

BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Nummer 12

München, Dezember 1965

20. Jahrgang

WEIHNACHTSGRUSS

LIEBE KOLLEGINNEN UND KOLLEGEN!

Das Jahr 1965, welches in wenigen Tagen zu Ende geht, darf man mit guten Gründen als ein Jahr stürmischer Auseinandersetzungen, aber auch bedeutsamer Entwicklungen bezeichnen. Seine ersten Wochen standen im Zeichen des Kampfes um die neue Gebührenordnung. Dank des Zusammenwirkens wesentlicher Gruppen der Ärzteschaft konnten wir unsere Forderungen hinsichtlich der Gestaltung der allgemeinen Bestimmungen durchsetzen und so die Vertragsfreiheit der Ärzte erhalten. Mögen die Gebührensätze selbst auch unbefriedigend sein, so ermöglichten sie doch einen Fortschritt in der Honorargestaltung vor allem der Kassenärzte.

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns hat nach Erlaß der neuen Gebührenordnung die Verträge mit allen bayerischen Kassen gekündigt und neue Vereinbarungen getroffen. Die grundlegende Änderung des Vergütungssystems machte umfangreiche Vertragsverhandlungen erforderlich, welche die letzten Wochen dieses Jahres ausfüllen und sich als äußerst schwierig erweisen.

In Durchführung der Beschlüsse des 17. Bayerischen Ärztetages in Oberstdorf wurde ein Sprechstundenblatt für die ärztliche Betreuung werdender Mütter allen Praktischen Ärzten und Frauenärzten von der Kammer zur Verfügung gestellt. Damit sind die organisatorischen Voraussetzungen für eine optimale Schwangerschaftsbetreuung in der Hand des niedergelassenen Arztes getroffen worden. Diesen organisatorischen Rahmen auszufüllen, ist die Aufgabe der angesprochenen Kollegen. Wir sind sicher, daß sie ihr gerecht werden. Das Ende der freien Arztwahl in der Gesundheitsvorsorge wäre sonst schon gekommen, bevor sie richtig begann. Gerade auf diesem Gebiet der ärztlichen Tätigkeit ist nämlich die Auseinandersetzung zwischen uns, die wir die freie Arztwahl verlangen, und denjenigen, die alles institutionalisieren wollen, nach lange nicht beendet. Verhindern läßt sich die Beratungsstelle nur dann, wenn die freipraktizierende Ärzteschaft diese Aufgabe voll erkennt und auch erfüllt. Sie muß es auch dann tun, wenn der Anfang schwer und belastend sein mag.

In zahlreichen Versammlungen unserer bayerischen Kollegen stand in diesem Jahr die Bayerische Ärzteversorgung im Mittelpunkt der Diskussion. Eine Welle der Sorge um die Leistungskraft unserer Anstalt, aber auch um ihren Leistungswillen, ausgelöst durch einige Veröffentlichungen, ging durch das Land. Der 18. Bayerische Ärztetag hat eingehend über alle diese Fragen beraten. Alle Kollegen wurden durch ein Sonderheft unseres Ärzteblattes darüber unterrichtet und konnten oder können den Wortlaut der Referate und der Diskussionen nachlesen. Lassen Sie uns auch an dieser Stelle noch einmal versichern, daß die Fortentwicklung der Bayerischen Ärzteversorgung das besondere Anliegen der Kammer ist und bleiben wird.

Schließlich darf nicht unerwähnt bleiben, daß die Delegierten des Bayerischen Ärztetages der Kammer alle Möglichkeiten gegeben haben, um unseren alten Kollegen und Arztwitwen, welche sich keine oder nur eine unzureichende Rente aus der Ärzteversorgung sichern konnten, in großzügiger Weise zu helfen. Für das Land Bayern kann festgestellt werden, daß damit auch die letzte Lücke geschlossen ist.

Ein Weihnachtsgruß kann kein „Tätigkeitsbericht“ sein; wir hoffen deshalb, daß unsere Veröffentlichungen im „Bayerischen Ärzteblatt“ auch in diesem Jahr Ihr Interesse fanden. Es ist uns ein Bedürfnis, allen Kolleginnen und Kollegen in Bayern, die der Kammer ihr Vertrauen schenken, sehr herzlich dafür zu danken. Seien Sie gewiß, daß wir auch in der Zukunft das Wohl unserer Kollegen als oberstes Gebot unserer Arbeit betrachten werden.

Ihnen allen, liebe Kolleginnen und Kollegen und Ihren Familien, wünschen wir ein gesegnetes Weihnachtsfest und ein glückliches, erfolgreiches und gesundes neues Jahr.

Dr. Sewering

Dr. Sandermann

Die ärztliche Versorgung der alten Menschen*)

Von Hans J. Sewering

Wenn man über das Thema „Die ärztliche Versorgung der alten Menschen“ spricht, so muß man an den Anfang eine Feststellung setzen, die eigentlich selbstverständlich, aber wie vielfältige Erfahrungen lehren, doch notwendig ist: Alter ist nicht gleich Krankheit, Altern heißt nicht krank werden!

Es ist aber auch kein reiner Abnutzungsvorgang, dem das Leben des Menschen in seinem Ablauf unterliegt. Man könnte es vielleicht eher als einen Wandlungsvorgang bezeichnen, und BÜRGER, der bedeutende Leipziger Internist, spricht von einer Biomorphose, unter der er alle materiellen und funktionellen Lebenswandlungen verstand, welche der menschliche Körper und seine Organe von der Konzeption bis zum Tode physiologischerweise durchmachen.

Dennoch sind wir uns bewußt, daß Alter und Krankheit nahe beisammen liegen, so wie wir uns daran gewöhnt haben, Gesundheit mit dem Begriff der Jugend zu verbinden. Wir wissen, daß die Häufigkeitskurven gewisser Krankheiten mit zunehmendem Alter steil ansteigen, daß sich die Verlaufsformen der Krankheiten im Alter ändern, ebenso wie die Reaktionsweise der alten Menschen. Die Gefahr des operativen Eingriffs ist im Alter größer als in der Jugend, wenngleich wir mit Freude feststellen dürfen, daß dank der enormen Fortschritte der modernen Chirurgie, und vor allem auch der Anästhesie, das Risiko des operativen Eingriffs auch für den alten Menschen bedeutend geringer geworden ist. Es gibt also eine Reihe von guten Gründen dafür, die Fragen der ärztlichen Betreuung der alten Menschen gesondert zu behandeln.

Dabei sind wir uns darüber klar, daß die medizinischen Fragen und die der ärztlichen Versorgung nur ein Teilgebiet aus dem Gesamtproblem „alte Menschen in unserer Gesellschaft“ sind. Es kann nicht meine Aufgabe sein, der bedeutungsvollen Frage nachzugehen, wieso man überhaupt von einem „Problem“ der alten Menschen spricht. Die menschliche Gesellschaft ist eine Mischung aus Alten und Jungen, vom Säugling bis zum Greis, und im normalen Ablauf des Lebens unserer Gesellschaft hat jedes Lebensalter seine besondere Aufgabe zu erfüllen.

Wenn diese Tatsache immer mehr aus dem Bewußtsein unserer Menschen verschwunden ist und die Kinder und Alten zum Unterschied von den Berufstätigen unter der Bezeichnung „Belastungsquote“ zusammengefaßt werden, so vielleicht auch deshalb, weil die in der Regel mehrere Generationen umfassenden sog. Groß-Familien, wie wir sie fast nur noch auf dem bäuerlichen Anwesen antreffen können, für die Mehrzahl unserer Mitmenschen kein rechter Begriff mehr sind. Wenn ich sie trotzdem als den Idealfall innerhalb der menschlichen Gesellschaft ansprechen möchte, so bin ich mir bewußt, daß es heute nicht mehr möglich sein wird, diesen Idealfall zum Normalfall zu machen. Es scheint mir aber doch beachtenswert, daß viele Flüchtlingsfamilien, welche nach ihrer Vertreibung eine neue Existenz in unserem Lande aufbauen mußten, diese Familiengemeinschaft erhalten oder vielleicht

wieder hergestellt haben, um aus gemeinsamer Kraft der Alten und Jungen das neue Nest zu bauen.

Bei allen Überlegungen, welche wir anstellen, sollten wir aber den Idealfall vor Augen haben und uns bewußt bleiben, daß jede andere Lösung, die wir suchen und finden, ein Behelf, also eine Ersatzlösung ist, aus der wir das Beste machen wollen.

Es ist leider nicht zu vermeiden, die Größe und Bedeutung eines Problems anhand von Zahlen zu beweisen oder glaubhaft zu machen. Lassen Sie deshalb auch zu unserem Thema einige Zahlen über sich ergehen: Wir wissen — und sind sehr stolz darauf —, daß die Lebenserwartung eines Neugeborenen in den letzten Jahrzehnten erheblich zugenommen hat. Betrug sie 1870 noch 35 Jahre, im Jahre 1900 46 Jahre, so konnte man 1960 bereits eine durchschnittliche Lebenserwartung von 68 Jahren registrieren. Für das Schicksal des einzelnen alten Menschen mag diese Zahl nicht die entscheidende sein, denn die Lebenserwartung des heute 65jährigen ist gegenüber derjenigen seines Altersgenossen vor 100 Jahren nur wenig angestiegen; sie betrug seinerzeit — also vor 100 Jahren — für den damals 65jährigen 10,8; für den heute 65jährigen beträgt sie rund 12 Jahre (zitiert nach STOERMER). Die gestiegene Lebenserwartung unserer Bevölkerung insgesamt ist aber entscheidend für den zunehmenden Anteil der alten Menschen an der Gesamtbevölkerung.

Der Anteil der über 65jährigen an der Gesamtbevölkerung betrug im Jahre 1910 5,5 Prozent, 1955 bereits 10 Prozent und wird bis zum Jahre 1980 auf 15 Prozent anwachsen.

Dabei ist die Lebenserwartung der Frauen eindeutig besser als die der Männer. Es gibt 50 Prozent mehr Witwen als Witwer. Die Durchschnittsdauer der Ehe ist von ungefähr 17 Jahren in der Mitte des 18. Jahrhunderts auf ungefähr 39 Jahre in der Gegenwart gestiegen. Für das Jahr 2000 wird eine durchschnittliche Ehe-dauer von 45 Jahren vorausgesagt (zitiert nach KOENIG).

Daß Alter nicht gleichbedeutend ist mit Untätigkeit, zeigen die folgenden Zahlen:

Im Jahre 1959 waren von 856 000 Männern im Alter von 65 bis 70 Jahren 299 000 oder 35,5 Prozent erwerbstätig. Von den 70- bis 75jährigen arbeiteten noch 22,6 Prozent, von den über 75 Jahre alten die erstaunliche Zahl von 92 000 oder 11,9 Prozent. Man kann annehmen, daß die tatsächlichen Zahlen noch höher liegen, weil diejenigen alten Menschen, welche innerhalb einer Familiengemeinschaft tätig waren, kaum erfaßt sein dürften.

Wenn wir schließlich noch der Frage nachgehen, wo die alten Menschen wohnen, so stellen wir fest, daß rund 82 Prozent allein leben (verheiratet, alleinstehend, verwitwet), etwa 14 Prozent leben innerhalb der Familiengemeinschaft und rund 4 Prozent in Altersheimen.

Wollen wir uns nun nach dieser allgemeinen Orientierung den Fragen nach Gesundheit und Krankheit der alten Menschen zuwenden:

Schon einleitend habe ich betont, daß Altern nicht gleichbedeutend ist mit Krankwerden, aber wir wollen

*) Vortrag auf dem Gesundheitspolitischen Kongreß der Christlich-Sozialen Union in Bayern am 12. Mai 1965 in München.

nicht verkennen, daß die Begriffe Alter und Krankheit doch mit zunehmendem Alter immer mehr zu Nachbarn werden. Die Ursachen sind vielfältig:

In einer Umwelt, die wie die unsrige so weitgehend bestimmt wird durch das Jagen nach Erfolg und Besitz, in welcher das Erleben-Wollen zur quälenden Unrast geführt hat, sind ältere und alte Menschen besonders starken psychischen und physischen Belastungen ausgesetzt. Die Anforderungen des Berufslebens sind in weiten Bereichen nicht auf das höhere Lebensalter abgestimmt, so daß der ältere Mensch einer immer mehr zunehmenden Beanspruchung seiner geistigen und körperlichen Kräfte unterworfen ist. Tritt er dann in den Ruhestand, so entstehen neue Konflikt-Situationen, weil so mancher mit dem Übergang von der rastlosen Arbeit zum ständigen Feierabend nicht fertig wird. Verbrauchs- und Alterungserscheinungen am Skelett, an Herz- und Kreislauf machen sich immer mehr bemerkbar; als kennzeichnend seien nur die Arthrose der Gelenke, die Verhärtung der Gefäße — Arteriosklerose — erwähnt. Es kommen hinzu die Erkrankungen, welche im Alter gehäuft auftreten, wie etwa die bösartigen Geschwülste, oder die schon länger bestehende und mit fortschreitendem Alter immer mehr Beschwerden verursachende chronische Bronchitis mit dem zunehmenden Lungenemphysem, und der Diabetes mit seinen Komplikationen.

Die Bedeutung der bösartigen Geschwülste möge an einer einzigen Zahl aufgezeigt werden:

Bei einem Bevölkerungsanteil der über 65jährigen von 11,4 Prozent im Jahre 1963 war ihr Anteil an Todesfällen durch bösartige Neubildungen 57 Prozent.

Die Tuberkulose wird immer mehr zu einer Alterskrankheit. Die Sehfähigkeit, die Hörkraft lassen nach. Dazu kommen, wie in jedem Lebensalter, die akuten Erkrankungen und Unfälle, welche ein chirurgisches Eingreifen mit den damit verbundenen Gefahren erforderlich machen.

Lassen Sie mich auch dazu einige Zahlen anführen, welche die erhöhte Krankheitshäufigkeit im höheren Alter kennzeichnen:

1963 betragen die Aufwendungen der Ortskrankenkassen für Arzneien, Heil- und Hilfsmittel für Mitglieder 53,02 DM, für Rentner 96,13 DM; bei Krankenhauspflege für Mitglieder 73,56 DM, für Rentner 107,99 DM. Die Krankenhaussfälle beliefen sich pro 100 Mitglieder auf 8,8, pro 100 Rentner auf 13,3.

Besonders eindrucksvoll ist die Zahl bei den Krankenhaustagen. Sie betrug pro 100 Mitglieder 195,1, pro 100 Rentner 434,9 und die Verweildauer pro Fall wird mit 22,1 Tagen bei Mitgliedern und 32,7 Tagen bei Rentnern angegeben.

Die Angestellten-Krankenkassen haben 1963 pro Rentner insgesamt 451,46 DM ausgegeben, während die Aufwendungen in der allgemeinen Krankenversicherung um rund 85 DM geringer waren.

Die Zahl der Krankenhaussfälle und -tage pro Fall ist fast die gleiche wie bei den Ortskrankenkassen. Diese Übereinstimmung in der Zahl der Krankenhaussfälle und der Verweildauer zwischen RVO- und Ersatzkassen ist auffallend und läßt den Schluß zu, daß entweder die soziale Indikation für Häufigkeit und Dauer des Krankenhausaufenthaltes nicht entscheidend ist oder beide Gruppen als Rentner sozial gleich gut oder schlecht gestellt sind.

Auch aus der Sicht des Krankenhauses und seltener

Belegung zeigt sich deutlich der Überhang des Bedarfs bei alten Menschen. Man kann allgemein sagen, daß von den internen Patienten eines Krankenhauses im allgemeinen rund 45 Prozent älter als 60 Jahre sind und nahezu 60 Prozent der Verpflegstage auf diese Gruppe entfallen.

Nach Stoermer betrug das Durchschnittsalter der Patienten der inneren Abteilungen in den Münchener Städtischen Krankenhäusern 1963 55,5 Tage, die durchschnittliche Verweildauer auf den inneren Abteilungen 32,5 Tage gegenüber 19,1 Tagen auf den übrigen Fachabteilungen.

46,7 Prozent der internen Kranken waren älter als 60 Jahre. Sie benötigten 57,8 Prozent der gesamten Verpflegstage aller internen Patienten.

Von 795 über 65jährigen waren an einem Stichtag genau 50 Prozent sog. Lang-Liegefälle oder solche, die in Altersheimen oder Pflegeabteilungen hätten versorgt werden können.

Die Patienten zwischen dem 70. und 79. Lebensjahr waren mit 23,8 Prozent an den Verpflegstagen höher betelligt als die 60- bis 69jährigen mit 18,2 Prozent.

Die im 9. Lebensjahrzehnt stehenden Patienten benötigten eine etwas höhere Zahl an Verpflegstagen als die Gruppe der 40- bis 49jährigen, nämlich 9,3 gegen 9,1 Prozent. Dabei war der Anteil der 80- bis 90jährigen an der Gesamtbevölkerung nur 1,5 Prozent, derjenige der 40- bis 49jährigen 17,7% der Gesamtbevölkerung.

Man kann zusammenfassend sagen: Der Bedarf an ärztlicher Behandlung ist bei den alten Menschen erheblich größer als bei den jungen. Er wird zu einem guten Teil durch ambulante ärztliche Behandlung gedeckt; aber auch die Krankenhausbehandlung ist wesentlich öfter erforderlich als bei jüngeren Menschen und dauert im Einzelfall durchschnittlich um die Hälfte länger.

Angesichts der ständigen Bettennot, vor allem in den Ballungsräumen unserer Bevölkerung, ist es nicht verwunderlich, daß sich gerade den Verhältnissen im Krankenhaus die besondere Aufmerksamkeit zuwendet. Für den Arzt und die medizinische Wissenschaft entstehen aber hier Fragen, die sowohl die Forschung wie die Lehre und die ärztliche Berufsausübung angehen. Die medizinische Wissenschaft hat erkannt, daß die Krankheitsformen und -verläufe bei alten Menschen andere sind als bei den jungen. Die Forschung hat sich daher diesen Fragen sehr stark zugewendet. Wir sind uns darüber klar, daß aber auch die Lehre, also die Ausbildung der Medizinstudenten, auf diesem Gebiet verstärkt werden muß, daß sich schließlich auch der bereits niedergelassene Arzt im Rahmen der ärztlichen Fortbildung ständig mit den Fortschritten und neuen Erkenntnissen der Geriatrie und Gerontologie vertraut machen muß.

In der ambulanten Praxis des niedergelassenen Arztes nimmt die Behandlung der alten Menschen einen breiten Raum ein. Der Arbeitsaufwand pro Patient ist bei dieser Gruppe erheblich größer als bei den jüngeren. An die Stelle des therapeutischen Nihilismus der Vergangenheit ist immer mehr die therapeutische Aktivität getreten, denn wir wissen, daß sie sich lohnt, daß bei entsprechendem Einsatz auch dem alten Menschen geholfen werden kann, seine Beschwerden zumindest geindert werden können. Der niedergelassene Arzt kann aber nur tätig werden für den alten Kranken, der in seine Praxis kommt oder dessen Verhältnisse

eine häusliche Behandlung gestatten. Es fragt sich also, was mit den vielen anderen geschehen soll, die zu Hause keine Pflegemöglichkeit haben oder deren Zustand eine Krankenhausbehandlung erforderlich macht, weil nur mit Hilfe diagnostischer und therapeutischer Einrichtungen des Krankenhauses ein Heilerfolg oder eine Besserung erzielt werden können. Diese Gruppe der alten Menschen, die Pflegebedürftigen also, und die Krankenhausbehandlungsbedürftigen, stellen uns vor größte Probleme.

Ich darf daran erinnern, daß nur 14 Prozent der Alten in der Familiengemeinschaft leben, 4 Prozent in Altersheimen, aber 82 Prozent alleinstehend sind.

Der Fall der Krankenhausbehandlung kann bei allen 3 Gruppen gleichermaßen eintreten. Von der mangelnden Pflegemöglichkeit wird aber wohl vor allem die große Gruppe der 82 Prozent Alleinstehenden betroffen.

So wie die Verhältnisse heute sind, kann der Arzt auch die Pflegebedürftigen nur ins Krankenhaus einweisen, denn die Altersheime sind voll besetzt; die Zahl der Vormerkungen geht in die Tausende. Unsere knappen Krankbetten werden also nicht nur dadurch vermehrt von den alten Menschen beansprucht, weil ihre Erkrankungshäufigkeit größer ist, sondern zusätzlich dadurch, daß vielfach Pflegemöglichkeiten dort fehlen, wo häusliche Behandlung und Pflege genügen würden. Davon müssen unsere Überlegungen ausgehen.

Unsere erste Forderung geht dahin, ausreichend Plätze in Altersheimen zu schaffen für Menschen, die sich nicht mehr selbst versorgen können und keine Lebensmöglichkeit innerhalb der Familie haben. Dazu gehören aber auch die wegen Krankheit Pflegebedürftigen, welche keiner Krankenhausbehandlung bedürfen. Das Altersheim muß also voll an die Stelle der Familiengemeinschaft treten, d. h. nicht nur den „gesunden“ Alten, sondern auch den Pflegebedürftigen aufnehmen und betreuen. Eine Trennung zwischen Altersheim und Pflegeheim muß mit allem Nachdruck abgelehnt werden.

Derzeit dürften etwa für 4,3 Prozent der über 65jährigen Plätze in Altersheimen zur Verfügung stehen. Nach den Schätzungen des verdienstvollen, leider verstorbenen Caritas-Direktors Prof. KROENER muß man solche Plätze für mindestens 6 Prozent dieser Bevölkerungsgruppe bereithalten.

Wenn man davon ausgeht, daß derzeit in Bayern etwa 50 000 Plätze in Altersheimen zur Verfügung stehen, so kommt man auf einen Fehlbedarf, der jetzt bereits über 19 000 Plätze ausmacht. Unter Berücksichtigung des ansteigenden Anteils der 65jährigen an der Gesamtbevölkerung wird der Bedarf an Plätzen in Altersheimen bis 1975 auf 90 000 anwachsen. Es müßten demnach sofort Altersheime mit rund 20 000 Plätzen in Bayern geschaffen werden, im Laufe der nächsten 10 Jahre weitere 20 000. Dabei ist nicht berücksichtigt, daß vermutlich das eine oder andere heute noch betriebene Altersheim im Hinblick auf seinen baulichen und sanitären Zustand aufgelassen werden muß.

Wenn man annimmt, daß die Errichtungskosten neuer Heime pro Platz mit etwa 25 000 DM veranschlagt werden müssen, so ergibt sich ein Sofort-Bedarf von 500 Millionen. Trotz dieser hohen Summe müßte diese Aufgabe unter allen Umständen und sofort in Angriff genommen werden. Dabei sollte man auch bedenken, daß viele derjenigen Alten, die auf einen Platz in einem solchen Heim warten, heute unnötigerweise in den Betten der

Krankenhäuser liegen und damit der Anlaß zu Krankenhausweiterungen sind, die viel teurer sind und die man vielleicht vermeiden könnte.

Was nützt aber das schönste Altersheim, wenn ihm das notwendige Personal nicht zur Verfügung steht! Schon jetzt besteht ein bedenklicher Personalmangel. Für 20 000 neue Plätze müssen rund 4000 neue Helfer für Pflege, Hauswirtschaft und Verwaltung gewonnen werden. Was kann in dieser Richtung geschehen?

Die Bereitschaft zum Eintritt in die dienenden Berufe muß mit allen Mitteln geweckt werden. Darüber hinaus müssen diesen Helfern die bestmöglichen Arbeitsbedingungen angeboten werden, wobei die Entlohnung und die Unterkunft als entscheidend zu erwähnen sind.

Die ärztliche Betreuung der in Altersheimen untergebrachten Menschen ist eine echte Aufgabe der niedergelassenen Ärzte und wird uns vor keine ernstesten Schwierigkeiten stellen. Sie erstreckt sich nicht nur auf die ärztliche Betreuung reiner Pflegefälle, sondern auch auf die Behandlung vieler kurz- oder langfristiger Erkrankungen, die der besonderen Einrichtungen des Krankenhauses nicht bedürfen.

Es bleiben schließlich noch die echten Krankheitsfälle: Auf die Verschiedenheit der Krankheitsbilder und -verläufe bei alten Menschen wurde schon hingewiesen. An ihnen müssen wir uns orientieren, wenn wir überlegen, ob für die Krankenhausbehandlung unserer Alten besondere Vorkehrungen erforderlich sind.

Bei Erkrankungen der Augen und der Ohren, sowie bei akuten operativen Fällen ist der Weg in die Fachklinik vorgezeichnet. Es geht also um die große Gruppe der vorwiegend inneren Krankheiten und der chronischen Veränderungen am Skelett.

Ohne auf medizinische Einzelheiten einzugehen, muß für diese Gruppe von alten Menschen festgestellt werden, daß sie in das moderne Krankenhaus mit allen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten gehören. Der Gedanke an ein Alters-Krankenhaus verbietet sich damit nahezu von selbst. Würde man es mit allen notwendigen Einrichtungen ausstatten, so käme es nicht billiger als ein normales Krankenhaus; wenn man an den Einrichtungen sparen wollte, wäre es unzureichend und damit nicht zu verantworten.

Eine Reihe von Überlegungen spricht allerdings dafür, dem alten Menschen im Rahmen des normalen Krankenhauses eigene Abteilungen einzuräumen. Es wird zweifellos einfacher sein, auf seine besonderen Bedürfnisse und seine durch das Alter geprägte Mentalität besser Rücksicht zu nehmen. Pflegepersonal und Ärzte können sich völlig auf die Besonderheiten der Krankheit des alten Menschen einstellen. Die technischen Einrichtungen des Hauses stehen der Abteilung für alte Menschen in vollem Umfang zur Verfügung, so daß diagnostisch und therapeutisch alles für ihn getan werden kann.

Zusammenfassend komme ich also zu folgendem Ergebnis: Sofern der alte Mensch, der nicht in der Familie oder in seinem eigenen Heim leben kann, infolge Gebrechlichkeit oder Krankheit pflegebedürftig oder krankenhausbearbeitungsbedürftig geworden ist, soll es nur zwei Möglichkeiten geben:

1. Das Altersheim mit voller Pflegemöglichkeit und ärztlicher Behandlung im Sinne der Familienpflege und
2. das normale Krankenhaus, wobei der Einrichtung eigener Abteilungen für alte Kranke der Vorzug zu

geben ist, soweit nicht die Unterbringung auf einer Fachabteilung, etwa für Augen, Ohren oder Chirurgie, erforderlich ist.

Die Errichtung reiner Pflegeheime für chronisch Kranke oder eigener Alters-Krankenhäuser sollte nicht in Erwägung gezogen werden.

Aus diesen Überlegungen ergibt sich noch eine weitere wichtige Konsequenz: Allein durch die Errichtung von Altersheimen mit Pflegemöglichkeit und die Angliederung von speziellen Abteilungen für alte Kranke an die Krankenhäuser kann der Mangel an Krankbetten in unseren Krankenhäusern entscheidend vermindert werden. Deshalb müßte vor der Planung von Krankenhäusern für akute Krankheiten unter allen Umständen an die Unterbringung der alten Menschen gedacht werden.

Lassen Sie mich zum Schluß nur noch drei allgemeine Gedanken zum Ausdruck bringen:

Wer mitwirkt an der Gestaltung des Lebens unserer alten Menschen, sollte es stets, in dem Bewußtsein tun, daß er damit auch seine eigene Zukunft gestaltet.

Zum Zweiten: Die sittliche Größe eines Volkes zeigt sich nicht so sehr in seinem wirtschaftlichen und politischen Einfluß in der Welt. Sie läßt sich vielmehr daran erkennen, wie ein Volk sich seinen kranken und alten Menschen gegenüber verhält.

Und drittens: Alles, was wir für unsere alten und hilfsbedürftigen Mitmenschen tun, ist niemals ein Almosen, sondern immer eine sittliche Verpflichtung!

Anschr. d. Verf.: Dr. Hans J. Sewering, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstraße 85

Weihnachtsaufruf der ärztlichen Organisationen für die Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“

Sehr verehrte Frau Kollegin!

Sehr geehrter Herr Kollege!

Seit 10 Jahren sorgt die Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“ als Gemeinschaftswerk der deutschen Ärzte und Zahnärzte für Kollegenkinder, deren Eltern aus politischen oder sonstigen Gründen nicht für die Berufsausbildung ihrer Kinder aufkommen können.

Insbesondere wurden in dieser Zeit 1600 Kollegenkinder aus der Zone unterstützt. Die Ärzte- und Zahnärzteschaft der Bundesrepublik hat dafür über 3,5 Millionen DM an freiwilligen Spenden aufgebracht. Dadurch konnte bis jetzt die Berufsausbildung von über 900 Schützlingen abgeschlossen werden.

Aber Jahr für Jahr kommen weitere Kollegenkinder zu uns, z. T. unter größten Schwierigkeiten. So sind auch an diesem Weihnachtsfest noch 800 junge Menschen, Söhne und Töchter unserer Kollegen, auf unsere Hilfe angewiesen. Sie alle wollen in Freiheit leben, sich für den Beruf vorbereiten, zu dem sie sich nach Begabung, Neigung und oft auch Familientradition entschlossen haben. Viele von ihnen haben seit Jahren ihre Angehörigen nicht mehr sehen und sprechen können, sie mußten auf jede Hilfe von zu Hause verzichten.

Unsere Kollegen in der Zone haben uns wissen lassen, was ihnen unsere Hilfe bedeutet. Sie sind insbesondere den Arztfamilien dankbar, die ihre Kinder für kurz oder lang bei sich aufgenommen haben oder durch ihre einmaligen und besonders laufenden Spenden der Stiftung die Möglichkeit geben, den Kollegenkindern die Unterstützung für mindestens ein Semester zu garantieren. Sie wissen ihre Kinder bei uns geborgen.

Auch dieses Weihnachtsfest gibt uns Gelegenheit, die Verbundenheit der Ärzte in unserem Vaterland sichtbar zu bestätigen. Das Vertrauen der Kollegen zu uns wird nicht enttäuscht werden.

An ihrer Stelle danken wir allen Spendern und für sie bitten wir um Ihre weitere Hilfe.

Für die Avisierung Ihrer Spende benutzen Sie bitte die beiliegende Spendenkarte. Für Ihre Direktüberweisung erlauben wir uns, Anschrift und Kontennummern anzugeben: Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“, 7 Stuttgart-Degerloch, Postfach 252; Dresdner Bank Stuttgart Nr. 49 79 77, Württembergische Landessparkasse Stuttgart Nr. 59 194, Städt. Girokasse Stuttgart Nr. 48 121, Postcheckkonto Stuttgart Nr. 415 33.

Mit den besten kollegialen Grüßen

Dr. Fromm

Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages

Dr. Voges

1. Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Dr. Joussen

Vorsitzender des Verbandes der Ärzte

Deutschlands (Hartmannbund) e. V.

Dr. Techen

1. Vorsitzender des Verbandes der angestellten

Ärzte Deutschlands (Marburger Bund)

Dr. Roos

1. Vorsitzender des Verbandes der

niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV) e. V.

Minister Dr. Lena Ohnesorge

1. Vorsitzende des Deutschen Ärztinnenbundes

Professor Dr. Hopf

1. Vorsitzender des Verbandes der leitenden

Krankenhausärzte Deutschlands

Dr. Hufnagl

Vorsitzender des Bundes der Deutschen

Medizinalbeamten

Dr. Waldmann

Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft
fachärztlicher Berufsverbände

Dr. Müller

Präsident des Bundesverbandes der Deutschen

Zahnärzte e. V.

Dr. Stengel

Vorsitzender des Freien Verbandes deutscher

Zahnärzte

Dr. Scharnagel

Vorsitzender des Interessenverbandes deutscher

Zahnärzte

„Nur durch eine gesunde Familie ein gesunder Staat“^{*)}

Von Rechtsanwalt R. H a n a u e r, Präsident des Bayerischen Landtags

Es ist mir eine besondere Freude, anlässlich Ihrer Tagung in Nürnberg einige einführende Worte zu sprechen. Ist doch das wissenschaftliche Thema dieser Tagung „Die Familie in der Stadt“ nicht nur für den Mediziner, sondern vor allem auch für den Politiker ein so bedeutsamer Fragenkomplex, daß über diese Tagung hinaus die mit ihm zusammenhängenden Probleme von allen zuständigen Instanzen und Gremien des Staates, der Parteien und der von Wissenschaft, Technik und Wirtschaft getragenen Institutionen immer wieder diskutiert und zu einer sinnvollen Lösung geführt werden sollten.

Familie und Staat bedingen einander; gleichsam als Idealtyp und organisches Bindeglied zwischen beiden steht Urbanus, der „Städter“, in seiner modern entwickelten Lebensart. Der Städter im guten Sinne dieses Wortes ist der Mensch mit seinen vielseitig entwickelten und kultivierten Lebensformen; im Unterschied zum Landbewohner zeigt er eine verfeinerte, nicht selten kunstvoll und im Zivilisatorischen künstlich hochentwickelte Lebensart.

Die ursprüngliche Stadt, mit einer Mauer vom umliegenden Land abgeschlossen und eng gebaut, hat Handel, Wandel und Gewerbe und auch die Künste der Menschen zu hoher Blüte geführt. In der Stadt wirkt, fördert und verfeinert der Geist. Leitbild und Kulmination dieses urbanen Geistes war das alte Rom, die Kapitale und geistiger Mittelpunkt des Römischen Reiches.

Urban sein ist auch in der Gegenwart ein hohes Ziel der Gemeinschaft, die in der staatlichen Ordnung diese Urbanität widerstrahlen soll. Die modernen Lebensgesetze der Technik, des Sozialgefüges und der wirtschaftlichen Bindungen haben einen neuen Stil urbaner Art geschaffen, weltläufig, weltmännisch: den mündigen Bürger unserer Zeit und einer sich abzeichnenden Gesellschaftsform, die über die Stadt hinaus alle Lebensbereiche bis ins letzte Gebirgsdorf einbezieht. Das ist Segen und Fluch einer technisch hochentwickelten Industriegesellschaft, die mehr und mehr auch in die ländlichen Bezirke vordringt und ihren Lebensstil grundlegend verändert.

Im Vordergrund dieser Tagung steht das städtische Gemeinwesen mit seinen vielschichtigen Problemen, die tief in die Intimsphäre des einzelnen greifen und weit hinaus bis zur Raumplanung der Region führen. Planungen in die Zukunft sind notwendig und Voraussetzung einer Entwicklung, die den Lebensstil aller wandeln wird.

Ziel aber für die Bildung des Menschen ist eine sinnvolle Lebensorientierung; eine Gesellschaft, die nur dem Tagesbedürfnis und damit den rein materiellen Erfordernissen nachlebt, gibt sich selbst auf. Gerade in einer Zeit, in der das Funktionelle und Institutionelle zur Wertnorm geworden ist, bleibt der Mensch, der sich selbst verantwortliche und seiner Verantwortung für das Gemeinwesen bewußte Bürger,

Wertmaß alles und allen. Nur so kann die Frage nach der gesunden Familie in einem gesunden Staat gestellt werden.

Unsere Gesellschaftsstruktur hat sich mit der Wandlung zum hochentwickelten Industriestaat beträchtlich verändert — damit auch die Struktur der Familie und ihre Wesensart. Während noch um die Wende dieses Jahrhunderts die Familie eine einheitliche Wirtschafts- und Versorgungsinstitution war, ist sie heute als Kleinfamilie und damit in ihrer ökonomischen Größe zur reinen Konsumeinheit geworden, in der der größte Teil des privat verwendeten und verwerteten Sozialprodukts ausgegeben wird.

