: Dr. R. Wittenzellner, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.
- 22.—26. 3. in Paris: Internationaler Kongreß für den medizinischen Film. Auskunft: Dr. G. Beauchesne, Centre International du Film Médical, 36, Rue de Ponthieu, Paris 8e.
- 22.—27. 3. in Bern: Fortbildungskurs „Diagnose und Therapie cerebraler Bewegungsstörungen“. Auskunft: Zentrum für cerebrale Bewegungsstörungen, Bern, Inselspital.
- 26.—28. 3. in Augsburg: 35. Vortragsreihe des „Augsburger Fortbildungskongresses für praktische Medizin“. Auskunft: Sekretariat der Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin, 89 Augsburg, Schaezlerstraße 15.
- 26.—28. 3. in Bad Driburg: 7. Bad Driburger Fortbildungskurs. Auskunft: Chefarzt Dr. Pracejus, 349 Bad Driburg.
- 26.—29. 3. in Loccum: Tagung der Evangelischen Akademie Loccum: „Mittelstand und sozialer Aufstieg.“ Auskunft: Evangelische Akademie Loccum, 3055 Loccum.
27. 3. in Neuherberg bei München: Strahlenschutz-Informationstagung. Auskunft: Dr. med. Wittenzellner, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.
- 27.—28. 3. in Bergzabern: Wochenendkurs in praktischer Elektrokardiographie für Anfänger. Auskunft: Doz. Dr. Dr. Franz Kienle, Herz-Spezial-Klinik Bergzabern, 6748 Bergzabern.
- 27.—28. 3. in Bad Oeynhausen: Arbeitstagung der Deutschen Gesellschaft für Verkehrsmedizin e.V., Sektion

Arzneimittel und Verkehr. Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Verkehrsmedizin e.V., 65 Mainz, Langenbeckstraße 1.

29. 3.—24. 4. in Chicago: Internationaler Kurs über quantitative Zytochemie. Auskunft: Center for Continuing Education, University of Chicago, 1307 East 60 th Street, Chicago, Illinois 60 637 USA.

April 1965:

- 2.—4. 4. in Bad Kissingen: Ärztlicher Fortbildungskurs. Auskunft: Dr. Brügel, Chefarzt des Saale-Sanatoriums, 873 Bad Kissingen, Kurhausstraße 20.
- 4.—9. 4. in München: 30. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie. Auskunft: Prof. Dr. Dr. H. Eyer, Max von Pettenkofer-Institut, 8 München 15, Pettenkoferstraße 9a.
- 6.—9. 4. in München: 30. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie. Auskunft: Max-von-Pettenkofer-Institut für med. Hygiene und Mikrobiologie, 8 München, Max-von-Pettenkofer-Straße 8.
- 8.—10. 4. in Prag: 12. Biometrisches Colloquium. Auskunft: Ústav Séra Ockovacích Látek, z. Hd. von Herrn Mag. Math. V. Maly, Trida Wilhelma Piecka 108, Prag 10, CSSR.
- 12.—14. 4. in München: Kongresse für Krankenhaushygiene. Auskunft: Doz. Dr. K. Liebermeister, Bakt.-Hygien. Institut, 8 München 8, Ismaninger Str. 22.
- 14.—17. 4. in Athen: IV. Akademische Tagung deutschsprechender Professoren und Privatdozenten für Geburtshilfe und Gynäkologie. Auskunft: Prof. Dr. N. C. Lourous, Dir. d. Staatl. Universitäts-Frauenklinik „Alexandra“, K.-Lourousstraße, Athen (611), Griechenland.
- 20.—22. 4. in Bad Nauheim: Kurs der Elektrokardiographie und modernen Kreislaufdiagnostik. Auskunft: Kardiologische Abteilung des W.-G.-Kerckhoff-Instituts, Bad Nauheim.
- 20.—30. 4. in Isny/Allgäu (Schloßgut Neutrauchburg: Elnführungslehrgang in die Manual-Therapie (Wirbelsäule und Extremitäten). Auskunft: Sekretariat der MWE, 7972 Schloßgut Neutrauchburg über Isny/Allgäu.
- 21.—23. 4. in Augsburg: Arbeitstagung der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e.V. Auskunft: Geschäftsstelle der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation Behinderter e.V., 69 Heidelberg-Schlierbach, Zechnerweg 1a.
- 21.—23. 4. in Mainz: Wissenschaftlicher Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Ernährung. Auskunft: Wissenschaftliches Sekretariat der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, 6 Frankfurt/Main, Feldbergstraße 28.
- 21.—24. 4. in Wien: 2. Tagung der Föderation Europäischer Biochemischer Gesellschaften. Auskunft: Sekretariat der 2. Tagung der Föderation Europäischer Biochemischer Gesellschaften, Wien IX, Alserstraße 4.
- 21.—24. 4. in München: 82. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Auskunft: Prof. Dr. H. Krauß, Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik, 78 Freiburg i. Breisgau, Hugstetter Straße 55.