Diese tiefgreifende Strukturverwandlung brachte eine vermehrte Verpflichtung des Staates mit sich, eine Entwicklung, die mancher bedauern mag, die aber mit der gesamten Strukturwandlung unseres Gesellschaftsgefüges zusammenhängt. Unsere westdeutsche Verfassung stellt die Familie in den besonderen Schutz des Staates, ein eigenes Bundesministerium für Familien- und Jugendfragen sucht eine Koordination aller mit der Familie und der Jugend zusammenhängenden sozialen, kulturellen und wirtschaftlichen Fragen.

Damit scheinen das Institutionelle und das Funktionelle, der Perfektionismus in der staatlichen Organisation, dieses Phänomen einer verwalteten Welt, völlig intakt zu sein und der Bürger in dem sich ausweitenden Wohlfahrtsstaat in seiner familiären Bindung geborgen. Dieses Geborgensein des modernen Menschen in einem von der „öffentlichen Hand“ getragenen sozialen Gesetzgebungswerk mit seiner alles Individuelle bedrohenden Normierung ist unerlässlich und Teil unserer komplizierten industriestaatlichen Sozialordnung. In sie ist auch die Familie in ihrem Gefüge und ihren Fährnissen gebettet, vom Recht auf Wohnung bis zur Sicherung eines Mindestlebensstandes, der Kindergeld und andere Zulagen einbezieht.

Die Familienpolitik unseres Staates kann nur im gesamten Gefüge der Sozial-, Wirtschafts- und Kulturpolitik gesehen werden. Der Staat sorgt für die Familie nicht nur durch die materielle Sicherung des einzelnen; in einer weitgreifenden Raum- und Städteplanung, durch Vermögensbildung, vor allem aber durch eine moderne Bildungspolitik, fördert der Staat Gesundheit und eine sinnvolle Lebensgestaltung, die eine weitgehende Ausschaltung der unabwendbaren Zivilisationschäden zum Ziele haben.

In einer von der Wissenschaft und hochentwickelten Technik gezeichneten Welt ist Bildung das Kernstück geistiger und materieller Lebensstelerung geworden. Es geht auf die Beantwortung der letzten Frage schlechthin: Ist der Mensch unserer Zeit noch fähig, mit der echten Überzeugung des Geistes und seiner gesamten inneren Haltung dem Sog einer kollektivistischen Weltanschauung und Lebensauffassung wirksam zu begegnen? Darum ist das Ziel der Familienpolitik des Staates und auch der Kommunen die Erhaltung der Würde des freien Menschen, auch vor jenen unterschwellig Mächten, die nicht zuletzt über die Massenmedien die eigene Meinungsbildung zu steuern vermögen. Ich habe darum den weitfassenden

^{*)} Einführungsreferat anlässlich der Landesversammlung des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins e. V. am 9. 7. 1965 in Nürnberg.

Begriff der Bildung bewußt in den Vordergrund auch jeder Familienpolitik gestellt, denn Bildung heißt: Die gültigen Maßstäbe setzen für ein sinnvolles Leben, das seine natürlichen Wurzeln in der Familie als der Kernzelle unserer staatlichen Gemeinschaft hat.

Der verwaltete Mensch unserer Tage hat sich an eine Terminologie gewöhnt, die von der Massengesellschaft geprägt wurde und deren Sinngebung nur das Vordergründige und Faßbare unmittelbar sichtbar macht. So ist auch das Wort „Familienpolitik“ ein rechtes Wort unserer vom Planungssoll und von Produktionsstatistiken faszinierten Zeit, in der das Eigentliche, was die Familie in ihrem Wesen und nach ihrer göttlichen Ordnung ausmacht, als „unproduktiv“ angesehen wird. Das ist die große Bedrohung, die von der Familie her letztlich den Staat selbst gefährdet. Denn: wo alles nach Sicherheit und Sicherung der Lebensgrundlagen in dem sich anbahnenden Wohlstandsstaat ruft und der Mensch in der verwalteten Welt das Opfer seiner alle Fähigkeiten tötenden Angst um das Morgen zu werden droht, ist die Freiheit in ihrem Kern in Gefahr. Der aller gläubigen Zuversicht zur Vorsehung und zur eigenen Kraft unfähig gewordene Mensch sieht vor sich die gespenstische Vision des Schriftstellers ORWELL von 1984, in der die Familie keinen Platz mehr hat und der Mensch nur mehr Objekt jenes Ungeistes ist, der uns alle bedroht.

Ist das moderne Inferno, wie es der Dichter Orwell in seinem Zukunftsbild vom staatlichen Unmenschen uns kraß vor Augen stellt, nur ein abstraktes Hirngespinnst menschlicher Entartung? Besteht nicht ein beängstigender geistiger Zusammenhang zwischen dem Menschen, wie er in neunzehn Jahren bereits zur Norm menschlichen Insektendaseins geworden sein soll, und jener Menschenfabrik, die der Dichter Aldous HUXLEY vor 33 Jahren in seinem Zukunftsroman dargestellt hat?

Schon sucht die Wissenschaft die Vision des Schriftstellers Huxley in ihren Forschungslabors zu verwirklichen; was der englische Schriftsteller in seinem berühmten utopischen Romanwerk „Schöne neue Welt“ ersann, haben Forscher aus England und aus Kanada kürzlich als erste Ergebnisse wissenschaftlicher Experimente bekanntgegeben: die Züchtung des Menschen im künstlichen Mutterleib, ein Retorten-Gebilde, wie es Huxley in seinem Zukunftsroman von dem auf einem Fließband in Flaschen entstehenden „Homunkulus“ in erschreckend plastischer Weise dargestellt hat.

Wir ahnen nur, daß sich hier eine Entwicklung anbahnt, die von der Menschenzuchtfarm im „embryonen Depot der Brut- und Normenzentrale“, der Geburt aus der Plastikschaale, folgerichtig und unweigerlich hin zum genormten Untertanen führen muß. Die Erzeugung von Menschen à la Huxley scheint zwar noch für lange Zeit ein Kapitel wissenschaftlicher Utopie zu bleiben, steht aber als schreckliches Gespenst über einer Menschheit, die ihr Höchstes durch die Entwürdigung zum Zuchttier zu verlieren droht.

Solche Gefahr droht nicht nur vom Denken des östlichen theoretischen Materialismus; der praktische Materialismus westlicher Prägung hat die gleichen verheerenden nihilistischen Züge.

Wo ist in solchem Plandenken noch ein Gedanke an die Familie in ihrer natürlichen und naturgegebenen Wertordnung? Schon die Probleme der Geburtenplanung sind in ihrer letzten Konsequenz für die mensch-

liche Gemeinschaft schwerwiegend und angesichts der Übervölkerung in anderen Erdteilen eine weltweite Aufgabe. Zwischen der Romantik des Gestern und einer Utopie von Morgen sollte diese auch unsere binneneuropäische Gesellschaft angehende erste Frage vom sozialetischen Leitbild her gesehen und vom christlich geprägten Menschentum aus sinnvoll gelöst werden.

Der geschichtliche Wandel der Familie führt unabwendbar von den archaischen und musealen Modellen der einstigen Familie zur neuen Familiengemeinschaft; infolge der Wandlung der Sozialstruktur schwindet die wirtschaftsgenossenschaftliche Hausgemeinschaft mehr und mehr, die Zeiten des ehrwürdigen Hausvaters und eines in sich ruhenden Patriarchalismus sind zu Ende. In der modernen Arbeitsgesellschaft und in unserem hochgezüchteten sozialen Sicherungssystem steht die Familie in einer neuen Aufgabenstellung, die der im Metaphysischen verwurzelte Mensch aber in der ihm gesetzten höheren Ordnung zu lösen hat.

Bereits 400 J. v. Chr. hat Plato Sinn und Auftrag der Gesellschaft umrissen: „Die ganze sichtbare Struktur der Gesellschaft ist abhängig von unsichtbaren Kräften und Prinzipien.“ Mit anderen Worten: Das Funktionelle ist immer abhängig vom Institutionellen. Von der Familie her gesehen: Jeder staatliche Formalismus und Dirigismus scheitert an der Integrität der Würde der Person, am eigentlichen und tiefsten Lebensinn: der Wahrung der Freizeit letztlich!

Dieses fundamentale Recht in der demokratischen Staatsordnung gilt nicht nur für den einzelnen; in gleicher Weise ist es gültig für die einzelnen Glieder des Sozialorganismus „Familie“. Hier scheiden sich die Geister; in der Sowjetzone plant die Einheitspartei ein neues Familiengesetzbuch, eine Neuregelung des Ehe- und Familienrechts. Ziel des zukünftigen Familiengesetzbuches der Sowjetzone sind „Familienbeziehungen neuer Art, die von den Grundsätzen der sozialistischen Moral geprägt sind“, wie es im sowjetzonalen Partei-Jargon heißt. Mit dieser Charakterisierung ist eine noch stärkere Unterwerfung des Ehe- und Familienlebens unter die Interessen des Staates als bisher gemeint. Schutz und Förderung von Familie und Ehe geschehen in der Zone keineswegs uneigennützig zum Wohle der Ehe und Familie; die Ehegatten werden vielmehr ausdrücklich verpflichtet, „echte sozialistische Familienbeziehungen zu entwickeln“ und ihre Kinder „in engem Zusammenwirken mit staatlichen und gesellschaftlichen Einrichtungen“ getreu den pädagogischen Leitbildern der Partei zur „sozialistischen Einstellung zum Lernen und zur Arbeit“, zu „Erbauern des Sozialismus zu erziehen“.

Die Ehe wird damit in der Sowjetzone nicht Privatsache sein, das neue „Grundgesetz der Familie in der DDR“ basiert mit seinen 111 Paragraphen auf dem „Sieg der sozialistischen Produktionsverhältnisse und den sich daraus entwickelnden und vertiefenden neuen Beziehungen der kameradschaftlichen Zusammenarbeit“. Liebe und Treue werden durch Partei und Gesetz reglementiert, die Ehe zum Kern der „sozialistischen Gemeinschaft“ gemacht.

Es wird die Aufgabe unserer bundesdeutschen Gesellschafts- und Familienpolitik sein, Ehe und Familie im Geiste des Artikels 6 unserer Verfassung in freier Ordnung zu schützen. Zu dieser großen Aufgabe gehört die Einordnung des Familienrechts in die größere europäische Gemeinschaft. Unsere Familien-

gesetzgebung mit allen ihren Sozialbestimmungen des Familien-Lastenausgleichs, der Eigentumsbildung, der familiengerechten Wohnungspolitik und der vielen anderen Sozialmaßnahmen für Familie und Jugend steht vor ihrer Anpassung an die Familienpolitik in den Ländern der EWG.

Familienpolitik ist heute zu einer weltweiten Erscheinung geworden; ihre Notwendigkeit im Rahmen einer umfassenden, auf bewußte Gestaltung der gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Strukturen ausgerichteten Ordnungspolitik steht heute außer Frage. In den Ländern der EWG bilden die Maßnahmen der sozialen und wirtschaftlichen Förderung der Familie ein breites Tableau, sie reichen von der Kindergeldgewährung über steuerpolitische Maßnahmen und Hilfen auf dem Wohnungssektor bis hin zu Tarifiermäßigungen und Sonderleistungen für eine gemeinsame Familienerholung. Als Kernstück einer modernen Gesellschaftspolitik steht unsere Familienpolitik in einem übernationalen Aufgabenbereich, der ihren künftigen Weg in einer europäischen Gemeinschaft bestimmen wird.

Ich habe in diesen kurzen Ausführungen versucht, Ihnen als Politiker die Frage nach der gesunden Familie in einem gesunden Staat zu beantworten. Die Antwort wird notwendigerweise auf das Wesentliche beschränkt bleiben müssen. Es geht, und das muß immer wieder herausgestellt werden, nicht im eigentlichen um den Funktionsapparat einer staatlich gelenkten Familienpolitik. Es ist vielmehr der Geist und die Haltung eines Volkes, die jede familienpolitische Ordnung in einem Staat bestimmen. In der in ihrem Ausmaß einmaligen Wandlung unseres gesamten Gesellschaftsgefüges sind Ehe und Familie in ihrem privatsten Bereich am stärksten gefährdet. Wir brauchen nur an das Altenproblem zu denken, eine ideologische und soziale Kernfrage unserer vom Produktionsdenken her bestimmten Industriegesellschaft. Aber auch die Stellung des Kindes in dieser Produktionsgesellschaft zeigt den tiefen Gegensatz auf in einer Gesellschaft, die den Bürger von morgen und Träger des Sozialgefüges in ihrer Mitte nur duldet. Es ist bezeichnend, daß der Deutsche Bundestag in diesen Wochen den Entwurf eines neuen Wohnbaugesetzes behandelte, in dem besondere Vorschriften enthalten sind, die Familienpolitik und Wohnungsbau endlich auf einen Nenner bringen sollen. Durch Zwang also muß erreicht werden, was gesellschafts- und familienpolitisch selbstverständlich sein sollte: das Recht der kinderreichen Fa-

milie auf Wohnung, auf jene fundamentale Sicherung der Heimstatt, in deren Schutz allein familiäres Leben gedeihen und sich entwickeln kann. Unsere von vielen überkommenen Vorstellungen belastete Gemeinschaft ist trotz allen modernen Sozialdenkens sehr im rein materiellen Profitdenken befangen. Wo Übergriff und der Mißbrauch des Begriffs Eigentum zu einem sozialen Ärgernis werden, sollte, vor allem, wo es sich um den Schutz der Familie handelt, die Gemeinschaft sich gegen soziale Außenseiter wehren. Es gibt den Begriff des Asozialen; dieser Begriff umreißt nicht nur den herkömmlichen Sinn, er ist auch bei jenen anzuwenden, die den sozialen Frieden und die echte Partnerschaft aus reinem Eigennutz stören. Gerade im Zusammenhang mit der Familie kann es keine zweierlei Moral geben: die des staatlichen Schutzes der Familiengemeinschaft und jener krasse Eigennutz, für den die Familie mit Kindern keinen Platz hat.

Ziel jeder Familienpolitik ist nicht die von allen Fährnissen des Lebens befreite, die in allen Bereichen versorgte Familie, der die Gesellschaft die Verantwortung für ihr eigenes Schicksal abnimmt, nein — wichtiger ist es, der Familie Zweck und Sinn ihres ureigenen Wirkungsbereiches zu erhalten, die ihr auch in unserer Zeit und in unserer Gesellschaft gegeben sind.

Soziale Ethik muß sich in sozialer Haltung und in der Tat auswirken. Zur Politik gehört die Zuordnung und Ausübung von Macht zur Realisierung gesellschaftlicher Pflichten und Rechte. Es gibt für die soziale Ethik und die soziale Tat keine verschiedenen Formen und Normen.

Familienpolitik ist Gesellschaftspolitik, Gesellschaftspolitik ist Staatspolitik. Der Staat wird getragen von der Gesellschaft, die Gesellschaft von ihrer Kernzelle, der Familie. Es ist der logische innere Zellenaufbau des Staates, den es vor allem Krankhaften, Zersetzenden und den Bestand des Ganzen Bedrohenden zu schützen gilt.

Vor allem der Politiker ist berufen, das Neue mitzugestalten. Damit macht er sich die Aussage Antoine de Saint Exupéry zu eigen und zu einer ihn besonders verpflichtenden Aufgabe:

„Was ich am tiefsten verabscheue, das ist die traurige Rolle des Zuschauers, des, der unbeteiligt tut oder ist. Man soll nie zuschauen. Man soll Zeuge sein, mittun und Verantwortung tragen. Der Mensch ohne mittuende Verantwortung zählt nicht.“

VERTRETER

für URLAUB und KRANKHEITSFALL

Medizinassistenten
Assistenten
Oberärzte

finden Sie durch die:

**Vertreter- und Assistentenvermittlung
der Bayerischen Landesärztekammer**

8 München 23, Königinstr. 85, Tel. 36 11 21



Wiedererlernen des Schlafens

Einschlafstörungen

Durchschlafstörungen

Prä- und Postmedikation bei operativen Eingriffen

Kombinationsbehandlung

5-Vinyl-5-(1-methylbutyl)-barbitursäure

BYK-GULDEN-LOMBERG · GMBH · KONSTANZ

Speda[®]



Rechtliche Voraussetzungen für den Umgang mit radioaktiven Stoffen

Von F. Giehl

Die Erste Verordnung über den Schutz vor Schäden durch Strahlen radioaktiver Stoffe (Erste Strahlenschutzverordnung —1. SSV0—) vom 24. Juni 1960 (Bundesgesetzblatt I S. 430) in der Fassung der Verordnung vom 12. 8. 1965 (BGBl. I S. 759) ist nun seit fünf Jahren in Kraft. Sie ist der in § 1 Nr. 2 des Atomgesetzes enthaltenen Forderung, Leben, Gesundheit und Sachgüter vor den schädlichen Wirkungen ionisierender Strahlen zu schützen, in hohem Maße gerecht geworden. Neben der Einführung zahlreicher Schutzvorschriften hat sie die mit der vermehrten Anwendung radioaktiver Stoffe gleichermaßen zunehmenden Gefahrenmöglichkeiten durch eine im allgemeinen überschaubare, abgegrenzte Verantwortlichkeit berücksichtigt und den Umgang mit radioaktiven Stoffen grundsätzlich von einer Genehmigung abhängig gemacht.

Auch im medizinischen Bereich ist die Verwendung radioaktiver Stoffe zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken häufiger und alltäglicher geworden. Für den an der Anwendung radioaktiver Stoffe interessierten Arzt ist es deshalb wichtig zu wissen, wann eine Genehmigung nach § 3 der 1. SSV0 erforderlich ist, welche Voraussetzungen erfüllt werden müssen und wer schließlich Inhaber einer Genehmigung sein muß.

I. Der Anwendungsbereich der Ersten Strahlenschutzverordnung und die Erfordernisse der Genehmigung nach § 3

1. Die Erste Strahlenschutzverordnung hat das Ziel, grundsätzlich jeden Umgang mit radioaktiven Stoffen zu erfassen. In § 1 Abs. 1 Ziff. 1*) erstreckt sie daher ihren Anwendungsbereich allgemein auf den Umgang mit radioaktiven Stoffen und versteht darunter insbesondere die Gewinnung, Erzeugung, Lagerung, Bearbeitung, Verarbeitung sowie die sonstige Verwendung und Beseitigung von radioaktiven Stoffen. Daneben umfaßt die Verordnung aber auch die Beförderung und die Einfuhr und Ausfuhr, schließlich noch den Verkehr mit radioaktiven Stoffen, wie den Erwerb und die Abgabe an andere (§ 1 Abs. 1 Ziff. 4).

Bis zum Erlass besonderer gesetzlicher Vorschriften über die Verwendung radioaktiver Stoffe im ärztlich-medizinischen Bereich regelt die Erste Strahlenschutzverordnung auch die Verwendung radioaktiver Stoffe zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken. Die Verordnung enthält für die Verwendung radioaktiver Stoffe zu Heilzwecken durch Ärzte und Zahnärzte teilweise eigene Vorschriften, die den hier gegebenen besonderen Verhältnissen Rechnung tragen.

2. Werden radioaktive Stoffe zu Heilzwecken verwendet, so ist nach § 3 Abs. 1 stets eine Genehmigung erforderlich. Im Interesse einer erhöhten Sicherheit für den Menschen gilt die nach § 7 Abs. 1 für gewisse Fälle bestehende Genehmigungsfreiheit, unabhängig von Konzentration, Menge und Radiotoxizität, gleichgültig, ob sie natürlichen oder künstlichen Ursprungs ist, nicht für eine Verwen-

dung zu Heilzwecken (§ 7 Abs. 2). Das Erfordernis einer Genehmigung entfällt nur dann, wenn natürliches Kallum oder natürlichen Quellen entnommenes Hellwasser, dessen Konzentration an radioaktiven Stoffen natürlichen Ursprungs nicht erhöht ist, zu Heilzwecken verwendet wird.

Zum Ausgleich für die strenge Genehmigungspflicht gewährt die Verordnung einen Rechtsanspruch auf Erteilung der Genehmigung, der allerdings die Erfüllung der vom Gesetz geforderten Voraussetzungen zur Bedingung hat. Nach § 3 Abs. 2 ist die Verwendung radioaktiver Stoffe zu genehmigen, wenn

1. keine Tatsachen vorliegen, aus denen sich gegen die Zuverlässigkeit des Antragstellers und der Personen, die sonst für die Leitung oder Beaufsichtigung des beabsichtigten Umganges mit radioaktiven Stoffen verantwortlich sind (§ 20 Abs. 1 Nr. 2), Bedenken ergeben,
2. die für die Leitung oder Beaufsichtigung des beabsichtigten Umganges mit radioaktiven Stoffen Verantwortlichen die für den Strahlenschutz erforderliche Fachkunde besitzen und die für eine sichere Ausführung der zu genehmigenden Tätigkeit notwendige Anzahl dieser Verantwortlichen vorhanden ist,
3. gewährleistet ist, daß die bei dem beabsichtigten Umgang mit radioaktiven Stoffen sonst tätigen Personen die notwendigen Kenntnisse über die mögliche Strahlengefährdung und die anzuwendenden Schutzmaßnahmen besitzen,
4. gewährleistet ist, daß bei dem beabsichtigten Umgang mit radioaktiven Stoffen die Einrichtungen vorhanden und die Maßnahmen getroffen sind, die nach dem Stand von Wissenschaft und Technik für einen ausreichenden Schutz einzelner und der Allgemeinheit vor Strahlenschäden an Leben, Gesundheit und Sachgütern erforderlich sind,
5. die erforderliche Vorsorge für die Erfüllung gesetzlicher Schadensersatzverpflichtungen in dem nach den Umständen gebotenen Ausmaß getroffen ist und
6. überwiegende öffentliche Interessen, insbesondere im Hinblick auf die Reinhaltung der Luft, des Wassers und des Bodens, der Wahl des Ortes des beabsichtigten Umganges mit radioaktiven Stoffen nicht entgegenstehen.

Genehmigungsinhaber können natürliche oder juristische Personen sein. Die Genehmigung kann nach § 17 Abs. 1 Atomgesetz und § 3 Abs. 2 — abgestellt auf den jeweiligen besonderen Verwendungszweck — beschränkt, befristet und mit Auflagen versehen werden, um die von dem Umgang mit radioaktiven Stoffen ausgehenden Gefahren soweit wie möglich zu verringern und zu begrenzen. In der Regel wird daher die Genehmigung nur für den Umgang mit genau bezeichneten radioaktiven Stoffen in umschlossener oder in offener Form einer bestimmten Höchstaktivität erteilt. Auch Art und Ort der Verwendung können in der Genehmigung festgelegt werden.

*) Vorschriften ohne Bezeichnung sind solche der Ersten Strahlenschutzverordnung.

II. Ärztliche Berufshaftpflicht und Deckungsvorsorge

Von den einzelnen Genehmigungsvoraussetzungen hat vor allem die nach § 3 Abs. 2 Nr. 5 erforderliche Vorsorge für die Erfüllung gesetzlicher Schadenersatzverpflichtungen — die sog. Deckungsvorsorge — zu verschiedenen Zweifeln Anlaß gegeben. So wird mitunter von Ärzten die Auffassung vertreten, die bereits von ihnen abgeschlossene ärztliche Berufshaftpflichtversicherung erfülle auch die Anforderungen der zu erbringenden Deckungsvorsorge.

Dies trifft nicht zu; ärztliche Berufshaftpflicht und Deckungsvorsorge stehen nebeneinander und sollen unterschiedliche Schadenersatzverpflichtungen absichern. Nach § 10 Abs. 1 der Deckungsvorsorgeverordnung vom 22. 2. 1962 (BGBl. I S. 77) muß sich die Haftpflichtversicherung auf alle gesetzlichen Schadenersatzverpflichtungen im Sinne des § 13 Abs. 5 Atomgesetz erstrecken. Jedoch dürfen nach § 10 Abs. 4 der Deckungsvorsorgeverordnung in die zur Deckungsvorsorge bestimmten Haftpflichtversicherung bis zur festgesetzten Höhe keine Schadenersatzverpflichtungen eingeschlossen werden, „die sich für einen Arzt oder Zahnarzt oder dessen Dienstherrn oder Arbeitgeber daraus ergeben, daß Personen infolge einer von dem Arzt oder Zahnarzt oder unter dessen Aufsicht an ihnen durchgeführten Untersuchung oder Behandlung geschädigt werden“. Mit einem Wort, die zur Deckungsvorsorge notwendige Haftpflichtversicherung darf bis zur festgesetzten Höhe keine Schadenersatzansprüche von Patienten absichern. Die unlängst erlassenen Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Haftpflichtversicherung von genehmigter Tätigkeit mit Kernbrennstoffen und sonstigen radioaktiven Stoffen außerhalb von Atomanlagen — AHBStr — schließen nun auch in § 4 Abs. 4 Haftpflichtansprüche eines Patienten gegen einen Arzt wegen einer schädigenden Behandlung vom Versicherungsschutz aus. Für diese Fälle tritt die ärztliche Berufshaftpflichtversicherung ein.

Aus dem gleichen Grunde benötigt der Chefarzt eines Krankenhauses für seine außerdienstliche private und selbständige ärztliche Tätigkeit, die einer eigenen Genehmigung nach § 3 bedarf, nach § 3 Abs. 2 Nr. 5 eine besondere Deckungsvorsorge; denn die Deckungsvorsorge, die das Krankenhaus erbringt, darf bis zur festgesetzten Höhe nicht für andere als die in § 10 Abs. 1 der Deckungsvorsorgeverordnung genannten Verpflichtungen bestimmt sein; folglich auch nicht für gesetzliche Schadenersatzansprüche im Sinne von § 13 Abs. 5 Atomgesetz aus der selbständigen außerdienstlichen (Neben-)Tätigkeit.

Im übrigen hat die Zweite Verordnung zur Änderung und Ergänzung der Ersten Strahlenschutzverordnung vom 12. August 1965 (Bundesgesetzblatt I S. 759) Erleichterungen bei der Deckungsvorsorge gebracht.

Nach § 3 Abs. 3 bedarf es keiner Deckungsvorsorge nach § 3 Abs. 2 Nr. 5, wenn die Aktivität oder Menge der radioaktiven Stoffe an dem Ort der Ausübung der Heilkunde durch den Arzt das 10⁴-fache der Freigrenzen der Anlage I zur Ersten Strahlenschutzverordnung nicht überschreitet.

Radium 226 ist zum Beispiel bis zu 10 Millicurie, Jod 131 bis zu 100 Millicurie, Kobalt 60 und Gold 198 sind bis zu 1 Curie deckungsvorsorgefrei.

Wird mit radioaktiven Stoffen in mehreren räumlich voneinander getrennten Gebäuden, Gebäudeteilen oder

Anlagen umgegangen, so bedarf es dann keiner Deckungsvorsorge mehr, wenn die Aktivität oder Menge der radioaktiven Stoffe aus den einzelnen Gebäuden, Gebäudeteilen oder Anlagen das 10⁵-fache der Freigrenzen nicht überschreiten und ausreichend sichergestellt ist, daß die radioaktiven Stoffe aus den einzelnen Gebäuden, Gebäudeteilen und Anlagen nicht zusammenwirken können.

Die Haftung nach dem Atomgesetz und die Genehmigungspflicht bleiben jedoch — auch soweit die Pflicht zur Erbringung der Deckungsvorsorge weggefallen ist — bestehen.

Die Notwendigkeit einer gesetzlich geforderten Deckungsvorsorge ergibt sich aus der verschärften Haftung, die das Atomgesetz dem Besitzer radioaktiver Stoffe neben den bereits bestehenden allgemeinen Haftungsregeln auferlegt hat. Bei der Haftung des Arztes als Besitzer radioaktiver Stoffe ist zwischen Schäden an seinen von ihm oder seinen Mitarbeitern mit radioaktiven Stoffen behandelten Patienten und Schäden an sonstigen Personen und Sachen zu unterscheiden.

- a) Gegenüber sonstigen Personen haftet die natürliche oder juristische Person (Arzt bzw. eingetragener Verein oder Gemeinde als Rechtsträger des Krankenhauses), wenn sie als Besitzer radioaktiver Stoffe einen Schaden verursacht, nach § 26 Abs. 1 Atomgesetz grundsätzlich ohne Verschulden. Sie wird nur dann von der Haftung nach § 26 Abs. 1 Atomgesetz frei, wenn sie nachweist, daß sie und die für sie im Zusammenhang mit dem Besitz tätigen Personen jede nach den Umständen gebotene Sorgfalt angewendet haben. Dabei kann — von Ausnahmen abgesehen — grundsätzlich davon ausgegangen werden, daß die Einhaltung der allgemeinen Strahlenschutzvorschriften und der besonderen Auflagen des Genehmigungsbescheides zur Entlastung ausreicht. Selbst wenn das geschehen ist, versagt jedoch der Entlastungsbeweis immer dann, wenn das schädigende Ereignis auf einem Fehler in der Beschaffenheit der Schutzeinrichtungen oder auf einem Versagen ihrer Vorrichtungen beruht. Ist zum Beispiel die Umhüllung eines umschlossenen radioaktiven Stoffes undicht geworden und wird dadurch ein Schaden verursacht, so haftet der Besitzer für den Schaden, auch wenn er jegliche nach den Umständen gebotene Sorgfalt angewendet hat und wenn ihn also keinerlei Verschulden trifft. Für diesen Schaden tritt dann die zur Erfüllung der Deckungsvorsorge abgeschlossene Versicherung ein.
- b) Die strengere Haftung nach § 26 Abs. 4 Nr. 1 Atomgesetz entfällt, wenn die radioaktiven Stoffe gegenüber dem Verletzten von einem Arzt oder Zahnarzt oder unter deren Aufsicht bei der Ausübung der Heilkunde angewendet worden sind. Das Gesetz will den Arzt — weil der Verletzte (Patient) die Anwendung der radioaktiven Stoffe gebilligt und damit das erhöhte Gefahrenrisiko in Kauf genommen hat — insoweit von der schärferen Haftung ausnehmen und es bei der Anwendung der allgemeinen Haftungsregeln und der für die Haftung bei der Ausübung der Heilkunde entwickelten Grundsätze belassen. Der behandelnde Arzt hat deshalb hier nur für Verschulden aus dem mit dem Patienten abgeschlossenen Vertrag und daneben unter Umständen auch aus unerlaubter Handlung einzustehen (etwa wegen eines Verstoßes gegen eine anerkannte Regel der ärztlichen Kunst bei der



Der Haemokinator

COMPLAMIN[®]

Apoplexie

Periphere Durchblutungsstörungen

Cerebralsklerose

Venenerkrankungen

eröffnet die Endstrombahn,
steigert das

Herz-Minutenvolumen,
normalisiert das

Blutangebot zum Gehirn,
erschließt
Kollateralkreisläufe

Tabletten und Ampullen

Literatur und Muster auf Wunsch

JOHANN A. WÜLFING • DÜSSELDORF

Anwendung radioaktiver Stoffe). Werden aber sonstige Personen — dazu können auch andere Patienten gehören — von den Einwirkungen radioaktiver Stoffe anlässlich der Behandlung eines Patienten geschädigt, so tritt der erwähnte Haftungsausschluss nach § 26 Abs. 2 Atomgesetz ihnen gegenüber nicht ein.

III. Wer muß Inhaber einer Genehmigung sein?

Oben wurde der Grundsatz aufgestellt, daß der Arzt einer Genehmigung bedarf, wenn er mit radioaktiven Stoffen umgeht. Von dieser Genehmigungspflicht stellt in § 6 nun die Erste Strahlenschutzverordnung den Arzt frei, der als Arbeitnehmer oder sonst unter der Aufsicht einer Person tätig wird, die einer Genehmigung nach § 3 bedarf.

Wegen der oft vielschichtigen Arbeits- und Vertragsverhältnisse im Bereich der ärztlichen Dienstleistungen stellt sich die für den einzelnen Arzt nicht immer einfach zu beantwortende Frage, ob er für den Umgang mit radioaktiven Stoffen einer eigenen Genehmigung bedarf, oder ob die Genehmigung, die beispielsweise das Krankenhaus, an dem er tätig ist, besitzt, auch seinen privaten Umgang mit radioaktiven Stoffen mitumfaßt.

Die Erste Strahlenschutzverordnung geht davon aus, daß nur der Arzt einer Genehmigung bedarf, der mit radioaktiven Stoffen in eigener Verantwortung selbst umgeht oder andere als Arbeitnehmer oder sonst unter seiner Aufsicht umgehen läßt. Deshalb unterliegt ein Arzt, der an sich keine Genehmigung haben muß, weil er als Arbeitnehmer oder sonst unter Aufsicht tätig wird, der Genehmigungspflicht, wenn er außerhalb des ihm zugewiesenen Arbeitsbereichs selbständig mit radioaktiven Stoffen umgeht. Maßgebend für die Genehmigungsfreiheit ist also, daß der Arzt nur unter der wirksamen Aufsicht und Verantwortung des Genehmigungsinhabers tätig wird. Dies gilt auch für Ärzte, die als Strahlenschutzverantwortliche nach § 20 Abs. 1 Nr. 2 selbst die Aufsicht ausüben, aber ihrerseits unter der Aufsicht des Genehmigungsinhabers stehen. Für die Praxis lassen sich daraus die nachfolgenden Ergebnisse gewinnen:

Ein Strahlenarzt, der selbständig und eigenverantwortlich mit radioaktiven Stoffen umgeht, bedarf einer Genehmigung. Seine Mitarbeiter sind dagegen nach § 6 freigestellt. Ebenso braucht auch der Belegarzt, der mit den radioaktiven Stoffen des Belegkrankenhauses umgeht, eine eigene Genehmigung. Denn der Belegarzt ist weder Arbeitnehmer noch steht er unter der Aufsicht des Rechtsträgers des Belegkrankenhauses, sondern er ist eigenverantwortlich tätig. Der Träger des Belegkrankenhauses bedarf dagegen für die Lagerung der radioaktiven Stoffe einer Genehmigung.

Zweifelsfragen über die Notwendigkeit einer Genehmigung tauchen des öfteren bei den leitenden Ärzten von Krankenhäusern auf. Vielfach ist es dem leitenden Arzt (Chefarzt) eines Krankenhauses in seinem Dienstvertrag gestattet, stationär aufgenommene Privatpatienten zu behandeln und hierfür selbst zu liquidieren. Im Außenverhältnis handelt es sich zumeist um einen sog. aufgespaltenen Krankenhausvertrag, bei dem der Privatpatient die ärztliche Behandlung dem Chefarzt überträgt, während die allgemeine Krankenhausversorgung der Rechtsträger des Krankenhauses erbringt.

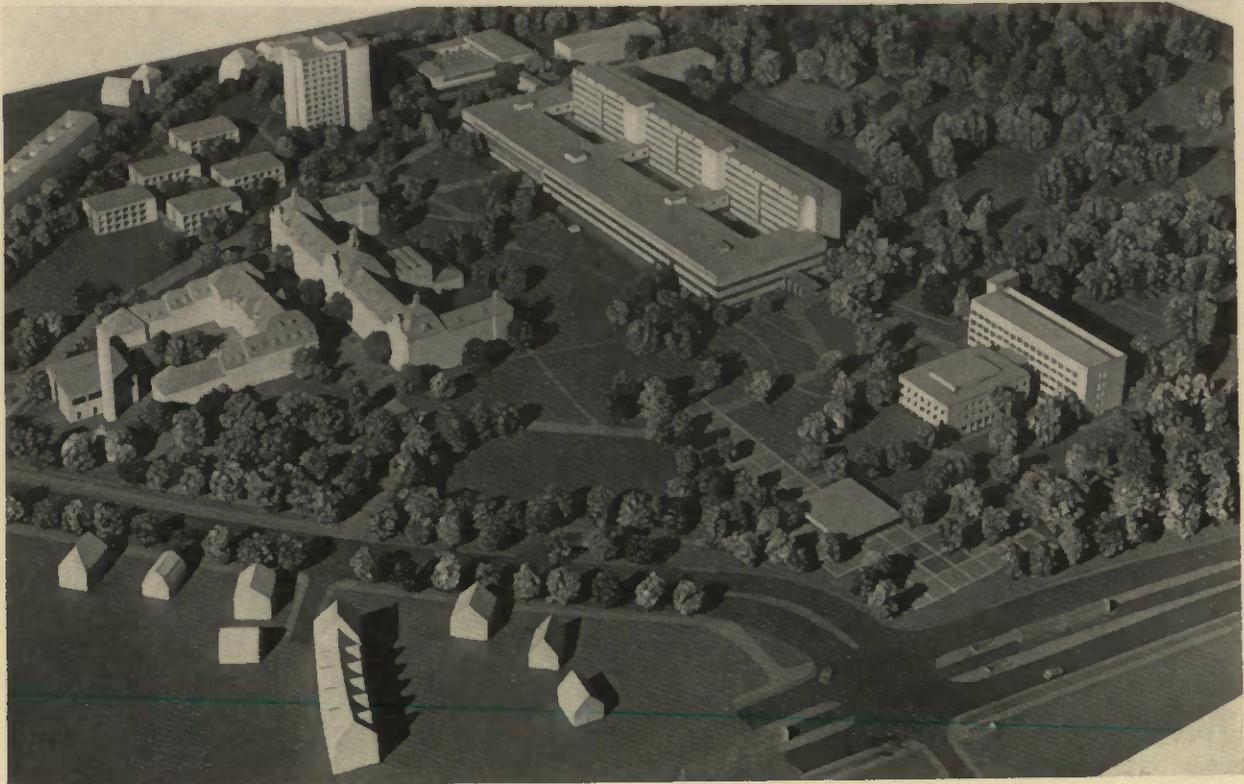
In den Fällen des aufgespaltenen Krankenhausvertrages hängt die Frage, ob der Chefarzt einer eigenen Genehmigung bedarf, wenn er bei seinen Privatpatienten mit radioaktiven Stoffen umgeht, entscheidend von der Ausgestaltung des Dienstvertrages ab. Macht es der Dienstvertrag dem Chefarzt zur Pflicht, alle stationär aufgenommenen Patienten, gleich welcher Pflegeklasse, ärztlich — dazu gehört auch die Behandlung mit radioaktiven Stoffen — zu betreuen, wobei es allerdings in seinem Ermessen steht, inwieweit er die Behandlung persönlich vornimmt, so stellt sich die Verwendung radioaktiver Stoffe — auch soweit das Recht der Eigenliquidation besteht — als Erfüllung der aus dem Dienstverhältnis geschuldeten ärztlichen Tätigkeit dar (vgl. Urteil des Bundesgerichtshofs vom 19. 6. 1952, BGHZ Bd. 7 S. 1 ff.). Sie gehört daher zu seinen Dienstaufgaben, für die er von der Genehmigungspflicht freigestellt ist. In diesem Fall benötigt nur der Dienstherr — zumeist der Krankenhausträger — eine Genehmigung. Dieser hat der Genehmigungsbehörde gegenüber eine verbindliche Erklärung über den dienstlichen Aufgabenbereich des Chefarztes abzugeben, die in der zu erbringenden Deckungsvorsorge ebenfalls entsprechend zu berücksichtigen ist.

Ist es dagegen dem Chefarzt freigestellt (genehmigt), Privatpatienten mit Eigenliquidationsrecht ärztlich zu betreuen — dies trifft vor allem bei den Direktoren der staatlichen Universitätskliniken zu —, dann gehört die Behandlung der Privatpatienten nicht zu seinem dienstlichen Aufgabenbereich, sondern sie fällt als reine Privat-tätigkeit in den Rahmen seiner (freiberuflichen) Nebentätigkeit. Hier bedarf auch der im Dienstverhältnis stehende Chefarzt einer eigenen Genehmigung und er ist verpflichtet, eine entsprechende Deckungsvorsorge nachzuweisen.

Etwas anderes gilt nur dann, wenn sich der Chefarzt darauf beschränkt, lediglich die Diagnose zu stellen und eine bestimmte Therapie mit radioaktiven Stoffen vorzuschlagen, die tatsächliche Heilbehandlung mit radioaktiven Stoffen jedoch der in jeder Hinsicht selbständigen und eigenverantwortlichen Tätigkeit eines anderen Arztes überläßt. Da der Chefarzt hier nicht mit radioaktiven Stoffen umgeht, bedarf er auch keiner eigenen Genehmigung. Für den behandelnden Arzt dagegen gelten die oben genannten Grundsätze; d. h. er bedarf dann keiner Genehmigung, wenn er als Arbeitnehmer des Krankenhauses tätig wird.

Abschließend sei noch bemerkt, daß die Genehmigungspflicht nicht unter dem Blickwinkel eines formalrechtlichen Zwanges betrachtet werden sollte; denn sie dient nicht nur dem Schutz der Öffentlichkeit, sondern — bedenkt man die strengen Haftungsvorschriften — letztlich auch dem Schutze des mit radioaktiven Stoffen umgehenden Arztes, wie auch des Krankenhauses, das die radioaktiven Stoffe zur Verfügung stellt. Nach § 1 Ziff. 2 der oben erwähnten AHBStr umfaßt nämlich der Versicherungsschutz der Pflichtversicherung (Deckungsvorsorge) nur Schadensersatzverpflichtungen, die sich im Zusammenhang mit einem genehmigten Umgang ergeben. Eine Tätigkeit, die zwar genehmigungspflichtig, aber nicht genehmigt ist, wird vom Versicherungsschutz nicht umfaßt.

Anschrift des Verfassers: RR Dr. Friedrich Giehl,
8 München 13, Friedrichstraße 8

Schwestern-,
Hausgehilfinnen-,
PersonalhäuserSchwestern- Küchenbau
hochhausPersonalbau
(Altbau)Bettenbau
(Altbau)Betten- und
Behandlungsbau (Hauptbau)

Kinderbau

Photo: E. Glesmann, München

Ein neues Großkrankenhaus in München

In feierlicher Weise wurde am 18. November 1965 das neue Krankenhaus in München-Harlaching eröffnet. Eine überaus große Zahl von Festgästen, darunter Landtagspräsident Dr. Hanauer, Innenminister Junker, Regierungspräsident Dr. Deinlein, Bundes- und Landtagsabgeordnete, die Stadträte, nahmen an dem würdigen Festakt teil.

Die Landeshauptstadt München hat mit dem Bau dieses Schwerpunktkrankenhauses eine große Tat vollzogen. Die gestellte Aufgabe war zwar in erster Reihe dem drängenden Mangel an Krankenbetten in München, bedingt vor allem durch den ständigen enormen Bevölkerungszuwachs, abzuwehren. Wie aber ein Überblick über das Ganze zeigt, hat man in sinnvoller Gliederung und sich gegenseitig ergänzendem Aufbau Mustergültiges geschaffen. Schon die bloße Aufzählung der einzelnen Gliederungen gibt ein deutliches Bild: Zwei Fachabteilungen für Innere Medizin (Chefärzte: Prof. Dr. Bergstermann, gleichzeitig Direktor des Krankenhauses, und Prof. Dr. Schrader), angegliedert eine Abteilung für Kardiologische Diagnostik und Therapie (Leitender Arzt: Dr. Kiefhaber), die Chirurgische Abteilung (Chefarzt: Dozent Dr. Kugel), die Nothilfeabteilung (Leitender Arzt: Dr. Steinkohl), die Gynäkologisch-Geburtshilfliche Abteilung (Chefarzt: Prof. Dr. Döring), die Anästhesie-Abteilung (Leitender Arzt: Dr. Rothhaus), die Kinderabteilung (Chefarzt: Prof. Dr. Pache), die Augenabteilung (Chefarzt: Prof. Dr. Merté), das Strahleninstitut (Chefarzt: Dr. Kuenlein), die Hals-Nasen-Ohren-Abteilung (Chefarzt: Prof. Dr. Kreßner). Das Pathologische Institut wird von Priv.-Dozent Dr.

Stampel geleitet, das Klinisch-Chemische Institut von Dozent Dr. Knedel, das Bakteriologisch-Serologische Labor von Oberarzt Dr. Schmiedel. Die I. Medizinische Abteilung umfaßt 203, die II. Medizinische Abteilung 146 Betten. Die Chirurgie und Unfallabteilung zählt 191 Betten, die Gynäkologie 116, die Strahlenabteilung 38, die Augenabteilung 34 Betten. In der Kinderabteilung sind 193 Betten vorhanden, in der „Aufnahme“ 10 Betten. Insgesamt stehen also 931 Betten zur Verfügung. In absehbarer Zeit sollen noch eine Abteilung für Alterskrankheiten und eine solche für naturgemäße Heilweise angegliedert werden.

Stadtbaurat Luther verwies bei der einleitenden Begrüßungsansprache auf die Geschichte des größten Hochbauvorhabens der Landeshauptstadt München nach dem Kriege. In einer überraschend kurzen Zeit wurde der Bau vollendet. Am 30. Juni 1959 beauftragte der Stadtrat der Landeshauptstadt das damalige Hochbaureferat, in die Planung für den Neubau einzutreten. Am 14. Juli 1959 wurde der bekannte Krankenhausberater Dr. med. Hans-Ulrich Riethmüller, Tübingen, beauftragt, das Raum- und Funktionsprogramm zu erstellen. Im Dezember 1959 konnten die Architekten mit der Entwurfsarbeit beginnen und am 14. November 1960, fast auf den Tag genau vor fünf Jahren, wurden die ersten Rohbauarbeiten vergeben. Stadtrat Luther dankte den Planern, den Leitern und Mitarbeitern für die technischen und geschäftlichen Aufgaben sowie allen Mitarbeitern des Baureferates und ihren Helfern. Stadtrat Luther verwies darauf, daß die beiden älteren städtischen Großkrankenhäuser, in Schwabing und

r. d. Isar, in offener Bauweise, auch Pavillonbauweise genannt, errichtet wurden, während das neue Harlachinger Krankenhaus eine geschlossene blockartige Form des Hauptkörpers aufweist. Die Konzentration der wichtigsten Einrichtungen des Krankenhauses lasse neben einer weitbegehenden Automation ein Optimum an Wirtschaftlichkeit, besonders durch die dadurch erzielten kurzen Verkehrswege erwarten. Doch komme durch die Zusammenfassung weder beim Kranken noch beim Besucher das Gefühl des Erdrücktwerdens auf. Dazu trage auch die außergewöhnlich günstige Lage inmitten eines ausgedehnten Parkgeländes mit altem Baumbestand u. a. entscheidend bei. Zahlreiche unterirdische Gänge verbinden zum Zwecke der Versorgung die einzelnen Baukörper miteinander. Die stürmische Entwicklung auf medizinisch-technischem Gebiete, die — sollte der Neubau allen Erfordernissen der modernen Medizin Rechnung tragen — berücksichtigt werden mußten, führte während des Baues zu immer neuen geldlichen Anforderungen. Die innerhalb der mehrjährigen Bauzeit eingetretenen Lohn- und Materialpreissteigerungen führten auch ihrerseits zu den sich immer wieder steigernden Kosten. Diese betragen nunmehr fast 94 Millionen DM.

Oberbürgermeister Dr. H.-J. Vogel hob die Vielzahl der im Interesse der Bürger, aber auch der Bürger der sie umgebenden Region, zu erfüllenden wichtigen Gemeinschaftsaufgaben hervor. Die Errichtung und Unterhaltung leistungsfähiger Krankenhäuser ist nicht die geringste dieser Aufgaben. Die Landeshauptstadt hat ihr deshalb stets besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Das gilt für die frühere Zeit; es gilt aber in besonderem Maße für die Zeit nach dem letzten Krieg. Dabei stand zunächst die Wiederinstandsetzung der vorhandenen, aber weitgehend zerstörten Krankenhausanlagen im Vordergrund. Dann galt es, die städtischen Krankenhäuser den raschen Fortschritten der klinischen Medizin anzupassen. Und schließlich mußte der rapiden Zunahme der Einwohnerzahl durch den Bau zusätzlicher Abteilungen und neuer Krankenhäuser Rechnung getragen werden. Im Rahmen dieser Bemühungen stellt die Errichtung des Krankenhauses Harlachung einen wichtigen Abschnitt dar. Denn mit diesem Haus kann die Landeshauptstadt nach 35 Jahren erstmals wieder einen Krankenhausneubau seiner Bestimmung übergeben. Und wenn man in der Geschichte des Münchner Krankenhauswesens nachforscht, dann läßt sich der 18. November 1965 eigentlich nur mit dem 27. November 1910 und dem 17. Juni 1929 vergleichen. Mit dem 27. November 1910, weil an ihm das Krankenhaus Schwabing offiziell in Betrieb genommen wurde, und mit dem 17. Juni 1929, weil an diesem Tage das Krankenhaus Thalkirchner Straße eingeweiht worden ist.

Der Dank des Oberbürgermeisters galt dem Krankenhausreferenten Dr. Hamm, der das Projekt mit der ihm eigenen Mischung von Gewandtheit und Zähigkeit durch viele Klippen hindurchgesteuert hat, Stadtbaurat a. D. Zametzer, Stadtbaurat Luther und Oberbaudirektor Heichlinger. Zametzer und Luther haben sich besonders um diese ihre größte Hochbaustelle gekümmert und es auch mit Geschick verstanden, dem Stadtrat die Beschlüsse über die Erhöhung der Baukosten schmackhaft zu machen. Der Dank galt auch dem Freistaat Bayern, der zu den Kosten des Baues 10 Millionen DM als Zuschuß und weitere 10 Millionen DM

als zinsloses Darlehen beigesteuert und der Stadt eine zur Abrundung des Krankenhausgrundstücks erforderliche Fläche käuflich überlassen hat. Die Münchner Bürgerschaft hat mit 73,7 Millionen den Löwenanteil der Kosten aus eigener Kraft, das heißt aus ihren Steuerleistungen, finanziert. Die Landesversicherungsanstalt hat diese Finanzierung durch die Gewährung günstiger Darlehen im Gesamtbetrag von 26 Millionen DM fühlbar erleichtert.

Oberbürgermeister Dr. Vogel bezeichnete das neue Krankenhaus als ein wichtiges Glied in der Kette der Anstrengungen zur Verbesserung der Münchner Krankenhausverhältnisse. Ein Schlußpunkt sei es jedoch nicht. Vielmehr müßte noch vieles geschehen, bis der Mangel an Krankenhausbetten endgültig überwunden ist. Die Stadt ist entschlossen, ihr Äußerstes zu tun. Sie plant bereits das nächste Krankenhaus in Perlach und erwägt ein weiteres Projekt in Nederling. Sie ist bereit, die freien gemeinnützigen Träger auch in Zukunft beim Bau neuer und der Erweiterung bestehender Anlagen zu unterstützen. Und sie hofft schließlich auf rasche Fortschritte beim staatlichen Klinikum in Großhadern. Allerdings werden alle diese Bemühungen durch zwei Umstände behindert, auf die auch bei dieser Gelegenheit mit großer Sorge hingewiesen werden muß. Der eine Umstand ist die finanzielle Not Münchens. Dieses eine Krankenhaus hat — unter Berücksichtigung des staatlichen Zuschusses — die Grundsteuereinnahmen von fast zwei Jahren oder 49% der Summe verzehrt, die wir im Jahre 1964 für sämtliche Investitionen und Grunderwerbungen im Hoheitshaushalt aufwenden konnten. „Der zweite Umstand ist die Tatsache, daß wir nach dem geltenden Bundesrecht die Pflegesätze für sozialversicherte Patienten — und das waren 1964 83% aller Patienten — nicht selbst bestimmen können. Wir müssen sie vielmehr mit den Sozialversicherungen nach Richtlinien aushandeln, die von vornherein noch nicht einmal die Deckung unserer Betriebskosten zulassen. Kommt eine Einigung nicht zustande, werden die Pflegesätze von der Preisüberwachungsstelle der Regierung von Oberbayern festgesetzt. 1965 beträgt der Teil der Betriebskosten unserer Krankenhäuser — von den Baukosten und ihrer Finanzierung sehe ich ganz ab —, der infolge der bundesrechtlichen Regelung nicht durch Einnahmen gedeckt wird und den wir deshalb aus Steuermitteln bestreiten müssen, 32,6 Millionen DM. Für diese Summe könnte die Landeshauptstadt bereits schon wieder ein Krankenhaus mit über 300 Betten errichten.“ In beiden Punkten ist Abhilfe dringend geboten, wenn die weiteren Bauvorhaben der Stadt und auch die der übrigen Träger nicht auf dem Papier bleiben, sondern Wirklichkeit werden sollen. Und weniger Krankenhausbetten bedeuten eben mehr Leiden, mehr Schmerzen und unter Umständen auch früheren Tod. Befürworter der sogenannten Diktatur der Leeren Kassen sollten diese Zusammenhänge einmal in Ruhe überdenken.

„Die Sorgen, die ich Ihnen soeben vortrug“, fuhr OB Vogel fort, „sollen uns die Freude über das vollendete Werk nicht trüben. Die Bauleute und Techniker haben es geschaffen. Nun ist es Ihre Sache, die Sache der Ärzte, der Schwestern und aller Helfer, es mit dem Geiste der praktischen Nächstenliebe zu erfüllen und es seinem eigentlichen Zweck dienstbar zu machen. Die Bürgerschaft dieser Stadt hat Ihnen ein kostbares In-

strument in die Hand gegeben. Nutzen Sie es zum Besten der Bürgerschaft. Mögen alle, die in diesem Hause tätig sind, Erfolg und Befriedigung bei Ihrer Arbeit, diejenigen aber, die als Patienten hierher kommen, Linderung ihrer Schmerzen und glückliche Genesung finden. Und möge dieses Haus nie von Menschenhand zerstört werden. Das ist mein Wunsch in dieser Stunde.“

Krankenhausreferent Dr. Hamm machte darauf aufmerksam, daß der immer größer werdende Bedarf an Pflegekräften die Stadt veranlasse, ihr besonderes Augenmerk bei diesem neuen Hause auf die umfassende Einplanung neuzeitlicher, bewährter krankenhaustechnischer Anlagen zu legen, die das Pflegepersonal entlasten und dabei eine möglichst gute Betreuung der Patienten zu gewährleisten. Technik und Rationalisierung, ohne die im alleinigen Interesse der Kranken und des Personals nicht mehr gearbeitet werden sollte, verbieten es, eine solche Krankenhausanlage nach idyllischer Bauvorstellung zu errichten. Die Bau- summe von 94 Millionen liege durchaus im Rahmen anderer vergleichbarer Projekte. Auf die Spezialisierung zu sprechen kommend, fragte Dr. Hamm, ob dies etwa ein Nachteil sei, suche doch der Kranke die Stätte auf, von der er hoffe, daß Spezialisten die Ursache seines Leidens erkennen und behandeln werden. Das bedeutet, daß das Krankenhaus mehrere Fachabteilungen haben müsse und damit eine Größenordnung bis zu tausend Betten.

Nach der kirchlichen Weihe hielt Univ.-Professor Dr. V. R. Nissen, Basel, den Festvortrag: „Das Krankenhaus und seine Stadt.“ Zum Schlusse seiner wegen einer Unpäßlichkeit nicht zur Gänze vorgetragenen Ausführungen heißt es:

„Die schnelle Vergrößerung der Städte — in manchen Industriestaaten den Charakter einer Landflucht annehmend — findet, von der Krankenseite betrachtet, ihren Ausdruck in chronischer Bettennot. Je größer das Hospital wird, um so mehr kommt es zu einer anderen, unaufhaltsamen Entwicklung: zur Errichtung von hochspezialisierten Abteilungen, deren Raum- und Ausrüstungsbedürfnis mit der Zuweisung einer bestimmten Bettenzahl nicht befriedigt ist. Da es in der Regel neue technische Untersuchungsmethoden, gekoppelt mit einer verfeinerten Laboratoriumsmethodik, sind, die nach immer weitergehender Spezialisierung drängen, müssen diese städtischen Schwerpunktkrankenhäuser in ihren materiellen und personellen Forderungen immer anspruchsvoller werden, und es ist nicht abzusehen, wo diese Fortschrittspirale einmal enden wird. Die Entwicklung solcher Großstadtspitäler führt dazu, daß der Zustrom von Kranken nicht auf die städtische Einwohnerschaft beschränkt bleibt. Die Spezialistensehnsucht des Publikums ist eine gewaltige Triebkraft, die — wie es scheint — in den letzten

Jahren einen gesunden Provinzialismus überwunden hat. Es ist eine natürliche Neigung jedes Kranken, sich am Ort seiner Wohnung behandeln zu lassen, und, wenn nicht stichhaltige Gegenstände vorliegen, sollten wir Ärzte dieses medizinisch-therapeutische Helmatgefühl — möchte ich es nennen — unterstützen. Der Besuch der Familienmitglieder, das Gefühl in akuten Situationen sie in nächster Nähe zu haben, ist eine wertvolle psychologische Hilfe zur Gesundung, und es besteht kein Zweifel, daß die ärztliche Leistungsfähigkeit der mittleren und kleineren Krankenhäuser denen der Großspitäler nicht nachsteht; bis auf die relativ wenigen Erkrankungen, die einem erfahrenen Spezialisten und — vielleicht noch wichtiger — einer vollendet eingerichteten Spezialabteilung vorbehalten bleiben müssen. Die Unzulänglichkeit der kleineren Hospitäler liegt nicht in der beruflichen Kompetenz der leitenden Ärzte — es sind ja unsere langjährigen Assistenten und designierten Vertreter, die hier wirken —, sie liegt in der ungenügenden Assistentenzahl, und ich möchte an dieser Stelle, an der auch Verwaltungsbehörden zugegen sind, einen Appell an die großen Krankenhäuser wiederholen, daß sie den Assistentenaustausch mit den Hospitälern der kleineren Gemeinden obligatorisch machen. Die kleineren Krankenhäuser sind ja gerade diejenigen Arbeitsstätten, mit denen die Mehrzahl der Assistenten, wenn sie überhaupt Krankenhausleiter werden, zu rechnen haben. Es ist bekannt, daß die Umstellung von dem glänzend ausgestatteten Großstadthospital zu dem der kleineren Stadt mit seinen beschränkten materiellen Mitteln oft schwer ist. Den Großstadtspitälern wäre wenig oder nichts genommen, wenn eine vernünftige Dezentralisierung zur Tat wird; ihre große Aufgabe ist dreifach: die adäquate ärztliche Versorgung der ortsständigen Bevölkerung, die Behandlung der spezialistischen Fälle, wobei der Maßstab dessen, was spezialistisch ist, streng angewandt werden muß, und die lehrende und erzieherische Wirkung über die Grenzen des Hauses hinaus. Gerade der letzte Punkt wird in dem Augenblick automatisch seine praktische Erfüllung finden, wenn das Schwergewicht des klinischen Unterrichtes der Studenten auf die Anweisung in Gruppen am Krankenbett und auf Krankenhausdienst im Tutorensystem verlegt wird. Die von Universitätslehrern geleiteten Krankenhausabteilungen dieser Stadt werden dann gerade eben imstande sein, den Teil von Medizinstudenten zu resorbieren, der ihnen nach ihrer Bettenzahl zufällt. Wie man dann die akademisch-medizinische Hierarchie ordnet, ob man an der jetzigen Form festhält, oder ob man das interne und das chirurgische Department im Sinne des zweiten Möbbauereffektes organisiert (wie man hierzulande, glaube ich, sagt), ist hier einmal von untergeordneter Bedeutung.

Kein Zweifel — dieses schöne Haus wird ein neuer Markstein sein in der traditionsreichen Krankengeschichte dieser Stadt — und im abgewandelten Sinne gilt dem München der Hospitäler ein Wort, das einstmals Bürger für die schönste Eigenschaft ihres Gemeinwesens geprägt haben: Diese Stadt — eine Zuflucht!“

Ein Rundgang durch das imponierende Krankenhaus schloß sich der Feier an. Eine mit reichem Bildmaterial und zahlreichen Plänen versehene Festschrift gibt einen guten Überblick über das neue, den Kranken gewidmete Haus.

K-g.

83. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

▼ vom 13. bis 16. April 1966
in München

PECTAMED

wird mit jedem Husten fertig

E. Merck

DARMSTADT

Durch den leicht verdampfenden Wirkstoff Dimethyl-phenyl-aethylenimin wirken die Pectamed-Hustentropfen besonders rasch und beseitigen – vor allem als Pectamed mit Codein (1%) – den lästigen Reizhusten.

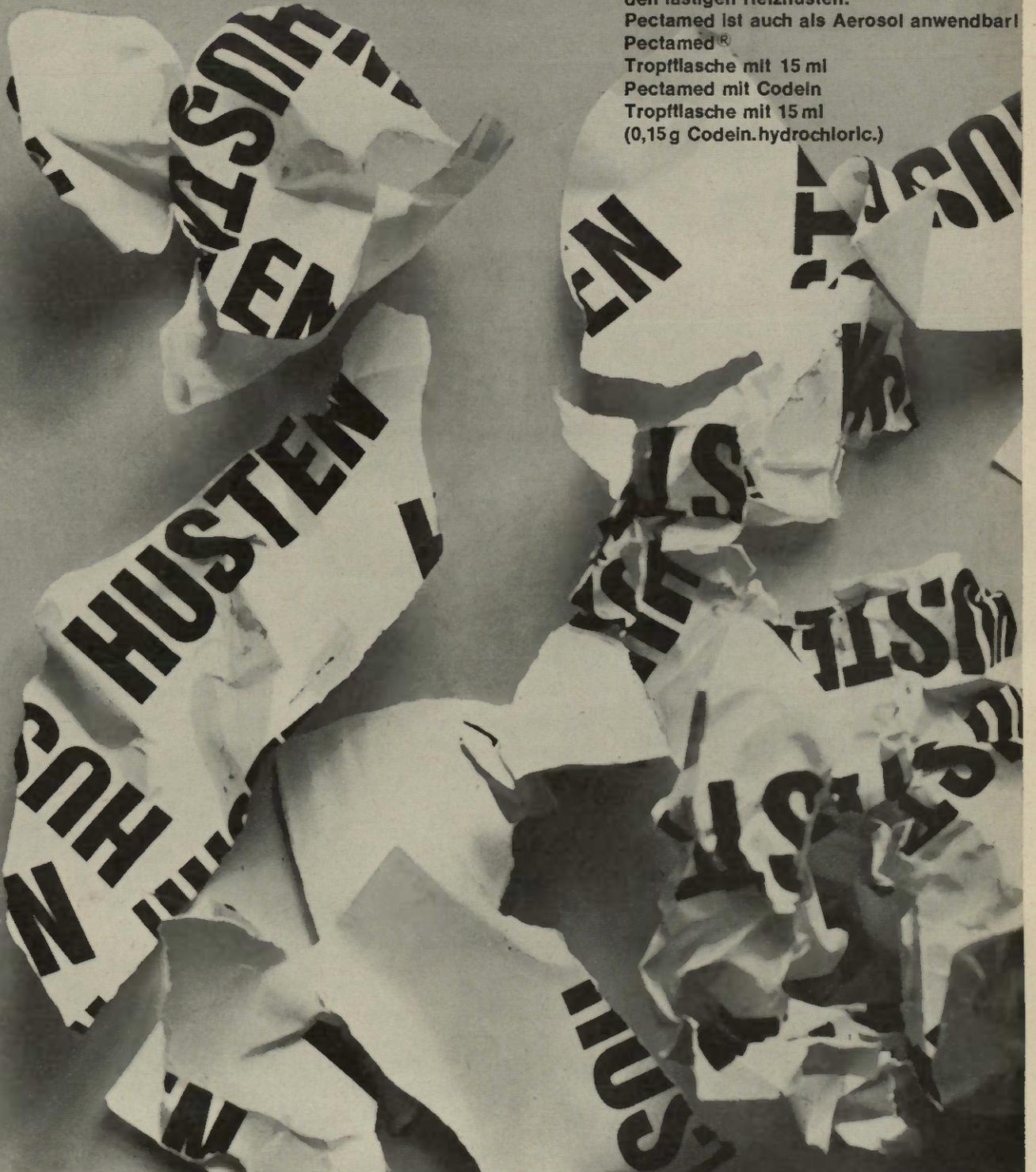
Pectamed ist auch als Aerosol anwendbar.
Pectamed®

Tropfflasche mit 15 ml

Pectamed mit Codein

Tropfflasche mit 15 ml

(0,15 g Codein.hydrochloric.)



AUS DEM STANDESLEBEN

Bericht über den Wissenschaftlichen Abend der Vereinigung der Fachärzte für Urologie in Bayern

am 21. 1. 1965 in Münster

Thema: Möglichkeiten und Grenzen neuerer radiologischer Untersuchungsverfahren bei Nierenerkrankungen

Leitung: Dr. Kurt Schneider, 1. Vorsitzender

Dr. E. SCHMIEDT, München:

Sogenannte antegrade Pyelographie

Wennes auch seit Einführung der Tri-Jodverbindungen als Röntgenkontrastmittel zu einer wesentlichen Verbesserung der Qualität der Ausscheidungsurogramme gekommen ist, so läßt doch die technische Güte und damit der diagnostische Aussagewert vieler Urogramme, besonders bei Harnabflußstörungen und bei Nierenfunktionsschäden, oftmals zu wünschen übrig. Das instrumentelle Pyelogramm, mit dessen Hilfe sich die anatomisch-pathologischen Gegebenheiten, nicht aber die Funktion im allgemeinen genauer verifizieren lassen, ist der hiermit möglichen Keimverschleppung und der beim Überspritzen hervorgerufenen Beschwerden und Parenchymschäden wegen nicht ungefährlich bzw. für den Kranken unangenehm.

Seit 1½ Jahren wenden wir daher, ähnlich wie B. SCHENCKER und WHITESEL und HELLER, eine Dauertropfinfusion von 60 ccm 76%igem Urografin, das mit der gleichen Menge einer 5%igen Zuckerlösung vermischt wurde, an, wobei die Kontrastmittelmischung innerhalb von 15 Minuten infundiert wurde.

Am auffälligsten war, daß mit dieser Technik bei 10 sogenannten Urografin- und sonstigen Allergikern keine allergischen Reaktionen beobachtet wurden.

Sind Nierenfunktion und Harnwege normal, so ist der Kontrastmittelablauf auch bei der sogenannten antegraden Pyelographie oftmals so schnell, daß gegenüber dem konventionellen Urogramm keine besseren Aufnahmen erzielt werden. Meistens jedoch gewinnt man hiermit Darstellungen des Hohlsystems der oberen Harnwege, die hinsichtlich der Bildqualität dem instrumentellen Pyelogramm nahekommen.

Vor allem hat sich diese Methode auch bei leichter bis mäßiger Niereninsuffizienz und bei geringen bis mittelgradigen Harnabflußstörungen, bei denen das konventionelle Urogramm vielfach versagt, ausgezeichnet bewährt.

Derzeit sind entsprechende Versuche mit Conray im Gang, das im wesentlichen glomerulär ausgeschieden wird, während Urografin sowohl glomerulär als auch tubulär sezerniert wird. Einer späteren Veröffentlichung soll es vorbehalten bleiben, zur Frage Stellung zu nehmen, welchem Kontrastmittel der Vorzug zu geben ist.

Dr. K. W. FREY, München:

Nierenzintigraphie mit Radio-Salyrgan

Die Nierenzintigraphie ist eine relativ neue Untersuchungsmethode (eingeführt 1960 durch McAFEE und WAGNER) zur Diagnostik des Nierenparenchyms. Ihrem Aufwand nach ist sie am ehesten dem Ausscheidungsurogramm vergleichbar: Eine einmalige intravenöse Injektion (wir verwenden 0,1—0,2 $\mu\text{Ci}/\text{kg}$ Radiosalyrgan) ist der einzige Eingriff am Patienten.

Zur Szintigraphie ist keine Vorbereitung des Patienten erforderlich und es gibt auch keine Medikamenten-nebenwirkung, da nur etwa $\frac{1}{10}$ der Einzeldosis an Salyrgansubstanz injiziert wird (0,02—0,2 mg/kg). Die Untersuchung dauert 40—70 Minuten. Der Kostenaufwand ist ähnlich dem Ausscheidungsurogramm, die Strahlenbelastung der Niere ist bislang ungefähr gleich hoch, die Gonaden- und Ganzkörperbelastungen sind deutlich niedriger. Das Nierenkelchsystem und der Ureter können auf dem Szintigramm im allgemeinen nicht beurteilt werden.

Wenn sie ausnahmsweise (manchmal bei Stauung) zur Darstellung gelangen, ist keine Abgrenzbarkeit des Nierenhohlsystems gegen die Niere möglich. Ihren Hauptwert hat die Szintigraphie in der überlagerungsfreien Darstellung des funktionstüchtigen Nierenparenchyms. Parenchymsausfälle, Nierenzysten oder artfremdes Gewebe wie z. B. Nierentumoren werden als „stumme“ Zonen gegenüber dem Salyrgan sezernierenden Nierenparenchym diagnostizierbar. Derartige Parenchymsdefekte können je nach ihrer Lage innerhalb der Niere ab 2—3 cm diagnostiziert werden, im günstigsten Falle ab 1,5 cm.

Bei einseitigen Nierenerkrankungen (chron. Pyelonephritis, Nephrotuberkulose, Hydronephrose) mit Funktionseinschränkung ist das Aktivitätsmuster über der kranken Niere häufig reduziert und unregelmäßig. Bei weitgehender Funktionsverminderung und bei Schrumpfnieren sind auf den Szintigrammen noch Restparenchyme bis herab zu Markstückgröße auszumachen, bei denen das Ausscheidungsurogramm bereits stumm ist. Die Szintigraphie eignet sich ferner sehr gut zur Diagnostik von Nierenmißbildungen (Hypoplasien, Aplasien, Verschmelzungsnieren) und von Nierendystopien, da sie das Nierenparenchym unabhängig von jeglicher Abdominalüberlagerung kontrastreich darstellt. Sie wird deshalb auch mit Erfolg in der Pädiatrie eingesetzt und kann hier bereits im Säuglingsalter ungefährlich durchgeführt werden, insbesondere bei Mißbildungen, Dystopien, Blasenaustrittsstenososen, Schrumpfnieren u. a., auch zur Verlaufsbeobachtung und zur Funktionskontrolle nach operativen Eingriffen und zur Lokalisation der Nieren vor Biopsien.

Dr. Gustav HÖR, München:

Radio-Isotopennephrographie

Die Radio-Isotopennephrographie (RIN) wird seit 1956 (KIMBEL, TAPLIN, WINTER) zunehmend für die Fahndung nach einer globalen Nierenfunktionsstörung an verschiedenen urologischen und radiologischen Zentren des In- und Auslandes eingesetzt. Prinzip: Es werden 0,2 $\mu\text{Ci}/\text{kg}$ (Patientengewicht) von einer nierenpflichtigen etikettierten Substanz i. v. gegeben. (J-131-Hippuran, Hg-203-Salyrgan, J-131-

Urografen.) Geeignete Strahlenmeßköpfe registrieren den renalen Aktivitätsdurchgang über eine bestimmte Zeit.

Die resultierende Aktivitätskurve besitzt drei Abschnitte: Phase I (initialer Aktivitätsanstieg), Phase II (sog. Sekretionsphase) und Phase III (sog. Exkretionsphase). Die Funktionsvorgänge der Einzelphasen überschneiden sich, so daß sie isotopennephrographisch nicht scharf zu trennen sind. Der bedeutsamere Aussagewert kommt meist der Phase II zu, die nach heutiger Vorstellung bei Verwendung proximal-tubulär sezerner Testsubstanzen (wie Radiohippuran) eher einen Anhalt für die relative Durchblutung jeder einzelnen Niere liefert als die Phase I des RIN.