Lymphozil

KLEINTABLETTE[®]

die Umstimmungszur
für Lymphatiker
bei ungenügender Infektabwehr

JULIUS REDEL CESRA-ARZNEIMITTELFABRIK
HAUENECKERSTEIN 5/BADEN-BADEN

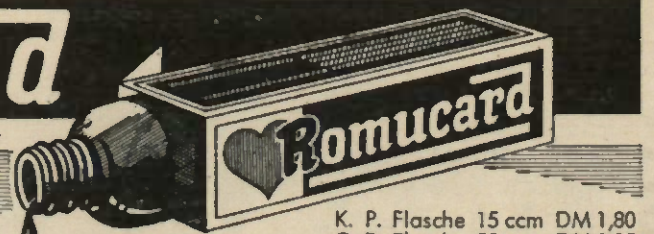
21. 4.—8. 7. in **Hamburg**: Kursus über Tropenmedizin und medizinische Parasitologie. Auskunft: Kursussekretariat, Bernhard-Nocht-Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten, 2 Hamburg 4, Bernhard-Nocht-Straße 74.
- 23.—24. 4. in **Rostock-Warnemünde**: 3. Frühjahrstagung der Sektion Pädiatrie der Deutschen Gesellschaft für Klinische Medizin. Auskunft: Doz. Dr. med. habil. W. Pienert, Universitäts-Kinderklinik, Rostock, Rembrandtstraße 18/17.
- 23.—25. 4. in **Bad Nauheim**: Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kreislaufforschung. Auskunft: W.-G.-Kerckhoff-Institut, Bad Nauheim.
24. 4. in **Mainz**: Symposion über „Klinische Ernährung“. Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V., 6 Frankfurt/Main, Feldbergstraße 28.
- 24.—25. 4. in **Göttingen**: Symposion über Anorexia nervosa. Auskunft: Dr. H. Feldmann, Göttingen, Von-Siebold-Straße 5.
- 24.—25. 4. in **Bad Bergzabern**: Wochenend-Kurs in praktischer Elektrokardiographie. Auskunft: Sekretariat der Herz-Spezialklinik Bergzabern/Rheinpfalz.
- 25.—28. 4. in **Mainz**: 6. Frühjahrstagung der Deutschen Pharmakologischen Gesellschaft. Auskunft: Prof. Dr. G. Kuschinsky, Pharmakologisches Institut der Universität, 65 Mainz, Langenbeckstraße 1.
- 26.—29. 4. in **Wiesbaden**: 71. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. Auskunft: Prof. Dr. B. Schlegel, 62 Wiesbaden, Städtische Krankenanstalten.
- 26.—30. 4. in **Neuherberg bei München**: Strahlenschutz in Röntgendiagnostik und -therapie für Ärzte. Auskunft: Dr. R. Wittenzellner, Institut für Strahlenschutzkunde, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.
- 27.—30. 4. in **Lissabon**: Tagung der Internationalen Union gegen Geschlechtskrankheiten und Treponematosen. Auskunft: Prof. Dr. G. A. Camaperia, Via Salazia 237, Rom. *
- 27.—30. 4. in **Bad Godesberg**: Informationslehrgang „Der Arzt am Unfallort“. Auskunft: Dr. Stoeckel, Leiter der Bundesschule des Deutschen Roten Kreuzes, 532 Bad Godesberg-Mehlem, Mainzer Straße 238.
28. 4.—2. 5. in **Nürnberg**: 46. Tagung der Deutschen Röntgen-gesellschaft. Auskunft: Med.-Dir. Dr. A. Jakob, 85 Nürnberg, Städtische Krankenanstalten, Flurstraße 17.
- Mal 1965:**
- 2.—9. 5. in **Barcelona**: Symposium der Internationalen Gesellschaft der Endodontie. Auskunft: Secretaria General, Tapineria, 10,2.0, Barcelona 2.
- 2.—22. 5. in **Bad Wörishofen**: 24. Ärztlicher Fortbildungslehrgang der Ärztlichen Gesellschaft für Hydrotherapie, Physiotherapie, Kneippärztebund e. V. Auskunft: Kneippärztebund e. V., Bad Wörishofen, Postfach 180.
- 3.—7. 5. in **Neuherberg b. München**: Einführungskurs in den Strahlenschutz für Ärzte. Auskunft: Dr. R. Wittenzellner, Institut für Strahlenschutzkunde, Neuherberg b. München, Ingolstädter Landstraße 1.