Als Indikationsgebiete für die RIN kommen in Frage: vornehmlich einseitig lokalisierte Nierenfunktionsstörungen, wie sie im Gefolge akuter oder chronischer Abflußbehinderungen auftreten können (Stein, Tumor, Striktur); Kontrolle der Nierenfunktion vor und nach Radiotherapie intraabdominaler Tumoren (GERBIE, TÄGER, zum WINKEL u. a.); Erkundung einer größeren Nierenfunktionseinbuße bei Nierentuberkulosen sowie bei Restnierenprozessen (frühere Nephrektomie der kontralateralen Niere). Hier kann die RIN Leitbefunde ergeben, die die graduell unterschiedlich erhaltene Restnierenfunktion im Seitenvergleich sehr gut beurteilen lassen (FREY, HÖR und HEINZE).

Die Isotopennephrographie dient ferner zur Fehldiagnose nach einem renalen Hypertonus auf Grund einer Nierenarterienstenose. Bei nahezu komplettem Gefäßverschuß ist im RIN keine Radio-Hippuran-Sekretion oder eine erhebliche Verminderung derselben festzustellen (sog. „Nephrektomie“ bzw. „Isosthenurie-Typ“ des RIN).

Bei angiographisch eindeutigen Einengungen der A. renalis liegt im Isotopennephrogramm meist ein verzögertes Sekretionsmaximum in der Phase II vor (TAUXE et al, SCHOLZ et al, HÖR et al). Auch fortgeschrittene destruktive Nephropathien (Schrumpfnieren) können mit der RIN aufgedeckt werden.

Unter den Nachteilen und Grenzen dieser neuen nuklearmedizinischen Methode sind zu nennen: sie erlaubt keine Artdiagnose; sie eignet sich bislang nicht zur quantitativen Analyse der Nierenleistung, weshalb für beidseitige Nephropathien kein besonderer Indikationswert besteht, zumal die RIN auch zwischen glomerulären und tubulären Funktionsanteilen nicht zu unterscheiden vermag. Andererseits kann die Aussagekraft der RIN gesteigert werden (Untersuchung nach Hydrierung des Patienten, nach PAH-Belastung, Kombination von Isotopennephrographie und Nierenszintigraphie). Auch in der Kinderheilkunde gewinnt die RIN neuerdings an Bedeutung (FRIEDERISZICK u. M., FEITEL, HÖR und FREY, WINTER), da sie im Gegensatz zu röntgendiagnostischen Untersuchungen nur eine sehr geringe Strahlenbelastung bedingt (ca. 1% eines Ausscheidungsurogramms). Die rasche Information über die Funktion jeder einzelnen Niere läßt sich mit keiner gleich einfachen Methode erzielen.

Dr. J. NUMBERGER, München:

Nierenarteriographie

Die schonendste und gefahrloseste Methode der Nierenarteriographie ist die Methode, die SELDINGER 1953 angegeben hat. Dabei wird in Lokalanästhesie transfemorale über einen Führungsdraht ein Poly-

aethylenkatheder in die Aorta hochgeschoben und durch den Katheter das Kontrastmittel injiziert.

Bei der Methode von LUND wird zusätzlich die axiale Endöffnung des Katheters durch eine Knopfschleife verschlossen, so daß das Kontrastmittel aus zwei Seitenlöchern am Katheterende austritt. Diese Modifikation ermöglicht die Etageaortographie, bei der eine wegen ungünstiger Überlagerungen unerwünschte Kontrastmittelfüllung von Gefäßen, die kranial von den Nierenhauptarterien aus der Aorta entspringen, vermieden werden kann. Bei dieser Methode liegt die Katheterspitze, die an der Knopfschleife bei der Durchleuchtung zu sehen ist, zur aortalen Nierenarteriographie in Höhe von L $\frac{1}{2}$. Je nach Abgang der Nierenhauptarterien kann die Katheterspitze beliebig in der Aorta verschoben werden. Häufig ist die selektive Nierenarteriographie erforderlich. Dabei wird ein schattengebender Ödman-Ledin-Katheter über den Führungsdraht gegen den Seldinger-Katheter ausgetauscht. Der Ödman-Ledin-Katheter besitzt an der Spitze eine angeformte Krümmung, die in die Nierenhauptarterie unter Durchleuchtungskontrolle beim Abtasten der Aortenwand fällt.

Um bei der Nierenarteriographie alle Phasen der Kontrastmitteldurchströmung der Nieren zu erfassen, ist es notwendig, mit einem automatischen Filmwechsler eine Aufnahmeserie mit anfangs (2 Sekunden lang) 2—3 Aufnahmen pro Sekunde und später (die folgenden 2—3 Sekunden) 1—2 Bilder pro Sekunde, und nach einer Pause von 15 Sekunden noch eine Aufnahme anzufertigen. Man erhält so die arterielle Phase, die Phase des nephrographischen Effektes, die venöse und die Ausscheidungsphase.

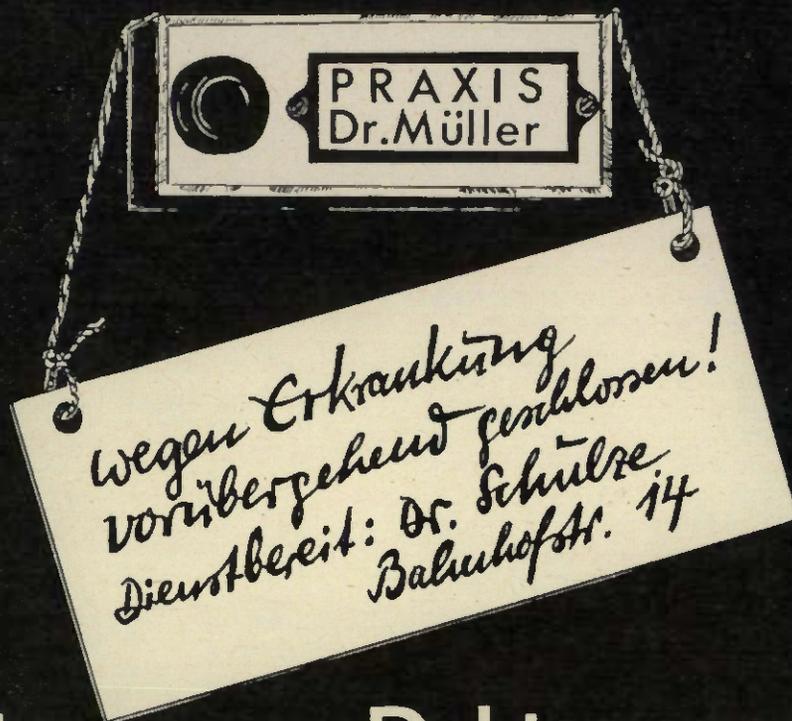
Es wurden Fälle von kongenitalen Anomalien, Hydronephrose, pyelonephritischen Schrumpfnieren, Nierenzysten und Zystennieren, Nierentuberkulose, Hypernephrom und Nierenarterienstenosen demonstriert. Eine ausreichende diagnostische Abklärung konnte bei diesen Fällen nur durch die Nierenarteriographie erreicht werden.

Als wichtige Indikationen zur Nierenarteriographie ergaben sich aus den gezeigten Fällen: Ungeklärte nephrogene Hämaturie, Hypertonie unklarer Genese, pathologische Befunde im Ausscheidungsurogramm und im retrograden Pyelogramm (einseitige funktionslose Niere, expansive Prozesse in den Nieren, Hydronephrose, umschriebene entzündliche Prozesse in den Nieren, kongenitale Anomalien); expansive Prozesse retroperitoneal bzw. abdominal ungeklärter Herkunft.

Dr. P. KOLLE, München:

Zusammenfassung der Diskussion

Es wurden die klinischen Daten und die Röntgenbilder von drei Kranken gebracht, bei denen nach klinischem Bild und konventionellem Röntgenbefund der hochgradige Verdacht auf das Vorliegen von Nierentumoren bestand. Nachdem auch die angiographischen Untersuchungen diesen Verdacht weiter erhärteten, wurden diese Nieren operativ entfernt, wobei sich in keinem Falle ein Tumor fand, sondern die Röntgenbefunde durch eine atypische Anordnung des Nierenparenchyms retrospektiv erklärt werden konnten. Es wird auf die Problematik der Tumorerkennung noch intraparenchymal gelegener Tumoren auch an der freigelegten Niere hingewiesen und gezeigt, daß auch heute trotz der segensreichen Nierenangiographie noch Fehldeutungen möglich sind.



sind Sie zum Doktor gegangen,
Herr Doktor??

DITONAL®
(simplex)
schmerzstillende, fiebersenkende Zäpfchen

Athenstaedt & Redeker - Bremen

12 Stück
bitte kühl lagern!

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 haben.

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

Die kennt doch sowieso jeder!

ATHENSTAEDT - ARZNEIMITTEL - BREMEN

Sitzung des Ständigen Ausschusses der Ärzte der EWG in Berlin

Am Freitag und Samstag (19./20. 11. 1965) fand in Berlin — Kongreßhalle — eine Vollversammlung des Ständigen Ausschusses der Ärzte der EWG statt.

Die Ärzteschaften aller Länder der EWG waren durch ihre Delegierten, die Ärzte der Länder Dänemark, England, Österreich, Schweden und der Schweiz waren durch ihre offiziellen Beobachter vertreten.

Der Präsident dieser Versammlung, Herr Dr. Ernst FROMM, Hamburg, wies bei der Eröffnung der Sitzung darauf hin, daß die Ärzte in der Welt, unbeschadet der politischen Verschiedenheiten in den einzelnen Ländern, durch ihren Beruf viele Gemeinsamkeiten haben. Man könnte fast sagen, daß die Ärzte durch eine eigene gemeinsame Sprache vereint sind. Sie seien daher auch den Bemühungen zur Einigung Europas besonders verbunden.

Der Präsident der Ärztekammer Berlin, Herr Dr. Hermann MEINS, überbrachte den Gruß der Berliner Ärzte. Er wünschte den Beratungen einen guten Erfolg und wies dabei darauf hin, daß Berlin — wie kaum eine andere Stadt — immer wieder zeige, wie man stets erneut mit den Schwierigkeiten einer komplizierten Zeit fertig werden müsse.

Der Generalsekretär des Ständigen Ausschusses, Herr Dr. Hans SEWERING, München, gab dann einen Bericht über die Arbeitstagungen seit der letzten Vollversammlung im März 1965 in München.

Es haben seit dieser Zeit folgende Ausschüsse und Arbeitsgruppen getagt:

Der Unterausschuß für Fragen des Praktischen Arztes tagte am 17./18. 7. 1965 in München und am 23. 10. 1965 in Venedig; die Arbeitsgruppe Ärztliche Ausbildung tagte am 23./24. 10. 1965 in Venedig; die Arbeitsgruppe für Fragen der Krankenhausärzte tagte am 22. 10. 1965 in Venedig; die Arbeitsgruppe Arbeitsmedizin tagte am 18. 6. 1965 in Köln und am 13. 11. 1965 in Paris; die Juristenkommission tagte am 12. 11. 1965 in Paris.

Die Versammlung erörterte dann u. a. nach einem Bericht von Herrn Dr. van NIEUWENHUIZEN die gegenseitige Anerkennung einiger Facharztgebiete.

Herr Dr. Rolf BERENSMANN, Stuttgart, Vorsitzender der Arbeitsgruppe „Arbeitsmedizin“ im Ständigen Ausschuss der Ärzte der EWG, berichtete über die Voraussetzungen, unter denen Werks- und Betriebsärzte ihren Beruf ausüben können. Die Arbeitsmedizin ist eines der Gebiete, auf denen die EWG-Kommission nach Art. 118 des Vertrages zur Gründung der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft „eine enge Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten in sozialen Fragen“ fordern soll.

Der Bundesminister für das Gesundheitswesen hatte die Delegierten am Samstag zu einem Mittagessen eingeladen. Die Grüße der Frau Minister überbrachte in ihrer Vertretung Herr Professor Dr. DANIELS, der Präsident des Bundesgesundheitsamtes Berlin. Am Samstagabend gab der Senator für Gesundheitswesen, Herr Dr. med. Gerhard HABENICHT, einen Empfang im Schloß Charlottenburg.

Hauptversammlung 1965 des Hartmannbundes in Baden-Baden

Aus der Arbeitstagung

Auf der diesjährigen Hauptversammlung des Hartmannbundes in Baden-Baden vom 4. bis 6. November gab der bisherige Vorsitzende, Herr Kollege Dr. JUNG-MANN, MdB — der wegen zeitlicher Überlastung nicht mehr bereit war, dieses Amt weiterhin zu bekleiden — in seinem Rechenschaftsbericht einen Überblick über die während seiner Amtszeit geleistete Verbandsarbeit. Ziel allen Handelns sei gewesen, die Freiheit des Arztes zu erhalten, ihn vor äußerem Zwang, fremden Einflüssen und wirtschaftlicher Abhängigkeit zu bewahren. Dr. Jungmann erklärte, die Freiheit des Arztes sei kein Vorrecht, sondern die Konsequenz seiner besonderen Pflichten und gleichzeitig die Voraussetzung dafür, daß er diese Pflichten erfüllen könne.

Befriedigt zeigte sich Dr. Jungmann von den in den zwei Jahren seiner Amtsdauer erzielten Verbesserungen im Verhältnis zu den ärztlichen Organisationen. Er äußerte auch die Hoffnung, daß sich das Verhältnis der ärztlichen Verbände zueinander bessern möge. Ein Anfang zu der vom Hartmannbund erstrebten Konzentration der Kräfte des Berufsstandes sei mit der Gründung der Arbeitsgemeinschaft freier ärztlicher Verbände gemacht worden.

Mit besonderer Genugtuung würdigte Dr. Jungmann das wachsende Verständnis und die freundschaftliche Offenheit im Verkehr mit den ärztlichen Verbänden in den Ländern der EWG.

In grundsätzlichen Ausführungen zur innerdeutschen Gesetzgebung zeigte sich Dr. Jungmann befriedigt, daß der Gesetzgeber im neuen Mutterschutzgesetz das umfassende Gebiet der gesundheitlichen Vorsorge eindeutig den freipraktizierenden Ärzten anvertraut hat.

Zum Jugendarbeitsschutzgesetz sagte Dr. Jungmann, der Hartmannbund werde sich bei den beginnenden Bemühungen, die Ergebnisse der Untersuchungen statistisch auswertbar zu machen, die auch vom Hartmannbund begrüßt werden, mit allen Mitteln gegen Versuche wehren, die Vertraulichkeit des Untersuchungsergebnisses zu gefährden.

Als dringlich bezeichnete es Dr. Jungmann angesichts der bevorstehenden Niederlassungsfreiheit innerhalb der EWG, zu klären, was unter einem Praktischen Arzt zu verstehen ist und welchen Bedingungen er genügen müsse. In die deutsche Regierungsdelegation zur Beratung dieser Frage müsse ein Mitglied der deutschen Delegation im Ständigen Ausschuss der Ärzte der EWG entsandt werden.

Dr. Jungmann forderte weiter nachdrücklich eine angemessene Honorierung für die Behandlung von Angehörigen der Bundeswehr.

Zum neuen Ersatzkassenvertrag erklärte er, das Ergebnis sei unbefriedigend. Außerdem sei es bedauerlich, daß die Ersatzkassen-Adgo der ÜGO nicht angeglichen würde, so daß der Arzt nicht mehr gezwungen wäre, mit verschiedenen Gebührenordnungen zu arbeiten.

Fortschritte bei der Reform der Krankenversicherung erhoffte sich Dr. Jungmann von der Berufung des neuen Bundesarbeitsministers Hans KATZER. Er erklärte, das eigentliche Problem liege nicht auf der Leistungs-, sondern auf der Kostenseite. Der Hartmannbund verlange nach wie vor den Übergang vom Sachleistungs- auf das Kostenerstattungssystem und eine sozial tragbare Selbstbeteiligung des Patienten, um ihn aus der Rolle des passiven Wohltatenempfängers zu befreien und ihn am Krankheitsgeschehen stärker zu beteiligen.

Die Forderungen des Verbandes fanden — nach eingehender Aussprache über den Tätigkeitsbericht des Vorsitzenden — in einer Reihe von Entschlüssen ihren Niederschlag, und zwar zu den Untersuchungen von Jugendlichen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz, zum Mutterschutzgesetz, zur Honorarsituation bei ärztlicher Behandlung von Angehörigen der Bundeswehr, zur Belegarztfrage, zur Freizügigkeit der Ärzte im EWG-Raum, zur Bestallungsordnung, zum Ersatzkassenvertrag und zur Reform der sozialen Krankenversicherung.

Die Neuwahl des Vorstandes

In den Geschäftsführenden Vorstand wurden gewählt:
 Dr. Kurt JOUSSEN, Bottrop, zum 1. Vorsitzenden;
 Dr. Karl Hans METZNER, Mainz, zum Stellvertretenden Vorsitzenden;
 Dr. Dr. Wolfram v. GUGEL, Dürnhausen, zum Stellvertretenden Vorsitzenden;
 Dr. Gerhard JUNGSMANN, MdB, Markoldendorf, als Beisitzer;
 Dr. F. B. RÜDER, Mitglied der Bürgerschaft, Hamburg, als Beisitzer.

In seiner „Regierungserklärung“ dankte der neue Vorsitzende Dr. JOUSSEN seinem Vorgänger und brachte seinen Willen zum Ausdruck, in dem Bestreben nach Konsolidierung fortzufahren. Nur durch die Zusammenarbeit aller ärztlichen Gremien könne die Freiheit des Standes verteidigt werden.

In einem Referat „Probleme der Gebührenordnung“ zeichnete Dr. Heimit WEZEL, Fellbach, den Arbeitsweg der Gebührenordnungsgremien von der Neugo über die Argo I, die GOÄ bis zur Argo II auf und machte detaillierte Vorschläge für die endgültige neue Gebührenordnung.

Aus der Abschlußkundgebung

Auf der Schlußkundgebung, an der neben Vertretern der Legislative und Exekutive von Bund und Ländern auch Repräsentanten der aus- und inländischen Ärzteschaft teilnahmen — u. a. der Präsident der Bundesärztekammer, Herr Kollege FROMM, und Herr Kollege SEWERING, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer und Generalsekretär des Ständigen Ausschusses der Ärzte der EWG —, wurden die Herren Kollegen Dr. DEBUS, Dr. STROHMANN und Dr. WALKER durch die Verleihung der Hartmann-Thieding-Plakette ausgezeichnet.

Die Festansprache hielt Herr Bundesminister a. D. Professor Dr. S. BALKE, MdB, Präsident der Bundes-

vereinigung deutscher Arbeitgeberverbände, über „Die Sozialpartner, die Krankenversicherung und die Ärzteschaft“. Er führte aus, das ihm gestellte Thema umfasse ein soziales Ordnungsproblem, das eingefügt werden müsse in den übergeordneten Bereich der ethischen Verantwortung für die Gesamtheit einer Gesellschaft. Der Unternehmer habe hierbei unstreitig gewisse Führungsaufgaben. In dieser Rolle begegne er dem Arzt; denn zwischen Arzt und Unternehmer gebe es zweifellos eine gemeinsame Basis für eine Denkweise, die ein freies, selbstverantwortliches und schöpferisches Handeln ermögliche.

Professor Balke betonte, daß für die Arbeitgeber das System der gegliederten, von Arbeitnehmern und Arbeitgebern paritätisch selbstverwalteten Krankenversicherung undenkbar sei ohne einen freien, selbstverantwortlich handelnden Ärztestand.

Auf die Reform der sozialen Krankenversicherung eingehend, wies Professor Balke darauf hin, daß es den Arbeitgebern bei der Erörterung der Lohnfortzahlung um eine materielle Gleichstellung von Arbeitern und Angestellten im Krankheitsfalle gehe. Dazu habe sich die Wirtschaft schon vor Jahren bereiterklärt und konstruktive Vorschläge (versicherungsrechtliche Lösung) vorgetragen. Die Arbeitgeber wehrten sich jedoch dagegen, darüber hinaus eine Regeiung aufgebürdet zu bekommen, die mit erheblichen Schwierigkeiten, aber auch zusätzlichen Kosten verbunden sein würde.

Bei einer Neuordnung der Krankenversicherung, die den Anspruch erhebe, eine echte Reform zu sein, könne auf die Einführung einer wirksamen Kostenbeteiligung nicht verzichtet werden. Über die Form der Selbstbeteiligung müßten sich die Sachverständigen unterhalten. Man könne sich vorstellen, daß ein modifiziertes Kostenerstattungssystem die berechtigten Beiränge der sozial Schwächeren in geeigneter Weise wahren würde. Der sachkundige Rat der Ärzte hierzu werde von den Arbeitgebern erbeten.

Welter betonte Professor Balke, die von den Arbeitgebern als unabdingbar angesehene Kontrolle der Arbeitsunfähigkeit sei kein Ausdruck kleinlichen Mißtrauens; aber die Mehrzahl der pflichttreuen Arbeitnehmer müsse vor den Praktiken gewisser „Nassauer“ geschützt werden.

Zum Schluß wandte sich der Redner der allgemeinen sozialpolitischen Entwicklung in der Bundesrepublik zu. Obwohl die öffentlichen Aufwendungen für die Soziale Sicherheit in der Bundesrepublik alles überträfen, was je in der deutschen Sozialgeschichte geleistet worden sei, bestehe Grund zur Annahme, daß das eigentliche Ziel der Sozialpolitik — die Wohlfahrt und Würde des einzelnen Menschen in einem gesunden Gesellschaftsaufbau zu mehren — immer häufiger verfehlt werde. Es werde übersehen, daß die Leistungen letzten Endes nur aus dem gesamtwirtschaftlichen Ertrag erbracht und unmittelbar durch Steuern und Sozialversicherungsbeiträge finanziert werden müssen. Volkswirtschaftlich gesehen handle es sich um eine zweite Einkommensverteilung, deren Ausmaß in die Nähe eines Sozialismus gehen, der noch vor wenigen Jahrzehnten unvorstellbar gewesen sei. Ungeachtet aller noch ungelösten Aufgaben könne man aber davon ausgehen, daß die ethische Verpflichtung zum Schutz des Individuums erfreulicherweise keine politischen, sozialen oder geographischen Grenzen kenne.

Erhöhung der Honorare für Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz

Die Bayerische Staatsregierung hat in ihrer Sitzung vom 23. 11. 1965 beschlossen, das Honorar für die Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz ab 1. April 1965 auf 34,— DM anzuheben.

Neuwahl des Vorstandes der Kampfgemeinschaft der bayerischen Ärzte

Am 14. November 1965 fand in Straubing eine Mitgliederversammlung der Kampfgemeinschaft der bayerischen Ärzte statt. Nach dem Bericht des Vorsitzenden, Herrn Kollegen Dr. SEWERING, und der Entlastung des Vorstandes erfolgte einstimmig die Neuwahl:

Vorsitzender: Dr. H. SEWERING, Dachau;
 Schatzmeister: Dr. J. SEIDL, Scheyern;
 Beisitzer: Dr. S. v. BARY, München;
 Dr. E. BAUER, Nürnberg;
 Dr. A. de l'ESPINE, Würzburg;
 Dr. D. FORCHHEIMER, Straubing;
 Dr. B. HERING, Bayreuth;
 Prof. Dr. A. SCHRETZENMAYR, Augsburg;
 Dr. F. v. VELASCO, Regensburg.

Als Amtsdauer des neugewählten Vorstandes wurde die gegenwärtige Legislaturperiode des Deutschen Bundestages beschlossen.

Versammlung der niederbayerischen Ärzte

Auf einer außerordentlich gut besuchten Versammlung der niederbayerischen Ärzte in Straubing am 14. 11. 1965 sprach der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Herr Kollege Dr. SEWERING, über standespolitische Probleme, insbesondere die Bayerische Ärzteversorgung. Seine Ausführungen überzeugten die Versammlungsteilnehmer davon, daß die Welle der Beunruhigung, die hinsichtlich der Bayerischen Ärzteversorgung und des Lebensunterhaltes der bei der Anstalt nicht versicherten alten Kollegen bis in die Öffentlichkeit zu spüren war, durch Mißverständnisse hervorgerufen worden ist (siehe auch Sonderheft des „Bayerischen Ärzteblattes“, November 1965).

Im weiteren Verlauf der Versammlung gaben Herr Kollege BINDER, Nürnberg, hauptamtlicher Prüf- arzt der dortigen Bezirksstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, und Herr Kollege Dr. SCHU-

STER, Prüf- arzt der Bezirksstelle Niederbayern der KVB, einen Überblick über die neue Gebührenordnung und Ratschläge zu deren Handhabung bei der Kassenabrechnung.

Dr. FORCHHEIMER, Vorsitzender des Ärztlichen Bezirksverbandes Niederbayern und der Bezirksstelle Niederbayern der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, der die Versammlung leitete, gab seiner Befriedigung über das große Interesse an standespolitischen Fragen Ausdruck, das die Kollegen veranlaßte, trotz der teilweise sehr weiten und strapaziösen Anfahrtswege zu der Veranstaltung zu kommen.

Neuer Kommandeur der Akademie des Sanitäts- und Gesundheitswesens der Bundeswehr

Generalarzt Dr. Kurt GROESCHEL, der bisherige Kommandeur der Akademie des Sanitäts- und Gesundheitswesens der Bundeswehr in München, wurde mit Wirkung vom 1. Oktober zum Inspizienten des Sanitäts- und Gesundheitswesens im Kommando der Territorialen Verteidigung ernannt. Sein Nachfolger als Kommandeur der Akademie wurde Oberstarzt Dr. Albert KLOTZ, der inzwischen zum Generalarzt befördert worden ist.

Erster Kurs für Laborhelferinnen der Bayerischen Landesärztekammer

In der Zeit vom 15. bis 26. 11. 1965 wurde in den Städtischen Krankenanstalten Nürnberg der erste von der Bayerischen Landesärztekammer veranstaltete Kurs für Laborhelferinnen durchgeführt. Die Leitung hatte Herr Professor Dr. HILLMANN, Vorstand des Chemischen Instituts der Städtischen Krankenanstalten Nürnberg, übernommen. Mit ihm zusammen erteilten den Unterricht die Herren Kollegen Dr. STAUDACHER von der II. Medizinischen Klinik Nürnberg und Dr. MAURER vom Chemischen Institut der Städtischen Krankenanstalten Nürnberg.

Von den 16 zugelassenen Kursteilnehmerinnen schieden zwei aus persönlichen Gründen wieder aus. Die Prüfung, die unter Vorsitz von Herrn Kollegen Dr. v. FORSTER, Facharzt für innere Krankheiten, Nürnberg, stattfand, haben alle Teilnehmerinnen bestanden.

Die Laborhelferinnen waren bereits 3 bis 16 Jahre praktisch tätig. Sechs von ihnen arbeiteten bei einem Praktischen Arzt, eine bei einem Facharzt für innere Krankheiten, sechs waren an kommunalen Kranken-



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

häusern tätig, eine arbeitete bei einer versorgungsärztlichen Untersuchungsstelle.

Es ist beabsichtigt, diese Kurse, für die ein großes Bedürfnis besteht, künftig auch an anderen Orten in Bayern durchzuführen. Der nächste Kurs wird wahrscheinlich im Frühjahr 1966 veranstaltet werden.

Nächster Kurs für Röntgenhelferinnen

Der nächste von der Bayerischen Landesärztekammer veranstaltete Kurs für ungeprüfte Röntgenhelferinnen findet vom 18. bis 23. April 1966 in Erlangen statt.

Hamburg-Preis 1966

Das Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung hat den „Homburg-Preis zur Förderung der medizinischen Forschung“ für 1966 ausgeschrieben. Die Bedingungen für die Einsendung von Arbeiten sind beim Sekretariat des Regensburger Kollegiums, Regensburg, Altes Rathaus, erhältlich. Der Preis umfaßt drei Stufen mit einer Zuwendung von 5000 DM, 2000 DM und 1000 DM.

Die Fahrtauglichkeit und der Unfall des alten Menschen

In der Zeit vom 22. bis 23. Oktober 1965 haben in Luzern gemeinsam die Schweizerische Gesellschaft für Unfallmedizin und Berufskrankheiten ihre 51. und die Schweizerische Gesellschaft für Gerontologie ihre 12. Jahrestagung abgehalten. Die Tagung war von einer Vortragsfolge begleitet, die sich mit der medizinischen Seite der Probleme der Fahrtauglichkeit, besonders beim alten Menschen und des Unfalles alter Menschen, befaßt hat. Im Kolloquium über die Verkehrsmedizin sprachen zum 1. Hauptthema über die „Beurteilung der Fahrtauglichkeit“ M. A. PFISTER, Chef der Unterabteilung Straßenverkehr des Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartementes in Bern, über Erfahrungen mit der medizinischen Begutachtung von Motorfahrzeugführern; Dr. J.-Ls. VILLA, Lausanne, über psychisch bedingte Untauglichkeit; Dr. H.-H. LANDOLT und Dr. M. LORGE, Zürich, über Unfallkrankheiten; Dr. W. SIEGENTHALER, Zürich, über Fahrfähigkeit bei intern-medizinischen Krankheiten, und Professor A. DELACHAUX, Lausanne, über „Der betagte Fahrzeuglenker“. An diese Referate schloß sich eine Diskussion an, an der sich die Vertrauensärzte und Vorsteher der kantonalen Motorfahrzeugkontrollen beteiligt haben.

Zum zweiten Hauptthema „Der Unfall des alten Menschen“ berichteten Professor B. STEINMANN, Bern, über Alter und Trauma in physio-pathologischer Sicht, Dr. J.-P. MÜLLER, Lausanne, über Anästhesie und Wiederbelebung, Dr. E. JEANNET und Dr. Ch.-A. RICHON, Lausanne, über chirurgische Probleme beim verunfallten alten Menschen, Professor G.-H. FALLET und Dr. J.-P. JUNOD, Genf, über funktionelle und soziale Wiedereingliederung, und Frau Dr. M. VOGLER, Chef der Rechtsabteilung der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt Luzern, über die Rolle des Alters in der Unfall- und Haftpflichtversicherung.

Die Referate des Kongresses werden im nächsten Jahr in der „Schweizerischen Zeitschrift für Unfallmedizin und Berufskrankheiten“ veröffentlicht.

v. L.-n.

PERSONALIA

Zwei Kollegen mit Verdienstkreuz ausgezeichnet

Herr Kollege Dr. Georg HACKER, Kirchseeon, wurde am 18. 9. 1965 mit dem Verdienstkreuz I. Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik ausgezeichnet.

Herrn Kollegen Dr. Georg KELLERER, Markt Grafing, wurde das Verdienstkreuz am Bande der Bundesrepublik verliehen.

IN MEMORIAM

Professor Mechelke †

Professor Dr. Kurt MECHELKE, Vorstand der III. Medizinischen Klinik der Städt. Krankenanstalten Nürnberg, ist am 20. Oktober 1965 an den Folgen eines Unfalls verstorben.

Dr. med. Rudolf Klausen sen. †

Am 3. Oktober 1965 verstarb in Coburg Herr Kollege Dr. Rudolf KLAUSER sen. Der weit über die Grenzen seiner engeren Heimat bekannte und beliebte Chirurg würde in seiner Bescheidenheit einen solchen Nachruf nicht billigen, gälte er nur dem Kollegen, der wie so viele andere Ärzte mit Liebe und Selbstverständlichkeit seinen schweren Beruf ausgeübt hat. Er leitete seine Privatklinik für Chirurgie und Frauenkrankheiten in Coburg von 1918 bis 1954.



Der Ärztliche Kreisverband Coburg verlor darüber hinaus aber den Kollegen, der von 1922 bis 1935 den damaligen Ärztlichen Bezirksverein als 1. Vorsitzender geführt hat. Nachdem 1919 sich das Land Coburg durch Volksabstimmung für den Anschluß an den Freistaat Bayern entschieden hatte, fiel Herrn Dr. Klausen neben den allgemeinen Pflichten eines 1. Vorsitzenden die Aufgabe zu, die Ärzteschaft des Coburger Gebietes fest in den Kreis der bayerischen Ärzte einzufügen. Auch leitete er mehrere Jahre den ärztlich-wirtschaftlichen Verein und die örtliche Untergliederung der Kassenärztlichen Vereinigung Deutschlands. Nicht vergessen sei sein Wirken in führender Stelle des Roten Kreuzes.

Auch nach dem Kriege stellte er sich sofort wieder uneigennützig der Arbeit für die ärztliche Landesorganisation zur Verfügung und war im Vorstand tätig bis 1954. Wegen seiner großen Verdienste für die Kollegenschaft wurde er 1955 zum Ehrenvorsitzenden des Ärztlichen Kreisverbandes Coburg ernannt. 1960 erhielt er das Bundesverdienstkreuz I. Klasse.

Der allseits beliebte Arzt, der verdiente Landespolitiker, wurde an seinem 85. Geburtstag zur letzten Ruhe gebettet. Mit ihrem Ehrenvorsitzenden verloren die Coburger Ärzte nicht nur einen Kollegen, der sich stets für das Wohl unseres Standes einsetzte, sondern auch einen väterlichen Freund. Sein Andenken wird im Kreisverband Coburg stets in Ehren gehalten werden!

Dr. V at k e

AUS DER LANDESPOLITIK

Bayerischer Senat zu Jugendarbeitsschutz-Untersuchungen

Der Bayerische Senat hat sich anlässlich der Beratung des Haushaltsplanes des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und soziale Fürsorge im Anschluß an die Ausführungen der Herren Senatoren Dr. LINSERT (Vorsitzender des DGB in Bayern) und Dr. Dr. v. GUGEL eingehend mit der Frage des Jugendarbeitsschutzgesetzes befaßt.

In seinem Gutachten zum Einzelplan (zu Kap. 1002 Tit. 311) hat der Bayerische Senat hierzu folgendes ausgeführt:

„Der Senat begrüßt den stetigen Anstieg der Anzahl der Erstuntersuchungen von Jugendlichen nach § 50 des Jugendarbeitsschutzgesetzes sowie den weiteren Anstieg der Anzahl der Nachuntersuchungen. Die wissenschaftliche Auswertung des Gesundheitsbildes ist in die Wege geleitet worden.

Im übrigen stellt der Senat fest, daß die Anzahl der Verstöße gegen das Jugendarbeitsschutzgesetz nicht nur nicht zurückgeht, sondern sogar eine leichte Tendenz zur Steigerung aufweist. Der Senat empfiehlt der Staatsregierung, in geeigneter Weise auf Arbeitgeber und ihre Organisationen einzuwirken, damit die Zahl der Verstöße gegen das Jugendarbeitsschutzgesetz verringert wird.“

Herzzentren an den bayerischen Universitätskliniken

Nachstehend veröffentlichen wir die Antwort des Bayerischen Staatsministerium für Unterricht und Kultus auf eine Schriftliche Anfrage von Herrn Kollegen Dr. SOENNING, MdL, die Errichtung weiterer Herzzentren an den bayerischen Universitätskliniken betreffend:

„1. Universitätskliniken München:

An der Chirurgischen Universitätsklinik München werden wöchentlich etwa 8 Herzoperationen unter Anwendung der Herz-Lungen-Maschine und 10 Herzoperationen ohne Anwendung der Herz-Lungen-Maschine durchgeführt. Nur wenige Herzzentren in der ganzen Welt einschließlich der Vereinigten Staaten von Amerika erreichen diese Operationsfrequenz. Zur Einrichtung und Ausstattung der Klinik mit einer weiteren Herz-Lungen-Operationsanlage sind im Haushaltsentwurf 1966 Mittel in Höhe von 450 000,— DM in einem gesonderten Ansatz eingeplant. Auch wird das Ministerium bestrebt sein, die von der Direktion der Chirurgischen Klinik zum Haushalt 1966 angemeldeten Stellenplanwünsche für die herzchirurgische Abteilung der Klinik bei den Haushaltsverhandlungen für 1966 durchzusetzen.