- 3.—8. 5. in **Lindau**: 15. Lindauer Psychotherapiewoche. Auskunft: Dr. Helmuth Stolze, 8 München 27, Adalbert-Stifter-Straße 31.
- 3.—8. 5. in **Innsbruck**: Kurs „Einführung in die Hämatologie mit praktischen Übungen“. Auskunft: Sekretariat der Medizinischen Universitätsklinik, Innsbruck.
- 3.—21. 5. in **Neuherberg b. München**: Strahlenschutzkurs (Einführungskurs, 1. und 2. Fortbildungskurs) für Ärzte. Auskunft: Dr. R. Wittenzellner, Institut für Strahlenschutzkunde, Neuherberg b. München, Ingolstädter Landstraße 1.
4. 5. in **Genf**: 18. Weltgesundheitsstagung. Auskunft: WHO, Palais des Nations, Genf.
- 5.—9. 5. in **Bad Kissingen**: Jahreskongreß für Labormedizin 1965 der Deutschen Gesellschaft der Fachärzte für Laboratoriumsdiagnostik. Auskunft: Dr. W. Altbath, 87 Würzburg, Katharinengasse 3.
- 6.—8. 5. in **Hamburg**: VIII. Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Vereinigung für Jugendpsychiatrie. Auskunft: Prof. Dr. H. Albrecht, Psychiatrische u. Nervenklinik der Universität Hamburg, 2 Hamburg 20, Martinistr. 52.
8. 5. in **Neuherberg bei München**: Strahlenschutz-Informationstagung. Auskunft: Dr. med. Wittenzellner, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.
- 10.—11. 5. in **Wiesbaden**: Jahresversammlung des Stifterverbandes für die Deutsche Wissenschaft. Auskunft: Stifterverband für die Deutsche Wissenschaft, 43 Essen-Bredeney.
- 10.—12. 5. in **Wielmar**: 11. Therapietagung der Deutschen Gesellschaft für klinische Medizin. Auskunft: Dr. A. Kopseel, Wielmar, Erfurter Straße 38.
- 10.—14. 5. in **Neuherberg b. München**: Strahlenschutzkurs (1. Fortbildungskurs) für Ärzte. Auskunft: Dr. R. Wittenzellner, Institut für Strahlenschutzkunde, Neuherberg b. München, Ingolstädter Landstraße 1.
- 11.—14. 5. in **Bad Godesberg**: Informationslehrgang „Ärztinnen im Deutschen Roten Kreuz“. Auskunft: Dr. Stoeckel, Leiter der Bundesschule des Deutschen Roten Kreuzes, 532 Bad Godesberg-Mehlem, Mainzer Str. 238.
- 17.—21. 5. in **Neuherberg b. München**: Strahlenschutzkurs (2. Fortbildungskurs) für Ärzte. Auskunft: Dr. R. Wittenzellner, Institut für Strahlenschutzkunde, Neuherberg b. München, Ingolstädter Landstr. 1.
- 19.—22. 5. in **Leipzig**: Tagung der Vereinigung der Neurochirurgen. Auskunft: Prof. Dr. Merrem, Leipzig C 1, Johannisallee 34.
- 19.—22. 5. in **Dortmund**: 25. FAB-Fachausstellung für Anstaltsbedarf, verbunden mit der 48. Jahrestagung der

Romucard

Das vorzügliche Herztonicum mit spasmolytischer Wirkung



Indikation:
 Altersherz
 Zirkulationsstörungen
 Hypertonie
 nervöse und
 krampfartige
 Herzbeschwerden



K. P. Flasche 15 ccm DM 1,80
 O. P. Flasche 30 ccm DM 2,95

Zusammensetzung:

Papaver. 0,3%, Nitroglyc. 2,5 mg%, Tinct. Adonid 7%, Tinct. Bellad. 4%, Tinct. Valerian. 3%, Tinct. Castan. 6%, Aneurin hydr. 50 mg%, Acid. ascorb. 500 mg%.

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



*Wegen Erkrankung
vorübergehend geschlossen!
Dienstbereit: Dr. Schülke
Bahnhofstr. 14*

sind Sie zum Doktor gegangen,
Herr Doktor??

Mitnichten! Denn warum sollte ein Doktor zum Doktor gehen, wenn er eine Grippe oder einen fiebrigen Infekt hat?

Ihm hilft in diesem Falle das gleiche, was er auch seinen Patienten verschreiben würde... DITONAL... wenn diese Fieber, Schmerzen oder spastische Beschwerden hoben.

Und wenn Sie dann wieder gesund sind, ärgern Sie sich bitte nicht über uns! In Ihrem inzwischen überquellenden Briefkasten ist keine Werbung für DITONAL KINDERZAPFCHEN drin!

Die kennt doch sowieso jeder!

ATHENSTAEDT - ARZNEIMITTEL - BREMEN

DITONAL®

(simplex)

schmerzstillende, fiebersenkende Zapfchen

Athenstaedt & Redeker, Bremen

12

Stück

bitte
kühl
lagern!

- Fachvereinigung der Verwaltungsleiter deutscher Krankenanstalten e. V. Auskunft: Westfalenhalle GmbH, 56 Dortmund, Rheinlanddamm 200.
- 20.—22. 6. in Rostock: Gründungstagung der Arbeitsgemeinschaft für Gastroenterologie und Ernährung. Auskunft: Prof. Dr. M. Gülzow, Dir. d. Med. Universitätsklinik, Rostock, Ernst-Heldemann-Straße.
- 21.—23. 5. in Paris: II. Internationaler Kongreß für Exfoliativ-Zytologie. Auskunft: International Congress of Exfoliative Cytology, Acta Cytologica, 5841 Maryland Avenue, Chicago, Illinois.
- 21.—28. 5. in Berlin: 68. Deutscher Ärztetag mit Filmfortbildungsprogramm. Auskunft: Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
- 21.—28. 5. in Berlin: 14. Deutscher Kongreß für ärztliche Fortbildung, gemeinsam mit dem 68. Deutschen Ärztetag. Auskunft: Kongreßgesellschaft für ärztliche Fortbildung e. V., Berlin 41, Klingsorstraße 21.
- 21.—22. 5. in Kiel: 10. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für die Ästhetische Medizin und ihre Grenzgebiete. Auskunft: Prof. Dr. A. Proppe, Hautklinik der Universität, 23 Kiel-Wik, Welmarer Straße 8.
- 23.—26. 5. in Berlin: Internationale sozialmedizinische Tagung. Auskunft: Sekretariat der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin, Hamburg 13, Aistergiacis 3.
- 23.—29. 5. in Bad Nauheim: Ärztekurs für Homöopathie (Kurs C) des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte. Auskunft: Dr. M. Stübler, Augsburg, Ulrichplatz 8.
- 24.—26. 5. in Neuherberg b. München: Strahlenschutzkurs (Ergänzungskurs). Auskunft: Dr. R. Wittenzeller, Institut für Strahlenschutzkunde, Neuherberg b. München, Ingolstädter Landstraße 1.
- 24.—26. 5. in Wien: 4. Internationaler Kongreß der Internationalen Föderation für Hygiene und Präventivmedizin. Auskunft: Kongreß-Sekretariat der Wiener Medizinischen Akademie für Ärztliche Fortbildung, Wien IX, Aiserstraße 4.
- 24.—26. 5. in Pörschach/Kärnten: Tagung der Österreichischen Tuberkulose-Gesellschaft. Auskunft: Kongreß-Sekretariat der Wiener Medizinischen Akademie für Ärztliche Fortbildung, Wien IX, Aiserstraße 4.
- 24.—26. 5. in Velden/Kärnten: 9. Jahreshauptversammlung der Österreichischen Ophthalmologischen Gesellschaft. Auskunft: Kongreß-Sekretariat der Wiener Medizinischen Akademie für Ärztliche Fortbildung, Wien IX, Aiserstraße 4.
- 24.—27. 5. in Rom: 5. Internationale Schilddrüsenkonferenz. Auskunft: Dr. M. Anreoli, Istituto di Patologia Medica, Policlinico Umberto I, Rom.
- 26.—29. 5. in Berlin: Diagnostikkurs (D-Kurs) der ärztlichen Forschungsgemeinschaft für Arthrologie und Chirotherapie (FAC) e. V. Auskunft: Sekretariat der FAC, Hamm/Westf., Ostenallee 83.
- 27.—29. 5. in Bad Nauheim: 117. Jahresversammlung des Deutschen Zentralvereins homöopathischer Ärzte e. V. Auskunft: Dr. M. Stübler, 89 Augsburg, Ulrichplatz 8.
- 27.—29. 5. in Wien: 7. Kongreß der Internationalen Union der Medizinischen Presse. Auskunft: Dr. G. Josef, Wien 1, Weihburggasse 10—12.
- 27.—30. 5. in Regensburg: 34. Veranstaltung des Regensburger Kollegiums für ärztliche Fortbildung. Themen: Bakteriostatische Therapie, Notfallmedizin und Diätetik in der Praxis. Auskunft: Sekretariat der Kursleitung, 84 Regensburg, Altes Rathaus.
- 28.—29. 5. in Schwerin: Jahreskongreß der Gesellschaft für ärztliche Psychotherapie. Auskunft: Med.-Rat Dr. Berthold, Direktor der Bezirksnervenklinik Schwerin.
- 29.—30. 5. in Düsseldorf: Neurologischer Fortbildungskurs der Deutschen Gesellschaft für Neurologie. Auskunft: Sekretariat der Neurologischen Klinik der Med. Akademie, 4 Düsseldorf, Moorenstraße 5.
- 29.—30. 5. in Bad Bergzabern: Wochenend-Kurs in praktischer Elektrokardiographie für Anfänger. Auskunft: Sekretariat der Herz-Spezialklinik Bergzabern/Rheinpfalz.
30. 5.—12. 6. in Montecatini Terme: III. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer (Thema: „Prophylaktische Medizin, ein Grundpfeiler der Therapie in der Praxis“). Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
31. 5.—2. 6. in Erfurt: 4. Jahreskongreß der Arbeitsgemeinschaft klinische Pathologie und klinische Chemie. Auskunft: Prof. Dr. Baufeld, Erfurt, Nordhäuser Straße 74.
31. 5.—12. 6. in Grado: Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer (Thema: „Prophylaktische Medizin, ein Grundpfeiler der Therapie in der Praxis“). Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
31. 5.—3. 6. in Stuttgart: 29. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs-, Versorgungs- und Verkehrsmedizin e. V. Auskunft: Prof. Dr. Robert Herget, 43 Essen, Henricistr. 92.