2. Universitätskliniken Erlangen:

An der Chirurgischen Universitätsklinik Erlangen wurde im Jahre 1959 die erste Herz-Lungen-Maschine in Deutschland entwickelt und erfolgreich eingesetzt. In den folgenden Jahren wurde dann eine zweite, vereinfachte Herz-Lungen-Maschine nach der Blutverdünnungsmethode erbaut, mit der seit 1963 einfachere angeborene Herzfehler operiert werden. Um die bisherigen Arbeiten fortsetzen und zugleich eine schnellere Versorgung herzchirurgischer Operationen gewährlei-

sten zu können, beabsichtigt die Direktion der Klinik, eine neue große Herz-Lungen-Maschine aus den Vereinigten Staaten von Amerika (Typ Mayo-Gibbon) anzuschaffen. Die erforderlichen Mittel hierfür werden vom Ministerium noch in diesem Jahr aus einem Sonderansatz bereitgestellt werden.

3. Universitätskliniken Würzburg:

In der Chirurgischen Universitätsklinik Würzburg arbeitet ein Herzteam eng mit Internisten und Kinderklinikern zusammen. Seit vor 3 Jahren die Herz-Lungen-Maschine (Typ Mayo-Gibbon) angeschafft wurde, werden dort alle angeborenen und erworbenen Herzfehler bis zum Klappenersatz operiert.

Nach Ansicht der für das Gesundheitswesen zuständigen Innenminister und Innensenatoren der Länder ist es erforderlich und genügend, wenn in der Bundesrepublik insgesamt 12 oder 13 optimal eingerichtete und ausgestattete Herzzentren an den Universitätskliniken errichtet werden.“

Bayerischer Landesgesundheitsrat zum Diabetes-Problem

Der Bayerische Landesgesundheitsrat befaßte sich in seiner 53. Vollsitzung am 22. 11. 1965 auf Grund eines Beschlusses des Sozialpolitischen Ausschusses des Bayerischen Landtags mit den Anträgen betreffend Früherkennung von Zuckerkrankheiten und kam zu der vorläufigen Stellungnahme:

„Die Früherkennungsaktion von Zuckerkrankheiten der Bundesärztekammer im Herbst 1964 ergab eine beängstigende Zunahme von Zuckerkrankheiten. Die Früherkennung dieser Krankheit erhöht die Behandlungsaussichten und die Erhaltung der Arbeitskraft.

Der beste Weg hierzu ist

generelle Voruntersuchungen bei dem freigewählten Arzt, bei denen die Untersuchung auf Zuckerkrankheit eingeschlossen werden muß.

Diese Vorsorgeuntersuchungen sollten eine Pflichtaufgabe der gesetzlichen Krankenkassen werden. Solange dies nicht der Fall ist, wird vorgeschlagen, daß die Staatsregierung die Honorierung der Untersuchungen auf Zuckerkrankheit im Benehmen mit den Vertretern der gesetzlichen Krankenkassen und den Landesversicherungsanstalten klärt, mit dem Ziel, die Untersuchung auf Zuckerkrankheit mit moderner Methodik als kurative Leistung gelten zu lassen.

Sobald das Verhandlungsergebnis vorliegt, wird der Landesgesundheitsrat eine abschließende Stellungnahme beziehen.“

37. Augsburger Fortbildungskurs für praktische Medizin:

25. bis 27. März 1966

Programm siehe Seite 1087

AUS ANDEREN LÄNDERN

Das Medizinstudium in der Sowjetunion

Die Organisation der medizinischen Schulung

Von Ernst Astar-Sternberg

Das sowjetische System der medizinischen Schulung weist einige spezifische Eigentümlichkeiten auf, zu deren Verständnis es notwendig ist, sich mit den Zielen des Gesundheitsdienstes und seiner Organisation vertraut zu machen. Der Nachdruck, der in der Sowjetunion auf die Integration kurativer und präventiver Maßnahmen, auf die besonderen Erfordernisse bestimmter Bevölkerungsgruppen (Mütter, Kinder, Industriearbeiter) gelegt wird, ferner der große Bedarf an Spezialisten in allen Zweigen der kurativen und präventiven Sparten des Gesundheitsdienstes führte zur Entwicklung eines Systems der medizinischen Schulung, das sich teilweise beträchtlich von der üblichen Ausbildungspraxis in anderen Teilen der Welt unterscheidet.

Kaum ein halbes Jahrhundert ist vergangen, seit im zaristischen Rußland jährlich etwa 900 approbierte Ärzte die Medizinischen Fakultäten von dreizehn Universitäten verließen. Seither hat sich die Zahl der Fakultäten fast versechsfacht. Schon im Jahre 1957 gab es an sowjetischen Universitäten 72 Medizinische Fakultäten mit 148 000 Studenten und einer Approbationszahl von über 19 000. Die geradezu phänomenale Entwicklung der medizinischen Schulungskapazität in der Sowjetunion ergibt sich aus der folgenden Tabelle, die anlässlich des Besuches einer Studiengruppe der Welt-Gesundheits-Organisation in der Sowjetunion von dem Semaschko-Institut für öffentliche Gesundheitsverwaltung und der medizinisch-geschichtlichen Abteilung des Gesundheitsministeriums in Moskau zusammengestellt wurde:

Jahr	Anzahl der Medizinisch. Fakultäten	Medizinstudenten	Approbationen
1914	13	8 600	900
1928	24	26 000	6 200
1935	48	61 800	6 900
1940	63	110 700	15 800
1950	65	98 400	16 300
1955	68	135 400	13 500
1956	70	142 900	16 600
1957	72	148 000	19 200

Natürlich liegt die Frage nahe, ob nicht als Folge einer derartig rapiden Entwicklung und Expansion des Medizinstudiums während einer relativ kurzen Periode der Ausbildungswert der angewandten Methoden sich verringern mußte, ob nicht — mit anderen Worten — die Inflation des Medizinstudiums und des Ärztstandes künstlich auf Kosten der Qualität der Erziehung und Schulung herbeigeführt wurde. Die WHO-Studiengruppe war, wie sich aus ihren Veröffentlichungen ergibt, offenbar nicht in der Lage, zu dieser immerhin wichtigen Frage ein klares Werturteil abzugeben. Sie zeigte sich jedoch von einigen Aspekten des Systems

der medizinischen Ausbildung in der Sowjetunion beeindruckt. Die von der Studiengruppe in diesem Zusammenhang getroffenen Feststellungen werden im folgenden in wörtlicher Übertragung zitiert:

„1. Seit 1947 ist die Studiendauer auf sechs Jahre erhöht worden. Es ergaben sich deutliche Beweise dafür, daß während der gesamten Ausbildungszeit theoretischen und praktischen Fächern angemessenes Interesse zugewandt wurde. Fast jede Medizinische Fakultät hat ihr eigenes Krankenhaus oder ihre eigenen Polikliniken oder ist eng mit derartigen Institutionen verbunden.

2. In allen Abteilungen der medizinischen Schulen, die von der Gruppe besucht wurden, war das Personal aktiv mit Forschungsprogrammen beschäftigt. In den meisten Fällen waren die Abteilungschefs ältere Fachgelehrte mit beträchtlicher Erfahrung. Es war offensichtlich, daß neue Institute jeweils erst dann errichtet wurden, wenn ausreichend ausgebildetes Personal mit genügender Erfahrung zur Verfügung stand, um die höheren Lehrposten zu besetzen.

3. Bis zum Jahre 1930 folgte die medizinische Ausbildung dem allgemeinen klassischen Muster und unterstand dem Erziehungsministerium. Seit 1930 wurde sie der Verantwortung des Gesundheitsministeriums der Sowjetunion unterstellt. Im Gesundheitsministerium besteht eine Sonderabteilung, die alle medizinischen Institute im ganzen Land verwaltet und koordiniert. Ähnliche Abteilungen gibt es in den Gesundheitsministerien der Republiken. Im zentralen Gesundheitsministerium wurde ein besonderes methodologisches Büro errichtet, das sich mit den technischen Aspekten der medizinischen Ausbildung beschäftigt und geeignete Abänderungen des Studienplanes vorbereitet. Bevor allerdings medizinische Studienpläne abgeändert werden und solche Veränderungen von den Lehrinstitutionen akzeptiert werden können, bedürfen sie der offiziellen Genehmigung durch das Ministerium für das Höhere Unterrichtswesen der Sowjetunion. Dieses Ministerium muß auch alle Lehrbücher — medizinische und andere — formell gutheißen.

4. Es ist von Interesse, daß die medizinische Ausbildung in der Sowjetunion nicht Sache der allgemeinen Universitäten ist, deren Verantwortungsbereich hauptsächlich das Gebiet der Geistes- und Grundwissenschaften zu sein scheint. Der Medizinstudent verkehrt gleich vom Beginn der Studienzeit an ausschließlich mit Studenten der medizinischen Schule und hat keinen Kontakt mit Studenten anderer Fakultäten. Das Budget für Lehrinstitute, sowohl für Medizinstudenten wie für paramedizinisches Personal, wird üblicherweise gesondert behandelt. In der Republik Georgia, in der jährlich etwa 300 Ärzte approbiert werden, erfuhren wir, daß die durchschnittlichen Gesamtkosten für die sechsjährige Ausbildungszeit eines Arztes 78 000 Rubel betragen. Das Jahresbudget für medizinische und para-

medizinische Institute betrug dort im Jahre 1957 35 000 000 Rubel.

5. Es wird besondere Sorgfalt darauf verwandt, sicherzustellen, daß die medizinischen und paramedizinischen Lehrinstitute eine gleichmäßige regionale Verteilung erfahren.“

In der Sowjetunion ist eine Umgruppierung der bekannten medizinischen Begriffe erfolgt und im allgemeinen Gesundheitskonzept verankert worden. Man unterscheidet die Aufgaben der Erwachsenen-Medizin, der Kinder-Medizin und der Hygiene. Sowjetische Wissenschaftler haben mehrmals der Meinung Ausdruck gegeben, daß ein Kind nicht etwa die Miniaturausgabe eines Erwachsenen sei, sondern ein von den Erwachsenen völlig verschiedenes Wesen mit eigenen physischen und physiologischen Funktionen, für dessen Behandlung eine ganz andere und spezifische medizinische Einstellung notwendig sei. Die Pädiatrie ist dabei nicht ein Spezialgebiet der allgemeinen Medizin, das man sich nach dem bestandenen Doktorexamen wählt, sondern ein völlig gesondertes Studienggebiet, für das sich der Student schon bald nach dem Beginn seines Hochschulstudiums entscheiden muß, d. h. schon nach wenigen Semestern hat der angehende Arzt die Wahl zwischen seiner Ausbildung in der Erwachsenen-Medizin oder in der Kinder-Medizin zu treffen. Der Verlauf seiner Hochschulausbildung hängt völlig von dieser Entscheidung ab. Nach der Promotion heißt der Absolvent der medizinischen „Erwachsenen“-Fakultät Therapist, während man den Absolventen der „kinder“-medizinischen Fakultät Pädiater nennt. Der Therapist kann dann im weiteren Verlauf seiner Ausbildung zwischen Disziplinen wie Chirurgie, innere Medizin, Gynäkologie usw. wählen, und das gleiche trifft für den Pädiater zu, dem allgemeine Pädiatrie, Kinderchirurgie, Kinderneurologie usw. zur Wahl stehen.

Das dritte medizinische Gebiet ist das der Hygiene, und die Absolventen der Hygiene-Fakultät werden Hygieniker genannt. Die Präventivmedizin ist unterteilt in persönliche Präventivdienste und allgemeine Präventivdienste, in deren Gebiet auch die Umgebungs-hygiene und die Berufshygiene fällt. Dieses System mutet sonderbar an in einem Land, in dem die Integration der Präventiv- und Heildienste die Basis der öffentlichen Gesundheitsorganisation darstellt. Es hat sich jedoch ergeben, daß die Hygieniker ausreichende klinische Ausbildung erhalten, um später genügendes klinisches Verständnis als Basis für ihre Präventivarbeit aufbringen zu können. Hygieniker stellen das Personal der sanitären und epidemiologischen Stationen, und ihre Ausbildung kann noch weiter auf Sondergebiete spezialisiert werden, wie Epidemiologie, Ernährung, Stadt- und Industrie-Hygiene usw.

Die sowjetische Medizin strebt ein Maximum von Spezialisten auf allen Gebieten des medizinischen

Wissens an, sowohl in der klinischen Arbeit wie auf dem weiten Feld der Volksgesundheit. Spezialisten sind den verschiedenen Abteilungen der Ministerien und Gesundheitsbehörden zugeteilt, ebenso allen anderen organisatorischen Einheiten des Gesundheitsdienstes. Der Einsatz der Spezialisten, der nach einer feststehenden Rangordnung erfolgt, soll der Realisierung einer maximalen Koordination auf allen Gebieten medizinischer Technik dienen. Die wichtigste Funktion aller medizinischen Einheiten in der Sowjetunion ist die wissenschaftliche Forschung. Diese Forschung wird allerdings „geplant“ und „koordiniert“; das System besonderer Forschungsinstitute und Forschungsräte soll — zusammen mit dem streng geordneten Aufbau der Forschungseinheiten — die richtige Verwendung der zur Verfügung stehenden Mittel garantieren und die Forschung auf die dringendsten Probleme der Nation ausrichten.

Die Zahl der Ärzte in der Sowjetunion ist hoch. Ein Arzt kommt auf 570 Einwohner, und in manchen Gebieten — wie etwa in Georgien — ist die Relation sogar 1 : 400. Das Verhältnis von weiblichen zu männlichen Ärzten ist etwa 50:50. Aber in manchen Gebieten sind sogar 70 Prozent der Praktischen Ärzte Frauen. Im Jahre 1913 gab es in Rußland 23 000 Ärzte, heute hat sich diese Zahl verzwanzigfacht. Im Jahre 1966 soll in der Sowjetunion ein Arzt auf 460 Einwohner kommen.

Der medizinische Studienplan

Vor 1930 galt für den medizinischen Studienplan das Standardmuster. Seither aber verlangt man von einem Medizinstudenten in der Sowjetunion, sich für einen der drei Zweige der medizinischen Grundausbildung zu entscheiden, für allgemeine Medizin, für Pädiatrie oder für Hygiene. Diese Entscheidung muß der Medizinstudent schon zum Zeitpunkt seiner Aufnahme in die medizinische Schule treffen. Nach offizieller Lesart ist dieses System eine natürliche Folge der Politik, der Bevölkerung „die beste ärztliche Behandlung, die wirksamsten Präventivmaßnahmen, den besten Gesundheitsschutz für Mütter, Kinder und Jugendliche“ zur Verfügung zu stellen.

Für alle drei Gruppen beträgt die Ausbildungszeit sechs Jahre. Während der ersten beiden Jahre werden die grundlegenden vorklinischen Fächer gelehrt. In diesem Studienplan sind auch fremde Sprachen enthalten und vor allem das Lehrobjekt „Marxismus-Leninismus“, bei dem es sich um jene „Wissenschaft“ handelt, die herangezogen wird, um die Ideologie des Sowjetarztes zu definieren.

Die klinische Ausbildung beginnt nach dem zweiten Jahr, und in diesem Stadium des Studiums beginnt sich die Differenzierung zwischen den drei grundlegenden Schulungssystemen auszuwirken. Nach dem fünften Jahr erhält der Medizinstudent besondere Möglich-

RECORSAN[®] - HERZSALBE

20 g DM 2.05 o. U.

- Gesellschaften Gräffeling und Lüneburg

keiten für seine Spezialisierung auf ein bestimmtes Gebiet, und der „Subordinator“ (dies der Terminus technicus für den Medizinstudenten im sechsten Jahr) wird angehalten, dem Spezialgebiet ein Maximum seiner Zeit zu widmen. Es ergibt sich also, daß trotz der kompromißlos durchgeführten Differenzierung während der Studienjahre alle drei Gruppen von Medizinstudenten eine medizinische Grundausbildung erhalten, die sie befähigt, auf jedem Gebiet der allgemeinen Medizin zu praktizieren.

Der Studienplan des Medizinstudenten ist umfangreich und vielseitig. So enthält etwa der Plan des „Hygiene-Arztes“ 66 Stunden Theorie und 88 Stunden praktische Arbeit auf dem Gebiet der städtischen Hygiene. Dazu gehören Städteplanung, Wasserversorgung, Kanalisation, Abfall-Vernichtung und -Verwertung, ferner die Probleme der Belüftung, Beheizung und Beleuchtung der Wohnungen. Der gleiche Student muß sich aber sechs Monate dem Studium der Kindermedizin widmen und sich mit Lehrgegenständen wie physische Entwicklung, Anthropometrie, Hygienestandards für Schulen, Beleuchtung, Spielsachen und dergleichen beschäftigen.

Der Medizinstudent

Das Aufnahmealter für einen Medizinstudenten, der sich in einer Medizinschule dem Studium eines der Zweige der ärztlichen Kunst widmen will, ist auf die Zeit zwischen dem achtzehnten und dreißigsten Lebensjahr begrenzt. Voraussetzung ist die Absolvierung der zehnklassigen höheren Schule. Die Bewerber müssen sich einer Aufnahmeprüfung unterziehen, und im allgemeinen werden die Kandidaten mit den besten Prüfungsergebnissen immatrikuliert. Feldschere und Krankenschwestern mit einer gewissen ärztlichen Erfahrung werden als Bewerber bevorzugt, vorausgesetzt, daß sie die Aufnahmeprüfung erfolgreich bestehen. Die Zahl der Medizinstudenten, die jährlich in die Fakultäten aufgenommen werden, wird sorgfältig reguliert. Sie richtet sich nach den statistischen Angaben über den Bevölkerungszuwachs, nach der Anzahl beamteter Ärzte, die sich zur Ruhe setzen, nach den Erfordernissen der gesundheitsdienstlichen Institutionen. Durchschnittlich erreicht nur etwa ein Drittel der jungen Leute, die sich für das Medizinstudium entschieden haben, das Ziel der Immatrikulation. Es scheint in diesem Zusammenhang besonders erwähnenswert, daß vierzig Prozent der im Jahre 1957 in der Republik Ukraine immatrikulierten Medizinstudenten Feldschere und Schwestern waren. Die Zahl der männlichen und weiblichen Studenten ist etwa gleich hoch.

Es wird nicht gerne gesehen, wenn Studenten ihr Studienfach wechseln, und es scheint denn auch nach den vorhandenen Informationen die Regel zu sein, daß die Studenten jenem Grundgebiet treu bleiben, für das sie sich bei Beginn des Studiums entschieden haben. Während der Studienzeit müssen sich die Medizinstudenten periodischen Prüfungen unterziehen, die von der Fakultät und von externen Examinatoren durchgeführt werden. Die erste dieser Prüfungen findet am Ende des zweiten Studienjahres statt. Diese erste Prüfung wird im allgemeinen von zehn Prozent der Prüflinge nicht bestanden. Wer mehr als einmal versagt, wird vom weiteren Studium ausgeschlossen. Nach dieser ersten Hürde gibt es nur noch selten „Durchfälle“,

und es ist eine Ausnahme, wenn ein Student nicht innerhalb der vorgeschriebenen Frist sein Studium erfolgreich beendet. Da die Studenten während der Ausbildungszeit zahlreiche schriftliche Arbeiten anzufertigen haben, beschränken sich die Abschlußprüfungen im allgemeinen auf das mündliche Examen und auf praktische Demonstrationen.

Jeder Student erhält ein Stipendium, dessen Höhe zwischen 250 und 400 D-Mark monatlich schwankt. Die Zahlung des Stipendiums wird eingestellt, wenn der Student eine Prüfung nicht besteht; die Zahlung wird aber sofort wieder aufgenommen, wenn er die Prüfung bei der nächsten sich bietenden Gelegenheit mit Erfolg absolviert. Studenten, die sich während des Studiums durch besondere Leistungen auszeichnen, werden durch Zulassung zu Forschungs- und Lehrinstituten „belohnt“, wo sie ihre Arbeit unter Überwachung und Anleitung fortsetzen können. Alle anderen medizinischen Hochschulabsolventen werden im Hinblick auf ihre spätere Verwendung von einem Sonderkomitee interviewt, das aus dem Direktor des Instituts und Vertretern des Gesundheitsministeriums der betreffenden Republik besteht; in der Regel wird ihnen für die ersten drei Jahre ärztlicher Dienst in einem ländlichen Bezirk auferlegt. Den Bestimmungen gemäß darf zwar jeder Kandidat Wünsche hinsichtlich des Ortes seiner künftigen Tätigkeit äußern; praktisch aber sieht die Sache so aus, daß — von sehr wenigen Ausnahmen abgesehen — jeder junge Arzt zunächst einmal einer Einheit in einem entlegenen Bezirk zugeteilt wird. Nur außerordentliche Leistungen während der Studienzeit bieten die Chance für Befreiung von dem dreijährigen Zwangsdienst.

Studenten, die nicht am Ort der medizinischen Schule wohnen, werden in Gemeinschaftshäusern untergebracht — eine Leistung des Staates, durch die sich der Wert des Stipendiums noch erhöht. Für Medizinstudenten gibt es besondere gesundheitsdienstliche Zentren, ferner zahlreiche Gelegenheiten für Sport, Spiele und Körperkultur unter Aufsicht sachkundiger Trainer.

Die medizinischen Institute oder Schulen

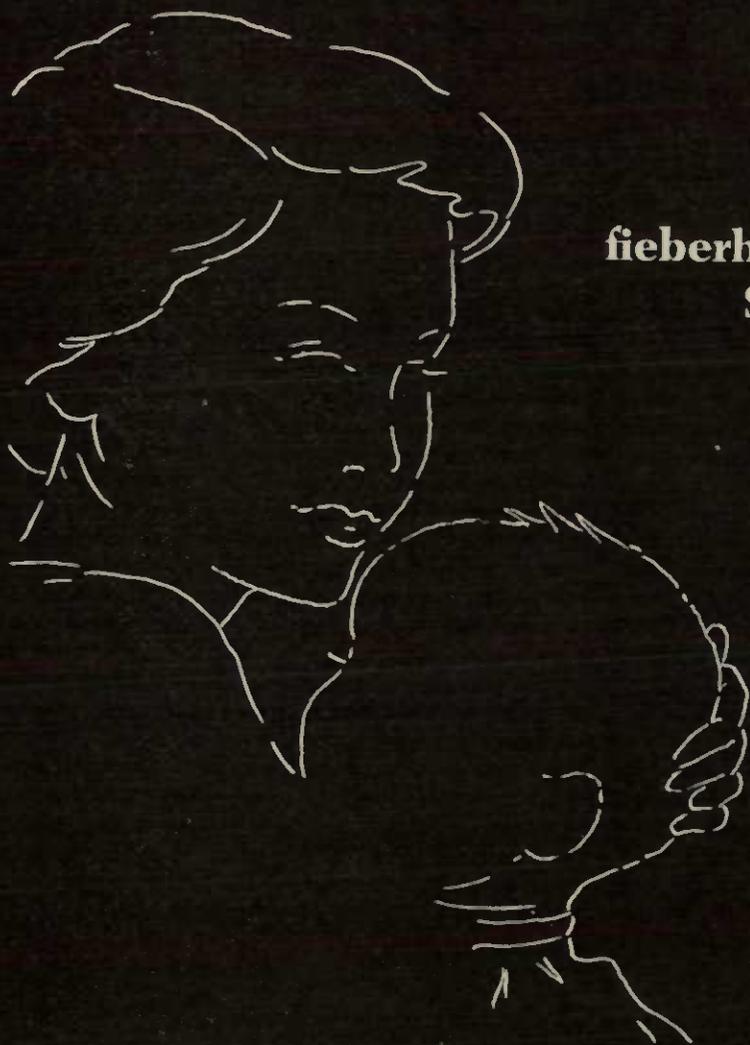
Viele medizinische Lehrinstitute haben drei oder mehr Fakultäten, deren jede für die Ausbildung einer bestimmten Kategorie von Ärzten zuständig ist. Wenn fünf Fakultäten existieren, dienen im allgemeinen drei der Heranbildung Praktischer Ärzte (wobei der Begriff „praktisch“ nach unseren Begriffen außerordentlich weit gefaßt ist) und zwei der Ausbildung von Zahnärzten („Stomatologen“) und Apothekern („Pharmakologen“). Die Studienzeit für die beiden letzteren Kategorien beträgt fünf Jahre.

Die Zahl der Medizinstudenten an den einzelnen Hochschulen ist außerordentlich hoch. Drei- bis viertausend Studierende sind keine Ausnahme. Trotz dieser hohen Zahl besteht kein akuter Mangel an Lehrpersonal, und darüber hinaus wird fast allgemein die Teilnahme an gewissen Forschungsaufgaben als Bestandteil des Lehrprogramms betrachtet.

Fortbildung der Hochschulabsolventen

Es gibt elf verschiedene Institute für die medizinische Weiterbildung der Hochschulabsolventen. Im übrigen aber dienen auch fast sämtliche Institute der Akademie für Medizinische Wissenschaften dieser Aufgabe. Es

H O M B U R G



**Grippale Infekte
fieberhafte Erkrankungen
Schmerzen aller Art**

TREUPEL®

SUPPOSITORIEN

für Erwachsene, Kinder und Säuglinge ab 4. Lebensmonat

Codein. phosphoric.	20 mg	5 mg	2,5 mg
Phenacetin.	500 mg	125 mg	62,5 mg
Acid. acetylosalicylic.	250 mg	62,5 mg	31,2 mg

TABLETTEN

Codein. phosphoric.	10 mg
Phenacetin.	250 mg
Acid. acetylosalicylic.	125 mg

CHEMIEWERK HOMBURG FRANKFURT AM MAIN



gibt in Moskau ein Zentralinstitut für das Studium Postgraduierter, und ähnliche Einrichtungen bestehen in fast allen größeren Städten der einzelnen Republiken. Medizinische Graduierte, die den akademischen Grad eines Kandidaten der medizinischen Wissenschaften zu erwerben wünschen, müssen vor ihrer Aufnahme in ein solches Institut eine dreijährige Pflichtzeit als Arzt absolviert haben und sich einer Zusatzprüfung unterziehen. Wer diese Prüfung besteht, darf sich „Aspirant“ nennen und verpflichtet sich damit, einen dreijährigen Studienkurs zu absolvieren und unter Aufsicht „wissenschaftlicher Kontrolleure“ Forschungsarbeiten durchzuführen. Während dieser Zeit werden die „Aspiranten“ in der üblichen Weise voll honoriert, und Bibliotheken und Laboratorien stehen ihnen ebenso zur Verfügung wie sämtliche Möglichkeiten klinischer Betätigung. Kein „wissenschaftlicher Kontrolleur“ hat jemals mehr als acht „Aspiranten“ zu betreuen. Nach Abschluß der Studien- und Forschungszeit hat der „Aspirant“ eine Dissertation zu verfassen, die er vor einem regulären Komitee vorzutragen und zu vertreten hat. Wenn seine Dissertation angenommen wird, so erhält der „Aspirant“ den Titel eines Kandidaten der medizinischen Wissenschaften. Die nächsthöhere Qualifikation ist der Titel eines Doktors der medizinischen Wissenschaften. Zusätzlich zu den formalen Studienkursen für Postgraduierte, die mit der Verleihung akademischer Sondergrade wie etwa des Titels Kandidat oder Doktor der medizinischen Wissenschaften enden, veranstalten die bedeutenderen nationalen Institutionen Serien von Symposien und Diskussionen über Fragen aus dem Bereich ihrer Spezialgebiete. Regelmäßige Auffrischkurse von drei- bis sechsmonatiger Dauer werden von den Schulungsinstituten auf den verschiedenartigen Sektoren des Gesamtgebietes der Medizin durchgeführt.

Auf dem Gebiete der Präventivmedizin gibt es einen besonderen Schulungskurs, der dazu bestimmt ist, den leitenden beamteten Ärzten der sogenannten „Rayons“, regionaler Verwaltungsbezirke, die erforderlichen Kenntnisse in der volksgesundheitlichen Planung zu vermitteln. Viele dieser Beamten sind ältere und erfahrene Kliniker, die für die Verwaltung des gesamten Gesundheitsdienstes in ihrem „Rayon“ verantwortlich sind, die aber außerdem ein Krankenhaus zu leiten und alle sich aus diesen Pflichten ergebenden klinischen Verantwortungen zu tragen haben. Alle diese Beamte müssen an einem Sonderkurs teilnehmen, um sich das Rüstzeug für ihre zusätzlichen Aufgaben zu verschaffen.

Das Medizinstudium in der Sowjetunion trägt natürlich die deutlichen Spuren kommunistischer Denk- und Organisationsweise. Das Medizinstudium ist ein integrierender Bestandteil des Gesundheitsdienstes in der Sowjetunion, der als Arbeitssystem eines kommunistischen Staates gewertet werden muß und nicht als ein Experiment, wie es etwa in der freien Welt der nationale Gesundheitsdienst in Großbritannien darstellt. Während der britische Gesundheitsdienst in seinen Sparten zu Kritik, zu standespolitischer und sozialpolitischer Bewertung im Vergleich zu den uns geläufigen Funktionen eines mehr oder minder im freien Spiel der Kräfte zustande gekommenen Gesundheitsdienstes herausfordert, muß der Gesundheitsdienst der Sowjetunion von uns mit dem gleichen Maßstab gemessen werden, mit dem wir uns etwa wappnen, wenn wir uns in einem fremden Land zu Tische setzen. Die Besonderheiten des Medizinstudiums in der Sowjetunion sind hier mit tunlicher Sachlichkeit geschildert worden. Eine abschließende Kritik soll Sache des Lesers bleiben.

Anschrift d. Verf.: Professor Dr. Ernst Astar-Sternberg, Salzburg 2, Postfach 50

Zur Krise im englischen Gesundheitswesen

Im Jahre 1961 erregte in England die öffentliche Erklärung eines Arztes Aufsehen, der nach 17jähriger Tätigkeit seine Mitarbeit für den englischen staatlichen Gesundheitsdienst aufgekündigt hatte. Zur Begründung gab er an, daß unter den vom Staat gesetzten Bedingungen das Sprechzimmer des Arztes zu einer Massenproduktionsanlage mit dem Arzt als Maschine geworden sei. Der Arzt müsse sich durch lange Schlangen heilungssuchender Menschen hindurcharbeiten. Auf diese Weise sei weder eine gründliche Diagnose möglich, noch sei die für den Patienten notwendige Teilnahme des Arztes gewährleistet. In der Folge mehrten sich die Proteste und schließlich hatten etwa 18 000 Ärzte Rücktrittsgesuche ohne Datum beim englischen Gesundheitsdienst eingereicht, um auch damit gegen die Lohn- und allgemeinen Bedingungen für die ärztliche Tätigkeit zu protestieren.

Der britische Gesundheitsminister ROBINSON hat nunmehr in London die Maßnahmen zur Besserstellung der Ärzte bekanntgegeben. Die Vorschläge der Regierung sind in einer sogenannten Ärztecharta enthalten, die nach siebenmonatigen Verhandlungen zwischen der britischen Ärztevereinigung und dem Gesundheitsminister zustande gekommen ist. Die Charta soll mit dem 1. April 1966 in Kraft treten. Sie wird von der

Regierung als endgültiges Angebot an die Ärzte betrachtet, um den durch die Rücktrittserklärungen drohenden Massenauszug zu verhindern. Auch nach den neuen Bestimmungen soll für die etwa 23 000 englischen Familienärzte, das sind Praktische Ärzte, die Haupteinnahmequelle die jährliche Kopfpauschale in Höhe von 1 Pfund Sterling für jeden eingeschriebenen Patienten bilden. Zuschüsse von einem Drittel sind für Patienten über 65 Jahre vorgesehen. Auch Ärzte, die mehr als tausend Patienten behandeln, sollen zusätzlich entschädigt werden. Ebenso sind Zusatzentschädigungen für Überzeit- und Nacharbeit vorgesehen.

In der Ärztecharta wird den Ärzten praktisch die 5 $\frac{1}{2}$ -Tage-Woche geboten, was zur Folge hat, daß auch für die Wochenendarbeit Sonderentschädigungen gegeben werden. Die von vielen Ärzten geforderten Konsultationsgebühren, die von den Patienten zu bezahlen gewesen wären, sind von der Regierung abgelehnt worden. Dafür hat London jedoch den Ärzten jährlich sechs freie Wochen für Ferien und Ausbildungskurse angeboten. Die britische Ärztevereinigung will nunmehr unter den Ärzten über die neuen Bedingungen der Mitarbeit beim staatlichen Gesundheitsdienst eine Umfrage auf schriftlichem Weg durch die Post durchführen.

v. L.-n.

FEUILLETON**Medizin und Presse**

Beispiele und Gedanken

Von Georg Schreiber

„Bild“ — des deutschen Volkslesers billigster Gemütsborn — schreckte unlängst mit einer Schlagzeile „Vor Operation geflüchtet“. Darunter stand zu lesen: „Direkt vom Operationstisch eines Krankenhauses in Stade flüchtete ein Patient! Er sollte am Blinddarm operiert werden und hatte auf dem Operationstisch bereits eine Spritze erhalten. In einem unbewachten Augenblick entfloh er...“

Fazit beim „Bild“-Leser: Tolle Zustände müssen das in diesem Krankenhaus sein!

Die Nachricht war falsch. Der von der Bildfläche angeblich entflochene Appendektomie-Aspirant hatte am Morgen vor der Operation ängstlich seinem Arzt erklärt, er wolle seinen Blinddarm behalten. Gutes Zureden half nichts, also ging der Patient wieder nach Hause — das war alles.

Die „Frankfurter Allgemeine Zeitung“ — des gehobenen Lesers rechtschaffenes Mitteilungsblatt — brachte jüngst die Schlagzeile „Pillen gegen Eßlust“. Darunter stand: „Eine neue, den Appetit unterdrückende Droge kommt, nachdem die amerikanische Arzneimittelbehörde (FDA) die Lizenz erteilt hat, unter dem Namen ‚Pre-Sate‘ in den Handel... Das rezeptpflichtige Medikament soll in Verbindung mit einer ärztlich vorgeschriebenen Diät zu einer Gewichtsabnahme von rund einem Pfund pro Woche verhelfen...“

Fazit beim Leser: Donnerwetter — die US-Pharmaindustrie liegt wieder mal ganz weit vorn!

Die Nachrichten-Verbreiter lagen falsch. Was sie als letzten US-Schrei anpriesen, war in Wahrheit eine alte deutsch-dänische Erfindung. Mitentdecker Professor Dr. Rudolf KOPF, Chef der Kölner „Troponwerke“, bietet die amerikanische „Neuheit Pre-Sate“ als das längst bekannte „Avicol“ immerhin seit 1960 über die deutschen Apotheken an.

Fast alle Tageszeitungen vermeldeten vom „1. Internationalen Kongreß der Eltern körpergeschädigter Kinder“ zu Köln ein „totales Versagen der amtlichen Instanzen“ gegenüber den sogenannten Contergan-Kindern.

Fazit beim empörten Leser: Unerhört untätig unsere Frau Gesundheitsministerin! Ihre Partei nennt sich christlich und tut nichts für die armen Kinderchen... man sollte mal die SPD wählen...

Die Nachricht war falsch. Das Gesundheitsministerium gab schon im vergangenen Jahr dem „Bundesverband der Eltern körpergeschädigter Kinder e.V.“ 70 000 Mark Steuergelder und bat um Abrechnung bis zum 28. Februar 1965. Weil aber der Verbandsvorsitzende bis zur Stunde nicht abgerechnet hat, konnte das Ministerium die längst bereitliegenden 150 000 Mark Steuergelder für 1965 noch nicht auszahlen.