Beilagenhinweis

Dieser Ausgabe sind Prospekte folgender Firmen beigelegt:
 Klinge, München 23
 Byk-Gulden, Konstanz
 Chem. Fabrik v. Heyden A. G., München
 Vial & Uhlmann, Frankfurt
 Bene-Chemie GmbH., München

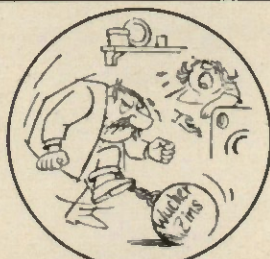
Die auf Seite 178 veröffentlichte Bildleiste von München (1702) ist eine Verkleinerung, die uns vom Münchener Stadtarchiv, der Besitzerin des großen Bildes, freundlicherweise zur Verfügung gestellt wurde.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstraße 65/III, Tel. 38 11 21. Schriftleiter: Dr. med. Willy Reichstein.

Die Zeitschrift erscheint monatlich.
 Bezugspreis vierteljährlich DM 2,40 einschl. Postzeitungsgebühren. Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten. Post-scheckkonto Nr. 52 52, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Anzeigenverwaltung:

ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG., 8 München 15, Postfach, Sonnenstr. 29, Tel. 55 80 81, Fernschreiber: 05 23662, Telegrammadresse: atlaspress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharfing, München. Druck Richard Pfäum Verlag, München. Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrophotographie sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten.

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



Herrn Maier's Frau hat unbesorgt bei dem „Kredithai“ Geld geborgt. Die neue Waschmaschine — „Fein!“ Doch Maier hat 'nen Klotz am Bein!



Die Klügerer fuhren besser mit dem vorteilhaften „Kleinkredit“ der Sparkasse und sind voll Freude. („Kredithai“ macht hier keine Beute!)



Wer „Köpfchen“ hat, läßt Vorsicht walten, prüft viel genauer als Frau Maier, was im Kreditvertrag enthalten: Am Zins erkennt man den Verleiher!



Wenn's um Geld geht
SPARKASSE