Das Boulevardblatt „Abendpost“ spuckte diese Schlagzeile aus: „Neues Mittel stoppt Krebswachstum“. Man las u. a., ein „pharmazeutisches Forschungsinstitut in München“ unter der Leitung eines gewissen Dr. Max BINDIG habe ein „Cytostaticum CPC“ entwickelt. Das Mittel bringe den Krebs „zum Stillstand“, verhindere jede Metastasen-Bildung, verlängere die Lebenserwartung und werde „für jeden erschwinglich“ über die „Elisabeth-Apotheke in München vertrieben“.

Fazit beim gläubigen Leser: Na endlich — dieses Präparat wird uns jetzt helfen, und Opa muß nun auch nicht mehr sterben...

Die Nachricht war falsch, Dr. med. Bindig betätigt sich laut Ärztekammer „lediglich gewerblich und nicht wissenschaftlich auf dem Arzneimittelsektor“. Sein Roßtäuscher-Einmann-Unternehmen firmierte bislang unglaublich anmaßend als „Medizinisches Institut für mikrophysikalische Therapie“, als „Chemotherapeutische Abteilung des Rudolf-Virchow-Instituts München“, als „Percival-Pott-Poliklinik“, „Percival-Pott-Station“ oder „Percival-Pott-Institut für Blut- und Geschwulstkrankheiten“. 40 Ampullen des Bindigschen „Krebsmittels“ kosten 680,55 Mark, und bislang gibt es über das „in der Nebenwirkung nicht schwer giftige Präparat“ (Bindig) keine universitätsärztliche Förderung.

Die „Neue Illustrierte“ — dem deutschen Bilderblatt-Leser just auf den Unter-Leib geschrieben — hinterließ kürzlich die Titelblatt-Schlagzeile „Krebs durch Anti-Baby-Pille“. Man erfuhr: „Die NEUE ist sich der Verantwortung bewußt, die sie mit der Veröffentlichung dieses Berichtes auf sich nimmt. Er wird Millionen erschrecken... Die Anti-Baby-Pille verursacht Krebs.“

Noricaven® entstaubt Venen

BIONORICA KG.
NÜRNBERG

Fazit: Hunderttausende brave Frauen, die sporadisch oder regelmäßig ihre „Pille“ nahmen, glauben inzwischen entsetzt, die tödliche Krankheit gleich mitgeschluckt zu haben.

Die Nachricht war falsch. Bislang gibt es nicht den geringsten Anhaltspunkt, daß „Anti-Baby-Pillen“ mit Krebs etwas zu tun haben könnten.

Wechselweise Hoffnung und Panik

Diese fünf verschiedenen Presse-Berichte der letzten Wochen — erlesen aus einer Fülle von Nachrichten aus ärztlichen, medizinischen und pharmazeutischen Bereichen — machen die Problematik ihrer Publikation deutlich. Über die Falschmeldungen eins, zwei und drei mag man lächelnd noch zur Tagesordnung übergehen — „Abendpost“ und „Neue Illustrierte“ indessen ließen die Grenzen verantwortungsvoller Berichterstattung weit hinter sich: Das Abendblatt verkauft unbekümmert falsche Hoffnungen, und das Bilderblatt verbreitet Panik.

Zeitungs- und Illustrierten-Leser lassen sich unterteilen in Kranke und potentielle Kranke. Kranke Leser — ob echt oder eingebildet krank, jedenfalls sind es mehr, als man gemeinhin glaubt — haben eher als andere eine Lese-Mußestunde. Kranke aber sind in jedem Fall labil. Kranke sind weniger objektiv, vertrauensseliger und noch gläubiger als Gesunde. Kranken sollte man kein illustriertes Zusatzgift verabreichen.

Haben wir doch die klassischen Illustrierten-Radau um „B. B.“ (Burda Bamfolin) vom vergangenen Jahr noch schauernd im Ohr:

Seinerzeit pries Drucker und Verleger Franz BURDA aus Offenburg in Baden, Doktor und Senator e. h., zusätzlich „als Publizist“ vor der Bilderblatt-Gemeinde seiner „Bunten Illustrierten“ tätig und sich „darüber im klaren, daß man mit dem düsteren Thema ‚Krebs‘ keine Auflagenerfolge erzielen kann“, Millionen Mitbürgern inbrünstig und hartnäckig ein japanisches Grasgewächs an als „verheißungsvolles krebshemmendes Mittel, dessen endgültige Wirksamkeit noch gar nicht abzusehen“ sei, weil „Bamfolin“ — so der einfältige Aufschluß — bei zwei Ärztekongressen „auf der Tagesordnung“ stehe.

Mehr noch: Burda und seine bunten Papierhefte würzten ihr Bamfolin-Geschrei mit Schlagzeilen, Aussagen und Zitaten, wie „Neue Waffe gegen den Krebs — Weltensensation — Dem Krebs entronnen — Hochinteressante Heilerfolge — Deutsche Ärzte spendeten Beifall — Nachweisbare Hilfe — Neue Hoffnung — Es ist wie ein Wunder — Keine Nebenwirkungen — Ergreifende Dankschreiben“.

Noch mehr: Illustrierten-Drucker Burda versetzte sein Schreibsel mit imponierenden Anonymhinweisen auf „Krebsforscher, Wissenschaftler und Ärzte, die mit Bamfolin gearbeitet haben“, um für das „Krebsheilmittel“ Zeugnis abzulegen. Und „elf Professoren und 38 Ärzte in der Bundesrepublik“, die „zur Zeit mit Bamfolin beliefert werden“, mochten dem naiven Leser ähnliche Ehrfurcht abnötigen wie ein forsch erwähnter „Forschungsbeirat“, dem sich „Kliniken von Ruf sowie gut renommierte Krankenhäuser und Ärzte zur Verfügung gestellt haben“.

Das Ende vom Lied: Nichts erwies sich als stichhaltig, und vom „Bamfolin“ spricht inzwischen niemand mehr.

Das bittere Ende vom Lied: Burdas „Bunte“ setzte für ihr übelriechendes Bamfolinsengericht bedenkenlos jenen Anflug von Wertschätzung aufs Spiel, die sich anerkannte Illustrierten-Autoren in Ärztekreisen mühsam erschrieben hatten.

Und das bitterste Ende vom Lied: Burdas „Bunte“ nistete tausendfach in gläubige Patienten- und Angehörigenseelen unerfüllbare Hoffnungen ein. Der spätere Unmut jener Leute, die sich euphorisch an den japanischen Grashalm geklammert hatten, traf dann weniger das bunte Blatt aus Offenburg und seinen Herausgeber-Doktor, als vielmehr Ärzte und Apotheker, die mit dem angeblichen Wundermittel bei den bitter Enttäuschten nichts auszurichten wußten.

Krebs ist kein Lesestoff

Wer würde schon etwas entbehren, wenn unsere Tages- und Wochenpresse nur halb soviel wie üblich oder noch weniger über Krebs berichten möchte? Vergessen denn jene Krebsfrontberichter und bamfolinkischen „Publizisten“, die dreist und naseweis, oberflächlich, unbedacht und bar jeder Vorkenntnis und Voraussicht, wechselweise Hoffnung und Panik hinterlassen, ein ungeschriebenes Journalisten-Gesetz? Man berichtet über ungeprüfte, angebliche Krebsheilmittel nicht. Krebs ist kein Lesestoff, solange eine neue, echte Hilfe fehlt.

Natürlich hat jedermann ein Anrecht auf wissenschaftliche Aufklärung. Nur — sachlich sollte sie sein, weder verharmlosend noch übertreibend, nicht verallgemeinernd und falsch dramatisierend, nicht enttäuschend, ohne Mißtrauen zurückzulassen und auf gesicherter Erfahrung begründet. Wer potentielle Patienten anspricht, muß abwägen zwischen Nutzen und Schaden. Zeitungsberichte heilen nämlich nicht — das macht nur der Arzt. Wer das Ansehen guter Ärzte und das Vertrauen ihrer Patienten ankrazt, handelt verantwortungslos.

9 Gebote sollte ein Journalist respektieren, der sich über medizinische Themen verbreitet: In jedem Zweifelsfall dort vorher fragen, wo Sachverstand zu vermuten ist — Nicht jede Nachricht ungeprüft und gläubig übernehmen — Widersprüchliche Aussagen mit geschärfter Vorsicht prüfen — Statistiken skeptisch lesen — Sich vor Veröffentlichungen in die Rolle labiler Kranker mit getrübtetem Urteilsvermögen versetzen — Folgen und Wirkungen eines Berichtes auf Tausende Neuröschchen und Neurosen-Kavaliere bedenken — Fehlerhafte Berichte möglichst bald korrigieren — Den Leserblick für unseriöse Aussagen und Quacksalberschärfen — Jedes neue Mittel und Medikament erst nach guter Bewährung erwähnen.

Auch über Krebs kann man spaltenlang schreiben. Hätte die Boulevard- und Illustrierten-Presse anstelle eines obskuren „Cytostaticum CPC“, Bamfolin oder „Anti-Baby-Pillen“ auf jedes Krebs-Früherkennungszeichen und darauf verwiesen, daß 120 verschiedene Krebsarten wohl niemals ein Allheilmittel zulassen und der Krebs überdies gar nicht zugenommen hat, dann wäre das eine gute Sache gewesen. Vielleicht programmieren die Krebschreiber das einmal für ihre nächsten Vorhaben.

Zur lokalen Kortikoid-Therapie

in der Dermatologie, Röntgenologie, Oto/Rhinologie, Gynäkologie

Corti - FLEXIOLE®

Echte ölige Lösung von unverestertem, d. h. körpereigenem, sofort reaktionsfähigem Hydrocortison (DBP) in Verbindung mit dem Breitband-Antibiotikum Chloramphenicol und Vitamin A, das eine verstärkte Cortison-Penetration bewirkt.

- **Antiallergisch-antiphlogistische Komponente:**
0,4 % g/g Hydrocortison
- **Antibiotische Komponente:**
0,2 % g/g Chloramphenicol
- **Rezidiv-verhütende Komponente:**
5000 IE Vitamin A (Palmitat) pro g

Arztemuster und Literatur auf Anforderung



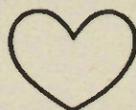
dr. mann · berlin 20



ZUR STABILISIERUNG VON LEISTUNG UND SCHLAF

ist diätetisch die Umstellung auf Kaffee Hag zu empfehlen.

Dämpfung und Entcoffeinierung gewährleisten die doppelte Bekömmlichkeit des Kaffee Hag, denn die Reizwirkung von Coffein und bestimmten Röstprodukten ist ausgeschaltet.



KAFFEE HAG

Literatur und Muster durch HAG AG Bremen

Der ausgebildete Kranke

Es ist müßig, heute noch Fragen wie diese zu diskutieren: Gehören denn medizinische Themen überhaupt in Zeitungen und illustrierte Wochenblätter?

Ob sie hineingehören oder nicht, ob ihr Erscheinen uns paßt oder nicht: Medizinische Presseberichte lassen sich ebensowenig aus der Welt schaffen wie die Illustrierten und Frauenmagazine, Wochenzeitungen und Abendgazetten selbst.

Das ist die Realität.

Die Lesergemeinden erwarten weite und breite medizinische Information. Nicht deshalb, weil Tages- und Wochenpresse so reichlich davon anbieten, sondern aus anderen Gründen:

Der ausgebildete Kranke will in seiner Gesellschaft ringsum neben dem Wettergespräch auch die Krankheitssymptome von Tante Frieda und Onkel Otto mitteilen und mitbeschwatzen können. Und über den Arzt und Professor, die auf der Skala öffentlichen Ansehens in der Verehrung ganz oben stehen, möchte der Leser von heute ähnlich viel hören, wie seine Altvordere auf Legenden „vom Hofe“ neugierig waren.

Schließlich strebt er nach medizinischer Vollinformation aus steter Angst vor dem unbedingt heran nahenden Unabwendbaren, will heißen: vor einem frühzeitigen Tode. Man will wissen, was denn die Medizin vollbringen kann, um das Unabwendbare wenigstens hinauszuzögern.

Ob dieses Wissen Vorteile einbringt, bleibt eine Frage für sich. Letzten Endes leben wissende und gut vorgebildete Ärzte auch nicht gesünder oder länger als andere Leute ohne Fachinformation.

Aber: Diese Leute wollen nun mal über ihre Gesundheit und den Medizinbetrieb unserer Tage möglichst viel erfahren und betrachten. Wer ihnen Ärztemilieu reich- und nachhaltig serviert, hebt die Verkaufsaufgabe seines bedruckten Papiers.

Das weiß auch der Großdrucker Burda. Nur seinen Großmutter-Leserinnen mag er erzählen, daß eine Illustrierte „mit dem düsteren Thema ‚Krebs‘ keine Auflagenerfolge erzielen kann“.

Warum auch nicht die Auflage steigern? Sind doch unsere Zeitungen und Illustrierten nichts weiter als nüchterne Geschäftsunternehmen mit härtesten Konkurrenzen.

Auch das ist eine Realität.

Die Zeitungsredakteure können gar nicht gut genug sein, um mit ihren redaktionellen Beilagen die Anzeigenseiten ihrer Blätter verkäuflich zu machen.

Also: Zeitungen sind erstens ein Geschäft und zweitens nicht aus der Welt zu schaffen — das muß ins Kalkül ziehen, wer über medizinische Presse-Berichte im allgemeinen und im besonderen diskutieren will.

Millionen Mitmenschen — von Kopf bis Fuß auf Triebe eingestellt — sind Woche für Woche begierig und bereit, den deutschen Bilderblättern auch die gewagteste Aussage und Schaustellung abzukaufen und ihr Geschäft mit umzutreiben.

Gewiß basieren Zeitungsgeschäfte nicht auf den Groschen ihrer Millionen-Kundschaft — davon könnte die Presse nicht existieren.

Der Hauptverdienst resultiert aus Anzeigen. Nun ist kaum zu klären, ob Illustrierte zum Beispiel mehr auf Insertionen oder die Anzeigenaufgeber mehr auf Illustrierte angewiesen sind. Der gesunde Verstand möchte das Letztere meinen, aber die Praxis läßt eher das Gegenteil vermuten.

Was Wunder, wenn die Auftraggeber bestimmen, was in ihren Inseraten gedruckt wird und zu erscheinen hat, nachdem eine Illustrierten-Anzeigen-Seite 25 000 Mark und mehr kostet. Was Wunder, wenn Annoncenbesteller bei diesen Summen keine Kritik im Redaktionsteil erwarten, und die Erfahrung zeigt, daß sich die Großinserenten in solcher Erwartung bislang auch nie enttäuscht sahen.

Was Wunder, wenn Illustrierte das Thema „Rauchen und Lungenkrebs“ nicht aufgreifen. Was Wunder, wenn das Anzeigen-Gaukelspiel mit nebulösen Offerten mysteriöser Pillen und Säfte, Salben und Heilmechanismen labile Naturen täglich mit gefährlich albernen Schlagzeilen betört: „Es gibt keine Krankheit, die nicht geheilt werden kann — Trinken Sie sich gesund — Mit Meereswirkstoffen — Verschwinden Krankheiten automatisch — Von namhaften Ärzten erprobt — Verjüngung von innen nach außen — Der moderne Jungbrunnen in Tablettenform“ und was an Gesundheits-Anbiederung sonst noch mit unverfrorener Keckheit durch die Annoncen geistert.

Dies alles — weit und breit über Stadt und Land ausgestreut — wird Zeile für Zeile angespannt, aufsendend und gläubig verschlungen. Wer unterscheidet schon Anzeigen von redaktionellen Texten?

Dies alles ist wiederum in Ärzteaugen ein permanentes Ärgernis. Bleibt die Frage: Warum belegt eigentlich der Doktor sein Wartezimmer gedanklos mit ungelesenen Zeitschriftenhaufen, die den Patienten zur Selbstbehandlung und damit auch zum Verlassen des Vorzimmers ermuntern?

Journalisten und Ärzte

Für Journalisten und Ärzte gäbe es zweifellos Mittel und Wege, auch die medizinisch infizierten redaktionellen Teilgebiete der Massenpresse mit Reinigungsversuchen zu korrigieren unter dieser Voraussetzung: Man müßte sich erst einmal kennenlernen!

Es ist ein Unding, wenn Pressevertreter in medizinischen Fachfragen herumstochern und Ärzte über die Presse herfallen, solange beide Seiten wenig oder nichts vom Hintergründigen der Materie verstehen.

Gewiß — das Verständnis füreinander fällt schwer, lebt doch im allgemeinen der Journalist vom Reden und der Arzt vom Schweigen.

Der Journalist muß vordergründig den Menschen mit der ihm eigenen Reaktion und Dynamik zeichnen — der Arzt und Wissenschaftler will als Person stets im Hintergrund bleiben, und eine wissenschaftliche Normalarbeit sagt über das Menschliche dahinter nichts

aus. Außerdem: Journalisten und Ärzte reden in Sprachen, die so grundverschieden sind wie Tanzweisen und Oratorien.

Dennoch: Beide Berufe sind gar nicht so weit voneinander entfernt. Journalisten und Ärzte haben im Kern ihres Auftrags, im Dienst am Menschen und an der Gesellschaft, vieles gemeinsam.

Beiden ist aufgegeben, zu helfen, zu lindern und zu heilen. Beide sollen möglichen Schäden zuvorkommen, krankhafte Prozesse aufspüren, Seuchen einkreisen, Geschwüre anstecken und einmal erkannte bösartige Auswüchse radikal entfernen, auch dann, wenn es wehtut.

Beide wirken im öffentlichen Raum, und beide versorgen den gleichen „Kundenkreis“, der sie verbindet: der Journalist seinen Leser — der Arzt den Patienten. Beide haben die Folgen ihres täglichen Tuns gehörig zu überdenken.

Eine Schreibstunde für Millionen Augen kann mitunter dienlicher sein als eine Sprechstunde unter vier Augen. Im übrigen: Beide Berufe werden in ihrer Freiheit und Unabhängigkeit hinterhältig bedroht.

Gute und weniger gute Schreiber

Natürlich gibt es Illustrierte, die anfechtbare Krebs-Gruselgeschichten verbreiten —, aufgeschrieben von den Vertretern des Ärztestandes Dr. ISSELS oder Dr. GUHR (Krebs durch Anti-Baby-Pillen). Natürlich gibt es die Minderheit journalistischer Landsknechte: Oberflächliche Hopplahopp-Reporter, Sensationssucher und Storyfinder um jeden Preis, indiskrete Bild-Schützen, Hofnarren der Masse und Trüffelschweine der Publizistik, die mehr auf Papiere schmierern, als sie in Wahrheit wissen.

Gute Journalisten wissen stets mehr, als sie schreiben. Gute Journalisten — gut, weil sie ihr Metier beherrschen und gut, weil sie von lauterer Absichten beherrscht sind — stellen die absolute Mehrheit. Genauso wie ein Arzt nicht jeden Kurpfuscher und medizinischen Soldschreiber „lieber Kollege“ nennt, verblühtet sich auch der redliche Publizist kollegiale Ungeniertheit von käuflichen Schreibmaschinen.

Auch die Chef- und Ressortredakteure der Illustrierten und Wochenendzeitungen sind im allgemeinen keine uneinsichtigen Spielverderber und weit besser als der Ruf ihrer Blätter, nur vielfach in wenig angenehmer Lage, weil zu Zweifrontenkriegen und Dauerkonzessionen gezwungen: einer gnadenlosen Konkurrenz und dem eigenen Verlag gegenüber.

Aus Verlagssicht zählt nur die Frage: Was blasen die Moneten? Das bedeutet: Anzeigen bringen gutes Geld, und Redakteure tragen das gute Geld nur aus dem Haus, was wiederum ihrer Souveränität nicht eben dienlich ist.

Ein Außenstehender denkt darüber normalerweise nicht nach — woher sollte er's schon wissen — und im besonderen auch daran nicht:

Zeitungs- und Illustrierten-Redakteure mögen als „Lockmotive“ schiefe und reiferische Schlagzeilen-Lokomotiven abfahren lassen, mögen nüchterne wissenschaftliche Ergebnisse mit viel Efeu umranken, mögen ärztliche Entgleisungen in des Teufels Futteral schreibgewaltig verpacken — die Tatsachen und medizinischen Kern-Ereignisse werden von Journalisten ebensowenig geschaffen wie die politischen oder wirtschaftlichen.

Die Fachliteraturlibulenz

Woher beziehen Journalisten ihre Medizin-Informationen? Aus den eigenen Fingern gesaugt — das kommt doch wohl höchst selten vor. Meistens steckt irgendeine ärztliche Aussage dahinter, und warum sollte man ihr nicht glauben? Zudem erscheinen allein in der Bundesrepublik 150 medizinische Zeitschriften als Fundgruben für jeden Tagesjournalisten, der meistens früher, ausdauernder und unkritischer darin herumblättert als die Doktoren vom Fach.

Ein wesentlicher Unterschied

Offen gesagt: Was eine Minderheit medizinischer Fachblätter der Ärzteschaft an vielfältiger Einfalt und breit ausgewalzter Oberflächlichkeit mitunter dreist serviert, kann sich neben jenen Entgleisungen durchaus sehen lassen, die von Ärzten mit hoch erhobenem Zeigefinger jeweils der Tages- und Wochenpresse angelastet werden.

Es gibt da allerdings einen wesentlichen Unterschied: Die Minderheiten-Fachpresse mag langweilen und Fachleuten nicht eben lesenswert erscheinen — die große Massenpresse aber kann mit halbgaren Berichten, Pillen-Panikmache und falschen Hoffnungen unzähligen gläubigen Lesern Schaden zufügen. Letzten Endes geht es nicht darum, ob das Ansehen des ärztlichen Standes durch anfechtbare Pressebeiträge bedroht erscheint — der Arzt wirkt schließlich im öffentlichen Raum und muß verstehen lernen, daß die Öffentlichkeit sich für ihn interessiert. Es geht vielmehr um den augenblicklichen und potentiellen Patienten, den medizinische Ungereimtheiten erschrecken oder ihm unerfüllbare Hoffnungen vorgaukeln.

Fazit: Wer Berichte vom Medizinbetrieb verfaßt und veröffentlicht, muß immer die möglichen Folgen auf kranke und labile Leser bedenken. Wer aber „die Presse“ mit lässiger Handbewegung kritisiert, sollte sich nicht abschrecken lassen, selbst bessere Berichte zu schreiben.

Gewiß würde eine Aussprache mit offenem Visier zwischen Verlegern sowie leitenden Redakteuren der

INSPIROL = Schutz + Wohlbefinden

Gurgelmittel/Munddesinfiziens - bewährt · wirksam · wohltuend

Massenpresse und renommierten Ärztevertretern sowie Medizinjournalisten wohltuend und nützlich sein. Fernbleiben dürfte wohl nur eine Schwarzweißmalerei-Presse, die sich geschäftsgeschädigt sähe, sobald sie die Schlagzeile „Krebs ist ansteckend“ nicht mehr bringen könnte.

Sogar Illustrierte sind wandlungsfähig. Man spürt das an dem Bemühen, nach und nach honorige Kolumnisten zu beschäftigen.

Warum sollte das Bilderblatt-Streben nach besserem Niveau nicht soweit gehen, auch bedeutende Medizin-Professoren zum Kolumnen-Schreiben einzuladen? Es gibt sogar Herren, die allgemeinverständlich publizieren könnten und weithin beachtet würden, was sie in Illustrierten-Spalten den wissenschaftlichen Fachzeitschriften sicherlich voraus hätten.

Die Ärmel aufkrepeln

Leider stellten sich bislang kein Professor und viel zu wenige Ärzte der journalistischen Frontarbeit. Nasen rümpfen viele, was allzu leicht getan ist, und nur ein kleiner, fast verlorener Haufe Medizinjournalisten schreibt über ärztliche Anliegen, über Krankheiten und Gesundheit für örtliche Tages- und überörtliche Boulevard-Zeitungen, Illustrierte und Wochenblätter, Werk- und Kundenzeitschriften, Rundfunk oder Fernsehen.

Woran mag es liegen, daß hierzulande Doktoren der Medizin in aller Öffentlichkeit nur spärlichst publizistisch aktiv werden?

Aus meiner Erfahrung sehe ich's so: Die meisten journalistisch talentierten Ärzte werden abgeschreckt, außerhalb der Fachpresse neben- oder hauptberuflich Berichte aus der Branche mitzutellen, weil sich das in den Augen der übrigen Kollegen schlechthin nicht zu schicken scheint. Als früherer Redakteur der größten europäischen Illustrierten weiß ich, daß man in solcher Position als Dr. med. von der Mehrheit der Professoren und Kollegen zunächst gemessen wurde wie einer, der in die Gosse geriet, weil er in einer Illustrierten schreibt.

Oft lohnte sich die Mühe, oft war sie auch vergeblich, den Naserümpfern soviel auszudeuten:

Die bunte Massenpresse ist eine Realität und nicht mehr aus der Welt zu schaffen (siehe oben) — Sie verbreitet medizinische und Ärzte-Themen ohne Rücksicht darauf, ob einem das paßt oder nicht (siehe oben) — Diese Themen unterliegen den Gesetzen der Aktualität und vertragen nur selten zeitlichen Aufschub — Jede Redaktion wird jeden journalistisch versierten, einfallreichen und gut schreibenden Arzt zur medizinischen Laieninformation jedem nichtärztlichen Mitarbeiter vorziehen — Veröffentlichungen lassen sich mit ärztlicher Autorität gelegentlich sogar verhindern — Wenn sich aber kein Arzt bereitfindet, als Redakteur oder ständiger Außenmitarbeiter an die publizistische Front zu gehen, dann macht eben jeder unwissende Laie schlecht und recht „in Medizin“ und verhindert nichts — Mit Entrüstung ist kein Krebschaden auszuräumen, man muß hier schon die Ärmel aufkrepeln und aktiv zur Gesundung mit beitragen.

Ansch. d. Verf.: Dr. Georg Schreiber, 8032 Grädfelfing vor München, Maria-Eich-Straße 63

AMTLICHES

Warnung vor einem Arzneimittel

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft gibt bekannt:

Aus dem Kreis der Herstellerfirmen von DMSO-Präparaten sowie durch das Bundesgesundheitsamt ist die Arzneimittelkommission darüber informiert worden, daß bei langfristiger Verabreichung von DMSO im Tierversuch Formveränderungen der Augenlinse auftreten können. Über derartige Veränderungen am Menschen ist bisher nichts berichtet worden.

Die Herstellerfirmen der Präparate Dolieur, DMS, Hyadur, Infiltrina, Somipront haben sich daraufhin entschlossen, diese Präparate vorerst nicht mehr in den Verkehr zu bringen.

Die Arzneimittelkommission hält sich für verpflichtet, den Ärzten von der weiteren Verordnung von DMSO-Präparaten bis zu einer Klärung der Angelegenheit abzuraten. (DMSO = Dimethylsulfoxyd)

Approbations- und Bestallungsangelegenheiten

Betr.: Arzt Stefan Janeczek, München 55, Höllentalstraße 7/I, geb. 2. 9. 1918.

Herr Stefan Janeczek hat durch eine schriftliche Erklärung vom 16. 7. 1964 auf seine Bestallung als Arzt freiwillig verzichtet und die Bestallungsurkunde zurückgegeben. Er ist somit nicht mehr berechtigt, den ärztlichen Beruf auszuüben.

Betr.: Anordnung über das Ruhen der Bestallung als Arzt; hier: Hans-Joachim Loebe, geb. 12. 5. 1923 in Braunschweig, z. Z. Braunschweig, Charlottenhöhe 2.

Der Hessische Minister für Arbeit, Volkswohlfahrt und Gesundheitswesen in Wiesbaden teilte folgendes mit:

Mit Verfügung vom 28. 4. 1965 Az: 18 b 02/03 — 20/64/Loe hat der Regierungspräsident in Kassel angeordnet, daß die Bestallung als Arzt des oben Genannten gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 2 in Verbindung mit § 3 Abs. 1 Nr. 4 der Bundesärzteordnung vom 2. Oktober 1961 (BGBl. I S. 1857) ruht. Die sofortige Vollziehung nach § 80 Abs. 2 Nr. 4 der Verwaltungsgerichtsordnung vom 21. Januar 1960 (BGBl. I S. 17) wurde verfügt.

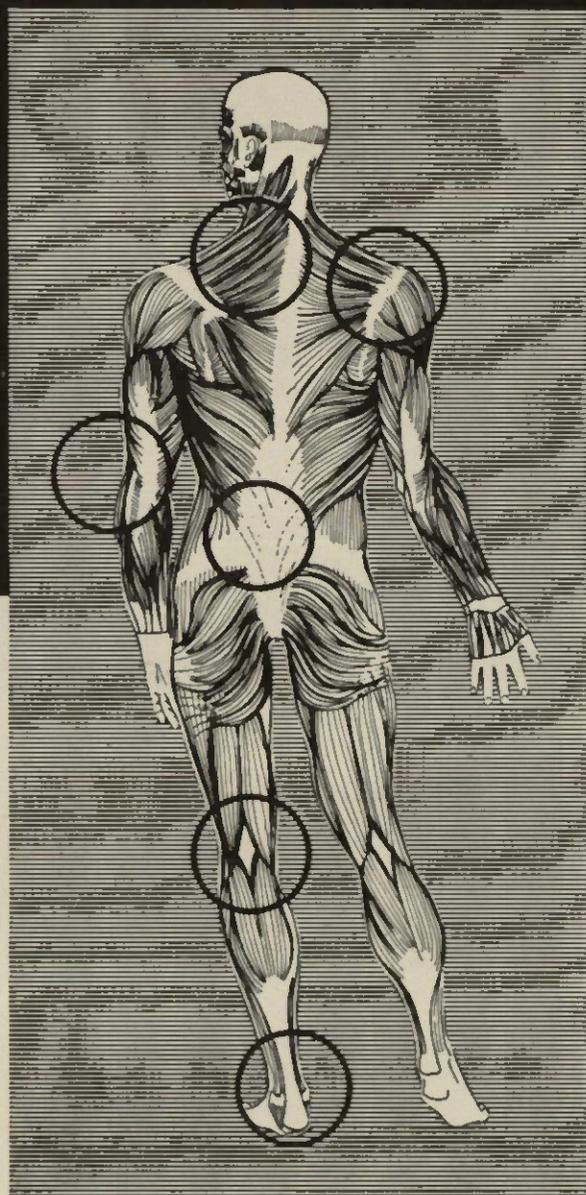
Betr.: Walter Günther, geb. am 24. März 1923 in Gottesgab, Kreis Karlsbad/CSSR, wohnhaft in Berlin 37, Onkel-Tom-Straße 138 a.

Nach einer Mitteilung der Ärztekammer Berlin vom 8. 11. 1965 hat der Berliner Senator für Gesundheitswesen, nachdem er die Geburtsurkunde des Obengenannten von den tschechischen Behörden erhalten hat und nach der eigenen Erklärung des Herrn Günther, daß er kein Arzt ist, festgestellt, daß die Urkunde, die der Niedersächsische Sozialminister am 26. Mai 1952 ausgestellt hat — mit dem Geburtsdatum 24. 3. 1916 (Ersatzbestallungsurkunde) —, ungültig ist. G. war zu keiner Zeit berechtigt, sich als Arzt zu bezeichnen und den Beruf als Arzt auszuüben.

Betr.: Dr. med. Ludwig Herz, geb. 2. 11. 1918, z. Z. Lengerich l. W., Landeskrankenhaus.

Nach einer Mitteilung der Ärztekammer Westfalen-Lippe vom 12. 11. 1965 hat der Regierungspräsident Münster mit Verfügung vom 3. September 1965 das Ruhen der Bestallung des Herrn Dr. Herz angeordnet. Die Verfügung ist inzwischen rechtskräftig geworden.

Das Kapillarproblem Rheumatismus



durch
Stoffwechsel-
verbesserung

durch
beschleunigte
Blutströmung

gelöst mit

Dipyron[®]

Dragees und Ampullen

GESETZES- UND RECHTSFRAGEN

Immer wieder: Fehlentscheidung in Sachen Schweigepflicht!

Von Dr. G. Sondermann

Folgender Sachverhalt mußte von einem Gericht beurteilt werden:

Frau X betritt das Wartezimmer des Frauenarztes Dr. Z., Frau Y befindet sich bereits darin. Frau X verläßt auf kurze Zeit das Wartezimmer, ihre Handtasche bleibt auf einer Bank liegen. Nach Verlassen der Praxisräume stellt sie bei der Kontrolle ihrer Geldbörse in der Wohnung ihrer Schwester fest, daß ein 50-Mark-Schein fehlt. Obwohl es verschiedene Erklärungsmöglichkeiten für das Fehlen des Geldes gibt, wird kurzschlüssig angenommen, daß Frau Y die Abwesenheit von Frau X benutzt hat, das Geld zu stehlen. Zur Durchführung der Strafverfolgung verlangt nun der Staatsanwalt von dem Frauenarzt den Namen der Patientin Y. Dieser verweigert aber die Nennung des Namens auf Grund der Schweigepflicht, da er von der Patientin Y ausdrücklich nicht von der Schweigepflicht entbunden wurde. Daraufhin beantragt der Staatsanwalt Beugehaft gegen den Frauenarzt, die aber von der Strafkammer des Landgerichts abgelehnt wird. Aus den Gründen (Sperrungen im Text durch die Redaktion):

„Er (der Arzt) hat diese Weigerung auch anläßlich seiner auf Antrag der Staatsanwaltschaft erfolgten Zeugenvernehmung vor dem Ermittlungsrichter beim Amtsgericht aufrechterhalten. Den Antrag der Staatsanwaltschaft, den Zeugen Dr. Z. zur Erzwingung des Zeugnisses in Haft zu nehmen, hat der Ermittlungsrichter mit der Begründung abgelehnt, daß die Kenntnis von dem Namen eines Patienten mit unter die ärztliche Schweigepflicht falle. Hiergegen richtet sich die zulässige Beschwerde der Staatsanwaltschaft.

Dennoch kann gegen den Zeugen im gegenwärtigen Zeitpunkt keine der Maßnahmen ergriffen werden, die § 70 Strafprozeßordnung für den Fall der unberechtigten Zeugnisverweigerung vorsieht. Es ist nicht zu verkennen, daß der vorliegende Fall an der Grenze der Aussageverweigerung liegt. Es ist daher gerechtfertigt, davon auszugehen, daß der Zeuge Z. ohne Verschulden den Umfang seines Aussageverweigerungsrechtes verkannt hat. Es bestehen nach Auffassung der Strafkammer keine Bedenken, das auf rechtsirrtümlichen Vorstellungen beruhende Verhalten eines Zeugen nach den in der Rechtsprechung zum Verbotsirrtum im materiellen Recht entwickelten Grundsätzen zu beurteilen. Und zwar sollen die Maßnahmen nach § 70 StPO verfahrensrechtlichen Ungehorsam beugen und der Erfüllung der Zeugnis- und Eidespflicht dienen; sie haben jedoch mit den kriminellen Strafen gemeinsam, daß sie aus einem vorausgegangenen Verstoß gegen die Gebote der Strafprozeßordnung folgen. Die entsprechende Anwendung der Grundsätze über den Verbotsirrtum ist daher gerechtfertigt. Dies führt zu dem Ergebnis, daß gegen den

Zeugen Dr. Z. wegen seiner bisherigen Weigerung keine der Maßnahmen des § 70 StPO verhängt werden kann. Sie sind jedoch zulässig, falls der Zeuge bei einer neuerlichen Vernehmung wiederum die Aussage verweigern sollte, weil der vorliegende Beschluß eine hinreichende Belehrung über die Grenzen seines Aussageverweigerungsrechtes enthält. Das Amtsgericht wird dabei allerdings zu prüfen haben, ob es nicht angebracht ist, anstelle einer Haftordnung . . . zunächst lediglich eine Ordnungsstrafe gem. § 70 Abs. 1 StPO zu verhängen.“

Bei neuerlicher Vernehmung verweigert abermals Dr. Z. die Nennung des Namens, worauf er durch das Amtsgericht zu einer Ordnungsstrafe von 30 Mark verurteilt wurde. Aus den Gründen:

„Der Zeuge beruft sich zu Unrecht, wie aus dem Beschluß des Landgerichts im einzelnen hervorgeht, auf ein Zeugnisverweigerungsrecht gem. § 53 Abs. 1 Ziff. 3 StPO. Der Zeuge beharrt trotz Kenntnis des genannten Beschlusses des Landgerichts auf dieser Verweigerung gem. § 53 Abs. 1 Ziff. 3 StPO; auch trotz weiterer Aufklärung und Belehrung macht er keine Aussage. Er war deshalb, wie geschehen, zu verurteilen.“

§ 53 StPO lautet:

„Zur Verweigerung des Zeugnisses sind ferner berechtigt: . . . 3. . . Ärzte . . . über das, was ihnen in dieser Eigenschaft anvertraut worden oder bekannt geworden ist.“

Zu diesem Paragraphen führt einer der besten Kenner des Arztrechtes, Prof. E. SCHMIDT, Heidelberg, in seinem Kommentar (Lehrbuch der gerichtlichen Medizin von Albert Ponsold) aus:

„Die Kombinierung einer materiell-rechtlichen Schweigepflicht mit einem prozessualen Schweigerecht mutet prima vista seltsam an. Der Sinn ist der: Der das Prozeßrecht ordnende Gesetzgeber sieht in dem auf der Verschwiegenheit des Arztes beruhenden Vertrauensverhältnis etwas so sozial Wertvolles, daß er um gerichtlicher Erkenntnismöglichkeiten willen nicht einfach die Schweigepflicht aufhebt. Es ist Sache des Arztes, gewissenhaft zu prüfen, ob er schweigen oder sich entschließen will, durch Aussage das Geheimnis des Patienten zu offenbaren, also dessen Geheimhaltungsinteressen zu verletzen. Die Entscheidung liegt aber ganz allein beim Arzt. Eine Belehrung des Arztes durch den Gerichtsvorsitzenden sieht das Prozeßrecht in wohlüberlegter Absicht nicht vor. Offenbar hält das Prozeßrecht den in den standesethischen Traditionen des Arztums erzogenen Arzt zur Entscheidung eines

Lymphozil

KLEINTABLETTEN

®

die Umstimmungsarznei
für Lymphatiker
bei ungenügender Infektabwehr

JULIUS REDEL CESRA-ARZNEIMITTELFABRIK
HAUENEERSTEIN b/BADEN-BADEN

solchen Konfliktfalles für wesentlich geeigneter als den Vorsitzenden des Gerichtes.“

Schmidt führt allerdings dann fort:

„Die ärztliche Schweigepflicht entfällt zugleich mit seinem Zeugnisverweigerungsrecht, wenn der Arzt von der Verpflichtung zur Verschwiegenheit entbunden ist.“

Nun hat aber die Patientin den Dr. Z. nicht von der Schweigepflicht entbunden! So steht ihm also der Schutz des § 53 StPO vollinhaltlich zu, ebenso wie der Hinweis des Kommentators für ihn spricht, daß eine Belehrung durch den Gerichtsvorsitzenden nicht vorgesehen sei, so daß man sich fragt, warum bei einer solchen Rechtslage der Arzt nun doch mit Verhängung der Beugehaft bedroht wurde, der Richter nun doch glaubte, wesentlich geeigneter zur Entscheidung dieses Konfliktfalles zu sein als der in den standesethischen Traditionen des Arzttums erzogene Arzt, und dementsprechend eine gar nicht vorgesehene Belehrung erteilte, welche dann die juristische Grundlage gab für eine Bestrafung des Arztes.

Man muß hier feststellen:

Es gibt eine Fülle von Stimmen in Literatur und Rechtsprechung, die der Meinung Schmidts beipflichten (vgl. besonders KAUFMANN in NJW 1958/272, POELLINGER in BayÄbl. 1960/114, und Bayer. Landessozialgericht in BayÄbl. 1962/365). Danach wird der ärztlichen Schweigepflicht als einem Rechtsgut, an dem für die Allgemeinheit höchstes Interesse besteht, entscheidendes Gewicht eingeräumt. Ob sie im Einzelfall durchbrochen werden darf, kann nur der Arzt abwägen — der Richter ist für eine Güterabwägung einfach überfordert; denn er müßte ja erst über alle Einzelheiten, die allenfalls nur der Arzt kennt, unterrichtet sein, um gewissenhaft abwägen zu können.

Diesen — bedeutsamen und wohlbegründeten — Rechtsüberlegungen trägt der Richter in unserem Fall nicht Rechnung, er setzt sich nicht einmal damit auseinander. Damit ist hier Unrecht geschehen, was um

so unverständlicher ist, als der Richter in seiner Belehrung selbst davon spricht, daß der vorliegende Fall „an der Grenze des Aussageverweigerungsrechtes liegt“, was ihn um so mehr dazu hätte bewegen müssen (abgesehen von der strikten Einhaltung des § 53 StPO), im Sinne der gebotenen Güterabwägung dem höheren Rechtsgut der ärztlichen Schweigepflicht den Vorrang zu geben. Dazu darf noch einmal Schmidt, Heidelberg, zitiert werden: „... daß der staatliche Schutz der Geheimnissphäre auch solche Handlungen betrifft, die, wie etwa begangene strafbare Handlungen, den Geheimnisträger in Konflikt mit dem Staatsanwalt bringen können, mag auf den ersten Blick erstaunlich sein, hängt aber damit zusammen, daß das in § 300 StGB geschützte Rechtsgut nicht das rein private Individualinteresse des einzelnen, sondern das Sozialinteresse am Bestehen eines der Gesundheitspflege dienenden Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient ist. Das wird dadurch bestätigt, daß das Gesetz, nämlich Strafprozeßordnung § 53 Abs. 1 Ziffer 3, dem Arzt, der bei seiner ärztlichen Berufsausübung strafbare Handlungen eines Patienten erfahren hat, mögen sie noch so schwerwiegend sein, ein Zeugnisverweigerungsrecht gibt, also auf das Zeugnis des Arztes zwecks Aufklärung eines Verbrechensfalles grundsätzlich verzichtet.“

Zum Schluß muß noch eines besonderen Mißstandes gedacht und die Kollegen davor gewarnt werden: Manche Polizeistationen versuchen unter der biedermännischen Miene eigener Verschwiegenheit vom Arzt Angaben über verdächtige Patienten herauszulocken; daß diese Übereifrigen im Falle der Weigerung z. B. des Kollegen Z. sagen können: „Na, Ihre Kollegen sind aber nicht so stur!“ — das ist doch ein schlimmes Zeichen; vielleicht ist es aber auch nur der Versuch, den Arzt unter solcher Pauschalverleumdung „zum Singen“ zu bringen. Der Arzt ist aber kein Erfüllungsgelhilfe, auch nicht der Polizei.

Anschrift des Verf.: Dr. Gustav Sondermann,
8535 Emskirchen über Neustadt/Aisch

STEUERFRAGEN

Finanzgericht Bremen, Urteil vom 16. Oktober 1964 I 22/64 — rechtskräftig:

Einkünfte des angestellten Arztes aus selbständiger ärztlicher Arbeit (Gutachtertätigkeit) sind steuerbegünstigt

ESTG § 34 Abs. 4

Aus den Gründen:

Der Bf. (Facharzt für Chirurgie) erklärte neben Einkünften aus nichtselbständiger Arbeit Einkünfte aus selbständiger ärztlicher Arbeit: „Honorare für wissenschaftliche Gutachtertätigkeit (wissenschaftlich begründete Zusammenhangsgutachten zur Unterscheidung zwischen Krankheit und Unfallfolgen).“

Das FA lehnte die beantragte Steuerbegünstigung für die Gutachtertätigkeit ab, weil nach dem BFH-Urteil VI 74/61 v. 31. 8. 1962 (StRK, EStG § 34 Abs. 4 R 14) Untersuchungen mit Diagnosen über den Gesundheitszustand eines Menschen — auch ohne anschließende Heilbehandlung — in der Regel in den Kreis der Berufstätigkeit eines freiberuflichen Arztes gehören, für Einnahmen aus der Ausübung eines Berufes i. S. d. § 18 Abs. 1 Ziff. 1 EStG die Steuervergünstigung nicht gewährt werden könne.

Der Bf. bestreitet Untersuchungen mit Diagnosen. Er habe seine Gutachten lediglich aus den Krankenpapieren erarbeitet, ohne die zu begutachtenden Personen zu untersuchen oder zu behandeln. Die Gutachtertätigkeit ausschließlich neben nichtselbständiger Arbeit sei steuerbegünstigt nach dem BFH-Urteil IV 21/61 v. 20. 7. 1962 (HFR 1963 S. 12).

Die Berufung ist begründet.

Die Rechtsprechung legt den Begriff wissenschaftliche Tätigkeit weit aus. Nach dem im BFH-Urteil IV 74/61 U v. 24. 5. 1962 (BStBl. 1962 III S. 414) zitierten BFH-Urteil IV 73/52 U v. 30. 4. 1952 (BStBl. 1952 III S. 165) sind steuerbegünstigt nicht lediglich Gutachten über abstrakte Fragen, sondern auch Gutachten, die konkrete praktische Streitfälle erledigen, z. B. medizinische Gutachten über schwere Krankheitsfälle, nach dem im BFH-Urteil IV 21/61 a. a. O. zitierten BFH-Urteil IV 104/52 U v. 13. 11. 1952 (BStBl. 1953 III S. 33): auch im

Rahmen der täglichen Berufsarbeit. Hiernach kann es nicht zweifelhaft sein, daß die Gutachtertätigkeit des Bf. entsprechend dem von ihm zitierten BFH-Urteil IV 21/61 a. a. O. als wissenschaftliche Tätigkeit i. S. d. § 34 Abs. 4 anzuerkennen ist. Gegenteiliges ist auch dem vom FA zitierten BFH-Urteil VI 74/61 a. a. O. nicht zu entnehmen. Die Gutachtertätigkeit dort war nach dem Vor-Urteil (BStBl. 1956 III S. 187) unstreitig wissenschaftliche Tätigkeit.

Nach der bisherigen Rechtsprechung sind Einnahmen aus Gutachtertätigkeit neben Einkünften aus selbständiger ärztlicher Berufstätigkeit in der Regel nicht abgrenzbar, daher nicht steuerbegünstigt, neben Einkünften ausschließlich aus nichtselbständiger Arbeit dagegen steuerbegünstigt, weil das Abgrenzungserfordernis nach dem Wortlaut des § 34 Abs. 4 hier schon durch die unterschiedliche Einkunftsart erfüllt ist. Dementsprechend blieben Einnahmen des angestellten Arztes aus selbständiger Gutachtertätigkeit bisher steuerbegünstigt (s. BFH-Urteil IV 21/61 a. a. O. und die dort zitierten Urteile, insbesondere IV 104/52 U a. a. O.; ferner das BFH-Urteil IV 141/55 U v. 5. 7. 1956, BStBl. 1956 III S. 300 und das o. a. BFH-Urteil IV 74/61 U).

Unstreitig bezog der Bf. neben Einkünften aus nichtselbständiger ärztlicher Arbeit Einnahmen aus selbständiger Arbeit ausschließlich aus der Erstattung von Gutachten. Das dem FA als Entscheidungsgrundlage dienende BFH-Urteil VI 74/61 a. a. O. versagt die Vergünstigung zutreffend aus § 34 Abs. 4 Ziff. 2, weil die Einnahmen aus der Gutachtertätigkeit dort zu den Einkünften aus nichtselbständiger Arbeit gehörten. Der das Urteil nicht tragende Hinweis, daß die Gutachterhonorare auch als Einkünfte aus selbständiger Arbeit nicht begünstigt wären, weil der Bf. mit seiner Gutachtertätigkeit den Beruf eines Arztes ausgeübt habe, wird durch das zitierte BFH-Urteil IV 141/55 U a. a. O. nicht gedeckt (s. oben). Das BFH-Urteil IV 104/57 U v. 16. 1. 1958 (BStBl. 1958 III S. 205) hält an der Rechtsprechung fest. Das BFH-Urteil VI 29/59 S v. 24. 4. 1959 (BStBl. 1959 III S. 193) erkannte die Vergünstigung

allerdings nicht an für Einkünfte, die bei Ausübung eines Berufes i. S. d. § 18 Abs. 1 Ziff. 1 erzielt werden; wobei im Zweifel entscheidend sein soll, ob der Stpfl. eine Tätigkeit ausübt, die üblicherweise als freier Beruf ausgeübt wird. Das hier (VI 29/59 S a. a. O.) zitierte BFH-Urteil IV 171/55 U v. 6. 12. 1956 (BStBl. 1957 III S. 129) rechnet die freiberufliche Gutachtertätigkeit jedoch ausdrücklich nicht zur typischen Berufsarbeit eines Arztes; das BFH-Urteil VI 48/55 U v. 3. 5. 1957 (BStBl. 1957 III S. 227) trat dieser Rechtsprechung bei; das BFH-Urteil IV 245/56 U v. 21. 6. 1956 (BStBl. 1956 III S. 247) (selbständige Gutachtertätigkeit neben nichtselbständiger und selbständiger ärztlicher Berufstätigkeit) hält an der Steuerbegünstigung der Einnahmen aus der Gutachtertätigkeit, ausschließlich neben nichtselbständiger ärztlicher Tätigkeit ausdrücklich fest.

Die Feststellung im BFH-Urteil VI 74/61 a. a. O., daß der Bf. mit seiner Gutachtertätigkeit den Beruf eines Arztes ausgeübt hat, entspricht der bisherigen Rechtsprechung. Das ändert jedoch nichts daran, daß die Gutachtertätigkeit eine wissenschaftliche Tätigkeit ist. Als solche bleibt sie steuerbegünstigt. Weder dem Wortlaut noch dem Zweck des § 34 Abs. 4 entspricht es, wissenschaftliche Tätigkeiten, die in der Regel in den Kreis der Berufstätigkeit eines Arztes, Rechtsanwalts oder ähnlichen Berufes gehören, von der Steuerbegünstigung auszunehmen. Das um so weniger, als auch die wissenschaftliche Tätigkeit außerhalb der in § 18 Abs. 1 Ziff. 1 aufgezählten Berufe freiberuflich im Hauptberuf ausgeübt werden kann. Zweck des § 34 Abs. 4 ist es, einen steuerlichen Anreiz zu geben zur Erzielung höheren Einkommens durch zusätzliche, nicht in den Beruf (sondern in die Freizeit) fallende Arbeit. Was bei einem Arzt zur Praxis gehört, kann beim anderen Freizeitbeschäftigung sein. Hierzu fordert § 34 Abs. 4 Ziff. 2 Abgrenzbarkeit von den Einkünften aus der Berufstätigkeit. Bei Arbeitnehmern — im Streitfall — ist das Abgrenzungserfordernis erfüllt durch die andere Einkunftsart der wissenschaftlichen Tätigkeit (BFH-Urteil IV 74/61 U a. a. O.).

Sparen und anlegen

Die Wandelanleihe — vom alten zum neuen Typ

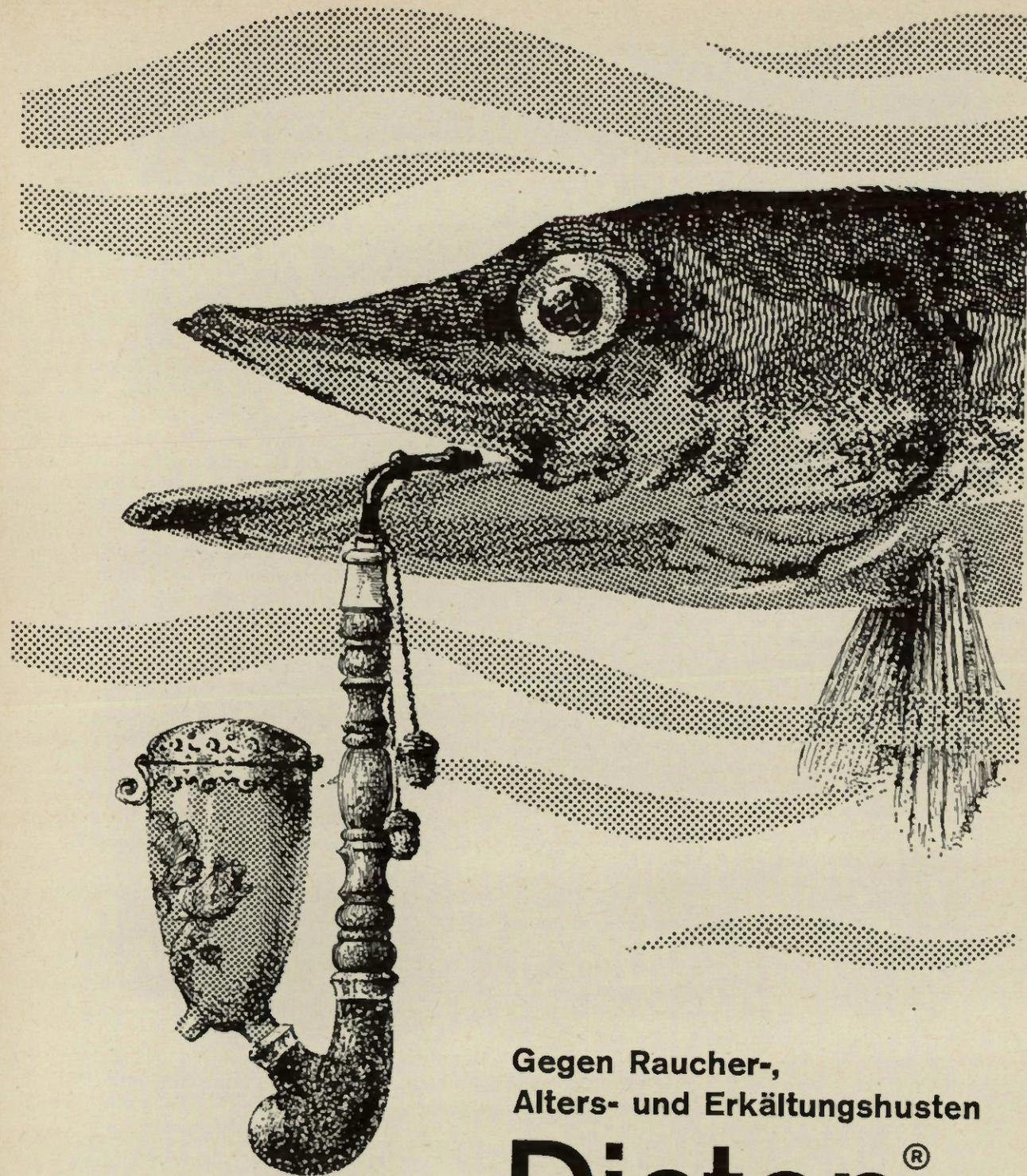
In dieser Artikelreihe war bisher entweder von Aktien oder von Anleihen die Rede. Es gibt aber auch ein Anlagepapier, das zwischen beiden steht: die Wandelanleihe. Sie ist eine festverzinsliche Obligation, der das Recht eines Umtausches in Aktien des gleichen Emittenten anhaftet. Die Wandelanleihe ist also die Offerte einer Aktiengesellschaft an das in Wertpapieren sparende Publikum, vom Gläubiger zum Miteigentümer des Unternehmens zu werden. Wer von diesem Angebot keinen Gebrauch machen möchte, bleibt Obligationär, d. h. Gläubiger der Gesellschaft, bis diese den nicht gewandelten Teil der Emission tilgt, d. h. ihre Schulden an die Besitzer der Wandelanleihe zurückzahlt; das geschieht nach einem bei Emission der Wandelanleihe bekanntgemachten Zeitplan.

Die Wandelanleihe gehört in den Vereinigten Staaten seit je zu den bevorzugten Wertpapierarten. Bei uns in der Bundesrepublik fristete sie bis zum Frühjahr 1964 ein recht bescheidenes Dasein am Kapitalmarkt. Seither ist sie auch bei uns populär. Unternehmen wie Siemens, die Badische Anilin- und Soda-Fabrik, Farben-Bayer und die Demag haben ihr ein großes Echo verschafft. Sie haben einen Typ von Wandelanleihe vorgestellt, der sich nicht in erster Linie an die bisherigen Aktionäre der Gesellschaften wendet, sondern mit dem man — beginnend mit dem Zeitpunkt

der ersten Wandelmöglichkeit — neue Aktionäre im breiten Sparerpublikum gewinnen will.

Mit der Aktie hat die Wandelanleihe von vornherein zwei Merkmale gemeinsam: Sie muß, ebenso wie eine Emission junger Aktien — eine Kapitalerhöhung also —, grundsätzlich den bisherigen Aktionären der Emittentin ausdrücklich zum Bezuge angeboten werden. Die Aktionäre erhalten also ein „Bezugsrecht“. Dies, weil aus den auszubehenden Wandelanleihestücken in einem bestimmten Verhältnis Aktien der Gesellschaft werden sollen. Erhielten die bisherigen Aktionäre kein Bezugsrecht auf die Wandelanleihe, so böte man ihnen nicht die Möglichkeit, für ihre unveränderte prozentuale Beteiligung am gesamten Aktienkapital des Unternehmens Vorsorge zu treffen. Es gehört aber zur Pflege der Beziehungen zwischen AG und Aktionären, daß man die Aktionäre so behandelt.

Weil mit der Ausgabe einer Wandelanleihe eine künftige Kapitalerhöhung bis zu einem bestimmten Höchstbetrag bereits fixiert ist, muß die Hauptversammlung der Aktionäre, die über die Emission einer Wandelanleihe zu beschließen hat — auch hier wird die enge Nachbarschaft der Wandelanleihe zur Aktie erkennbar: die Emission einer schlichten Anleihe kann ohne Hauptversammlungsbeschluß erfolgen —, auch über eine „bedingte Kapitalerhöhung“ beschließen. Ein



Gegen Raucher-,
Alters- und Erkältungshusten

Dicton[®]

Expektorantien (Narkotin-Emetin-Kombination)

**hustenstillend
schleimlösend
beruhigend**

Dicton-Tabletten 30, 60 u. 300 St.

Dicton-Hustensirup 120 u. 240 g auch mit Codein

Dicton-Hustentropfen 15 ml auch mit Codein



Dolorglet
Arzneimittelfabrik
Bad Godesberg

Beispiel: Als die BASF ihre Wandelanleihe über 240 Millionen DM ausgab, wurde gleichzeitig eine bedingte Kapitalerhöhung um 48 Millionen DM beschlossen: Weil fünf Stücke Wandelanleihe — und ein Aufgeld — zum Bezug einer Aktie berechtigen, war eine bedingte Kapitalerhöhung um den fünften Teil von 240 Millionen DM, also 48 Millionen DM erforderlich. Dieses bedingte Kapital wird in dem Maße und in dem Tempo voll haftendes Kapital, in dem die Wandelobligationäre von ihrem Wandlungsrecht Gebrauch machen.

Das Wandlungsrecht führt diese Obligation in die Nähe der Aktie. Die Wandelanleihe ist ein relativ gut rentierlicher Geldanspruch, der mit einem Handgriff Substanzwertcharakter erhalten kann. Daraus ergibt sich das zweite Merkmal, das die Wandelanleihe von vornherein mit der Aktie gemeinsam hat: Der Börsenkurs der Wandelanleihe orientiert sich an dem der Aktien des Unternehmens — er folgt dem Aktienkurs nach oben und unten, allerdings abgeschwächt, weil die feste Verzinsung der Wandelanleihe ein kursstabilisierendes Moment ist (vor allem nach unten). Der Kurs einer „reinen“ Anleihe dagegen wird sich unter einigermaßen normalen Verhältnissen stets in der Nähe des Paristandes (100%) halten; dies schon, weil die Rückzahlung der Anleihe eines Tages erfolgt, und zwar zu (oder etwas über) Pari.

Warum geben Aktiengesellschaften Wandelanleihen aus? Die Gründe sind heute nicht mehr die gleichen wie in den ersten fünfzehn Jahren nach der Währungsreform. Die Wandelanleihe galt einmal als Ausweg, wenn ein Unternehmen neues Eigenkapital brauchte, die Börsenlage aber für eine direkte Kapitalerhöhung nicht günstig war. Außerdem sagte man sich: Die mit den neuen Mitteln zu finanzierenden Anlagen werden einige Jahre brauchen, bis sie einen Ertrag bringen. Wird eine Wandelanleihe anstelle junger Aktien gegeben, so kann der früheste Wandlungszeitpunkt so gesetzt werden, daß er mit dem Augenblick etwa zusammenfällt, in dem die neu zu errichtenden Anlagen „ins Verdienen“ kommen. Bis dahin haben wir billiges Kapital — die Zinsen auf die Wandelanleihe mindern den steuerpflichtigen Ertrag des Unternehmens — und anschließend mag dann die Anleihe zu Aktien werden, auf die Dividende zu zahlen ist (Dividenden kommen für ein Unternehmen teuer, weil sie aus versteuertem Gewinn zu zahlen sind).

Als so gerechnet wurde, war es üblich, die Wandelanleihen im Verhältnis 1 : 1 in Aktien eintauschbar zu machen, d. h. aus einer Wandelanleihe von 30 Millionen DM konnten junge Aktien im gleichen Betrag werden. Die Bezugsrechte, die den Aktionären auf Wandelanleihen geboten worden sind, waren demgemäß „günstig“. Eine Wandelanleihe ist praktisch nichts anderes gewesen als eine auf mehrere Jahre hinaus-

geschobene Kapitalerhöhung im gleichen oder in annähernd gleichem Nominalbetrag. Sie konnte daher stets über verhältnismäßig geringe Beträge lauten; sie war für das Unternehmen im Grunde immer nur eine Behelfslösung, und man hatte Grund, sie den Aktionären dadurch schmackhaft zu machen, daß man Bezugsrechte bot, deren Wert mit den Bezugsrechten für junge Aktien einen Vergleich aushielt. Da aber die Wandelanleihe von Haus aus komplizierter ist als Aktien, blieb das Interesse der Anleger an dieser Wertpapierart im Ergebnis gering.

Mit anderen Worten: Die Wandelanleihe „alten Stils“ — von der noch etliche Emissionen umlaufen — hatte weder für die Industrie noch für die Anleger besonderen Reiz. Sie war eine etwas mühsame Angelegenheit.

Das änderte sich im Frühjahr 1964 mit einem Schlag. Man schuf etwas radikal Neues: Die Wandelanleihe wurde zu einem Instrument gemacht, das den Finanzierungsinteressen der Unternehmungen in denkbar guter Weise entspricht: Das Umtauschverhältnis in Aktien wurde herabgesetzt, dadurch ist es möglich, große Kapitalbeträge über Wandelanleihen zu beschaffen, ohne auch große Kapitalerhöhungen vorsehen zu müssen. Für den Aktionär bedeutet dies das Ende der Zeit „günstiger“ Bezugsrechte auf Wandelobligationen. Die Wandelanleihe ist zu einem Mittel geworden, junge Aktien ganz in der Nähe des Börsenkurses der alten Aktien zu emittieren — zu einem Umweg dahin. Es darf gesagt werden, daß dies eine Revolutionierung überkommener Bräuche ist.

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

Wann sind Instandsetzungskosten eines Grundstücks den Werbungskosten zuzurechnen?

(C.) Aufwendungen für die Erhaltung eines Gebäudes können grundsätzlich nur vom Grundstückseigentümer, dem die Mieteinkünfte zufließen, als Werbungskosten geltend gemacht werden. Trägt sie ein anderer, so sind darin Zuwendungen an den Grundstückseigentümer zu sehen (Urteil des Bundesfinanzhofs vom 1. 4. 1965 — IV 3/61 U).

„Mündlich erteilten Auskünften des Finanzamts kann nicht ohne weiteres eine bindende Wirkung beigemessen werden“

(C.) Mündlich erteilten Auskünften kann nur mit Vorsicht begegnet und nicht ohne weiteres eine bindende Wirkung beigemessen werden. Wer sich auf eine nur mündlich erteilte Auskunft beruft, aber die schriftliche Niederlegung in der verkehrsüblichen Form versäumt hat, muß die Folgen der sich daraus ergebenden Schwierigkeiten und Unklarheiten tragen (Urteil des Bundesfinanzhofs vom 27. 1. 1965 — I 251/63).

Cefasabal[®]

TROPFEN · TABL · AMP.



Pyelitis Cystitis

Prostatitis

Prostatahypertrophie

CEFAK · KEMPTEN

MITTEILUNGEN**Studienreise für Chefärzte und Verwaltungsdirektoren nach den USA**

vom 16. bis 30. Mai 1966

der ärztlichen Pressestelle für Baden-Württemberg in Zusammenarbeit mit dem Auslandsdienst der Bundesärztekammer und dem Deutschen Reisebüro (DER)

Das Programm sieht u. a. folgendes vor:

16. 5. 1966 Abflug vom gewünschten deutschen und europäischen Flughafen über Frankfurt nach New York
17. 5.—20. 5. Programm New York
21. 5. Abreise nach Atlantic City. Programmfreier Tag
22. 5. Fahrt mit Sonderautobus nach Philadelphia, Stadtbesichtigung
23. 5.—25. 5. Programm Washington
25. 5. Gegen Abend Abflug nach Rochester/Minnesota
26. 5. Besuch der Mayo-Klinik
27. 5. Abflug nach Chicago
- bis 28. 5. Programm Chicago
29. 5. Abflug nach Buffalo. Weiterfahrt mit Sonderautobus zu den Niagara-Fällen. Am Nachmittag Abflug von Buffalo nach Boston.
30. 5. Programm Boston. Am Abend Rückflug nach Europa
31. 5. Im Laufe des Vormittags Ankunft auf dem gewünschten deutschen Flughafen

Der Tourpreis pro Person beläuft sich

ab deutschen Flughäfen	auf DM	3920,—
(geringer Mehrpreis ab München und Berlin)		
ab Zürich	auf sfr.	4209,—
ab Wien	auf ö. S.	26446,—
Einzelzimmerzuschlag	DM	240,—

Der Tourpreis beinhaltet:

Flug in der Economy-/Touristenklasse gemäß Programm. Unterbringung in Doppelzimmern mit Privatbad in Hotels der ersten Kategorie während der gesamten Reise. Frühstück und eine Hauptmahlzeit täglich. Besichtigung fachlicher und touristischer Art lt. Programm. Ausführliche Programme stehen auf Anforderung zur Verfügung.

Auskunft: Ärztliche Pressestelle für Baden-Württemberg, 7 Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32, Telefon 76 30 51—55

Anmeldung an: Deutsches Reisebüro (DER) in Frankfurt/Main, Eschersheimer Landstraße 25—27

Neubau eines Sammelgebäudes der Universität Regensburg

Kultusminister Dr. Ludwig HUBER hat Bauauftrag für den Neubau eines Sammelgebäudes der Universität Regensburg erteilt. Das Sammelgebäude wird Räume für 26 Lehrstuhleinheiten (davon zwei Einheiten für naturwissenschaftliche Lehrstühle mit Labors), für drei Hörsäle, für die Bibliothek mit u. a. drei Lesesälen und Katalogsälen sowie für Rektorat und Verwaltung enthalten. Mit der Fertigstellung des Sammelgebäudes kann im Jahre 1967 gerechnet werden. Die Gesamtkosten der Baumaßnahme werden sich auf ca. 20 Millionen DM ohne Einrichtungskosten belaufen. Die Bereitstellung der Mittel ist gesichert. Kultusminister Dr. Ludwig Huber hat Weisung gegeben, das Bauvorhaben mit Nachdruck voranzutreiben.

Umfragen bei Ärzten durch die Firma „infratest“ GmbH & Co KG München

Wie wir erfahren haben, führt die obengenannte Firma, die Markt-, Wirtschafts-, Motiv- und Sozialforschung betreibt, zur Zeit bei einem nach dem Zufallsprinzip ausgewählten Kreis von Ärzten durch Interviewer Befragungen durch.

Die genannte Firma hat sich vor Beginn dieser Aktion weder mit der Bundes- noch der Bayerischen Landesärztekammer in Verbindung gesetzt, und sie über ihr Vorhaben auch nicht unterrichtet; die Befragung der ausgewählten Ärzte geschieht daher ohne Wissen und Billigung der ärztlichen Standesorganisation. Im übrigen ist auch nicht bekannt, in wessen Auftrag und mit welchem Inhalt bzw. welcher Zielsetzung diese Umfragen durchgeführt werden.

Aus diesen Gründen kann die Bayerische Landesärztekammer den Ärzten eine Mitarbeit an der vorgeschilderten Aktion nicht empfehlen.

Salistoperm

Das percutane Heilanaestheticum

Inasthmon

Das percutane Expectorans

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat Oktober 1965*)

(Zusammengestellt auf Grund der Wochenmeldungen)

Wie in den meisten früheren Jahren zu dieser Jahreszeit erkrankten im Oktober deutlich mehr Menschen an Scharlach als im September. Die auf 100 000 der Bevölkerung (und ein Jahr) berechnete Erkrankungs-ziffer stieg von 54 im September auf 105 im Oktober, zur gleichen Zeit im Vorjahr hatte sie von 64 auf 125 zugenommen. Diphtheriefälle traten ebenfalls etwas häufiger als im Vormonat — jedoch nach wie vor nur vereinzelt — auf. Etwas zugenommen hat auch die Zahl der Erkrankungen an Hirnhautentzündung, und zwar der übrigen Formen (d. h. ohne Meningokokken-Meningitis bzw. übertragbare Genickstarre).

Erkrankungen an meldepflichtigen ansteckenden Krankheiten der Verdauungsorgane wurden im Oktober teils weniger als im Vormonat (Ruhr, Paratyphus), teils in ähnlichem Umfang (Salmonellose, d. i. durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung, Bauchtyphus) gemeldet. Die Erkrankungsziffer an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) ging von 36 im September auf 34 im Oktober, je 100 000 der Bevölkerung, zurück.

In der Berichtswoche vom 24. bis 30. Oktober 1965 erkrankte in der kreisfreien Stadt Kulmbach eine Person an Pocken.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 3. bis 30. Okt. 1965 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11			
	Diphtherie		Scharlach		Übertragbare										Enteritis infectiosa									
					Kinderlähmung		Hirnhautentzündung				Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Salmonellose		übrige Formen					
	dar. paral. Fälle		Meningokokken-Meningitis		übrige Formen		Gehirnentzündung		E		ST		E		ST		E		ST		E		ST	
E ¹⁾	ST ²⁾	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	
Oberbayern	—	—	306	—	—	—	—	2	1	6	1	—	—	5	—	1	—	20	—	44	—	—	—	—
Niederbayern	—	—	81	—	—	—	—	—	—	5	1	—	—	3	1	—	—	1	—	11	—	—	—	—
Oberpfalz	—	—	30	—	—	—	—	4	—	4	—	2	1	1	—	1	—	—	—	29	—	—	—	—
Oberfranken	9	—	91	—	—	—	—	3	—	11	—	—	—	1	—	1	—	—	—	6	—	—	—	—
Mittelfranken	2	—	157	—	—	—	—	6	—	2	—	—	—	—	—	—	—	1	—	31	—	—	—	—
Unterfranken	2	—	89	—	—	—	—	2	1	10	—	—	—	2	—	2	—	1	—	6	—	—	—	—
Schwaben	1	—	58	—	—	—	—	2	—	2	—	—	—	2	—	3	—	—	—	9	—	—	—	—
Bayern	14	—	812	—	—	—	—	19	2	40	2	2	1	14	1	8	—	23	—	136	—	—	—	—
München	—	—	156	—	—	—	—	1	1	4	—	—	—	—	—	—	—	12	—	20	—	—	—	—
Nürnberg	—	—	71	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—
Augsburg	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	13	—	—	—	—
Würzburg	—	—	3	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—

Gebiet	12		13		14		15		16		17		18		19		20		21	
	Bettelismus		Hepatitis-infectiosa		Pellicanose		Pocken		Verdachtsfälle von Tollwut ³⁾		Bang'sche Krankheit		Malaria-Erkrankung		Q-Fieber		Toxoplas-mose		Wundsterr-krampi	
	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	1	—	65	—	3	—	—	—	—	—	1	—	1	—	1	—	2	—	—	—
Niederbayern	—	—	42	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Oberpfalz	—	—	29	—	1	—	—	—	25	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—
Oberfranken	—	—	19	—	—	—	1	—	44	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Mittelfranken	—	—	13	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1
Unterfranken	1	—	66	—	—	—	—	—	29	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Schwaben	—	—	32	—	—	—	—	—	98	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Bayern	2	—	266	—	4	—	1	—	198	—	2	—	1	—	1	—	7	—	2	2
München	—	—	29	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—
Nürnberg	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

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

2) ST = Sterbefälle.

3) Verletzungen durch ein tollwutkrankes oder tollwutverdächtiges Tier sowie Berührungen eines solchen Tieres oder Tierkörpers.

KONGRESSE UND FORTBILDUNG**II. Münchener Kurs für Arbeitsmedizin**

Weiterbildung für die Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“

veranstaltet vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge gemeinsam mit der Bayerischen Landesärztekammer vom 31. 1. bis 25. 2. 1966 im Hause des Arbeitsschutzes, München 22, Pfarrstraße 3

Montag, 31. Januar 1966

9.00 Uhr:

Eröffnung

Begrüßung

Staatssekretär Dr. Pirkel, Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge, München:

„Arzt und soziale Sicherheit“

10.00 Uhr:

Prof. Dr. Dr. Eyer, Direktor des Max-von-Pettenkofer-Instituts München:

„Allgemeine Betriebshygiene“

11.00 Uhr:

Dr. Asanger, Landesverband Bayern der gewerblichen Berufsgenossenschaften, München:

„Die Bedeutung des ärztlichen Gutachtens für den Sozialversicherungsträger“

Abfahrt 13.30 Uhr: Zentralstellwerk der Deutschen Bundesbahn, München Hbf.

Dienstag, 1. Februar 1966

9.00 Uhr:

Prof. Dr. Dr. Schöber, Vorstand des Instituts für medizinische Optik der Universität München:

„Beleuchtungsfragen am Arbeitsplatz“

10.00 und 11.00 Uhr:

Prof. Dr. H. Schmidtke, Direktor des Instituts für Arbeitspsychologie und Arbeitspädagogik der Technischen Hochschule München:

„Methodik der eignungsdiagnostischen Normenfindung“

Abfahrt 13.00 Uhr: Esso-Raffinerie, Ingolstadt, Weiterfahrt nach Selb, Übernachtung.

Mittwoch, 2. Februar 1966

Vormittags: Rosenthal-Porzellanfabrik, Selb

Nachmittags: Porzellanfabrik Thomas am Kulm

Donnerstag, 3. Februar 1966

9.00 Uhr:

Dr. H. Wittgens, Arbeitsschutzarzt der Deutschen Bundesbahn, Frankfurt/M.:

„Gesundheitliche Gefährdung bei Schweißarbeiten“

10.00 Uhr:

Dr. H. Wehrheim, Werksärztlicher Dienst der Fa. Degussa, Frankfurt/M.:

„Die Erkrankungen durch Fluor und seine Verbindungen“

„Die Erkrankungen durch Beryllium und seine Verbindungen“

11.00 Uhr:

Obermedizinalrat Dr. Hoffmann, Bayerisches Landesinstitut für Arbeitsmedizin, München:

„Abrißbrüche der Wirbelfortsätze“

„Bemerkenswerter Fall isolierter Arthrose des Großzehengrundgelenks bei einer Ballett-Tänzerin“

Abfahrt 13.30 Uhr: Gesellschaft für Linde's Eismaschinen AG, Lohhof (Sauerstoff-, Azetylen- und Schweißwerk).

Freitag, 4. Februar 1966

9.00 Uhr:

Dr. A. Kirn, Werksärztlicher Dienst und arbeitsphysiologische Forschungsstelle der Firma Robert Bosch GmbH, Stuttgart:

„Arbeitsplatz und Konstitution“

10.00 und 11.00 Uhr:

Prof. Dr. F. Fürstenberg, Bergakademie Clausthal — Technische Hochschule:

„Betriebssoziologische Fragen“

Montag, 7. Februar 1966

9.00 Uhr:

Dr. K. Koetzing, Ministerialrat a.D., Bonn/Rhein:

„Moderne Berufskunde“

10.00 Uhr:

Prof. Dr. H. Schmidtke, München:

„Klima und Leistung“

11.00 Uhr:

Dozent Dr. habil A. von der Heydt, Chefarzt im Stadtkrankenhaus Kassel-Niederzwehren:

„Erkrankungen durch Schwefelkohlenstoff und Schwefelwasserstoff“

Abfahrt 13.30 Uhr: Reemtsma Zigarettenfabrik, München, Fallstraße 40.

Dienstag, 8. Februar 1966

9.00 Uhr:

Oberregierungsmedizinalrat Dr. Scheid, Versorgungsamt München II:

„Der ärztliche Sachverständige im Rentenverfahren“

10.00 Uhr:

Regierungsmedizinaldirektor Dr. Schneider, Leiter des Bayerischen Landesinstituts für Arbeitsmedizin, München:

„Seltene Pneumokoniosen aus dem bayerischen Raum“

11.00 Uhr:

Regierungsgewerbeinspektor Dr. Ing. Sauter, Leiter des Gewerbeaufsichtsamtes Augsburg:

„Aus der Praxis der Gewerbeaufsicht“

Abfahrt 13.00 Uhr: Fa. E. W. Huth, Südd. Asbest- und Packungsfabrik, Percha. — Fa. Burgmann Fedor jun., Asbest- und Packungswerk, Weidach bei Wolfartshausen.

11.00 Uhr:

Regierungsgewerbeinspektor Dr. Ing. Sauter, Leiter des Gewerbeaufsichtsamtes Augsburg:

„Aus der Praxis der Gewerbeaufsicht“

Abfahrt 13.00 Uhr: Fa. E. W. Huth, Südd. Asbest- und Packungsfabrik, Percha. — Fa. Burgmann Fedor jun., Asbest- und Packungswerk, Weidach bei Wolfartshausen.

Abfahrt 13.00 Uhr: Fa. E. W. Huth, Südd. Asbest- und Packungsfabrik, Percha. — Fa. Burgmann Fedor jun., Asbest- und Packungswerk, Weidach bei Wolfartshausen.

Donnerstag, 10. Februar 1966

9.00 Uhr:

Oberregierungsmedizinalrat Dr. Acker, Bayerisches Landesinstitut für Arbeitsmedizin, München:

„Hautmykosen und Beruf“

„Chemische und physikalische Schädigungen der Haut“

10.00 Uhr:

Prof. Dr. H. Lückert, Pädagogische Hochschule München-Pasing:

„Mittel und Wege zur Steigerung der Lern- und Arbeitsleistung Jugendlicher“

11.00 Uhr:

Regierungsmedizinaldirektor Dr. Wende, Niedersächsisches Landesverwaltungsamt, Hannover:

„Die Dokumentation arbeitsmedizinischer Untersuchungen“

Abfahrt 13.30 Uhr: Fa. Ralph, Münchener Modeilkleidung, Ralph Louisoder, München 23, Leopoldstr. 234.

Freitag, 11. Februar 1966

9.00 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. H. Mehnert, Medizinische Poliklinik der Universität München und III. med. Abteilung des Krankenhauses München-Schwabing:

„Diabetes-Probleme am Arbeitsplatz“

10.00 Uhr:

Dr. U. Weitbrecht, Werksarzt der Maschinenfabrik J. M. Voith, Heidenheim:

„Schädigungen durch Halogen-Kohlenwasserstoffe und ihre Abkömmlinge“

„Erkrankungen durch Quecksilber oder seine Verbindungen“

11.00 Uhr:

Prof. Dr. H. Valentin, Direktor des Instituts für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität Erlangen-Nürnberg:

„Rehabilitation nach Herzinfarkt“

Montag, 14. Februar 1966

9.00 Uhr:

Oberregierungsgewerbemedizinalrat Dr. W. Reinl, Der Staatliche Gewerbearzt für die Regierungsbezirke Düsseldorf, Köln und Aachen:

„Erkrankungen an Lungenfibrose durch Metallstaub bei der Herstellung oder Verarbeitung von Hartmetallen“

10.00 und 11.00 Uhr:

Prof. Dr. H. Oettel, Leiter des gewerbe-hyg.-pharm. Instituts der BASF, Ludwigshafen/Rh.:

„Arbeitsmedizinische Probleme bei der Herstellung und Anwendung von Kunststoffen“
„Berufskrebse“

Abfahrt 13.30 Uhr: Alkor-Werk, Karl Lissmann KG, Plasticfolien, München-Solln, Morgensternstraße 9.

Dienstag, 15. Februar 1966

9.00 Uhr:

Regierungsmedizinalrat Dr. Hall, Bayerisches Landesinstitut für Arbeitsmedizin, München:

„Gesundheitsschäden durch Benzol und Homologe“

10.00 Uhr:

Prof. Dr. Linzenmeier, Max-von-Pettenkofer-Institut, München:

„Zoonosen als Berufskrankheiten“

11.00 Uhr:

Dr. habil. Lederer, Ministerialrat a.D., München:

„Rückblick auf überwundene und gewandelte Berufskrankheiten“

Abfahrt 13.30 Uhr: MAN Turbomotoren GmbH, München 54, Dachauer Straße 667.

Mittwoch, 16. Februar 1966

Abfahrt 8.00 Uhr: Vereinigte Aluminium-Werke AG, Werk Töging, Töging am Inn. — Südd. Kalkstickstoff-Werke AG, Trostberg.

Donnerstag, 17. Februar 1966

9.00 Uhr:

Prof. Dr. Dr. Borelli, Dermatologische Klinik und Poliklinik der Universität München:

„Akzentverschlebung dermatologischer Berufsnoxe während der letzten 30 Jahre“

10.00 und 11.00 Uhr:

Dr. H. J. Florian, Verband Deutscher Werksärzte e. V., München, Fa. Siemens & Halske AG:

„Werksärztliche Gesichtspunkte bei der Entsendung von Mitarbeitern ins Ausland“

„Arbeitsmedizinische Erfahrungen beim Einsatz von Arbeitskräften in Übersee“

Abfahrt 13.30 Uhr: Fa. Obpacher AG, Großdruckerei, Verpackungswerk, Verlagsanstalt, München 25; Hofmannstraße 7.

Freitag, 18. Februar 1966

9.00 Uhr:

Oberbahnarzt Dr. W. Scholz, Bundesbahndirektion Hamburg:

„Tauglichkeitsuntersuchungen bei der Bundesbahn“

10.00 Uhr:

Bundesbahnberrat Dr. Henckel, Bundesbahnsozialamt Frankfurt/M.:

„Psychologische Eignungsuntersuchungen bei der Bundesbahn“

11.00 Uhr:

Prof. Dr. Dr. E. Schütte, Direktor des Physiol.-Chem. Instituts der Freien Universität Berlin:

„Ernährung des Industriearbeiters“

Montag, 21. Februar 1966

9.00 Uhr:

Oberregierungsgewerbeberater Dipl.-Ing. Kreher, Bayerisches Landesinstitut für Arbeitsschutz, München:

„Lüftung und Absaugung im Industriebetrieb“

10.00 Uhr:

Prof. Dr. J. Janz, Nervenklinik der Universität Heidelberg:

„Anfall-Leiden und Berufsarbeit“

11.00 Uhr:

Medizinaldirektor Dr. F. Deckstein, Landesversicherungsanstalt Oberbayern, München:

„Ursachen der Frühinvalidität“

Abfahrt 13.30 Uhr: Fa. Mößner A., Aluminium- und Metallgießerei GmbH, München 56, Unterbiburger Straße 37.

Faschingsdienstag, 22. Februar 1966

Keine Veranstaltung

Aschermittwoch, 23. Februar 1966

10.00 Uhr:

Prof. Dr. Spann, Gerichtlich-Medizinisches Institut der Universität München:

„Alkohol- und Tablettenmißbrauch im Betrieb“

11.00 Uhr:

Prof. Dr. M. Mikorey, München:

„Der Mensch im Unfallgeschehen“

Abfahrt 13.30 Uhr: Löwenbräu AG, München, Nymphenburger Straße 4.

Donnerstag, 24. Februar 1966

9.00 Uhr:

Regierungsbaumeister W. Martin, Techn. Aufsichtsbeamter der Tiefbau-Berufsgenossenschaft München:

„Die Technik der Druckluftgründung“

Für
Ihre
Magen-Patienten

ULCOLIND®

1/2 Packung 30 Tabletten

1/1 Packung 60 Tabletten



Lindopharm KG Hilden Rhld

schirmt übersteigerte vegetative Reize ab
Haloperidol

löst Spasmen im Verdauungs-
trakt und hemmt übermäßige
Sekretion

Dilsoprominhydrochlorid

stellt an der
Magenschleimhaut
physiologische

Verhältnisse wieder her

Bismut, aluminium, Succae Liquiritiae

bedeutet gleich-
zeitige Leberschutztherapie

Cholin orotat

Oberregierungsmedizinalrat Dr. Bühlmeier, Bayerisches Landesinstitut für Arbeitsmedizin, München:
„Erkrankungen der Caissonarbeiter und Taucher durch Druckfall“
 10.00 Uhr:

Prof. Dr. Rosegger, Forschungsanstalt für Landwirtschaft, Braunschweig-Völkenrode:

„Schlepperfahren aus der Sicht des Arbeitsmediziners“
 11.00 Uhr:

Dr. von Geiso, Werksarzt der Essener Steinkohlenbergwerke AG, Essen:

„Werksarztprobleme im Bergbau“

Abfahrt 12.00 Uhr: Hauptstelle für das Grubenrettungswesen, Hohenpeißenberg/Obb., Unterbau.

Freitag, 25. Februar 1966

9.00 Uhr:

Regierungsgewerbemedizinalrätin Dr. J. Reinhardt, Niedersächsisches Landesverwaltungsamt Hannover:

„Ärztliche Erfahrungen bei der Durchführung des Jugendarbeitsschutzgesetzes“

10.00 und 11.00 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. H. G. Schmidt, Betriebsarzt der Siemens-Schuckert-Werke AG, Berlin, Dozent für Arbeitsmedizin und Arbeitssicherheit an der Technischen Universität Berlin:

„Organisation und Wirkungsweise des werksärztlichen Dienstes in den Vereinigten Staaten“

„Arbeitsbewertung“

Der Kurs berücksichtigt die Beschlüsse des 68. Deutschen Ärztetages und des 18. Bayerischen Ärztetages über die Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“.

Kursgebühr wird nicht erhoben.

Vortragsveranstaltungen können auch einzeln besucht werden. Eine Bescheinigung über Teilnahme am Kurs wird jedoch nur bei Teilnahme am Gesamtprogramm ausgehändigt.

Für die Betriebsbesichtigungen können in der Regel nur Teilnehmer am Gesamtprogramm zugelassen werden.

Auskunft durch das Bayerische Landesinstitut für Arbeitsmedizin, München 22, Pfarrstraße 3, Tel. 2 18 41.

37. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin

vom 25. bis 27. März 1966

Thema: „Klinische Pharmakologie, ein neues therapeutisches Lehrfach für die Praxis“

Kongreßleiter: Prof. Dr. A. Schretzenmayr, Augsburg

Freitag, 25. März 1966

Klinische Visiten und Filmabend

Samstag, 26. März 1966

9.00—10.15 Uhr:

„Grundlagen und Aufgaben des neuen Fachs“

Priv.-Doz. Dr. H. J. Dengler, Heidelberg

„Therapie mit Herzglykosiden“

Chefarzt Dr. Jörgen Schmidt-Voigt, Eppstein/Ts.

83. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie

vom 13. bis 16. 4. 1966 in München

Hauptthemen:

Allgemeine Chirurgie

Unfallchirurgie

10.15—10.45 Uhr:

Pause

10.45—12.30 Uhr:

„Pharmakotherapie am Kreislauf“

Prof. Dr. F. Anschutz, Darmstadt

„Therapie mit Neuro-, Myo- und Psychopharmaka“

Priv.-Doz. Dr. D. Bente, Erlangen

„Arzneimittlexantheme“

Prof. Dr. W. Lindemayr, Wien

12.30—14.00 Uhr:

Mittagspause

14.00—16.30 Uhr:

Podiumsgespräch gemeinsam mit „Europa medica“

Thema: **„Arzneimittelprüfung am Krankenbett“**

Gesprächsleiter: Priv.-Doz. Dr. W. Trummert, München

Gesprächspartner: Referenten des Kongresses und Mitarbeiter der „Europa medica“ aus den Nachbarländern der Bundesrepublik

16.30—18.00 Uhr:

Klinische Visiten und Demonstrationen

Sonntag, 27. März 1966

8.30—11.00 Uhr:

Internationales Podiumsgespräch gemeinsam mit

„Europa medica“

Thema: **„Saliurese, aktueller Weg zur Ödem- und Hypertoniebehandlung“**

Gesprächsleiter: Prof. Dr. E. Wollheim, Würzburg

Gesprächspartner: Referenten des Kongresses und Mitarbeiter der „Europa medica“ aus den Nachbarländern der Bundesrepublik

11.00—11.30 Uhr:

Pause

11.30—12.40 Uhr:

„Antibakterielle Therapie in der Praxis“

Prof. Dr. R. Worms, Paris

„Antirheumatische Therapie in der Praxis“

Priv.-Doz. Dr. U. Gerlach, Münster

12.40—14.00 Uhr:

Mittagspause

14.00—15.30 Uhr:

„Klinische Indikationen der anabolen Steroide“

Prof. Dr. H. Nowakowski, Hamburg

„Krebsbehandlung mit Antimetaboliten“

Prof. Dr. H. B. Nevinny, M.D.M.S., Boston, USA

„Pharmakotherapie der Leber-Gallen-Erkrankungen“

Priv.-Doz. Dr. E. Wildhirt, Kassel

Bei nervösen Herzbeschwerden auf vegetativ-dystoner Basis

— auch bei wetterbedingten —

UZARIL-CAMPHER

DRAGÉES

25 und 60 Dragées

UZARA-WERK · MELSUNGEN

Generalthemen für die Internationalen Fortbildungskongresse der Bundesärztekammer 1967

Fürsorge für Schwangere und Neugeborene in der ärztlichen Praxis

Prophylaktische Maßnahmen im Säuglingsalter, Rachitisprophylaxe und Impfungen

Vorsorgeuntersuchungen im Kleinkindesalter (Erkennung und Behandlung von Hör-, Stimm-, Sprach- und Sehstörungen, Behandlung des behinderten Kindes)

Haltungsanomalien der Schulkinder

Psychische Fehhaltungen von Schulkindern

Fragen aus der Substitutionstherapie

Fragen aus dem Bereich der Pädagogik und Gesundheitserziehung

Fragen aus dem Bereich der Arbeitsmedizin

Geburtenregelung und Sexualberatung

IV. Internationaler Kongreß für Infektionskrankheiten

vom 26. bis 30. April 1966 in München

Der IV. Internationale Kongreß für Infektionskrankheiten findet in der Zeit vom 26. bis 30. April 1966 in München statt.

Präsident des Kongresses ist Herr Professor Dr. Dr. h. c. L. HEILMEYER, Freiburg/Br.

Tagungsort ist die Kongreßhalle des Messegeändes in München.

Wissenschaftliches Programm

Folgende Hauptthemen wurden ausgewählt:

1. Aktuelle Infektionskrankheiten

Die Virushepatitis:

Virologie, Serologie und Epidemiologie

Klinik und Therapie

Prophylaxe der Virushepatitis und ihre Bedeutung für die Bluttransfusion

Die Röteln:

Das Röteln-Virus und die spezifische Prophylaxe rötelnbedingter Mißbildungen

Der respiratorische Virusinfekt:

Virologie und Epidemiologie

Klinik

2. Der chronische Infekt

Bakteriologische Probleme:

Persistenz

Resistenz

Klinische und immunologische Probleme

Agammaglobulinämie

Chronische Bronchitis und Foigeerscheinungen:

Pathologische Grundlagen der chronischen Bronchitis
Bakteriologie

Cytologische und histochemische Diagnostik

Klinik

Chronische Pneumonie und Folgen

Die chronischen Erkrankungen und Foigeerscheinungen in chirurgischer Sicht
Therapie

Die chronische Pyelonephritis:

Pathologische Grundlagen

Diagnostik

Klinik: Säugling

Schwangerschaft

Innere Medizin

Pyelonephritis und Diabetes

Therapie und Prophylaxe

3. Chemotherapie und Chemoprophylaxe der Virusinfektionen

Einführungsreferat: Virusvermehrung in der Zelle als Angriffspunkt von Chemotherapeutika und Chemoprophylaktika

Virusinhibitorische Wirkungen von Guanidin und Benzimidazolen bei Enterovirusinfektionen und Influenzavirusinfektionen

Viruschemoprophylaxe mit Thiosemicarbazonderivaten

Viruschemotherapie mit Inhibitoren der DNS-Synthese (Joddesoxyuridin, Arabinoside)

Die Rolle des Interferons in der Abwehr von Virusinfektionen

4. Beziehungen zwischen Infektionserreger und Wirtsorganismus (Host-Parasite-Relationship)

Genetische Faktoren bei der Antikörperbildung

Die Rolle des Komplements

Die Rolle der Phagozytose

Das Intrazelluläre Schicksal von Antigenen

Das Problem der Antigenität

Virus-Wirtsbeziehungen und die Rolle von Interferon

Tierparasiten

Maligne Transformation durch Infektion

Epidemiologische Aspekte

Die Kongreßsprachen werden Englisch, Französisch, Italienisch und Deutsch sein.

Anmeldungen zu diesem Kongreß werden erbeten an Herrn Professor Dr. G. HOFFMANN, Generalsekretär des IV. Internationalen Kongresses für Infektionskrankheiten, Medizinische Univ.-Klinik, 78 Freiburg/Br., Hugstetter Straße 55.

Von dort oder der Bayerischen Landesärztekammer-Pressstelle kann auch das genaue Tagungsprogramm angefordert werden.



KREWEL-WERKE
Eitorf b. Köln

HYPERÄMOL

Regulierbares Total-Hyperämikum

Heilanzeigen deutscher Bäder, Kurorte und Sanatorien

Neustadt (800—1200 m), Kneippkurort, Ganzj. Klima- und Wasserkuren, Kurmittelh., Kurorchester, Schwimmb., Tennis, Kleingolf.

Sanatorium St. Blasien

südlicher Schwarzwald · 800 m über dem Meer · Ruf (07 672) 331

Deutschlands höchstgelegene

Privatheilstätte für alle Erkrankungen der Atmungsorgane

Alle neuzeitlichen Behandlungsmethoden

Chefarzt: Obermedizinalrat Dr. Fritz Breckle

Privatnervenklinik Gauting

mit Sanatoriumscharakter — Chefarzt Dr. Ph. Schmidt
Bäder, Heilschlaf, Röntgen, Geriatrie u. a.

8035 Gauting bei München, Bergstraße 50, Telefon München 86 28 06

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

(7891) Uhlingen,
südlich, Hochschwarzwald
650 m, 35 Kinder, 0-13 J.
Unterricht, Ständige ärzt-
liche Betreuung im Hause
Hallen Schwimmbad.

Ltg.: Frau Dr. med. E. Ries-Schede

Gegen

Enuresis nocturna

hat sich HICOTON als Spezifikum
seit Jahrzehnten bestens bewährt in
allen Apotheken erhältlich. Prospekt
und Muster kostenlos durch den
Alleinhersteller: „MEDIKA“
Pharm. Präparate, 8 München 42

Beachten Sie bitte unsere vielseitigen Beilagen

Pflaumer-Tee

Species urologicae nach dem Urologen
Professor Dr. med. Pflaumer (Langjähriger
Leiter der Urolog. Klinik des Univ.-Krankenhauses Erlangen
und des Städt. Krankenhauses Nürnberg).

Pflaumer-Tee ist ein hervorragendes Diätetikum bei
Blasen- und Nierenleiden verschiedenster Art. Reines
Pflanzenprodukt ohne Zusatz irgendwelcher Reiz-
stoffe. Für die Durchspülungstherapie zur Vorbeu-
gung wie auch besonders zur Nachbehandlung nach
vorausgegangener Erkrankung, daher besonders
geeignet.

bei Erkrankung von Nieren und Blase

Zusammensetzung: Rad. Levist. 5%, Rad.
Onon. 4%, Rad. Petros. 6%, Fol. Orthos.
stem. 7%, Fol. Bucco 5%, Fol. Uvae ursi 18%, Fol.
Betulae 10%, Herba Equis. 6%, Herba Hern. 9%,
Flor. Eric. 3%, Fruct. Junip. 9%, Fruct. Phas. s. s. 6%,
Fol. Mate 6%, Rad. Liquir. 3%, Fol. Menth. pip. 3%.

Pflaumer-Tee ist unter der Nr. P 70 in das Spezia-
litätenregister des BGA eingetragen und in ges.
gesch. Originalpackung von 100 g durch alle Apo-
theken zu beziehen. (DM 2,90). Auf Wunsch Probe-
packung und Literatur.

— BAUMOLAN —
APOTH. OTTO LANG

8520 Erlangen · Postfach 48

ORIENT-TEPPICHE

seit 1925

Nichts ist so sehr Sache des Vertrauens als der Kauf eines Orient-
teppichs. Nur der autorisierte Fachmann kann Ihnen durch jahr-
zehntelange Erfahrung mit niedrigsten Preisen und besten Quali-
täten den vollen Gegenwert Ihres Geldes gewährleisten. Schenken
auch Sie dem alten erfahrenen Fachgeschäft, welches seit Jahr-
zehnten traditionsbewußt seine Kunden bedient, Ihr Vertrauen.

Direkt-Importe aus dem ganzen Orient
Riesen-Auswahl in allen Größen
Spezialität: Orientteppiche in Übergrößen

MAX STEINHAUSEN

8 MÜNCHEN 2, Briener Straße 10, Telefon 22 61 61 — 29 70 23
(Genau gegenüber Café Luitpold)

Auskünfte über Anzei-
gen, die unter

Chiffre

erscheinen, können nicht
gegeben werden. Bei
Chiffreanzeigen ist die
Geheimhaltung des Auf-
traggebers verpflichten-
der Bestandteil des Auf-
trages.

Azeigeverwaltung

Unübertroffen!

Der erprobte und bekannte SANIFORM-Arzt-Schuh.
In hervorragender Pufform und Qualität. Aus erstklas-
sigem, geschmeidigem Rundbox, ledergefüllt, mit der
millionenfach bewährten Fußgelenk- und Ferseinstütze.
Eine wirkliche Wohltat für jeden Fuß. Porokrepplauf-
sohle. Farben: Modebraun, schwarz, grau und weiß.
Modell 54
Größe: 5 1/2-11 DM 28,90
Elteder

auch in Übergrößen lieferbar
mit Ledersohle DM 31,50



SANIFORM-SCHUHE A.B.T. 2a
8635 ESBACH BEI COBURG · Tel. 09563/346

Retten Sie 400.- DM



Wenn Sie noch vor dem 31. Dezember ein Bau-
sparkonto eröffnen, erhalten Sie rückwirkend
noch für dieses Jahr vom Staat bis zu DM 400.—
als Wohnungsbauprämie oder bedeutende
Steuervorteile.

Fragen Sie Ihre Sparkasse
oder unseren Bezirksleiter

Wir senden Ihnen kostenlos unsere Broschüre
F 20 „Eigenheime jeder Art“. Bitte anfordern!

BAYERISCHE
LANDESPAUSPARKASSE
DIE BAUSPARKASSE DER SPARKASSEN

8 MÜNCHEN 2, KAROLINENPLATZ 1, TELEFON 217 21

KONGRESSKALENDER

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

Dezember 1965:

- 4.—5. 12. in Hennef (Sieg): Wochenendkurs zur Ausbildung und Fortbildung als Sportarzt. Auskunft: Sportärztebund Nordrhein, 4100 Duisburg, Friedrich-Alfred-Straße 15 (Sportschule).
- 4.—5. 12. in München: Tagung der Bayerischen Röntgengesellschaft. Auskunft: Sekretariat Dr. Wittenzeilner, 8042 Neuherberg b. München, Ingolstädter Landstraße 1.
5. 12. in Bad Hamm: VIII. Vortragsveranstaltung der Ärztekammer Westfalen-Lippe „Probleme und Möglichkeiten der medikamentösen Therapie bei rheumatischen Erkrankungen“. Auskunft: Dr. med. habil. O. Lippross, 4600 Dortmund, Hohenzollerstraße 35.
- 5.—11. 12. in Mar del Plata: 11. Kongreß der Internationalen Liga gegen Rheumatismus. Auskunft: Dr. A. Caruso, Sarmiento 1272, 233 p., Buenos Aires.
- 6.—10. 12. in Neuherberg: Strahlenschutz in Röntgendiagnostik und -therapie für Ärzte. Auskunft: Dr. R. Wittenzeilner, Institut für Strahlenschutzkunde, 8042 Neuherberg b. München, Ingolstädter Landstraße 1.
- 10.—12. 12. in Nürnberg: 16. Wissenschaftliche Ärztetagung Nürnberg, veranstaltet von der Bayerischen Landesärztekammer, Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. R. Schubert. Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstraße 85, Telefon 36 11 21.
- 10.—13. 12. in Loccum: Tagung der Evangelischen Akademie „Planung des Gesundheitswesens“. Auskunft: Evangelische Akademie Loccum, 3055 Loccum.
- 11.—15. 12. in Davos: 5. Fortbildungskurs der Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen. Auskunft: Prof. Dr. Müller, Kantonsspital St. Gallen/Schweiz.
- 18.—19. 12. in Bad Bergzabern: Wiederholungs- und Übungskurs in praktischer Elektrokardiographie. Auskunft: Doz. Dr. Dr. F. Kienle, 6748 Bad Bergzabern/Südl. Rheinpfalz.

Januar 1966:

- 10.—21. 1. in Neuherberg: Strahlenschutzkurs für Ärzte. Auskunft: Dr. R. Wittenzeilner, Institut für Strahlenschutzkunde, 8042 Neuherberg b. München, Ingolstädter Landstraße 1.
- 15.—29. 1. in Madonna di Campiglio: Fortbildungslehrgang des Deutschen Sportärztebundes zur Erlangung des Sportärztdiplomes. Auskunft: Obermedizinalrat a. D. Dr. Fr. Friedrich, 8 München 23, Wilhelmstr. 18.
- 24.—26. 1. in Neuherberg: Strahlenschutz-Ergänzungskurs für Ärzte. Auskunft: Dr. R. Wittenzeilner, Institut für Strahlenschutzkunde, 8042 Neuherberg b. München, Ingolstädter Landstraße 1.
- 28.—29. 1. in Düsseldorf: 3. Internationales Krankenhaus-Symposium des Deutschen Krankenhausinstituts in Verbindung mit dem Institut für Krankenhausbau an der Technischen Universität Berlin, der Medizinischen Akademie Düsseldorf und dem Forschungsinstitut für Sozialpolitik der Universität zu Köln. Auskunft: Deutsches Krankenhausinstitut, Düsseldorf, Klosterstraße 35.
31. 1.—25. 2. in München: II. Akademiekurs für Arbeitsmedizin. Auskunft: Bayerisches Landesinstitut für Arbeitsmedizin, 8 München 22, Pfarrstraße 3.

Februar 1966:

7. 2.—2. 3. in Bad Nauheim: XVII. Fortbildungskurs in Bäder- und Klimakunde und Physikalischer Medizin der Universität Gießen. Auskunft: Sekretariat der Ärztl. Fortbildungskurse, 63 Gießen, Buchheimstraße 10.

- 21.—26. 2. in Göttingen: „Fortbildungskurse für Fachärzte der Gynäkologie und Geburtshilfe“. Auskunft: Prof. Dr. H. Kirchoff, Dir. der Universitäts-Frauenklinik, 3400 Göttingen, Kirchweg 5.
- 24.—26. 2. in München: Deutscher Krebskongreß. Auskunft: Deutscher Zentralaussschuß für Krebsbekämpfung und Krebsforschung e. V., Geschäftsführer Dr. U. Dold, 74 Tübingen, Med. Universitätsklinik, Otfried-Müller-Straße.
26. 2.—12. 3. in Beirut (Libanon): 5. Internationales Seminar für ärztliche Fortbildung. Auskunft: Dr. Bernhard Lingnau, 2 Hamburg 66, Brunskrogweg 14.
26. 2.—13. 3. in Falcade: XXX. Fortbildungslehrgang des Deutschen Sportärztebundes. Auskunft: Obermedizinalrat a. D. Dr. Fr. Friedrich, 8 München 23, Wilhelmstraße 16.
28. 2.—5. 3. in Freudenstadt: Diagnostik-Kurs der ärztlichen Forschungsgemeinschaft für Arthrologie und Chirotherapie (FAC), 1. Kurs von 4 Kursen in manueller Therapie. Auskunft: Sekretariat der FAC, Hamm/Westf., Ostentallee 83, Klinik für manuelle Therapie.
28. 2.—11. 3. in Neuherberg: Strahlenschutzkurs (Einführung und 1. Fortbildungskurs). Auskunft: Dr. R. Wittenzeilner, Institut für Strahlenschutzkunde, 8042 Neuherberg b. München, Ingolstädter Landstraße 1.
28. 2.—12. 3. in Stuttgart: Einführungs- und Ausbildungskurs für Homöopathie. Auskunft: Sekretariat, Fr. Jacobson, 7000 Stuttgart, Robert-Bosch-Krankenhaus.

März 1966:

5. 3.—19. 3. in Kairo: 6. Internationales Seminar für ärztliche Fortbildung. Auskunft: Dr. Bernhard Lingnau, 2 Hamburg 66, Brunskrogweg 14.
- 9.—11. 3. in Innsbruck: Klinische Tage der Chirurgischen Universitätsklinik. Auskunft: Prof. Dr. P. Huber, Innsbruck, Chirurgische Universitätsklinik.
12. 3. in Innsbruck: Klinisches Wochenende: „Die Blutung in Praxis und Klinik“. Auskunft: Prof. Dr. P. Huber, Innsbruck, Chirurgische Universitätsklinik.
- 13.—26. 3. in Badgastein: XI. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer (Thema: „Blut ist ein ganz besonderer Saft“ → Klinische Immunologie und Serologie). Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
28. 3.—1. 4. in Neuherberg: Strahlenschutz in Röntgendiagnostik und -therapie. Auskunft: Dr. R. Wittenzeilner, Institut für Strahlenschutzkunde, 8042 Neuherberg b. München, Ingolstädter Landstraße 1.

Beilagenhinweis

Klinge, 8 München 23,
Byk-Gulden, 775 Konstanz,
Dr. F. Sasse, 1 Berlin,
Boegler's Ärzteverlag, 87 Würzburg,
Bene-Chemie, 8 München.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstraße 65/III, Tel. 36 11 21. Schriftleiter: Dr. med. Willy Reichstein.

Die Zeitschrift erscheint monatlich.

Bezugspreis vierteljährlich DM 2,40 einschl. Postzeitungsgebühren. Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten. Postcheckkonto Nr. 52 52, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Anzeigenverwaltung:



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

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